

**UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

**“LA FAMILIA EN EL PROCESO
SALUD – ENFERMEDAD”**

ALUMNAS:

ELIZABETH MIRANDA QUEUPIL

PAOLA ROJAS PONCE

PROFESOR GUÍA:

RODRIGO AHUMADA CABELLO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL

Santiago, Diciembre 2006

INDICE

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. Planteamiento del Problema..... | 7 |
| 2. Objetivos de la Investigación..... | 11 |
| 3. Hipótesis..... | 14 |
| 4. Estrategia Metodológica..... | 15 |
| 5. Unidades de Análisis..... | 16 |
| 6. Técnicas y Recolección de Datos..... | 17 |
| 7. Variables..... | 18 |
| PRIMERA PARTE | |
| MARCO TEÓRICO | 19 |
| CAPITULO I: LA FAMILIA | 20 |
| 1.1. Concepto de Familia..... | 20 |
| 1.2. La Familia Chilena..... | 23 |
| 1.3. Familia y Salud Integral | 32 |
| CAPITULO II: TEORÍAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | 35 |
| 2.1. Familia como Sistema..... | 35 |
| 2.2. Estructura y Funcionamiento Familiar..... | 38 |
| 2.3. Desarrollo Evolutivo de la Familia | 44 |
| CAPITULO III: MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL | 53 |
| 3.1. La Concepción Tecnológica de Trabajo Social..... | 53 |
| 3.2. Los Modelos de Intervención en el Trabajo Social..... | 56 |
| 3.3. Reacciones Psicológicas ante la Enfermedad..... | 59 |
| SEGUNDA PARTE | |
| MARCO DE REFERENCIA | 66 |
| CAPITULO IV: ATENCIÓN PRIMARIA: AVANCES DEL PROCESO DE SALUD EN CHILE | 67 |

| | |
|---|------------|
| 4.1. Conceptualización de la Atención Primaria..... | 67 |
| 4.2. Enfoque Biopsicosocial..... | 70 |
| 4.3. Modelo de Salud Familiar..... | 74 |
| CAPITULO V: ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD..... | 78 |
| 5.1. Trabajo Social en el área de la Salud en Chile..... | 78 |
| 5.2. Objetivos del Trabajo Social..... | 80 |
| 5.3. Estrategias del Trabajo Social | 82 |
| 5.4. Métodos de Intervención del Asistente Social..... | 83 |
| TERCERA PARTE | |
| PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 93 |
| CAPITULO VI: SITUACIÓN BIOPSIOSOCIAL DE LOS PACIENTES..... | 94 |
| 6.1. Contexto Local..... | 94 |
| 6.2. Aspectos Biomédicos..... | 95 |
| 6.3. Aspectos Generales..... | 100 |
| 6.4. Aspectos Socioeconómicos..... | 107 |
| CAPITULO VII: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR..... | 115 |
| 7.1. Estructura Familiar..... | 115 |
| 7.2. Funcionamiento Familiar..... | 120 |
| CONCLUSIONES..... | 133 |
| APORTES DEL TRABAJO SOCIAL..... | 140 |
| ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA CARDIOVASCULAR..... | 146 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 150 |
| ANEXOS..... | 151 |
| Anexo 1: Operacionalización de Variables... .. | 163 |
| Anexo 2: Instrumento..... | 172 |
| Anexo 3. Matriz de Datos de Ficha Clínica..... | 173 |
| Anexo 4: Entrevista en Profundidad..... | 182 |
| Anexo 5: Tablas de Frecuencia..... | 191 |
| Anexo 6: Presentación Gráfica de Variables..... | 208 |

INTRODUCCIÓN

El entender al individuo, sus funcionamientos y perspectivas sólo es posible como una comprensión de la institución familiar, cuyos orígenes y evolución están interrelacionados con los cambios de la sociedad. La historia lo demuestra: casi todos los grupos humanos han establecidos normas y pautas que garanticen el cumplimiento de sus funciones. Hasta el momento ninguna otra institución humana o social ha logrado suplir el funcionamiento de la familia sobre todo en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de los individuos.

La familia cambia y continuará cambiando, pero también persistirá, ya que es la unidad humana más adecuada en las actuales sociedades. Responde básicamente a dos funciones: la protección psicosocial de sus miembros y la inserción del individuos en la cultura y transmisión, lo que se conoce como socialización.

Como tal la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde. El sentido de identidad de los individuos está determinado por el sentido de pertenencia a una familia particular, donde asume pautas transaccionales que perviven a lo largo de la evolución individual.

Las funciones familiares se pueden clasificar desde un punto de vista instrumental, así, dentro de las funciones instrumentales están las de alimentación, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, cuidados de salud y educación; y las funciones cognitivas afectivas son las de apoyo social, valoración autoestima, comunicación, valores compartidos, compañía, socialización y destreza de afrontamiento. Las funciones anteriores son especialmente importantes durante la niñez, en el cual el rol de la familia es central en la promoción de conductas favorables para la salud.

Los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, propios de cada persona de acuerdo a su historia de vida personal y el ambiente sociocultural en que se ha desarrollado, influyen de manera decisiva tanto en el proceso de enfermarse como en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la enfermedad.

La interacción entre familia y salud es una dinámica recíproca, ya que la calidad de las relaciones familiares existentes condicionará las formas en que la familia será afectada por la salud y/o enfermedad de alguno de sus miembros. La familia definirá la enfermedad como una alteración, luego validará el rol de enfermo y buscará o no el consejo y/o ayuda profesional; las decisiones de cuando y a quién consultar, la adhesión al tratamiento y su cumplimiento dependen de la percepción y del contexto familiar existente en ese momento.

Los Estilos de Vida representan un conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando estos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Cabe señalar que frente a lo anteriormente expuesto, el reto adicional del Trabajo Social considera no sólo prevenir y tratar enfermedades con un enfoque familiar y comunitario, sino que también reconocer en forma práctica el aporte de las personas y organizaciones sociales en la gran tarea de lograr más y mejor salud para todos. Por tanto el propósito del Trabajo Social en Salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades para que estos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de la salud.

Por tanto la siguiente investigación se llevará a cabo, a fin de conocer la situación biopsicosocial de los pacientes crónicos ingresados al Programa de Salud Cardiovascular, además de identificar la estructura y funcionalidad de las familias a la que pertenecen estos. También persigue conocer el rol que desempeña el Trabajo social al interior de dicho programa de salud.

En el marco del estudio cuali-cuantitativo se presentan hipótesis ordenadoras del proceso de investigación. La estrategia metodológica conlleva a un diseño de estudio no experimental y transaccional.

Las técnicas para la recolección de datos son la encuesta cuyos resultados serán tabulados en el programa computacional SPSS, la entrevista en profundidad con análisis de discurso y la revisión documental de la institución. Para finalmente establecer conclusiones y elaborar propuestas y/o aportes desde la mirada del Trabajo Social.

A continuación se presentará la investigación titulada “La Familia en el proceso Salud – Enfermedad”, la cual está estructurada en tres partes, siendo la primera de ellas el diseño metodológico, la segunda parte el marco teórico, para finalizar con la presentación de los análisis y resultados de los datos obtenidos.

1. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas, son la primera causa de muerte en los países desarrollados y han emergido como un importante problema de salud pública para las naciones en desarrollo. En Chile también son la primera causa de muerte, causando un 27,1% del total de defunciones y constituyen, además, una importante fuente de morbilidad y discapacidad, las más conocidas e intervenidas son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. (MINSAL, 1998).

Actualmente, una de cada tres defunciones es de causa cardiovascular, llegando a 22.057 muertes en el año 1998, con una tasa de mortalidad de 148,8 muertes por cada 100.000 habitantes. (MINSAL, 1998).

En el año 1998 en Chile el 15% de las pensiones de invalidez parcial se otorgaron por afecciones cardiológicas, así como el 12% de las pensiones de invalidez total. Son por lo tanto una gran carga económica para el individuo, su familia y para la sociedad, por cuanto requieren de atención especializada de gran complejidad tecnológica: de ahí su denominación de enfermedades catastróficas y la necesidad de implementar medidas y estrategias conducentes a la reducción de su mortalidad y morbilidad, las que incluyen coordinadamente acciones de promoción de una vida saludable, prevención, curación y rehabilitación en la atención primaria, en donde el foco en la familia proporciona una muy buena estrategia para prevenir y resolver los problemas de salud más frecuentes de la población.

El enfoque ecológico de la salud, propio de la epidemiología a hecho que esta disciplina desde hace mucho tiempo visualizara la importancia de la Familia en la Salud. Hay suficiente evidencia científica que demuestra que, entre los muchos factores condicionantes del proceso salud – enfermedad, el sistema familiar tiene un rol preponderante en dicho proceso:

Las familias afectan la salud y la enfermedad de sus miembros, así como ellas son afectadas por la salud y la enfermedad de ellos, presentándose en cualquier etapa del ciclo vital de un ser humano, a cualquier edad, en todo tipo de condición socio-económica y cultural. (Florenzano, 1991).

El paciente siempre le da un significado a su enfermedad ya que está siempre aconteciendo en un contexto de vida del individuo, interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de la misma, lo que pone en crisis las relaciones con el cuerpo, la familia y con el mundo en que vive. Una enfermedad es una situación que modifica y hace perder los roles familiares que definen la posición de cada uno en el contexto social.

Es así como la presencia de una enfermedad crónica representa un cambio en el funcionamiento de la familia, para adaptarse a la situación de enfermedad, la familia pone en marcha sus mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada, a pesar de ello, cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, con el entorno social y con la propia historia personal del enfermo, su personalidad, el tipo de relaciones familiares que tiene, las experiencias que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha reaccionado ante ellos. Sin embargo el impacto de la enfermedad se controla, disminuye o evita según sea el caso, con el cuidado que le prodiga la familia al enfermo.

Dado que la familia es un sistema, también se ve amenazada con cambios en otras áreas de la vida familiar de tipo instrumental y una de las que se afecta de manera importante es la económica. Otro cambio que se presenta en la familia, que también causa mucha tensión y que por lo general no se identifica de manera consciente, es la modificación de los espacios tanto físicos como vitales.

La capacidad de resolución de los problemas que tenga la familia, se basa en dos fortalezas específicas: la capacidad que tiene cada uno de los miembros para permanecer no reactivo ante la intensidad de las emociones vivenciales en el grupo y la capacidad que tiene cada individuo para comunicar a los otros sus pensamientos y sentimientos.

El paciente con su enfermedad adquiere centralidad en la familia, la cual le da mayor facilidad para hacer alianzas o coaliciones en pro o en contra de uno o varios miembros de la familia, engrandecer los sentimientos de culpa, los resentimientos y los temores, lo que puede generar mayor estrés y disfunción familiar. Los sentimientos que afloran en estas situaciones son de diversa índole y están influenciados por la cultura de la familia, el conocimiento de la enfermedad y el pensamiento mágico que tengan, como la percepción que la enfermedad es el producto de malas acciones del pasado; esto puede provocar mayor estrés en la familia.

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el equipo de salud no está atento a ello.

En el caso de las enfermedades crónicas los médicos suelen tener una formación adecuada para evaluar y tratar aspectos biomédicos, pero no están preparados de igual forma para hacer frente a los aspectos psicosociales de estas dolencias. Frente a esta situación es donde la mirada del Trabajo Social, en el área de Salud adquiere relevancia por ser ésta una disciplina del áreas de las Ciencias Sociales, que cuenta con las herramientas teóricas – prácticas para efectuar un abordaje integral en el ser humano, el cual permite conocer y elaborar una perspectiva respecto de los procesos de aprendizaje en los pacientes, que va más allá de cumplir un rol asistencialista.

Por lo tanto, para avanzar en estas perspectivas, se hace necesario dar respuestas a las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la situación biopsicosocial de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular en el período de enero a junio del 2005, en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” Comuna de El Bosque?

¿Qué tipos de Estructura y Funcionamiento presentan las familias de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” de la Comuna de El Bosque?

¿Cuál es el Rol del Trabajo Social en el Programa de Salud Cardiovascular, inserto en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” de la Comuna de El Bosque?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General N° 1

- Describir la situación biopsicosocial de los pacientes, ingresados al Programa de Salud Cardiovascular en el período de enero a junio del 2005, en el Centro de Salud Familiar “Córdobes de Chile” Comuna de El Bosque.

2.1.1 Objetivos Específicos:

- Identificar aspectos biomédicos de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular.
- Identificar aspectos generales de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular.
- Identificar aspectos socioeconómicos de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular.

2.2 Objetivo General N° 2

- Determinar la Estructura y el Funcionamiento que presentan las familias de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” de la Comuna de El Bosque.

2.2.1 Objetivos Específicos:

- Identificar el tipo de Estructura que presentan las familias de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular.
- Describir el Funcionamiento que presentan las familias de los pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular.

3.3 Objetivo General N° 3

- Caracterizar el Rol del Trabajo Social en el Programa de Salud Cardiovascular, del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” Comuna de El Bosque.

3.3.1 Objetivos Específicos:

- Identificar la función del Trabajo Social en el Programa de Salud Cardiovascular.
- Identificar los facilitadores y obstaculizadores que presenta el Trabajo Social en el Programa de Salud Cardiovascular.

3. - FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

- 3.1. En el paciente crónico la evolución y la respuesta al tratamiento, dependen en gran medida de la familia.

- 3.2. El Trabajo Social cumple funciones preventivas, promocionales, recuperativas y rehabilitadoras, en el Programa de Salud Cardiovascular

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

TIPO DE DISEÑO

Enfoque: Es **Cuantitativo** ya que nos permite medir, cuantificar y analizar estadísticamente las variables relacionadas con la Calidad de Vida, la Estructura y el Funcionamiento familiar. Y es **Cualitativo** ya que busca reconstruir la realidad, tal y como la observa el actor social vinculado al Trabajo Social.

No Experimental: No se va a aislar al grupo en estudio de su contexto, por lo que no se manipularán las variables.

Transversal: Se realizará en un período determinado, para medir la relación de una o más variables.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: Ya que busca describir el contexto biopsicosocial de los pacientes, además de caracterizar a las familias en relación a su Estructura y Funcionamiento. Además de conocer el Rol que cumple el Trabajo Social en el Programa de Salud Cardiovascular, que se ejecuta en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile”. Se utilizará este tipo estudio ya que nos permitirá seleccionar una serie de variables, las que serán medidas de manera independiente.

5.- UNIDAD DE ANALISIS

5.1 UNIVERSO

Esta compuesto por 184 pacientes crónicos ingresados al Programa de Salud Cardiovascular, en el período de enero a junio del año 2005 y se ubican entre el rango etáreo de 20 a 64 años de vida.

5.2 MUESTRA

Equivale a 52 pacientes ingresados al Programa de Salud Cardiovascular, en el período de enero a junio del año 2005, de 20 a 64 años de vida, de ambos sexos. Que según cálculo de programa Stats V1.1, un 95% de significancia con 5% de error, cabe señalar, que dicha muestra es no probabilística.

5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituido por los pacientes crónicos del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” comuna El Bosque, ingresados entre los meses de enero a junio del año 2005 y que se encuentran en el rango etáreo de 20 a 64 años de vida.

6. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio los aspectos biomédicos se medirán a través de la revisión documental, obtenida desde la Historia Clínica del paciente.

Las variables: socioculturales, estructura y funcionalidad familiar se medirán a través de una encuesta, la que será aplicada en el domicilio particular de 52 pacientes crónicos pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular.

En relación a la variables Funciones, Facilitadores y Obstaculizadores del Trabajo Social, se realizará una entrevista en profundidad a la Profesional Asistente Social del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” Sra. Margarita Vásquez Barra.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la variable aspectos biomédicos se construirá una matriz de datos que considera: el tipo de enfermedad crónica, otras patologías asociadas, número de consultas de morbilidad, nivel de estabilización y hábitos de vida, para posteriormente analizar de manera descriptiva.

En las variables Socioculturales, Estructura y Funcionalidad Familiar, el análisis será estadístico descriptivo y se utilizará el programa computacional SSPS.

En la variable Funciones del Trabajo Social se utilizará la técnica de Análisis de Discurso.

En los Facilitadores y Obstaculizadores del Trabajo Social se construirá una matriz de datos por área temática: Trabajo en Equipo, Trabajo con Redes, Infraestructura, Recursos Humanos, Formación Profesional, Visión de los usuarios, Rendimiento y Cambio de Modelo, para luego analizar de manera descriptiva.

8. VARIABLES

8.1 Situación Biopsicosocial

Considera las condiciones biológicas, sociales y culturales de la población en estudio. Entre las cuales se encuentran: sexo, edad, estado civil, previsión, escolaridad, ocupación, ingresos, vivienda, participación comunitaria, alcoholismo, tabaco, patología crónica, patología asociada y el nivel de estabilización del paciente.

8.2 Estructura Familiar

Es la forma en la que esta compuesta la familia. Se clasifica en:

- Familia Nuclear Simple: integrada por una pareja sin hijos.
- Familia Nuclear Biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos
- Familia Monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.
- Familia Extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con hijos o sin ellos y por otros miembros que pueden ser o no parientes.
- Familia Unipersonal: Es la aquella integrada por una sola persona.

8.3 Funcionalidad Familiar

Entendida como la forma de cómo interaccionan los miembros de la familia, a través de los roles, la comunicación, las actividades familiares, la jerarquía, la resolución de conflictos, y la ayuda mutua en pro de la familia.

8.4 Rol del Trabajo Social

Funciones realizadas por el Trabajador Social en el Programa de Salud Cardiovascular.

I PARTE: MARCO TEORICO

CAPITULO I

LA FAMILIA

1.1. Concepto de Familia

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición exclusiva de ella. Más allá de las diversas estructuras familiares, es posible entender a la familia como la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una unidad que se denomina familia; es por tanto, un ente esencial de la estructura social más amplia. (Hidalgo, Carrasco, 1997)

Tomaremos como referencia la definición de la Comisión Nacional de la Familia (CNF) que considera a la familia como:

.....Un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación. (SERNAM, 1994: 5).

La familia es una experiencia intergeneracional, en que cada ser humano nace en presencia de al menos otra persona, que requerirá de otros para su sobrevivencia, estableciéndose una relación que durará largos años “No sólo recibimos la vida de otros y con otros, sino que la vida humana sólo es posible con otros” (Ibid.: 5).

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y se constituye en el eslabón fundamental del sistema social. La construcción de la realidad y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos que el individuo posee para mejorarse en el mundo provienen de la familia (Horwitz, 1986.).

La naturaleza de las funciones familiares y el grado en que éstas son compartidas por otras instituciones son variables en el tiempo y en las diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características supra – individuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única. Estas relaciones afectivas y de intimidad son las características más notables de la familia.
- Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.
- Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social. A través de los diferentes roles familiares y la adjudicación de un determinado status, la familia puede ser considerada como una plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad para los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes (Ackerman et al, 1977).

La familia, como institución inserta en un sistema social dinámico, va cambiando continuamente. En las últimas décadas ha sufrido cambios sustantivos debido a las tendencias demográficas que muestran un aumento significativo de la sobrevivencia de las personas. Este sólo hecho ha tenido un fuerte impacto en la familia dado que la duración del ciclo vital familiar se ha prolongado, produciéndose cambios al interior de cada etapa: la crianza de los hijos no es más que un tercio del tiempo que la pareja eventualmente puede vivir junta, las relaciones intergeneracionales son mucho más probables e intensas, el tiempo para compartir padres e hijos una relación de adultos es mucho mayor, el nido vacío es muy frecuente y los años de ancianidad conjunta constituyen un largo período. (Hidalgo et al, op. cit.)

.....Otro aspecto central que ha significado cambios para la familia es la incorporación de la mujer al campo laboral. Esta situación requiere una fuerte adecuación de los roles familiares generando tensiones internas y la búsqueda de nuevas estrategias para la crianza de los hijos. Según afirma (Golscheider, 1993). “estos cambios han traído un aumento en las tasas de divorcio, que explicarían por el rol secundario de los hombres en la formación y mantención de la familia” (Florenzano, 1994: 54).

1.2. La Familia Chilena

La familia chilena actual, según estudios sociológicos tiene peculiaridades que conviene destacar. Chile es un país “familístico” donde no está en duda la vigencia e importancia de la familia.

Según reportan (Muñoz, Reyes, Covarrubias y Osorio, 1991) los niños, jóvenes y adultos, hombres y mujeres, declaran que la familia constituye para ellos una necesidad básica, siendo en muchos casos el núcleo central que da sentido a sus vidas. En Chile, el 88% de las personas viven en familia. (Hidalgo et al, op. cit.).

La estratificación social de los grupos familiares en el país presenta una estructura piramidal con un 10% de familias de estrato socio-económico alto, un 40% de estratos medios y un 50% de estratos bajo, perfil que se agudiza en el sector predominantemente agrícola (CENSO 1982).

El tamaño promedio de las familias chilenas es de 4.04 personas por hogar, con una relación inversa al nivel socio-económico. El nivel alto muestra un promedio de 3.72 personas, el medio 3.63 y el bajo 4.55 (Encuesta CASEN 1990).

La disminución del tamaño familiar comparado con el Censo de 1982 es un rasgo característico de todas las regiones del país y de todos los estratos socio-económicos, aún cuando en las zonas rurales y en los niveles más bajos la reducción es ligeramente menor.

De acuerdo a datos recopilados es posible identificar tres tipos de estructuras familiares que tienen el mayor peso relativo. Ellas son la familia nuclear biparental con y sin hijos (52%), los hogares nucleares monoparentales (9%), sumando un total de 61% de hogares nucleares; y la familia extensa integrada por uno o ambos miembros de la pareja, con o sin hijos, más otros parientes (23,6%). Las parejas sin hijos son el 7.1%. Los hogares uniparentales (una persona sola) son un 7,5% y los no familiares (hogares o instituciones) constituyen el 5%. (SERNAM,1994).

Los hogares nucleares biparentales constituyen la mitad de los hogares en los sectores más pobres y tienden a disminuir a medida que se aumenta en ingresos. Es frecuente que la madre no trabaje: 20% en los niveles de ingresos más altos, en cambio en el quintil de más bajos ingresos cerca de la mitad de ellas no trabaja. Si bien la tasa de natalidad ha bajado significativamente en Chile (de 31 por mil en la década del sesenta a 15 por mil en la del noventa), se observa un número mayor de hijos en los estratos más bajos. (CASEN 1990, INE).

La jefatura de hogar es mayoritariamente masculina, siendo el hombre el principal sino el único proveedor de la familia. La participación de los cónyuges aumenta a medida que sube el nivel de ingresos y cuenta por lo tanto con posibilidades de ayuda para el cuidado de los hijos y las labores domésticas.

Sin embargo, un problema relevante lo constituye justamente la compatibilización entre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico, ya que al interior de la familia no se ha producido una flexibilidad de roles ligados al género, que permita cumplir adecuadamente las funciones de la familia. (Hidalgo et al, op. cit.).

En los estratos más pobres, las familias recurren para su subsistencia al trabajo de los hijos, al trabajo doméstico y cuidado de la prole por las hijas, lo que les resta posibilidades de estudios. De este modo, las condiciones socioeconómicas marcan tempranamente las oportunidades de educación para los más jóvenes, quienes frecuentemente abandonan en forma precoz la escuela.

Adicionalmente en el estrato más pobre la relación de dependencia, es decir, el número de personas inactivas que debe mantener cada miembro activo, es más del doble que en el estrato más alto (2.8 personas v/s 1.3 en el nivel socioeconómico más bajo y el más alto respectivamente). Esto se debe probablemente a las menores oportunidades de empleo de las cónyuges, por la mayor fecundidad y porque en los pobres estas familias se concentran en las etapas más jóvenes del ciclo de vida familiar. (Ibid).

Los hogares extensos también aumentan a medida que disminuyen los ingresos, alcanzado un 27% en los más pobres y sólo un 13% en los niveles de ingresos más altos. Los hogares unipersonales en cambio, aumentan significativamente para el estrato de más recursos económicos (16% vs. 3%). Estos resultados sugieren que la organización familiar está fuertemente determinada por arreglos económicos dirigidos a enfrentar en común con otros parientes la falta de ingresos, de vivienda y la organización de la vida cotidiana. La mayor prevalencia de familias extensas en pobres indica que se requiere sumar ingresos de distintos miembros para enfrentar los gastos de la familia. En este tipo de familia siguen siendo el o los hombres los que hacen principalmente el aporte económico al grupo familiar.

Respecto a la participación laboral remunerada de las mujeres, se mantiene la tendencia de ser más escasa en los estratos más pobres que en los más ricos. La participación de las mujeres se da principalmente en el trabajo doméstico no remunerado y el cuidado de los hijos. Las hijas mayores aportan a veces económicamente o, cuando éstas a su vez tienen hijos, la presencia de otros parientes apoya el cuidado infantil facilitando su incorporación al trabajo remunerado.

Las familias nucleares monoparentales (un sólo padre presente) cobran importancia y están presentes en forma muy similar en los diferentes niveles socio-económicos (9 a 10%), La gran mayoría de estos hogares tienen jefatura de hogar femenina, con una elevada proporción de mujeres que trabajan y cuyo ingreso familiar constituye un aporte muy significativo. No obstante esto, en los estratos más pobres el 38% de las jefas de hogares no participa en el mercado de trabajo. (Ibid).

Los hijos juegan un papel significativo en cuanto a aporte económico. En los estratos más bajos, los hijos mayores de 15 años presentan las tasas más altas de participación en la mantención familiar (30%); estos jóvenes, con escasa educación, sólo tienen acceso a trabajo no calificado con lo cual se perpetúa la situación de pobreza. En estas familias, se puede suponer, es donde mayormente encontramos menores que trabajan para ayudar a sus madres.

El indicador de relación de dependencia alcanza en el estrato más pobre el mayor valor observado de todos los tipos de hogares y estratos de ingresos (3.8), señalando que cada mujer o hijo que trabaja debe mantener un promedio de casi cuatro personas, generalmente menores (Ibid).

Todos estos datos indican claramente que este tipo de hogares es el más vulnerable y de alto riesgo dado los niveles de pobreza y la falta de recursos para sustentar a su familia. Alguna de las conclusiones del informe de la Comisión Nacional de la Familia, en relación al impacto de los procesos de cambio socioeconómico en los patrones de organización de la vida familiar, son las siguientes:

- La familia nuclear con madre que no trabaja (hogar tradicional) va disminuyendo a medida que se sube en los estratos de ingresos. En los sectores más altos es donde comienzan a advertirse cambios en las relaciones familiares. De este modo, puede verse que en los estratos más pobres es donde se observa la organización familiar más tradicional.

- Estos cambios implican modificación en el ejercicio de los roles masculinos al interior de la familia. Se estima que sólo un tercio o un cuarto de las familias tiene como único proveedor al hombre, mientras en el resto de los hogares esta función es compartida de una u otra forma.
- Cambios en el rol femenino, especialmente vinculado a su participación laboral.
- El cuidado de los hijos y su relación con la posibilidad de las mujeres de ejercer un trabajo remunerado es uno de los principales problemas para el bienestar de la familia y su desarrollo armónico. (SERNAM, 1994)

1.3. Familia y Salud

El enfoque ecológico de la salud, propio de la epidemiología, a hecho que esta disciplina desde hace mucho tiempo visualizara la importancia de la familia en la salud. La relación entre educación insuficiente de la madre y desnutrición y diarrea infantil, constituye un ejemplo clásico, comprobado hace muchas décadas atrás. (Hidalgo et al, op. cit.).

Hay suficiente evidencia científica que demuestra que, entre los muchos factores condicionantes del proceso de salud – enfermedad, el sistema familiar tiene un rol preponderante en dicho proceso: las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros, así como ellas son afectadas por la salud y enfermedad de ellos.

Florenzano, en diversas publicaciones, ha sistematizado el rol de la familia, analizándolo desde diversas perspectivas. Se han identificado características globales o específicas de la familia que pueden ser consideradas como factor causante o condicionante de alteraciones de la salud o inversamente como agentes protectores. (Ibid).

.....Por otra parte, se ha señalado la influencia de la familia en la expresión de síntomas psicológicos de sus miembros. Así, se observan tendencias familiares relacionadas con la presencia de síndromes dolorosos crónicos (Violon, 1985)

Asimismo, diferentes estudios han demostrado que las familias tienden a compartir conductas ligadas con la salud tales como dieta, ejercicio y hábitos como el fumar y consumo de bebidas alcohólicas. De esta forma, hijos de padres fumadores tienden a fumar ellos mismos, como también hijos de padres obesos presentan una mayor tendencia a la obesidad. Por otro lado, se ha encontrado que existen menos complicaciones de embarazo y parto entre aquellas embarazadas que reciben más visitas y apoyo de sus familias.

Los estudios referidos a la relación entre estrés y salud muestran, por una parte, el rol de la familia como mediador del impacto de factores estresantes y, por otro lado como agente generador de estrés para los miembros que la componen. Existe una correlación positiva en que, a mayor estrés familiar, más enfermedad y, entre mayor pertenencia a redes sociales, (considerando a la familia como la red más próxima) mejor desenlace de los procesos mórbidos.

La familia es importante en cuanto se relaciona con la mayor o menor vulnerabilidad para enfermar como con el desenlace del proceso mórbido. Por otra parte, entre los eventos más estresantes en la vida de los individuos están sucesos estrechamente relacionados con la familia, tales como muerte de un familiar muy cercano, separación, nacimiento de un hijo, etc. Se ha encontrado que en las personas que sufren cáncer, éstas han experimentado en el año previo a la aparición de la enfermedad más eventos estresantes relacionados con pérdidas significativas que un grupo control. (Middleton, 1991).

La personalidad de un individuo y su relación con enfermedad coronaria, es un ejemplo de esto. En las personas que han sufrido un infarto al miocardio se han encontrado características familiares del funcionamiento de la pareja que se caracteriza por una relación con roles muy rígidos, límites más bien cerrados entre ellos, y mal manejo de las emociones, en particular de la rabia (Corbalán & Marfil, 1994).

La influencia de la familia es especialmente clara en la salud mental y en los síntomas psicológicos de sus miembros. Es ésta quien al cumplir sus funciones de protección y cuidado de los hijos, junto con ser la matriz básica para el desarrollo socioemocional de sus descendientes, provee un contexto adecuado para el desarrollo integral de la personalidad (Ackerman, 1977).

En este ámbito, se ha reconocido la influencia fundamental de los padres. Freud elabora los aspectos centrales de su teoría basándose en las dinámicas relacionales parentales. En la actualidad, la influencia de la familia no se centra exclusivamente en la relación con los padres sino en una constante y dinámica interacción entre todos los miembros que forman el sistema familiar. (Hidalgo et al, op. cit.).

Una de las primeras hipótesis que dieron importancia al sistema interaccional de la familia en el campo de la psicopatología, fue la teoría del doble vínculo como agente causal de la esquizofrenia. Con posterioridad, los estudios clínicos han considerado las interacciones familiares como un fenómeno determinante en distintos trastornos afectivos y psicosomáticos. (Ibid).

La familia ha demostrado ser una escuela para el aprendizaje de variadas destrezas y habilidades para manejarse adecuadamente frente a los diferentes desafíos de la vida, en particular aquellos eventos estresantes, y que determina la capacidad resiliente de las personas (Medina, 1994).

Cuando se presenta una enfermedad, la evolución y la respuesta al tratamiento dependen en buena medida de la familia. El apoyo emocional, económico y de información parece tener un efecto positivo en la recuperación de la salud. Contrariamente, si la no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución tenderá a ser más negativa. También se ha demostrado la influencia de la familia en la mayor o menor adherencia a los tratamientos, problema clave de las enfermedades crónicas. Otra dimensión posible es la consideración del sistema de representaciones sociales de la familia y su papel en la determinación de lo que constituye salud y enfermedad, en la forma que se conceptualiza y actúa frente a ellas. (Florenzano, 1994)

Se sabe que alrededor del 70% de los episodios de enfermedad son enfrentados y resueltos fuera del sistema formal de servicio de salud; muchos de éstos son resueltos por la familia, la cual interviene y es activamente consultada en el proceso de evaluación de los síntomas para recurrir o no al médico. Adicionalmente, las personas que no tienen familia recurren en forma más tardía o inadecuada a pedir atención de salud, cuando el problema se ha agravado o cronificado. Una dimensión importante es el impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento familiar.

Una enfermedad es un típico evento estresante que puede causar una crisis familiar. Hay un conjunto de investigaciones que han mostrado cómo una enfermedad aguda de cierta magnitud puede desestabilizar el funcionamiento familiar y, en particular, las enfermedades crónicas que tienen un significativo impacto en los distintos subsistemas familiares. Aparecen claros índices de tensión, angustias y depresión, muchas veces negados, pero que pueden afectar notoriamente la salud física y mental de la familia (Ibid).

Las enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, algunas alteraciones gastrointestinales, entre otras, implican un proceso de ajuste y adaptación a su condición, lo que implica imitaciones que afectan al individuo y a su entorno más cercano.(Hidalgo et al, op. cit.).

.....Es importante conocer y estudiar las interacciones entre la familia y el proceso de enfermedad de sus miembros. Estas interacciones serán afectadas por las características estructurales de las familias, incluyendo un ciclo vital, su contexto socioculturales, la naturaleza de la enfermedad misma, y las características de sus miembros individuales" (Florenzano, op. cit: .35).

1.4. Familia y Salud Integral

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social abrió nuevas perspectivas en la concepción de salud. Incorporó como esenciales las dimensiones psicológica y social en su relación indivisible con la realidad biológica del hombre y, a su vez, lo consideró inserto en un sistema social determinado por el contexto histórico, político y económico.

El hablar de salud como “un estado de bienestar” y no sólo como “ausencia de enfermedad”, implica una concepción de la salud como un proceso de desarrollo y crecimiento de los individuos basado en la satisfacción de sus necesidades y en la potenciación de sus capacidades humanas, tanto en lo corporal, como en lo psíquico y espiritual. Desde esta perspectiva, la enfermedad puede ser considerada como antagónica al bienestar biopsicosocial y el estado de salud como un factor que contribuye en forma muy importante a dicho bienestar. (Declaración de ALMA-ATA, 1978).

De hecho, hoy por hoy la salud es un inmenso campo interdisciplinario en que se han dado interesantes confluencias de índole integradora de diversos ámbitos del saber, tales como las disciplinas morfológicas, en los niveles bioquímicos, biofísicos y fisiológicos; el campo de la salud mental y la superación de la dicotomía entre lo psíquico y lo físico; las ciencias sociales intentando definir- aunque aquí con más divergencias y controversias las interrelaciones entre lo individual, el pequeño grupo y la sociedad, generándose campos transdisciplinarios en los dominios de la salud holística, salud familiar y salud comunitaria. En esta visión de la salud integral colaboran diversos profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos, filósofos, historiadores, ecólogos, economistas, estadísticos, etc.), artistas dirigentes sindicales, lingüistas, chamanes, brujos, etc. Es también una visión colectiva de la salud en la que se pone énfasis no sólo en la esfera de lo individual sino también en los vínculos, la familia, los grupos, las sociedades, el trabajo y la relación con la naturaleza y su entorno.

El bienestar biopsicosocial es un continuo en el que se ubica en un polo la salud y en el otro la enfermedad, cruzada por múltiples dimensiones y variables que conjugan un determinado estado de salud. Esta es una interpretación que responde a una concepción de salud como un proceso, más que como un estado o condición estática. (Hidalgo et al, op. cit.).

Una visión más contemporánea considera la salud como un recurso personal y social, que dinamiza a las personas para enfrentar y modificar su ambiente de vida, incorporando, por lo tanto, no sólo las características de las personas sino también la naturaleza de sus interacciones con el entorno físico, cultural, económico, político, etc.

La salud mental en particular es un componente constitutivo de la calidad de vida de los individuos y grupos, que se expresa a través de la capacidad de unos y otros para ejercer su libertad, hacer respetar sus opciones y obtener satisfacción del vivir en sociedad (MINSAL, 1993).

El Ministerio de Salud de Chile ha hecho suya la definición del Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá (1988) que define la Salud Mental como:

.....la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 1993 : 4).

Adscribiendo a esta definición es importante precisar el concepto de trastorno o enfermedad mental, que afecta la homeostasis biopsicológica de un individuo, determinado una limitación en su vida de relación, y que tiene su origen en factores biológicos, del desarrollo, psicológicos o psicosociales, y el concepto de problema de salud mental que es una categoría más amplia y que incluye a la anterior.

El problema de salud mental es:

.....una alteración en la interacción entre el individuo, el grupo y el ambiente, originada en factores propios del individuo o provenientes de su entorno. Entre las primeras se puede citar el desorden mental o las insuficiencias de las habilidades para enfrentar exigencias del propio desarrollo. Los factores provenientes del entorno tienen relación con el contexto presente o experimentado durante la vida de un sujeto, influyendo y condicionando el desarrollo de sus capacidades personales. Pueden mencionarse aquí, a modo de ejemplo, conflictos persistentes al interior de la familia, pobreza, estructuras sociales injustas, excesiva presión social, servicios de salud insuficientes, etc. (MINSAL 1993: 5).

Por último, es necesario diferenciar el concepto de nivel de salud, y en particular el nivel de salud mental de un individuo o población. Este constituye un continuo en que la presencia o ausencia de una enfermedad o desorden mental no es el único determinante del nivel de salud del individuo, sino que es un elemento más en un conjunto de factores interconectados.

Por ejemplo, una persona con una severa enfermedad mental compensada, que tiene los resguardos familiares, sociales y económicos necesarios, puede tener un nivel de salud relativamente aceptable. A la inversa, una persona puede tener un bajo nivel de salud mental, si teniendo un leve trastorno, cuenta con condiciones familiares desfavorables, carencias personales en sus capacidades psicológicas para enfrentar el estrés, falta de una pareja, ausencia de redes sociales y baja asistencialidad de los servicios de salud.

En cualquiera de estas dimensiones la familia pasa a cumplir un rol central en la salud de las personas y en el nivel de salud percibido por los individuos y por los prestadores de servicios de salud. (Hidalgo et al, op. cit.).

CAPITULO II

TEORÍAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

2.1. La Familia como Sistema

Se ha planteado que la familia es una organización social primaria que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Los miembros de la familia cumplen roles al interior de éstas y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etc.

La familia es el contexto en que se aprenden los valores y se transmite la cultura, siempre pasada por el filtro de las orientaciones propias de cada sistema familiar, ocupa una ubicación geográfica particular, rural o urbana que también afecta la organización y los roles familiares. (Hidalgo et al, op. cit.).

Como tal la familia es la matriz de identidad y del desarrollo psicológico y social de sus miembros y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde. El sentido de identidad de los hombres esta determinado por el sentido de pertenencias de una familia particular, donde asume pautas transaccionales que perviven a lo largo de la evolución individual. (Quintero, 1997).

El subsistema familiar se diferencia y desempeña funciones vitales a través de los subsistemas; los que pueden estar formados por generaciones sexo, interés o función. Cada individuo se sitúa en distintos subsistemas, es lo que ejerce diferentes niveles de poder, aprende habilidades diferentes y se incorpora a diversas relaciones complementarias:

- Subsistema conyugal: Complementariedad de funciones que le permite aceptar la interdependencia y a la vez operar en equipo.
- Subsistema parental: Las transacciones envuelven las funciones de alianza y socialización de los hijos. Eventualmente el subsistema parental puede incluir un abuelo o tíos e incluso un hijo parentalizado, al cual se le ha delegado autoridad para cuidar y disciplinar a sus hermanos. Los problemas de control son endémicos a este subsistema, siendo más o menos resueltos a través de ensayo y error.
- Subsistema fraterno: Conforman el primer grupo de pares del niño. Dentro de este contexto el niño aprende a trabajar con otros, a jugar a pelear y generalmente a aprender uno de otros. Ellos desarrollan sus propios patrones transaccionales de negociación de conflictos cooperación, competencia y autonomía progresiva.

Cada subsistema posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran, están basadas en la no interferencia de los sistemas entre sí. Para esto, los límites de los subsistemas deben ser claros y estar constituidos por reglas que definen quienes participan (Minuchin, 1977).

El trabajar desde una perspectiva familiar significa pensar en ella como un sistema que tiene las características de totalidad, negentropía y equifinilidad. Es decir, es un sistema formado por seres vivos (que pueden ser considerados como sistema en sí mismos), que es más que la suma de ellos como individuos, que tienen un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de su organización, y que diferentes influencias pueden producir efectos similares. La consideración de una perspectiva familiar pone énfasis también en que el vivir en familia es una experiencia multigeneracional. Esto significa que la mayoría de los sucesos ocurren en una compleja interacción de al menos tres generaciones y que cualquier evento histórico o situacional que ocurra en la familia afectará a todos los miembros de ese sistema familiar. (Miranda, 1999).

La familia nuclear o extendida se relaciona con otros sistemas que influyen a la familia y con los cuales necesariamente debe interactuar (ecosistema). Por ejemplo, el sistema trabajo puede afectar seriamente a la familia cuando se carece de él, éste no es satisfactorio o impone condiciones que compiten con la familia en cuanto a tiempo, recursos y desgaste emocional. Por cierto puede también ejercer influencias positivas. En este sentido es que consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. (Ibid).

La conceptualización ecosistémica postula:

.....Que la conducta individual se explica mejor desde la comprensión del contexto ambiental total en el que los individuos se desenvuelven: los ambientes humanos son extremadamente complejos e incluyen dimensiones físicas, así como estructuras sociales, económicas y políticas muy elaboradas. Los individuos deben mantener una mutualidad adaptativa con sus medios tanto personales como ambientales para poder sobrevivir. (Bronfenbrenner, 1987: pág. 28.)

No obstante, esta epistemología sistémica no implica el trabajar exclusivamente con sistemas totales o familias completas. Muchas veces, por razones estratégicas y pragmáticas, se debe trabajar con algunos miembros de la familia. Lo esencial al enfoque propuesto es la consideración de que toda persona es parte de un sistema familiar, y que frente a cada individuo exista una representación de que ésta es parte de un sistema familiar, con particulares formas de interactuar. (Hidalgo et al, op. cit.).

2.2. Estructura y Funcionamiento Familiar

La familia, pese haber sufrido cambios paralelos a la sociedad, es la única organización humana que se ha mantenido estable al correr del tiempo, al menos en determinados aspectos. Esta forma de asociación entre individuos, mediante los mecanismos de la adaptación, ha demostrado siempre su capacidad para responder a los objetivos: uno de ellos interno, la protección de sus miembros y el otro externo, la transmisión de la cultura. (Campanini et al, 1996).

La familia debe, por tanto, poseer una estructura estable apta para proporcionar a sus miembros las capacidades de adaptación a condiciones externas siempre cambiantes, equilibrando en su seno tendencias homeostáticas y tendencias al cambio.

En los sistemas familiares podemos considerar los aspectos estructurales de la familia, es decir, las variables que dicen relación con cuántos miembros pertenecen a la familia, el tipo de familia, los subsistemas existentes, los roles que cumple cada miembro, los límites internos y externos de la familia, la manera en que forman alineamientos y el manejo del poder. (Minuchin, 1977).

También se debe analizar los procesos y dinámicas relacionales que ocurren al interior de la familia y su interacción con el ecosistema. El proceso central es la comunicación, junto con el proceso evolutivo de los individuos y de la familia, las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación y de resolución de problemas de la familia. (Ibid).

Por otra parte se deben tomar en cuenta los paradigmas familiares que constituyen la percepción o imagen que las familias tienen de lo que debe ser una familia, o de cómo le gustaría ser, dando cuenta de una concepción o filosofía familiar. Dicho de otra manera, conforma el conjunto de valores y creencias respecto de lo que debe ser la familia. (Hidalgo et al, op. cit.).

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. Diferentes autores han desarrollado teorías y enfoque que enfatizan o profundizan diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Cada una de ellas aporta conceptos y describen cuáles son las características de las familias funcionales, tanto en relación a su estructura, procesos y paradigmas familiares. No hay, por lo tanto, una teoría unitaria sobre la familia. (Constantine, 1986).

Por los mismos motivos, tampoco es fácil ni consistente postular un modelo de familia normal y patológica. Por el contrario, hay más bien un acuerdo que el concepto de “normalidad” es muy relativo y utilizarlo lleva a equívocos y confusiones más que a acuerdos u orientaciones útiles. Por lo tanto, se habla más bien de funcionalidad familiar, en el sentido de cuáles son las estructuras, procesos y paradigmas que mejor permiten a las familias cumplir con sus funciones esenciales, vale decir, lograr el desarrollo integral de las personas en el contexto familiar, en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo, y favorecer el proceso de socialización. (Hidalgo et al, op. cit.).

La familia como sistema tiene una estructura que está dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción recurrentes. La estructura le da “la forma” a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema. El modelo estructural, define la estructura familiar como:

“El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. (Minuchin, op. cit.: 86.)

La estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, para poder proteger a la familia de las fuerzas externas y darles sentido de pertenencia a sus miembros. Al mismo tiempo, debe ser variable y flexible para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo familiar y los procesos de individualización. (Hidalgo et al, op. cit.).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los principales los forman el subsistema conyugal, el subsistema parental (padres e hijos) y el subsistema fraterno o de hermanos. Cada uno de estos subsistemas tiene roles, funciones y tareas específicas. Sin duda la familia se organiza también en torno a otros subsistemas, según roles, sexo, edad, etc. (Miranda, 1999).

Las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, los roles y las expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquía de poder. Respecto a las normas, hay algunas universales y explícitas y otras implícitas e idiosincráticas, que definen las relaciones entre los miembros. Ejemplo de las primeras son las normas de comportamiento sexual entre padres e hijos; de las segundas, podríamos mencionar que todos saben que deben ser leales y guardar un secreto familiar. Los roles definen las tareas que se esperan que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y éstos están en parte definidos por la cultura y en parte por la familia en particular. (Minuchin, op. cit.)

Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en una transacción interpersonal cualquiera. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas; para que éstos se puedan cumplir, los límites deben ser claros. La claridad de los límites al interior de la familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Cuando la familia se vuelca sobre sí misma aumentando en forma excesiva su comunicación y la preocupación de unos sobre los otros, se pierde la distancia entre sus miembros, los límites se esfuman y la diferenciación de los subsistemas se hace difusa. (Ibid)

Estas son las familias que Minuchin denomina familias aglutinadas. Estas estructuras familiares reaccionan frente al estrés en forma rápida e intensamente, muchas veces sobrecargándose y no pudiendo adecuarse a las demandas; se observa una pérdida de la autonomía e inhibición del desarrollo afectivo y cognitivo de sus miembros. En el otro extremo del continuo están las familias cuyos límites son muy rígidos, con una comunicación muy difícil y escasa entre los subsistemas haciéndose difícil la función protectora de la familia.

Estas estructuras se denominan familias desligadas, dónde cada miembro se relaciona con los demás como si tuviera poco que ver con ellos, con una mínima dependencia hacia los otros, con límites firmemente delimitados, impermeables y que sólo activa los sistemas de apoyo cuando algún miembro de la familia tiene un muy alto nivel de estrés (Minuchin, 1984).

Un mismo sistema familiar puede tener subsistemas aglutinados y desligados y éstos pueden ir variando según la etapa del ciclo familiar. Las estructuras dominantes extremas señalan áreas de posibles patologías o disfunciones familiares. Por ejemplo, un subsistema madre-hijo muy aglutinado puede excluir al padre que se convierte en excesivamente desligado. Esto lleva a un debilitamiento de la independencia de los niños que puede ser un importante factor en el surgimiento de síntomas en el joven y a conflictos en el subsistema conyugal. En síntesis:

..... *“En cualquier interacción del sistema familiar se define quién (es) son los miembros que participan (límites), con o contra quién (alineamientos) y, la energía que motiva y activa el sistema para llevar a cabo la acción (poder)”*. . (Hidalgo et al, op. cit.: 32)

La estructura familiar opera con diferentes alineamientos para resolver las diferentes tareas que enfrenta, Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación. Esta dimensión incluye los conceptos de alianza unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común y coalición proceso de unión en contra de un tercero. (Haley, 1986).

Estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según si se respetan o no los límites de los subsistemas y dependiendo de su duración. Cuando los alineamientos transgreden los límites integracionales y/o son muy permanentes en el tiempo suelen ser disfuncionales, en particular si éstas son coaliciones. En familias con grandes conflictos y alta vulnerabilidad, las coaliciones suelen ser rígidas, durar años y repetirse a través de las generaciones.

Contrariamente, las alianzas dentro de un subsistema pueden ser muy funcionales e incluso necesarias para un adecuado cumplimiento de las funciones. Por ejemplo, una alianza del subsistema pareja es muy positiva para cumplir adecuadamente las tareas parentales: las alianzas entre los hermanos en su progresiva independencia de los padres, pueden ser un factor que contribuya al desarrollo de su propia autonomía. En cambio una coalición de un padre y su hija en contra de la madre, puede ser muy disfuncional para ese sistema familiar. (Ibid).

Un sistema funcional se organiza jerárquicamente. El manejo y distribución del poder en la familia explica su organización jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro. Da cuenta de la relativa influencia de cada miembro de la familia, en el resultado de una actividad. Lo ideal es que el poder sea empleado por la persona que ocupa una posición de autoridad (figura que posee el legítimo derecho a hacer algo); no obstante, esto no siempre ocurre y hay veces que un miembro de la familia tiene el poder y no la autoridad. Por ejemplo, un hijo parentalizado tiene el poder de influencia sobre sus padres y hermanos. Lo mismo puede observarse en un subsistema abuela-madre-hijo, cuando la primera tiene un gran poder de influencia sobre la nieta y deja excluída a la segunda en sus funciones de madre, para las cuales requiere poder sobre su hija.

El poder no debe considerarse sólo dentro de los límites de la familia nuclear sino que a través de las generaciones debido a que éste es también transferido y expresado intergeneracionalmente. (Campanini et al, 1996).

La clara definición de las fronteras es un parámetro útil para la evolución de un sistema familiar que puede sobre estas bases, describirse como involucrado o no comprometido:

- Familias involucradas. En caso de que la familia concentre su interés en lo interno, con un aumento en la comunicación y el compromiso progresivo de sus componentes las distancias se reducen y las fronteras se confunden. Es el riesgo que pueden correr las familias que tienen que afrontar un problema grave, por ejemplo la minusvalía, partida o pérdida de uno de sus miembros. Se busca así una mayor cohesión interna con riesgo de un alejamiento del contexto externo y un progresivo compromiso recíproco.
- Familias no comprometidas: Se trata de familias que fijan entre los subsistemas fronteras excesivamente rígidas. En este caso, las comunicaciones se hacen cada vez más difíciles y las funciones de defensas resultan dañadas, aún cuando se acepte un amplia gama de conductas individuales. En estas situaciones puede existir el riesgo de que en uno de sus miembros se manifieste un síntoma, incluso grave para llamar la atención y pedir la ayuda de un subsistema del que se siente alejado.

Ambas modalidades se pueden considerar necesarias, según el momento histórico que esta pasando la familia, tal como hemos visto hablar de pertenencia y diferenciación; se tornan problemáticas cuando el exceso de especialización en una sola de estas funciones lleva a la familia a estructurar modalidades de funcionamiento rígido. (Ibid).

2.3. Desarrollo Evolutivo de la Familia

La familia es un sistema dinámico, que va cambiando y desarrollándose progresivamente a través del tiempo debido a cambios que se operan en su interior y por la influencia de un contexto social más amplio. Así como el individuo crece, se desarrolla, madura y envejece a través de cambios y ajustes sucesivos, también la familia experimenta su propia secuencia de desarrollo. Esta evolución de la familia se da a través de etapas que forman un ciclo de desarrollo familiar. Se pueden identificar ciertos logros o tareas familiares que deben ser alcanzados en cada etapa y que posibilitan el paso a la etapa siguiente.

Hay situaciones de tensión y conflicto en la familia que son crisis esperables o “normativas”, propias del momento por el cual pasa la familia. Si no se logran superar las tareas de etapas anteriores, problemas que no fueron enfrentados reaparecerán una y otra vez a lo largo del ciclo familiar hasta ser superados. (Villarino, 2000).

Sin embargo, no hay que entender este ciclo vital en forma lineal, como una simple aplicación del concepto de ciclo de vida individual a la familia. Incluso hay autores que desechan esta visión lineal y señalan que el ciclo de vida familiar consiste en la alternancia de fases en las cuales predomina la cohesión, con fases en las que predomina el desligamiento. De hecho, si se observa una familia determinada, la etapa que distinguimos depende de cual es el sistema que estamos definiendo. Por ejemplo, en una familia en la que el hijo mayor es escolar, los padres son simultáneamente hijos en una familia en la cual se vive la etapa de nido vacío.

La estructuración en ciclos depende también de variables socioculturales. La configuración de las familias en el nivel socioeconómico más bajo es con frecuencia distinta al modelo típico de la familia nuclear, ya que su funcionalidad, es más común la familia extendida. Encontramos preferentemente familias uniparentales con un solo miembro de la pareja, generalmente la mujer a cargo del cuidado y crianza de los hijos o familias multigeneracionales en las que conviven tres o cuatro generaciones de la familia, abuelos, hijos y nietos en un mismo hogar. (Ibid).

Los ciclos vitales de muchas familias en situación de pobreza comienzan con el embarazo temprano de la madre y la crianza del hijo por parte de la abuela. La madre debe dejar de estudiar y a veces comenzar a trabajar precozmente. El niño es criado por la abuela, a veces permanentemente o hasta que la madre tenga una situación económica que le permita volver a hacerse cargo de él. Muchas veces la madre se casa posteriormente, pero no con el padre biológico del niño.

Una tarea evolutiva de estas familias, distinta a las que se ve en las familias de clase media, es de transferir la autoridad desde la abuela a la madre, cuando ésta retorna su rol de madre. Muchas veces los hijos se oponen a la autoridad de la madre, ya que ella fue percibida por mucho tiempo como una hermana mayor que también debía obedecer a la abuela dentro de la casa. También puede haber dificultades para aceptar una nueva relación de pareja de la madre. (Florenzano, op.cit.).

Por otro lado, la escasa preparación para el trabajo que da el sistema educacional, junto a la creciente sofisticación del mercado laboral, hacen que muchos jóvenes, trabajadores no calificados, perciban ingresos insuficientes como para mantener a una familia. Esto determina que éstos se mantengan dentro de sus familias extendidas, que se “alleguen” a parientes lejanos o que migren a lugares donde buscan mejores posibilidades laborales.

Lo anterior lleva a que la etapa de “nido vacío” de la que se habla en el ciclo familiar, muchas veces no exista en estas familias, ya que los hijos se casan y tienen hijos pero no abandonan la casa de sus padres. Además, la vejez en la pobreza puede ser más precaria que en la clase media en términos de seguridad y estabilidad económica, y en la posibilidad de acceder a cuidados médicos y tratamientos costosos en caso que fuera necesario. Sin embargo, en términos generales, esta etapa parece ser más satisfactoria debido a que la familia tiende a ser más solidaria con sus ancianos, manteniéndolos en la casa y haciéndolos participar activamente en la crianza de los hijos. Por ejemplo, la abuela mantiene un rol de matriarca dentro del sistema familiar. (Ibid).

Se han descrito seis etapas de este ciclo, que ha sido descrito como la travesía del ciclo familiar a lo largo del tiempo. Esta travesía ha variado a lo largo de las últimas décadas, en la medida que ha cambiado la familia, sea por el cambio en el contexto externo, por las diferentes expectativas de sus miembros. *“Este ciclo vital transgeneracional es complejo, ya que implica una imbricación de las vidas de sujetos de la misma generación así como entre generaciones”*. (Duvall, 1977).

La primera etapa del Ciclo Vital de la Familia es la formación de la pareja y comienzo de la familia. Familia sin hijos. Esta etapa comienza formalmente con la ceremonia matrimonial, pero prácticamente lo hace mucho antes, con el pololeo y el noviazgo, que son pasos preparatorios para la unión y convivencia estable de dos personas. La tarea central de esta etapa es el establecimiento de un compromiso permanente, el que se va profundizando a medida que pasa el tiempo.

La pareja debe crear formas de relación y comunicación satisfactorias. Debe definir estilos de vida, rutinas e intereses, lo que implica que cada uno de los miembros de la pareja se modifica internamente para lograr una acomodación y adaptación mutua. Esto está ligado a la formación de una identidad de pareja (un “nosotros” que va más allá del “tú” y “yo”), lo que implica pensarse de a dos. Una tarea central de esta etapa es la definición de las relaciones futuras con las respectivas familias de origen, tarea que muchas veces es una de las más difíciles. (Ibid)

Etapa de crianza inicial de los hijos. Esta comienza con el nacimiento del primer hijo. La tarea fundamental de esta etapa es crearle un espacio al niño en la familia. La madre desarrolla una mutualidad con el niño, que implica empatizar con sus necesidades biológicas y psicológicas para satisfacerlas. Este vínculo madre – hijo es fundamental para que el niño desarrolle una sensación de confianza básica en el mundo. La llegada de un nuevo miembro a la familia plantea dificultades. Por un lado para la pareja, que debe redefinir su manera de relacionarse sentimental y sexualmente (compartir la atención y el amor y restringir su actividad sexual a los momentos en que logren intimidad), y por otro lado para el hombre, que puede sentirse celoso y desplazado.

Cada hombre y mujer debe adquirir el rol de padre y madre con la asunción de una serie de conductas ligadas a los roles de paternidad. Cuando llegan más hijos a la familia, esta situación se repite. El padre y los hermanos mayores deben pasar por la misma situación. La competencia entre hermanos puede ser una fuerte fuente de tensión. En esta etapa los padres están fuertemente exigidos por las labores de cuidado y protección de la prole.

Familia con hijos pre-escolares. Esta etapa comienza con la entrada del hijo mayor al jardín infantil. El niño desarrolla mayor dominio sobre su cuerpo y comienza conocer y explorar su medio ambiente. Los padres deben permitir y aceptar esta mayor autonomía y al mismo tiempo proteger al niño de los posibles peligros de ésta. La sobreprotección por parte de los padres puede inhibir al niño y limitar muchas de sus potencialidades. Es así como los padres deben enseñar al niño a controlar sus impulsos y a obedecer una serie de normas aunque éste no comprenda su sentido.

Familia con hijos escolares. Esta etapa comienza con el ingreso del hijo mayor al colegio. Este se separa parcialmente de la familia para desarrollarse en el ámbito escolar. Es una época de prueba para la familia porque el medio escolar y sus exigencias evalúan la “eficacia” con la que los padres han criado y socializado a su hijo. Los padres deben aceptar que al entrar el niño al colegio van a separarse de él y que además van a comenzar a aparecer otras personas importantes para el niño, como profesores, compañeros y amigos. Al tener compañeros, el niño va a conocer otras familias con otros estilos del funcionamiento, lo que le permite hacer comparaciones con su propia familia. Los padres, y en especial la madre, comienzan a tener más tiempo libre, lo que les permite retomar sus actividades y trabajos alternativos. En esta etapa la relación de pareja se afirma gradualmente, o se produce un distanciamiento progresivo si no se han logrado desarrollar áreas de satisfacción compartida. (Ibid)

Familia con hijos adolescentes. Los padres en esta etapa deben aceptar el crecimiento y desarrollo de su hijo y darle el derecho para decidir personalmente en relación a su futuro laboral, sexual y familiar. Estas decisiones pueden o no coincidir con las expectativas de los padres. Para muchas

familias es difícil aceptar esta realidad, por lo que el proceso se hace tremendamente lento. Los padres pueden cerrarse y asumir una actitud controladora que busque retardar la independencia del joven, o pueden reaccionar apoyando a sus hijos, manteniendo una comunicación abierta y las posibilidades emocionales y materiales para que el joven comience una vida independiente exitosa.

También es posible observar en ciertas familias un intento por apurar el proceso de separación de los hijos fomentando una rápida inserción al mundo laboral o desligamiento con la familia. La pareja puede actuar de común acuerdo ante estas situaciones de tensión, o adoptar posiciones diferentes, tratando que su hijo cumpla con expectativas propias no satisfechas. Un padre no profesional puede obligar a su hijo con pocos intereses académicos a entrar a la universidad, o la madre poco atractiva empujar a su hija físicamente agraciada a desarrollar gran actividad sentimental o social. Período medio y terminal de la familia. Este período ha sido el menos estudiado. Comienza cuando el último hijo abandona la casa para formar una propia familia. (Ibid)

La pareja vuelve a estar sola y se produce lo que se llama “nido vacío”. En la medida en que se prolonga la expectativa de vida y se mejora la calidad de ésta, es posible que la familia atraviese por una etapa estable y positiva. Esta etapa es especialmente difícil para aquellas mujeres que se dedicaron casi exclusivamente a la crianza y cuidado de los hijos, y para aquellas que no desarrollaron áreas comunes de interés centrándose principalmente en el crecimiento de sus hijos. Por otra parte, el momento de la jubilación es mal tolerado por muchos hombres que centraron su vida en el trabajo. Los que aceptan positivamente esta situación, quieren volver a la familia, para recuperar el tiempo en que la mantuvieron más descuidada por el trabajo.

Sin embargo, en ocasiones esto es totalmente opuesto a lo que le ocurre a la mujer, quien estuvo fundamentalmente en el hogar y ahora, sin el peso de la crianza, desea salir y dedicarse a sus intereses propios. Este desacuerdo lleva a que en esta edad puedan producirse separaciones. En esta etapa uno de los miembros de la pareja experimenta la viudez. Hoy día es más frecuente que sea la mujer, dada la menor expectativa de vida del sexo masculino.

2.4. Teoría Interaccional de la Comunicación

La familia conforma un sistema de relaciones en cual la conducta de uno afecta a todos y a cada uno de sus miembros. Se definen cinco axiomas de la comunicación pragmática que son centrales para comprender el proceso de comunicación interpersonal:

- No es posible no comunicar. La naturaleza de la comunicación muestra su carácter de inevitabilidad y que necesariamente compromete al otro cuando hay una comunicación.
- Todo mensaje tiene un nivel de contenido y un nivel relacional. El segundo - que define la relación- clasifica al primero dándole sentido y significado al contenido. La definición de la relación es una meta comunicación.
- La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación. El proceso comunicacional es circular y se requiere organizar la secuencia de hechos a través de una puntuación dada, que es arbitraria.
- Hay dos formas de comunicarse: digital y analógica. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja siendo básicamente el lenguaje verbal oral y escrito, y el lenguaje analógico que posee una semántica adecuada para la definición de relaciones, incluyendo verbal metafórico y el lenguaje no verbal.
- La comunicación define básicamente dos tipos de interacciones: simétricas y complementarias, según se basen en la igualdad o en la diferencia. En las relaciones simétricas los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y en las complementarias, un de los participantes complementa la del otro, basándose en el
- máximo de la diferencia. Ambas relaciones se dan en las mismas personas, en diferentes áreas y contextos y tanto en una comunicación funcional como disfuncional. En una relación simétrica sana se acepta la mismicidad del otro, lo cual lleva al respeto mutuo, confianza, y a la confirmación del ser del otro.

Por otra parte, las conductas se complementan cuando dos personas intercambian diferentes conductas. Una adquiere una posición superior y la otra una posición inferior. Las estructuras complementarias son dos posiciones diferentes y no una mejor que la otra.

El comportamiento de uno favorece la conducta del otro y viceversa. Por ejemplo, cuando una persona da y la otra recibe. Cuando cualquiera de estos dos tipos de relaciones se hace permanentes entre las personas o inflexibles según los contextos se producen disfuncionalidades comunicacionales. Por una parte, la rigidización de definiciones relacionales en igual lleva a las escaladas simétricas (donde siempre debe haber igualdad) o bien, la permanente definición de relación complementaria (donde siempre debe marcarse la diferencia, haciéndose ésta cada vez mayor) que lleva a la rigidez complementaria. (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

Estos diferentes axiomas dan cuenta de las características de la comunicación interpersonal. Este proceso se hace indispensable para la subsistencia y adaptación de los sistemas a su medio, pudiendo generar pautas funcionales o disfuncionales para las interacciones.

Es este proceso circular de información y retroalimentación el que da cuenta de las posibilidades de estabilidad y cambio de los sistemas vivos. En los sistemas interaccionales estables, es decir, aquellos en que las relaciones son importantes y relativamente largas, como la familia, se establecen secuencias, comunicacionales recursivas denominadas pautas de interacción.

En un sistema interaccional un mensaje tiene un contenido y además una definición de la naturaleza de la relación de aquellos que se están comunicando. La estabilización de la definición o las redundancias observadas en el nivel relacional se denominan reglas.

En síntesis, en una comunicación funcional, las personas perciben más las sutilezas de la inevitabilidad de la comunicación, estableciendo una comunicación directa sin eludir el compromiso de ella en forma descalificadora del otro; hay acuerdo en el nivel de contenido y de relación, hay congruencia entre la comunicación verbal y no verbal; se explican las interacciones en forma circular, y son flexibles, estableciendo relaciones simétricas y complementarias de acuerdo al contexto relacional, sin rigidizar relaciones que los llevan a escaladas simétricas o a complementariedades rígidas (Ibid).

CAPITULO III

EL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

3.1. Concepciones del Hombre sobre el proceso Salud - Enfermedad

Desde tiempos remotos como lo marca la historia el proceso salud enfermedad a sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno, en la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo atribuían a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o shamanes, tiempo después en Grecia surge lo natural siendo la salud una necesidad para los seres vivos acercándose a los métodos actuales como lo son el clínico, epidemiológico y ambiental; desde la antigüedad clásica surge la concepción de lo ideal o utópico difícil de medir, y de existir donde los métodos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables; posterior y desde los orígenes a la presente medicina emerge la somático fisiológica, acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios. A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica atribuyéndose a la salud como lo que no es del cuerpo tangible utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual, el psicoanálisis y técnica de grupo. (OPS, 1983).

La concepción Sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención, su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollándose en el método científico a partir del siglo XIX cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual.

Para las concepciones economista y económico social existe cierto parecido por que su nota característica ven a la salud como condicionante de la productividad del factor humano. Midiendo el precio de la salud y costo de la enfermedad, la primera aparece a mediados del siglo XX en países de industrialización y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud: epidemiológica, del método estadístico, antropológico, Sociológico, Económico político, Economía de la salud, demográfico y psicológico. (Ibid)

En todos los países en que se ha estudiado la relación que existe entre estrato social y enfermedad, se han comprobado elevadas tasa de mortalidad y discapacidad en los sectores más pobres de la sociedad. Así ocurre incluso en los países que disponen de sistemas de salud de financiación pública. Más que nadie, son los pobres los que viven en entornos peligrosos, los que no pueden satisfacer sus necesidades básicas y carecen de amenidades, los que ocupan puestos de trabajo, cuando los ocupan, estresantes y no gratificantes y los que están aislados de las fuentes de información y de estímulo. Además de todo esto, la pobreza es intrínsecamente degradante y alienante. Esto es particularmente cierto cuando el que la sufre sabe que la pobreza no es un destino obligado del ser humano, y no puede dejar de alienarse cuando ve en medios de comunicación cómo vive la mayoría pudiente. (Carta de OTAWA, 1986).

“La pobreza embrutece al hombre como una inyección continua de veneno. Adormeciéndolo poco a poco, lo incapacita para darse cuenta de las mejores cualidades de su carácter, le roba su sentido de propósito, mina su confianza e impide que extienda partes esenciales de sí mismo hacia la vida del mundo que lo rodea. Le desvía del camino correcto, llenando su vida de las inevitables consideraciones en que consiste la limitada y mezquina perspectiva del perdedor” (Brown, 1977)

La última concepción denominada político legal, cuya nota característica es la salud como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre, la cual nace desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social; cuyas disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos. Entendiendo el concepto de salud como un:

“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud” (Declaración de ALMA ATA, 1978).

3.2. Conductas de Salud

La cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita o implícitamente valores para determinar aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud. Las conductas de salud se encuentran vinculadas con el Estilo de Vida que se define como:

“Los estilos de vida implican como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá de lo dañino o saludable y refleja valores y tradiciones, así como transformaciones a través de la educación recibida. Pueden ser considerados como el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana que permanecen en el tiempo y que se manifiestan en lo individual y en lo colectivo en los diferentes grupos socio-culturales. A la vez que se transmiten históricamente son susceptibles de ser cambiados por medio de intervenciones ya sean positivas o negativas por medio de la educación y de la comunicación social” (Declaración de ALMA – ATA, 1978)

En el estilo de vida de las personas, se pueden adoptar diferentes tipos de conductas para proteger o promover y mantener la salud, son las conductas denominadas preventivas, que se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal. Estas conductas se adquieren por aprendizaje por experiencia directa o por aprendizaje vicario o moldeamiento. Siendo importantes en el proceso de salud y de enfermedad, ya que en determinados momentos las personas con estas conductas de salud pueden convertirlas en Hábitos de Salud entendiendo estas como conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo.

Los cuales se ponen en funcionamiento de una forma automática y sin tener una clara conciencia de ello, caracterizándose por ser inestables, además de autónomas con escasa o nula relación entre las diferentes conductas de una misma persona. Una persona, para poner en marcha una conducta de salud, debe percibir una amenaza porque siempre implica un esfuerzo, en esa amenaza está la susceptibilidad y gravedad percibida. La amenaza puede relacionarse con variables demográficas psicosociales y beneficios de poner la conducta en funcionamiento y el coste. En la amenaza se basan las campañas de medios de comunicación, enfermedades cercanas al individuo, e información de masas. Los costos y los beneficios se relacionan con esas variables demográficas y psicosociales. (OPS, 1983).

Las Reacciones Psicológicas ante la enfermedad van a ser una vivencia quedando consciente o inconscientemente en el individuo, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida. La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades, entendiéndose como una conducta frustrante que genera displacer psíquico, el cual permite generar los siguientes sentimientos en el ser humano:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias; dolor físico y psíquico.
3. Amenaza, aislamiento; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
4. Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás.
5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea aguda o crónica, variará el pronóstico y la evolución, también la edad va a influir ya sea en edad infantil, adulta o vejez. Porque la enfermedad se vivirá de distinta forma. El sexo también influye, ya sea masculino o femenino se vivirá diferente y se generará una situación diferente a su alrededor. La cultura familiar/social es igual en toda la enfermedad, se va a generar una crisis familiar, la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando hablamos de enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones. (Flores, Hernández, 1998).

Factores de vulnerabilidad Familiar:

1. Tipo de enfermedad de que se trate.
2. Estructura y dinámica familiar
 - 2a. Grado de permeabilidad de los límites. (Hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro).
 - 2b. Estilo de respuesta de la familia. (Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar. (Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos).
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. (Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia para expresar sentimientos y pensamientos).
5. Redes sociales.

3.3. Reacciones psicológicas ante la Enfermedad

La persona que enferma vive pues en una especie de desorientación de la propia identidad, que no siempre se resuelve fácilmente. La vivencia de la enfermedad es además diferente en cada individuo, pues depende de muchos factores. El factor clave es el significado que le da el paciente. A esto se debe que enfermedades aparentemente leves susciten a veces reacciones emocionales intensas o al revés. Las reacciones emocionales que se derivan dependen de este significado, lo que traduce complejos procesos psíquicos. (Flores et al, op.cit.)

El peligro desencadena el miedo. La amenaza a la integridad física y social, el ambiente hospitalario, los tratamientos y en general la incertidumbre desencadena emociones de ansiedad y miedo. Si bien el miedo se asocia a un peligro externo más claro en la conciencia, y la ansiedad a un peligro más vago y desconocido, en el paciente ambos se confunden. Dos factores ayudan a disminuir la carga negativa de estas emociones: poder hablar de ellas, expresarlas, y recibir información adecuada, necesidades que aparecen de forma muy frecuente en los enfermos y que muchas veces los agentes de salud no están preparados para afrontarlas y comprender las reacciones emotivas que presentan los pacientes.

Otra forma de reaccionar es la depresión, que aparece ante la amenaza real o presunta de pérdida: de funciones físicas o psíquicas, del rol social, de una parte del cuerpo. Esto y la imagen de si mismo pueden ser ejemplos de pérdida de “objetos de amor”. Los síntomas de depresión suelen surgir cuando ya la enfermedad se ha manifestado y el paciente se da cuenta de sus consecuencias. Se encuentran con mayor frecuencia en enfermedades crónicas, invalidantes o de amenaza vital. A veces se manifiesta con un aplanamiento vital, otras con expresiones manifiestas de llanto, tendencia al aislamiento, sentimientos de culpabilidad, e incluso en casos extremos a ideas o acciones suicidas.(Ibid).

Esto puede traducirse en que el enfermo adopta una actitud de “dejarse estar”, no colaborando con el equipo de salud y renunciando a luchar. El enfermo percibe una desesperanza en su capacidad de afrontar los problemas asociados a su situación, literalmente no ve salida.

Cuando la enfermedad se entiende como un elemento que obstaculiza de forma más o menos grave los deseos y proyectos se genera frustración y agresividad. La reacción más frecuente ante la frustración es la rabia, como emoción, y la agresividad como conducta. Todo un conjunto que se moviliza para eliminar, a veces, el obstáculo frustrante y otras muchas veces se moviliza contra otros objetivos o personas, al no ser capaz de enfocar su rabia en algo positivo.

Otra de las formas de reaccionar frente a algo que se lee como amenaza son los llamados mecanismos de defensa. Las personas se defienden de la enfermedad, o de los problemas, de forma inconsciente con algunas conductas que evitan centrar el foco de atención en aquellos factores que tienen la potencialidad de hacer sufrir a la persona. Los más frecuentes mecanismos de defensa son:

- *El Ataque.* Se observa incluso en personas que en condiciones generales son amables y pacientes, que se convierten en pacientes insoportables e intratables para los que les cuidan. Cuando la agresividad se proyecta en los demás, el enfermo los convierte a estos en los culpables y se asigna a si mismo un rol de “víctima”. Acusaciones, irritabilidad permanente, conductas de sospecha, traducen esta proyección de la amenaza sobre los demás. La búsqueda ansiosa de mejores médicos o tratamientos puede también traducir esta agresividad, transformándose el enfermo en un agresor del sistema. De todas estas formas puede mantener alejada de su conciencia la tremenda angustia que le genera la enfermedad, a costa de una relación muy alterada con su medio. Paradójicamente, estos enfermos tienen a veces más posibilidades de curación porque están más alejados de la actitud de “dejarse estar”. Pero tiene el riesgo de generar un círculo vicioso: la agresividad del paciente genera respuestas de agresividad en profesionales expuestos a otras múltiples fuentes de tensión.

- *Regresión:* Se refiere a una conducta infantil que no se corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad porque una persona sana con un rol activo pasa a enfermo con un rol pasivo, por el estado de dependencia y por el entorno hospitalario, porque se pierde su identidad siendo un número u objeto de cuidados. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Se puede dar en cualquier etapa del proceso.
- *Inculpación:* Implica mecanismos auto punitivos y se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime. Se da sobre todo en pacientes con SIDA por su estilo de vida.
- *Evasión:* Se usa como medio de escapar de las dificultades de su vida. Exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas evidencian o viven su enfermedad como algo insoportable y se refugian en el alcohol y las drogas.
- *Introversión:* Se puede dar con la retracción y se da cuando los intereses del enfermo están en el mismo produciendo egocentrismo abandonando las relaciones exteriores para centrarse en su problema, se da en personalidades con un componente introvertido.
- *Negación de la Realidad:* Puede ser Parcial o Total y se niega la enfermedad o se le resta importancia a la misma. Se evitan las implicaciones. Se da ante el diagnóstico produciendo un obstáculo para el tratamiento rápido, aparece en pacientes con cáncer y trastornos coronarios y también aparece después del diagnóstico. Con esta reacción se disminuyen los niveles de ansiedad del paciente.
- *Entrega a la enfermedad:*
 - Masoquista: pacientes que viven la enfermedad como un castigo merecido y justo.
 - Ganancial: los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exige ayuda externa. (Accidentes laborales)
 - Hipocondríacos: enfermos que la enfermedad les genera una observación de su organismo y proliferación de sus temores (hipocondríacos).

- *Reacción de Ansiedad:* Desde el punto de vista clínico es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión, emoción y cortejo somático. Se acerca al miedo pero se diferencian en que este es un sentimiento producido por un peligro presente o eminente y la ansiedad es la anticipación del peligro, de causa vaga y menos comprensible. En el temor identificamos la amenaza, en la ansiedad no. La ansiedad se ha estudiado como rasgo o característica de personalidad, es la disposición interna del individuo a manifestarse o a reaccionar de una manera ansiosa independientemente de la situación. Se producen fluctuaciones entre ansiedad - estado, fluctuaciones de la ansiedad en el tiempo. La ansiedad se manifiesta por niveles cognitivos (sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar problemas de baja autoestima). También por niveles fisiológicos (aumenta tasa cardiaca, palpitaciones), finalmente el nivel motriz que es el resultado de la interacción fisiológica más la cognitiva (temblores, tartamudeo, incluso no pronunciar palabra, pánico) (Ibid).

3.4. La experiencia de estar Enfermo

La experiencia del sufrimiento es una de las constantes más universales en la vida del hombre: la aparición de la amenaza de enfermedad o muerte puede repercutir en todas las dimensiones de la persona y puede traducirse en un quiebre vital. Es también, como toda crisis, una oportunidad en la cual se puede ganar mucho en el propio desarrollo y/o lograr un cambio de sentido en la vida. (Flores et al, op.cit.)

Hoy existe bastante evidencia sobre la necesidad de diferenciar lo que llamamos “enfermedad” (el proceso definido en parámetros biológicos) de la experiencia subjetiva que tiene el enfermo de sufrimiento, que algunos llaman “dolencia”, o de forma más general, experiencia de enfermedad. De forma paralela, se distingue entre “dolor” y “sufrimiento”. Este último término se refiere a la experiencia subjetiva del enfermo.

La persona es un ser biopsicosocial y espiritual, esta forma de separación en dimensiones es sólo en términos de comprender mejor lo que somos los seres humanos ya que la experiencia es algo que incluye todo el ser. Una visión integral de la persona que sufre permite comprender mejor y estar atentos al impacto personal que puede tener la enfermedad en la vida de la persona, para darle así una atención más humana y eficaz.(Ibid).

Dimensión física o corporal: el sufrimiento puede estar relacionado a la aparición de síntomas, incapacidad, necesidad de tratamientos y el esfuerzo que implica ponerse en acción para afrontarlos, ya sea de forma aguda o crónica el cuerpo entero, y de forma particular el rostro, expresan de forma directa o sutil la magnitud y forma del sufrimiento.

Dimensión social: el sufrimiento tiene que ver con las dificultades en las relaciones interpersonales, la incapacidad de establecer o mantener vínculos o amistades, la marginación o exclusión, el desarraigo, el abandono o las dificultades relacionadas a la supervivencia. Elementos que son importantes en la calidad de vida de los pacientes, que pueden servir de apoyo a su cuidado o que pueden servir como justificaciones para no necesitar cuidarse.

Dimensión intelectual: el sufrimiento puede estar dado por la incertidumbre, los temores, la incapacidad de tomar decisiones y todos aquellos estados mentales que suponen una dificultad: agotamiento, manifestaciones de desequilibrio psíquico, inquietud, dudas, disonancias cognitivas, alteraciones de conciencia, creencias e ideas de descontrol entre otras.

Dimensión afectiva: el sufrimiento puede aparecer ante la pérdida de una relación significativa, ante la soledad o ante la experiencia de ser incomprendido.

Dimensión espiritual: puede tener relación con el vacío interior, el sentido de culpa, la dificultad de perdonar o perdonarse, la incapacidad de conseguir las propias aspiraciones, el sentido de inutilidad o la alienación de Dios, de los otros o de uno mismo. Tiene relación con la dificultad de encontrar un sentido a la vida y a la propia enfermedad.

La Relación de Ayuda en medicina y su foco centrado en el paciente, implica reconocer las dimensiones afectadas en el paciente y comprender sus necesidades. Según el modelo de Relación de Ayuda, el sufrimiento conduce con frecuencia a un estado de enclaustramiento o aislamiento emocional que se traduce en la sensación de impotencia y desesperanza. Un primer objetivo es establecer el vínculo a nivel emocional, con gestos, cercanía física y psicológica, para ayudarle a salir de este aislamiento. Una vez establecido el vínculo emocional es más fácil centrarse en la solución del problema o afrontar las dificultades.

3.5. Modelos de Intervención en el proceso Salud – Enfermedad

El modelo Biomédico está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica. Con este modelo se creó una estructura para examinar, clarificar y tratar las enfermedades. Desde esta orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad. Así el mundo se divide entre sanos y enfermos, siendo enfermedad aquello que el médico pueda reconocer, demostrar y clarificar por procedimientos basados en el método. (Ceitlin, Gómez, 1997)

Es necesario dejar en claro que el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollos tecnológicos vinculados a la gran industria de la salud. Pero este modelo deja de ser científico cuando su aplicación estricta o sus fundamentos metodológicos dejan por fuera las variables humanas, sociales o culturales del enfermar o éstas se tratan de reducir a variables estrictamente biológicas.

En el modelo Biopsicosocial el enfermar adquiere sentido en función de la vida de la persona. Al introducir el valor de la palabra, de la historia que construye el paciente, permite que la enfermedad deje de ser solamente alteración bioquímica o física, puede ser también insatisfacción en las relaciones, emociones o afectos inadecuadamente elaborados, dolor psíquico.

La transición de un modelo biomédico a uno biopsicosocial no es una cuestión legislativa, no es sólo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados. Es un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar, contextual, no lineal, recursiva, que sistemáticamente incluya al observador y lo que es observado. Este desafío implica múltiples niveles de cambio en la educación médica. (Ibid).

II PARTE: MARCO REFERENCIAL

CAPITULO IV

ATENCIÓN PRIMARIA: AVANCES EN EL PROCESO DE SALUD EN CHILE

4.1. Conceptualización de la Atención Primaria

La atención Primaria, es definida como una estrategia de desarrollo, se le concibe como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad, integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Resalta la participación de todos los sectores sociales en forma coordinada. Exige y fomenta la auto - responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles. Prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresas de la comunidad.

Los principios orientadores de la política social y por tanto la atención primaria de salud son:

- **Equidad:** mejorar la igualdad de oportunidades de todos los chilenos en cuanto al acceso al sistema de salud, a través de discriminar en beneficio de los grupos más necesitados, más vulnerables y de mayor riesgo, sin descuidar a los de menor riesgo.
- **Eficiencia Social:** aumentar la eficiencia de las políticas de salud, mejorando los mecanismos de asignación de los recursos, los instrumentos de identificación de los beneficiarios y la medición de la cobertura a objeto de focalizar los programas en los grupos de más alto riesgo.
- **Participación Social:** la estrategia de atención primaria es también participativa, se nutre del conocimiento y del esfuerzo de la propia comunidad en la identificación y

priorización de sus propios problemas y la formulación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos, destinados a dar respuesta a los problemas de salud identificados.

- **Respeto por la dignidad de las personas:** el mejoramiento por la calidad de vida y en particular la reducción de la pobreza debe realizarse a través de métodos adecuados con la debida oportunidad, en un ambiente apropiado y respetando la dignidad de las personas. De igual modo la atención primaria este principio orienta a mejorar la calidad de la atención en relación con la dignificación del trato al usuario, con la disminución de las listas de espera, con el aumento de la resolutiveidad.
- **Solidaridad:** este principio esta orientado a crear oportunidades para que todos los chilenos puedan participar eficiente y creativamente en el esfuerzo de desarrollar al país, en este caso de desarrollar la atención primaria vista como una estrategia de desarrollo, contribuyendo en forma solidaria al bien común y participando de los beneficios, sintiéndose coautores de esta tarea común y haciéndose responsables de su situación.

Para aplicar estos principios en 1991 el Ministerio de Salud propone:

“La modernización de los sistemas de salud y la búsqueda de la mayor eficacia posible para producir el mayor beneficio a la población. Lo que pasa por el desarrollo de dos condiciones básicas: dar autonomía a las unidades prestadoras ejerciendo una descentralización real y dar a las personas la oportunidad para hacer valer sus derechos en salud”.
(MINSAL, 1991)

Se postula entonces un Sistema de Salud de gestión descentralizada, cuya misión sea superar las profundas desigualdades de acceso. La salud un bien circunstancial a la vida de las personas. Reconocida en la constitución Política como un derecho de todos los chilenos y por tanto el gobierno ha propuesto como objetivos ineludibles en salud.

- Hacer justicia en salud reduciendo las diferencias en el nivel de salud, en el acceso y la calidad de promoción, prevención y atención de salud.
- Dar más año de vida, disminuyendo las muertes evitables y aumentando las expectativas de vida de los chilenos.
- Dar más vida a los años, que los años de vida sean más plenos a través del desarrollo y uso de capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

En la Constitución Política del año 1980 de la República de Chile, se define la salud como un derecho de todos los chilenos, en el cual el Estado “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”. En abril 1985 fue promulgada la ley de atención Primaria en Salud (Ley 19378, Estatuto Administrativo) que viene a regular el ámbito jurídico en que debe trabajar la atención primaria considerando entre ellos aspectos tan vitales como es el marco financiero, la dependencia técnica, el desarrollo de planes y programas, la dependencia administrativa, participación social y en el ámbito del recurso humano define tipo de profesionales, que deben conformar el equipo de salud, un piso mínimo de remuneraciones, los mecanismos de ingreso, mantención y alejamiento de los cargos, además de asegurar el desarrollo de los funcionarios a través de planes de capacitación en forma obligatoria.

4.2. Enfoque Biopsicosocial

El concepto de salud - enfermedad ha evolucionado radicalmente en las últimas dos décadas. La Salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, implica una declaración complemente diferente a la concepción de salud basada en la ausencia de enfermedad, configurado lo que se denomina el Modelo Biopsicosocial de Salud. En la actualidad hay un claro reconocimiento de que las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas tienen un efecto fundamental en el estado de salud de las personas, su familia y su comunidad. Es por eso que se asume un enfrentamiento integrador de la atención de salud, considerando todos los aspectos mencionados.

El Ministerio de Salud de Chile (1993), desde la administración de Aylwin, ha definido la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social como los principios orientadores de las políticas de salud. Para encaminarse a estas metas propuso la modernización de los sistemas de salud y la búsqueda de la mayor eficiencia posible para producir el mayor beneficio de la población. Se consideraron prioritarias dos condiciones básicas: la descentralización de los servicios de salud de modo de dar autonomía a las unidades prestadoras de servicios y dar a las personas la oportunidad de participar realmente en su cuidado y hacer valer sus derechos en salud. La vía que se ha utilizado para implementar dichas condiciones ha sido el proceso de Municipalización de los Consultorios y la aplicación de la estrategia de Atención Primaria (AP).

La situación de salud en Chile ha sufrido transformaciones fundamentales en los últimos años. El cambio de perfil epidemiológico indica que la mortalidad infantil y la desnutrición infantil han

disminuido significativamente, la mortalidad materna, el riesgo de enfermedades infecciosas transmisibles está relativamente controlado, mientras las enfermedades crónicas y los tumores malignos constituyen actualmente las primeras causas de muerte en Chile. Los fallecimientos por violencia y accidentes, especialmente en los jóvenes, han adquirido importancia.

Por otra parte, los problemas de salud mental tienen cada vez mayor relevancia e incidencia en los problemas de salud de la población, destacándose los problemas de alcoholismo, consumo de droga, neurosis y disfunciones familiares, siendo este último un factor de riesgo muy importante para la aparición de problemas psíquicos en niños, jóvenes y mujeres.

La pobreza, condición que afecta todavía a un porcentaje alto de la población chilena, plantea grandes desafíos a los sistemas de atención de salud, ya que constituye una de las condiciones que impactan sistemáticamente la situación de salud de la población.

Para todos es claro que en Chile los sistemas de atención de salud están en crisis dadas las necesidades de la población, el costo de la salud, la cantidad de recursos de que se dispone y la organización de los mismos.

Tradicionalmente la medicina se ha centrado más en la enfermedad y en el daño a la salud y en base a ésta conceptualización se han definido niveles de prevención, conceptos muy utilizados en salud pública y con implicancias importantes para el desarrollo del bienestar biopsicosocial. La medicina se ha dedicado a la prevención secundaria y terciaria. La perspectiva más moderna enfatiza la prevención primaria, sin dejar de lado la secundaria y terciaria. Sus esfuerzos más importantes están dirigidos al desarrollo y promoción de la salud, considerando las múltiples dimensiones involucradas y los factores condicionantes.

En el nivel de prevención primaria se sitúa el desarrollo de la salud, el fomento de la salud, la prevención inespecífica y las medidas específicas para evitar un daño. La promoción y educación de grupos de riesgo han llegado a constituir elementos centrales de la salud primaria. La prevención secundaria comprende la detección y el diagnóstico, lo más tempranamente posible de

una anomalía. Las acciones curativas son centro de la prevención secundaria. La prevención terciaria es la acción que se lleva a cabo cuando la curación no es posible y se debe realizar una acción rehabilitadora del daño irreparable.

Mucho se ha dicho y escrito sobre la perspectiva de bienestar biopsicosocial. Este modelo significa un cambio radical, desde la concepción de salud basado en la enfermedad a un modelo cuyo centro es la salud, su promoción y la prevención primaria y secundaria, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Se abre así un campo de acción a los profesionales de la salud cualitativamente diferente que obliga a una mirada y a un accionar interdisciplinario en los problemas de la salud. Esta concepción requiere la confluencia de miradas de variados sectores como la educación, la psicología, la economía, y los medios de comunicación, por nombrar sólo algunos, que sean capaces de integrar los múltiples factores biopsicosociales involucrados en todo proceso de salud – enfermedad. Este nuevo enfoque integrador no ha sido fácil de implementar en el campo de la salud, en el ámbito de la investigación, ni en la aplicación de programas de salud, dada la complejidad del mismo.

Este marco conceptual del bienestar biopsicosocial, junto con el diagnóstico de la situación epidemiológica de salud del país, ha llevado a la necesidad de buscar nuevas formas de organización de los sistemas de atención de salud que permita acercarse a las metas y objetivos propuestos, junto con adecuarse a la realidad chilena.

Un enfoque de Salud Integral Familiar es un modelo conceptualmente útil y atractivo, dado que aporta significativamente a una resolución más global de los problemas de salud en la Atención Primaria.

El modelo de Salud Familiar, cuyo foco de atención es la familia, constituye un paradigma alternativo para solucionar problemas existentes en la prestación de servicios de salud, junto con

humanizar la medicina del nivel primario ya que entiende el proceso de salud – enfermedad de una manera integral (SERNAM, 1994).

El perfil epidemiológico actual, con prioridad de enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedades mentales, enfermedades asociadas a problemas de nutrición, accidentes, etc., que está claramente asociado al comportamiento de las personas, a estilos de vida y a estructuras sociales determinadas, hace que la familia constituya un recurso fundamental para comprender y manejar los problemas de salud de los individuos.

Este modelo implica un profundo cambio organizacional, una visualización de los problemas de salud teniendo como unidad de análisis y de intervención a la familia, necesidades de capacitación de los prestadores de servicios, y un cambio de actitud y de expectativas de los usuarios. Adicionalmente agrega un potencial de realización y satisfacción en el trabajo para un sector profesional (funcionarios de la Atención Primaria (AP)) que no es cabalmente valorado por sus pares respecto a la labor que realiza.

4.3. Modelo de Salud Familiar

El modelo de atención de Salud Familiar en Chile surge en un contexto histórico de crisis y descontento en los Consultorios, junto al surgimiento de la Medicina Familiar aquí en Chile en los años 80, pero con mayor impulso en la última década. El origen del Modelo de Salud Familiar es diferente al de la medicina familiar en Chile, la cual nace por una necesidad universitaria de enseñar los problemas prevalentes en la atención primaria a sus alumnos de pre grado, sin contar con el recurso medico modelo a nivel de los consultorios para tal efecto. Ya los países de América del Norte habían iniciado el desarrollo de la Medicina Familiar en los años 60 y en EE.UU. y Canadá la mayoría de las Universidades contaban ya con departamento de medicina familiar que participaban en la formación de los alumnos de medicina. También hubo influencia de Venezuela, México, Panamá y Cuba, países más cercanos a Chile y que estaban desarrollando la medicina familiar. Es así que en las reuniones internacionales de educación médica la enseñanza en los centros de atención primaria y la Medicina Familiar como nueva disciplina eran temas recurrentes de la época.

La Medicina Familiar es, según el Consejo Americano de Medicina Familiar, la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida.

En Chile, como en otros países, la Atención Primaria de Salud es otorgada por un equipo de salud conformado por Profesionales y no profesionales, incluyendo al médico familiar. Este equipo de salud es co - responsable, junto a sus usuarios, de mejorar o al menos mantener la salud de éstos de la mejor calidad posible.

La atención primaria de salud es el terreno de actuación de este equipo de salud. El modelo de atención a seguir para este equipo de salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, modelo de salud integral o modelo de atención de salud familiar.

El Modelo de atención de Salud Familiar es el modelo guía para este equipo de salud, modelo que es diferente de un país a otro, como lo son los sistemas de salud y las funciones que en ella desarrollan los profesionales. Este modelo tiene componentes básicos, pero la organización final es diferente según la realidad local, al igual como es la realidad a la atención primaria y la medicina familiar.

Los componentes del modelo son:

- El vínculo y compromiso con los individuos y las familias a cargo. Este sentido de corresponsabilidad del equipo con sus familias a cargo lo obliga a una atención de calidad, costo efectiva, personalizada, continua, integral, con enfoque familiar, biopsicosocial, promocional y preventivo.
- La continuidad de la atención, ya sea curativa o de rehabilitación, como preventiva y promocional. Esta continuidad está dada por el equipo de salud de cada familia, como por la red de establecimientos de salud. La continuidad de la atención de los mismos miembros del equipo con cada familia y sus integrantes permite desarrollar el vínculo relacional necesario para lograr el compromiso mutuo y la personalización de la atención. El cuidado continuo implica una relación a lo largo de toda la vida en diferentes escenarios, en cualquier momento, en cualquier punto del proceso de salud – enfermedad.
- Población y familias a cargo con atención a toda la familia. Cada miembro del equipo se especializa con la persona y la familia, en todo el ámbito de la acción correspondiente a

sus labores en atención primaria según la realidad local más que con un tipo de problema de salud o de una técnica específica. Así se establece la triada paciente- familia- equipo de salud que con la continuidad de la atención permite el conocimiento acumulativo en la relación para una mayor atención integral e integrada.

- Atención con enfoque familiar el equipo de salud ve a la salud, tanto en los miembros como de la familia como un todo, como una responsabilidad compartida en las familias y sus integrantes. Las familias en sí es un objeto de cuidado de salud. Dada la importancia de la familia en la promoción de los estilos de vida saludables y en el cuidado de la salud en sus integrantes en el continuo salud - enfermedad, el equipo de salud debe conocer sus familias, trabajar con sus integrantes aprovechando de utilizar el enfoque familiar en cada uno de sus contactos.
- Enfoque promocional y preventivo de sus miembros y las familias a cargo. Como el objetivo del equipo de salud familiar es mejorar la salud de los miembros de la familias y la familia como un todo, en cada quehacer influyen el enfoque protector y de riesgo, ya sea individual como familiar, poniendo énfasis en desarrollar el auto cuidado y la salud tanto individual como familiar y otorgando las herramientas para que su población pueda tomar informadamente sus propias decisiones en salud.
- Atención integrada. En cada una de las actividades los miembros del equipo influyen en el fomento, la prevención, la curación y la rehabilitación con enfoque biopsicosocial y familiar, con énfasis preventivo y promocional.
- Trabajo en equipo. El equipo de salud familiar debe integrarse en torno a las familias a cargo, aportando cada uno de ellos su especificidad, pero con áreas comunes transprofesionales para el mejor manejo de las familias, como por ejemplo las actividades de promoción de la salud, información y conserjerías familiar y visita integral.
- Trabajo con la comunidad. El equipo de salud familiar trabaja con los representantes de la comunidad ya sea formales e informales según las circunstancias lo aconsejen en pos de una mejor salud y calidad de vida de su población a cargo.
- Trabajo intersectorial. Dado que la salud de las familias a cargo dependen también de la intervención de otros sectores, el equipo de salud se integra a los demás sectores en su

trabajo relacionado con salud, siendo un actor más en este trabajo conjunto.

- Excelencia clínica, investigación y vocación docente. Los miembros del equipo de salud hacen uso de la mejor evidencia y del criterio de expertos para la gestión de la población asignada, para su accionar clínico teniendo una alta capacidad resolutive.
- La atención costo – efectiva. Como los recursos tanto públicos como privados, son siempre limitados, el equipo de salud familiar tiene la responsabilidad de gestionarlos adecuadamente e intentar proporcionar con ellos el máximo de beneficios a los individuos y familias a cargo.

CAPITULO V

ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

5.1. Trabajo Social en el área de la Salud en Chile

El Servicio Social desde sus inicios ha estado estrechamente vinculado al desarrollo de los sistemas de salud del país, siendo su inserción de salud coherente con las políticas del sector en los distintos períodos históricos. En la administración anterior las políticas estuvieron orientadas a la implementación de un modelo bio – médico, con énfasis en lo recuperativo subestimando el aporte de las ciencias sociales y la integración de los aspectos psicosociales en el diagnóstico y la resolución de los problemas de salud. Esta política se institucionalizó con la reestructuración del sector salud, haciendo cada vez más difícil la reincorporación del Asistente Social como aporte específico en el área de las ciencias sociales. (MINSAL, 1993)

La subutilización del recurso, el deterioro del desarrollo del ejercicio profesional en el sector, junto a la multiplicidad de enfoques. Criterios, sistemas de registros técnicos y estadísticos han dificultado la evaluación de las acciones del Asistente Social en los programas de salud, y por lo tanto han disminuido enormemente su posibilidad de aportar en el área específica de su competencia.

Las políticas actuales de salud han permitido un replanteamiento del quehacer profesional en salud, y es así como el 05 de noviembre del año 1992, a través del Ord. 4D/Nº 9308, envía Orientaciones y Normas Técnicas del Asistente Social en Salud, elaborado por la Comisión

Nacional de Trabajo Social. Posteriormente se remiten nuevos formularios de programación 1993 y que incorpora Actividades del Asistente Social y de Trabajo Social y Coordinación Intersectorial. (Ibid).

En el actual marco de las políticas de salud y de la prioridad de favorecer el desarrollo de la atención Primaria en salud como estrategia, el Trabajo Social se propone intervenir a nivel de individuo, familia, grupos y comunidades en la detección de sus problemas y orientación a la búsqueda de respuestas a sus demandas y/o necesidades. Esta intervención se realiza a través de acciones orientadas a disminuir los factores intervinientes en el daño, y a desarrollar la prevención y promoción de la salud con un enfoque familiar y comunitario.

De esta manera el Asistente Social trabaja directamente con personas, familias, grupos y comunidades, abordando sus problemas, necesidades y demandas sociales en relación a la salud. Aporta una combinación de recursos de distintas naturaleza. Aborda simultánea y/o separadamente objetivos de tipo promocional, educativo, organizativo de gestión y de desarrollo local. (Ibid)

Su campo de acción permite realizar acciones transformadoras, a través de las prácticas específicas del Trabajo Social en busca de una mejor salud y calidad de vida para todos.

5.2. Objetivos del Trabajo Social en el área de la Salud en Chile

El propósito del Trabajo Social en Salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de los individuos, familias, grupos y comunidades para que éstos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de la salud. Para alcanzar este propósito, contribuye a la implementación de la Atención Primaria como parte de la estrategia de desarrollo, haciendo propios los principios éticos fundamentales de equidad, justicia asocial, pluralidad y solidaridad.

Para alcanzar éste propósito, el Trabajo Social define los siguientes objetivos generales, de los cuales algunos son de exclusiva competencia y otros compartidos con el equipo de salud:

- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud, en la resolución de sus propios problemas de salud.
- Contribuir a la conformación y fortalecimiento de sus organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de salud.
- Promover en conjunto con el equipo una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales – no gubernamentales), a nivel público, privado y solidario, contribuyendo a su articulación.
- Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención en salud.

- Aplicar con los equipos los enfoques psicosociales, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de salud.
- Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de sus actividades.
- Estimular la coordinación ínter niveles e ínter servicios para la atención de salud en la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
- Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica a través de la aplicación de metodología que permitan recoger el conocimiento y la experiencia tradicional y su articulación con el conocimiento científico.
- Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social en relación a problemas prevalentes de salud. (Ibid).

5.3. Estrategias del Trabajo Social en el área de la Salud en Chile

A continuación se presenta el conjunto de estrategias que el Trabajo Social desarrolla en los distintos niveles de atención en salud:

- Contribución a la incorporación de la dimensión social en la práctica del equipo de salud.
- Colaboración en la realización de diagnósticos participativos, en conjuntos con los actores involucrados en la situación de salud.
- Contribución al desarrollo de una programación de acciones que responde a necesidades locales.
- Análisis de los factores de riesgo social que condicionan la situación la situación de salud.
- Aplicación de metodologías y técnicas de educación social y trabajo comunitario.
- Utilización del enfoque familiar en el tratamiento de problemas emergentes y de mayor complejidad en salud, como por ejemplo maltrato y violencia familiar, SIDA u otros.
- Desarrollo de mecanismos de coordinación entre los establecimientos de salud (hospitales, consultorios, postas y otros) y la comunidad.
- Promoción de la participación y del Trabajo Social intersectorial en salud.
- Implementación de intervenciones sociales a nivel individual, familiar, grupal y comunitario que modifiquen riesgos sociales susceptibles de abordar, vía asistencia, apoyo terapéutico, educación, organización socio – laboral y otros.
- Implementación de intervenciones específicas de apoyo psicosocial a familiares con problemas de salud de mayor impacto biopsicosocial (oncología, neurología y psiquiatría entre otros).
- Contribución a la configuración de redes sociales y desarrollo de actividades de apoyo social a personas con enfermedades crónicas y hospitalizaciones prolongadas.
- Mantención de sistemas de coordinación intersectorial con instituciones públicas,

privadas, solidarias y organizaciones sociales.

- Contribución a la implementación de actividades de apoyo al desarrollo de los recursos humanos del sector. (Ibid).

5. 4. Métodos de Intervención del Asistente Social en el área de la Salud en Chile

Para llevar a cabo las estrategias, alcanzar objetivos y propósitos del Trabajo Social en Salud, el Asistente Social utiliza los métodos propios de intervención social; método social de caso y familia, método social de grupo, método social de comunidad, que a continuación se describen brevemente.

Cabe señalar que la aplicación práctica de estos métodos se realiza en forma articulada y en permanente interrelación. Es así como, el método social de grupo. Así también, la derivación a educación grupal puede ser parte de una estrategia de intervención en caso social.

5.4.1. Método Social de Caso y Familia

Es un conjunto de procedimientos estructurados, sistemáticos, formales, científicamente basados, cuya finalidad, es promover el desarrollo del individuo para que haga uso de sus capacidades, de los recursos de su familia y de la comunidad.

Este método esta orientado a que la persona y/o persona familia pueda satisfacer sus necesidades cuando está en una situación de relativa incapacidad de hacerlo por si misma. Utiliza entre otros modelos teórico – prácticos de intervención, el de resolución de problemas, intervención en crisis, el tratamiento centrado en tareas, el psico – social y el modelo familiar.

5.4.2. Método Social de Grupo

Metodología que facilita a través de la interacción grupal de crecimiento personal, desarrollo de la capacidad de relación, la satisfacción de necesidades, el aprendizaje y adopción de nuevas

conductas, realización de tareas específicas de acuerdo a iniciativas propias de los involucrados y desarrollo de su capacidad de organización y acción social.

De acuerdo a la necesidad del grupo, se puede trabajar con grupos orientados hacia el crecimiento o de tratamiento y grupos orientados hacia la acción social o centrada en tareas.

Grupos orientados hacia el crecimiento o de tratamiento: tienen como propósito, la educación, el crecimiento, la rehabilitación y socialización y, pueden subdividirse en:

- Grupos educativos por ejemplo: taller de paternidad responsable, promoción y apoyo a la lactancia materna).
- Grupos de crecimiento (por ejemplo: taller de adolescentes embarazadas).
- Grupos de apoyo terapéutico orientados a la recuperación y rehabilitación (por ejemplo: grupos de alcohólicos, adictos etc.).

Grupos orientados hacia la acción social o centrada en tareas: están al servicio de las necesidades de los individuos y de la organización, y pueden ser a su vez de la siguiente naturaleza:

- Comités o Comisiones diversas.
- Equipos de Trabajo.
- Grupos de acción social.
- Grupos o consejos de delegados.
- Grupos de base comunitaria.

El Asistente Social trabaja con ambos tipos de grupos en los tres niveles de atención siendo los primeros, un complemento de los programas y, los segundos, más orientados al trabajo comunitario y al desarrollo local.

5.4.3. Método Social de Comunidad

Es el proceso intencionado, dinámico y flexible, que desarrolla el Asistente Social inserto en un equipo de salud local, a fin de promover la organización social y la participación social y comunitaria con sus expresiones, expectativas, historia y conocimiento de su realidad. Se realiza a través de la aplicación de metodologías y técnicas de planificación social, educación social, comunicación social y desarrollo humano.

Las acciones propias del método de comunidad se realizan en un marco de contacto permanente con representantes de la comunidad a través de reuniones y entrevistas de coordinación y son:

- Diagnóstico participativo de la situación de salud de la comunidad (elaboración de mapas de riesgo e identificación de grupos prioritarios de atención y las áreas de intervención).
- Elaboración y mantención de catastro de organizaciones de base comunitaria con nómina de dirigentes y líderes vecinales.
- Diseño e implementación de proyectos sociales que respondan a necesidades o problemas surgidos del diagnóstico con la comunidad.
- Actividades educativas a través de trabajo grupal, eventos masivos, uso de medios de comunicación social (campañas u otras).
- Participación en la organización y desarrollo de eventos comunitarios (encuentros comunales, jornadas de trabajo comunitario e intersectorial, actividades culturales, recreativas y deportivas).
- Evaluación y sistematización de experiencias en conjunto con la comunidad.

Las funciones genéricas del Asistente Social que permiten la implementación de estos métodos de intervención son: la motivación, promoción, coordinación, organización, capacitación, educación, asistencia, investigación y planificación.

5.5. Actividades del Asistente Social en el área de la Salud en Chile

Los métodos de intervención del Asistente Social se implementan a través de actividades básicas y complementarias. Estas son desarrolladas a través de los programas, sub – programas y proyectos específicos de salud.

5.5.1. Consultas de Orientación Social

Es la consulta derivada de la demanda espontánea a Servicio Social. Esta se limita a la entrega de información acerca del motivo de consulta, a la derivación y referencia si es necesario.

Acciones

- Identificación de la persona.
- Establecimiento del motivo de consulta.
- Derivación y orientación.

5.5.2. Consulta Social

Es la atención que se realiza a los individuos y familias con fines de investigación, fomento, protección y recuperación de la salud. Esta consulta está dirigida a promover el desarrollo de potencialidades de las personas y su protagonismo en la modificación de los factores socio – económicos que inciden o determinan los procesos de salud – enfermedad.

Acciones

- Identificación de la persona (individualización).
- Diagnóstico Social (anamnesis, descripción análisis de la situación social, económica laboral, provisional, habitacional y medio ambiente, historia social, descripción y análisis de la dinámica familiar de la interacción familiar, identificación de redes personales de apoyo, evaluación de la calidad y nivel de participación social).
- Plan de tratamiento social: establecimiento de objetivos, modelos y estrategias de intervención.
- Seguimiento y evaluación (establecimiento de criterios que permitan calificar el nivel de transformación y mejoría de la situación inicial).
- Derivación y/o cierre del caso.
- Citación

5.5.3. Consultas Social Especializada

Es la atención que se realiza a personas y/o familias con problemas de salud de compleja resolución y que requieren de tratamiento social especializado (por ejemplo: situaciones con patologías psiquiátricas severas).

Acciones

- Identificación de la persona (individualización)
- Diagnóstico Social (anamnesis, descripción y análisis de la situación social, económica laboral, provisional, habitacional y medio ambiente, historia social, descripción y análisis de la dinámica familiar de la interacción familiar, identificación de redes personales de

apoyo, evaluación de la calidad y nivel de participación social).

- Plan de tratamiento social: establecimiento de objetivos, modelos y estrategias de intervención.
- Seguimiento y evaluación (establecimiento de criterios que permitan calificar el nivel de transformación y mejoría de la situación inicial).
- Derivación y/o cierre del caso.
- Citación

5.5.4. Visita Domiciliaria

Es la atención integral proporcionada en el hogar del individuo o familia con el objeto de conocer la realidad socio – económica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Acciones

- Preparación de la visita.
- Revisión de antecedentes y definición de objetivos.

Durante la Visita

- Observación y recolección de antecedentes en el domicilio.
- Diagnóstico de la situación familiar. Identificación de los factores de riesgo y priorización de los problemas.
- Tratamiento social y derivación a redes de apoyo si procede.
- Seguimiento y evaluación.

5.5.5. Coordinación

Es la relación del Asistente Social con representantes de instituciones públicas, privadas, ONG, organizaciones de la comunidad y otros sectores y actores sociales, con el objeto de movilizar recursos, establecer canales de comunicación, contribuir a generar redes de apoyo permanente y realizar acciones conjuntas en relación a necesidades de salud de la comunidad y a los objetivos de los programas, sub - programas y proyectos específicos de salud. La actividad de coordinación se realiza a través de entrevistas y reuniones periódicas.

Acciones

- Establecer o mantener mecanismos de comunicación (comisiones, consejos u otros).
- Establecer o mantener sistemas de registro de información formularios, actas, registros u otros.
- Elaborar programa de coordinación y acción comunitaria (diagnósticos de situación, programación, ejecución y evaluación de actividades)
- Definir tareas y responsabilidades.
- Ejecución de tareas
- Evaluación

5.5.6. Educación de Grupo

Es el proceso educativo de interacción grupal orientado a lograr cambios de conductas

(conocimientos, prácticas, actitudes) e influir en los estilos de vida que protejan la salud de las personas.

El rol educador del Asistente Social y demás miembros del equipo de salud es de ser guías o facilitadores del aprendizaje. Por lo tanto, sus funciones son las de clarificar, informar, orientar y facilitar el cumplimiento de los objetivos educativos propuestos.

La Educación Social de grupo puede corresponder a una sola actividad educativa o formar parte de un plan o estrategia educativa de mayor alcance, con objetivos actividades y formas de evaluación, formulados interdisciplinariamente con el equipo de salud.

Acciones:

Preparación de la actividad

- Diagnóstico preliminar de la preliminar de la situación de salud de la población o grupo objetivo y de sus necesidades educativas, partiendo de sus conocimientos y experiencias relacionadas con el problema de salud a abordar. En este diagnóstico de situación se deben identificar además, obstaculizadores y facilitadores.
- Preparación de la unidad educativa. La metodología incluye la elaboración de objetivos, contenidos, selección de técnicas y herramientas educativas, elaboración de material, diseño de actividades, establecimientos de criterios y formas de evaluación educativa.
- Considera además la motivación y la selección de los miembros del grupo, la constitución del grupo y organización de los participantes.

Desarrollo de la actividad

- Presentación del facilitador de la actividad educativa y de los participantes, presentación del tema y la forma como se va a desarrollar, desarrollo de los contenidos, síntesis del tema, elaboración de propuestas de actividades si procede y evaluación junto con el

grupo, de los contenidos desarrollados y la forma en que fueron tratados.

Después de la actividad

- Evaluación del resultado
- Proposición de las acciones siguientes

5.5.7. Trabajo Comunitario

Es un proceso intencionado de interacción entre miembros del equipo de salud y la comunidad que se realiza a través de acciones específicas, con el propósito de estimular la participación comunitaria, en la identificación de los problemas de salud, la priorización de estos y búsqueda conjunta de soluciones.

Acciones:

- Fase inicial

- Contacto con los diferentes actores de la comunidad.
- Organización con los grupos de trabajo.
- Realización de diagnóstico participativo de la situación de salud de la comunidad.
- Identificación y priorización de problemas.
- Identificación de recursos materiales y humanos.
- Definición de objetivos a alcanzar.

- Fase de desarrollo de las actividades

- Elaboración de propuestas de acción conjunta con diferentes sectores de la comunidad.
- Coordinación intersectorial y movilización de recursos.
- Determinación de responsables y asignación de tareas.

- Reuniones grupales.
- Monitoreo y evaluación permanente de la actividades.

- *Fase posterior al desarrollo de las actividades*

- Evaluación y sistematización de experiencias.
- Análisis de lo realizado y ajustes a necesarios.

5.5.8. Actividades Complementarias

- Supervisión y asesoría
- Administración
- Docencia en servicio
- Reuniones técnicas

TERCERA PARTE
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPITULO VI

SITUACIÓN BIOPSIICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

I. Contexto Local

El aspecto más débil que caracteriza al sector es el deficitario equipamiento comunitario instalado, en términos de áreas verdes, espacios recreativos, deportivos y sociales. Los principales problemas habitacionales están asociados a la existencia de allegamientos, loteos irregulares, donde predomina la no consolidación de las viviendas y la tenencia irregular de las propiedades. La gran cantidad de familias allegadas en el sector hacen a las 2.494, según la oficina de la vivienda, situación que deteriora las condiciones de habitabilidad y salud de las personas, lo que convierte al hacinamiento en uno de los problemas más sentidos por su población, presentando altos índices de contaminación intradomiciliaria durante la época invernal.

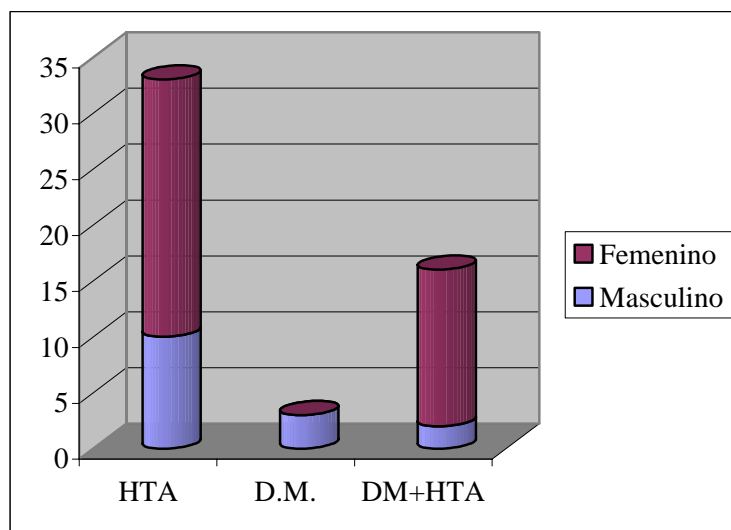
El fenómeno de la droga se expresa en este territorio como problemática, de acuerdo a los diagnósticos implementados desde el Programa PREVIENE, el consumo prevalente de alcohol y marihuana se encuentran con mayor fuerza en las poblaciones Luis Cristain Martínez y Cóndores de Chile. El de primer orden asociado a jóvenes y adultos y el segundo a adolescentes y adulto joven.

VI.2. ASPECTOS BIOMÉDICOS

En Chile las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte, causando un 27,1% del total de defunciones y constituyen además, una importante fuente de morbilidad y discapacidad, las más conocidas e intervenidas son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

GRAFICO N° 1

Tipología Crónica por Sexo, Comuna de El Bosque R.M. Chile 2005



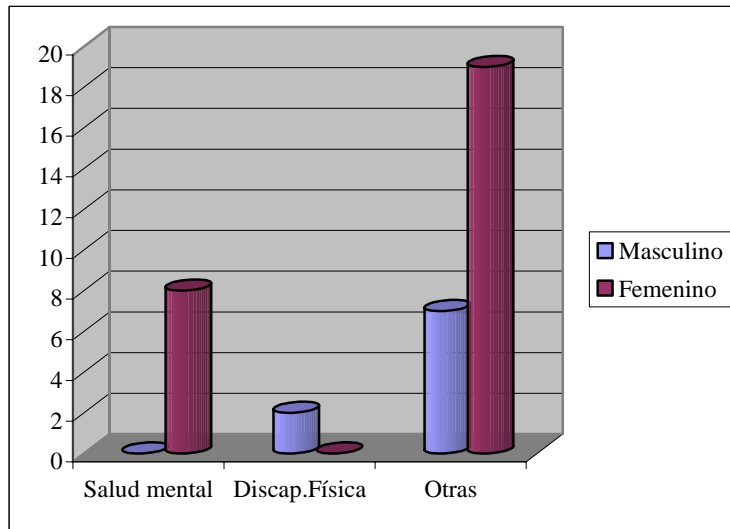
Fuente: Investigación Directa

En relación a la incidencia de enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, el gráfico nos muestra un mayor predominio de población femenina que alcanza un 71, 1%, mientras que el resto corresponde a varones. Entendiendo que son las mujeres las que más consultan en el sistema de salud. Esto se podría vincular con que en esta comuna que cuenta con altos índices de pobreza, la posibilidad de acceso laboral, está marcado por empleos de baja remuneración, poco prestigio, discriminación, además de tener serias dificultades para compatibilizar la relación trabajo- familia dado que deben hacerse cargo de la crianza de los hijos, las labores domésticas y en muchos casos del cuidado de adultos mayores. Las aseveraciones anteriormente señaladas se confirman en las siguientes cifras el 46,2% corresponden a dueñas de casa, mientras que el 21% corresponde a trabajadores dependientes, un 19,2% a pensionados y sólo un 13,4% a trabajadores independientes (Ver gráfico N° 28 en anexos).

Haciendo hincapié a los resultados arrojados por la muestra, podemos observar también que la población que más registra número de consultas por morbilidad, es el sexo femenino con un 71%, y sólo un 23% corresponde al sexo masculino. (Ver gráfico N° 24 en Anexo).

Cuando se consultó a la población encuestada respecto de padecer otra enfermedad a parte de la crónica, nuevamente fueron las mujeres quienes lideraron las cifras, donde claramente aparecen con fuerza las enfermedades de salud mental. Esta información se corrobora con la lectura del siguiente gráfico ya que del total de la población encuestada un 69.2 % tiene asociada ha su cronicidad otro tipo de enfermedad, el 15% presenta enfermedades de Salud Mental, un 4% tiene discapacidad física.

GRAFICO N° 2 Otras Patologías Asociadas por Sexo, Comuna de El Bosque R.M. Chile 2005



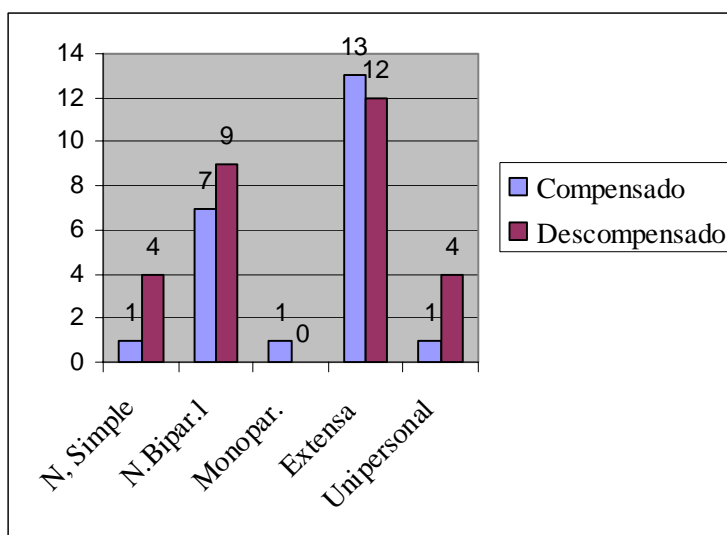
Fuente: Investigación Directa

En la práctica diaria nos vemos enfrentados cada vez más a situaciones en las cuales el motivo de consultas, está incubierto bajo una queja somática o del ámbito psicológico. Muchos cuadros ansiosos dolores vagos, cefaleas, insomnios, guardan tras de sí conflictos familiares de corta o larga data. Por lo tanto no es extrañarse la frecuencia con que las mujeres sufren por depresión y acuden más que los hombres al uso de tranquilizantes y a las consultas siquiátricas.

En los niveles de estabilización de la población consultada, se pudo observar a través del siguiente gráfico; que la relación entre compensados y descompensados tiene una diferencia de 12 puntos porcentuales, siendo la descompensación la más alta con un 56%.

GRAFICO N° 3

Nivel de Estabilización según Tipología Familiar, Comuna de El Bosque R.M. Chile 2005



Fuente: Investigación Directa

Las familias de tipo nuclear biparental y nuclear simple, son las más afectadas, esto pudiera atribuirse a que este tipo de familias carecen de instancias para compartir conductas positivas ligadas con la salud, tales como dieta, ejercicio y hábitos de estilo de vida. Las familias con pacientes crónicos descompensados no cuentan con el apoyo emocional, económico y de información, esto tiene un efecto negativo en la recuperación de la salud. Entendiendo que la enfermedad crónica es un típico evento estresante que puede desestabilizar el funcionamiento familiar, afectando los distintos subsistemas familiares.

El consumo de tabaco en los sujetos encuestados, arrojó que en las familias de tipo extensa existe un mayor predominio de fumadores. (Ver gráfico N° 25 en anexos). Respecto al consumo de alcohol las familias de tipo extensas y nuclear biparental, mostraron más altos índices de consumo. (Ver gráfico N° 26 en anexos). Sin embargo estos resultados no dan cuenta del contexto real, ya que existe culturalmente una actitud de negación para enfrentar este tipo de problemáticas, y por otra parte, por que estamos frente a sujetos que ya padecen de una enfermedad crónica. Sin embargo el equipo de salud debe estar constantemente reforzando estos factores de riesgo, que permite que la red de apoyo familiar no se vuelva vulnerable, ya que frecuentemente tanto el alcohol como el tabaco son usados como medio para escapar a las dificultades de la vida, exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. Algunas personas evidencian o viven su enfermedad como algo insoportable, comúnmente utilizan un primer mecanismo llamado retracción o estrechamiento del horizonte del enfermo, implicando la ruptura de los lazos con su medio social. Esa retracción se acoge como situación legítima para evitar otras desagradables, a través de la enfermedad intentan la evasión del problema y rompen con los lazos familiares o sociales que le son desagradables. El otro mecanismo es la introversión que se puede dar también con la retracción, y se da cuando los intereses del enfermo están en el mismo, produciendo egocentrismo, abandonando las relaciones exteriores para centrarse en su problema, generalmente se da en personas con un componente introvertido.

VI.3. ASPECTOS GENERALES DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

En el contexto de Salud – Enfermedad tanto el sexo como la edad, se consideran factores de riesgo cardiovasculares inmodificables. Los cambios demográficos, como la natalidad, mortalidad y migración, influyen directamente en la estructura de la población por sexo y edades a través del tiempo, cambios que a su vez son consecuencia de la incidencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja, de familia y de la sociedad.

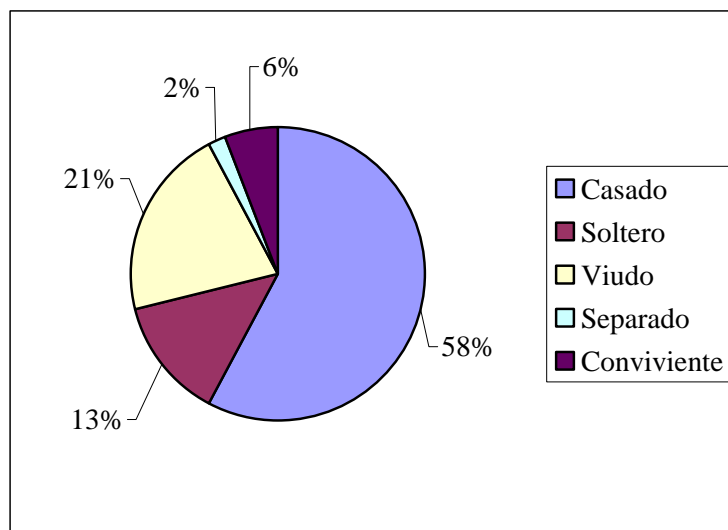
A partir de los datos arrojados, podemos decir que las edades de los encuestados fluctúan entre los 20 y 64 años de vida, el porcentaje mayor se concentra entre 45 y 54 años de edad con un (35%) , le sigue con un (31%) el rango etáreo entre los 55 a 64 años de vida con un total de 16 personas, luego 11 personas entre los 35 a 44 años de edad que equivalen al (21%) del total de los encuestados y sólo 7 personas entre los 20 a 34 años de edad (13%). Se puede apreciar además un importante predominio del sexo femenino por sobre el masculino. (Ver gráfico N° 27 en anexos).

En el estudio la población de mayor concentración, corresponde a sujetos pertenecientes al grupo etáreo de 45 a 64 años, los que se encuentran según el ciclo vital de la familia, en la etapa de contracción, iniciándose con la salida del primer hijo del hogar paterno, pudiendo finalizar entre los 55 a 64 años. Esto viene a ocasionar modificaciones de roles y tareas en los miembros que se mantiene en el hogar y los cambios de relaciones con los hijos que se marchan. Otra situación de cambio para el individuo y la familia, es la jubilación que también se produce en esta etapa del ciclo vital de la familia.

La consulta sobre el Estado Civil de los pacientes crónicos, también consideró a aquellas situaciones de uniones de hecho (conviviente/pareja/separado), arrojando que el 58% lo constituyen personas casadas, un 21% corresponde a personas viudas, mientras que los que se declararon solteros alcanzaron un 13%, quienes mantenían convivencia un 6% y finalmente las personas separadas sólo alcanzan un 2%.

GRAFICO N° 4

Estado Civil, Comuna El Bosque R.M. Chile 2005



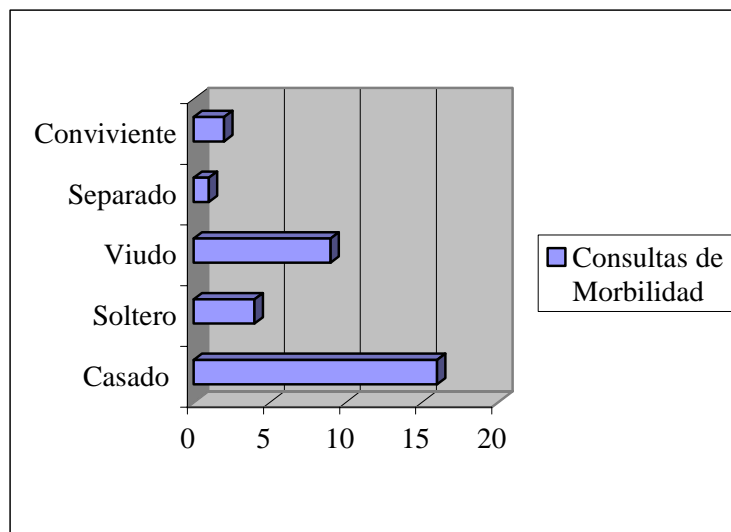
Fuente: Investigación Directa

En cada etapa del ciclo vital de la familia, se detectan patologías determinadas de acuerdo con la edad, actividades y roles que desempeñan sus miembros. Pero también la misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo tiene distintas implicancias en lo que respecta a la atención y al tratamiento de los aspectos físicos, emocionales y sociales. Se logró constatar

que fueron los casados y padres de familia con un 15%, quienes presentaron una mayor morbilidad sobre las personas solteras. A continuación se presenta el gráfico que confirma lo antes mencionado.

GRAFICO N° 5

Estado Civil según Consultas de Morbilidad, Comuna El Bosque R.M. Chile 2005



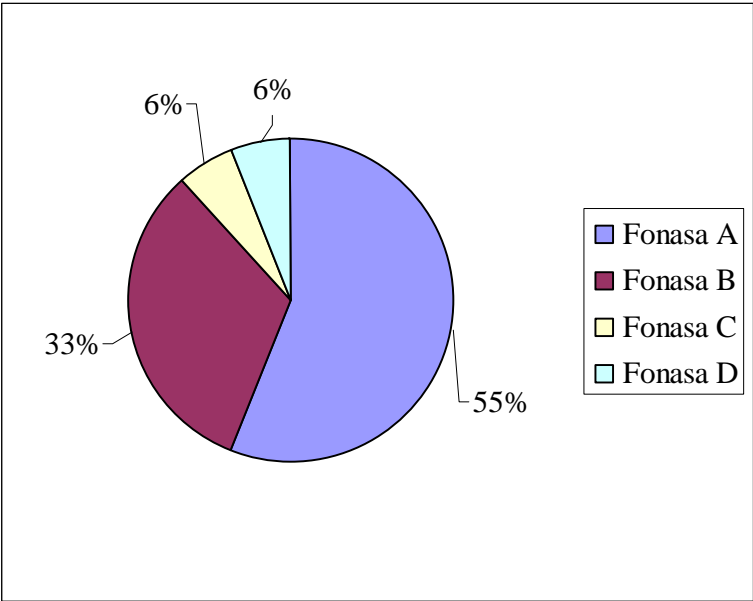
Fuente: Investigación Directa

La aparición, evolución y pronóstico de muchas dolencias también se relacionan con la situación de la pareja o el matrimonio. A la hora de tratarse y curarse no es lo mismo estar soltero, casado o divorciado. A su vez, la salud repercute en las relaciones. Las mujeres tienden a subir de peso una vez que cohabitan, porque empiezan a compartir comidas con los hombres, quienes tienen necesidades energéticas más altas y, por lo tanto, más apetito. Por otra parte, aunque no se sabe si la insatisfacción matrimonial conduce a la depresión o a la inversa, parece claro que están relacionadas, hasta tal punto que el éxito del tratamiento de un paciente depresivo puede depender de su relación familiar y de pareja.

La Situación Previsional dentro del contexto Salud – Enfermedad, se entiende como el Derecho a la Salud, este se traduce en el aumento o la prolongación de la vida, en la disminución de las alteraciones del equilibrio fisiológico, en la reducción de los malestares, en la limitación de las incapacidades, en el mayor bienestar, en el equilibrio y satisfacción con el medio ambiente y, por último, en el aumento de la capacidad de reserva individual hacia las enfermedades, a un costo compatible, con las posibilidades de la comunidad. En cuanto a la Previsión Social de los sujetos de estudios, el 100%, señaló encontrarse a afiliado a FONASA, sin embargo, se encuentran agrupados en distintas categorías, el (55%) de los encuestados pertenecen a Fonasa A (no cotizantes), el (33%) corresponden a Fonasa B, y el (12%), se clasifican en Fonasa C Y D. Estos 3 últimos tramos corresponden a cotizantes del sistema, lo que confirma que el sistema de salud que emplea la familia es el sistema de Fonasa. Esto demuestra que la población encuestada posee bajos recursos económicos, ya que acceden al sistema de salud que proporciona el Estado, lo que permite que puedan ser atendidos en Consultorios y Hospitales Públicos.

GRAFICO N° 6

Situación Previsional, Comuna de El Bosque R.M. Chile 2005



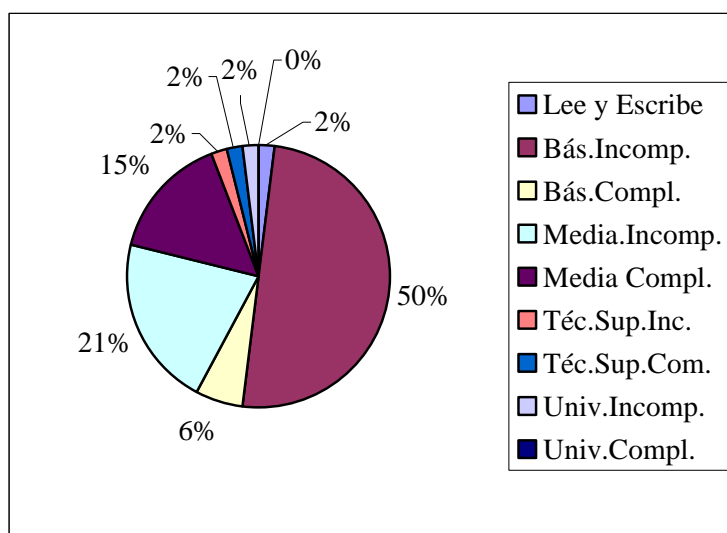
Fuente: Investigación Directa

La administración de la salud pública de la Comuna de El Bosque es municipalizada. Existe la Dirección de Salud, de la cuál dependen 5 Consultorios y 2 SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia). Por su parte el municipio postula al FNDR la reposición del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” y Consultorio “Cisterna Sur”, éste último ubicado en Calle Los Morros con Av. Observatorio.

En el Nivel Educativo de los pacientes crónicos, se pudo observar en una primera instancia que existe un alto porcentaje (50%) de personas que cursaron estudios básicos incompletos, un (6%) posee estudios básicos completos, mientras que en relación a la enseñanza media incompleta esta presenta un (21%) y completa un (15%), se puede mencionar que sólo un (6%) logró acceder al nivel superior pese a que ninguno de estos concluyó sus estudios, ésta información se puede apreciar a continuación en el siguiente gráfico:

GRAFICO N° 7

Nivel Educativo, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



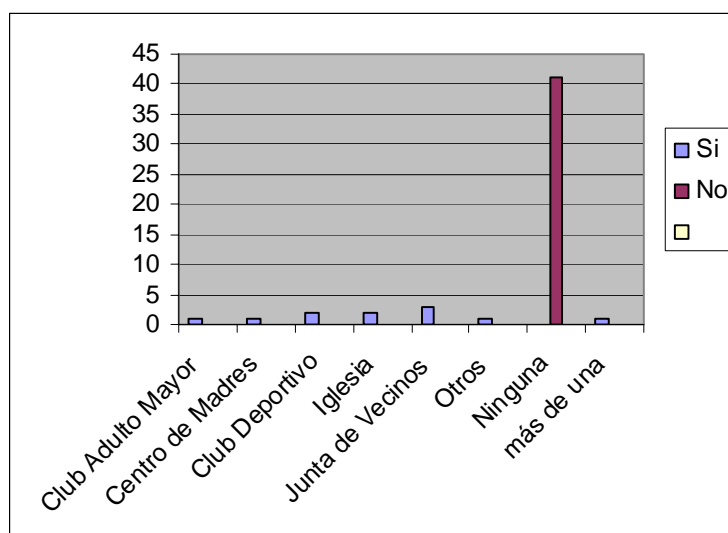
Fuente: Investigación Directa.

Más de la mitad de los sujetos del estudio, sólo ha cursado enseñanza básica, no presentándose personas con estudios universitarios completos. Cabe señalar que los primeros presentaron un mayor nivel de descompensación, a esto se le pueden atribuir la dificultad para entender indicaciones médicas si el profesional utiliza un lenguaje técnico elevado. Esto hace necesario el acompañamiento de un familiar o persona significativa, que se involucre o comprometa en el tratamiento y en la recuperación de la enfermedad, considerándose éste una red de apoyo más para el paciente y para el profesional tratante.

En el contexto de la Participación Comunitaria en la Comuna de El Bosque, existen 15 organizaciones de Adulto Mayor, de las cuales 13 se encuentran vigentes y activas, en este sector las poblaciones localizadas son: Luis Cristain Martínez con 2 organizaciones y Córdoros de Chile con 6 organizaciones, el 46% de las organizaciones pertenecen a poblaciones no focalizadas. En términos absolutos el sector 4 concentra un número importante de población adulto mayor, superando la media nacional, esto se explica fundamentalmente por la antigüedad de los asentamientos y la consolidación de los mismos, personas que en muchos casos son fundadores y constructores de los barrios. (Diagnóstico del Sector N° 4, 2004).

GRÁFICO N° 8

Participación Comunitaria, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

Fuente: Investigación Directa.

En relación a las Organizaciones Comunitarias podemos señalar del total de las personas encuestadas, el 78.8 % señaló no participar en ninguna, tres participan en Junta de Vecinos lo que equivale a un (5,8%), mientras que dos participan activamente en Clubes Deportivos (3,8%), dos participan en Iglesias (3,8%), sólo una declaró participar en Club de Adulto Mayor (1,9%), otra en Centros de Madres (1,9%). La baja participación comunitaria de los pacientes crónicos, impide la generación de procesos de capacitación que les permitan a éstos, aumentar el control sobre su salud y que tiendan a mejorarla, siendo éste una limitante para el desarrollo personal y social que se necesitan para tomar acciones saludables.

VI.4. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

La situación de pobreza en Chile se mide por el ingreso per cápita de la familia, que contempla los valores de una o más canastas familiares, que se calculan en pesos: 21.856 hasta 43.712. Aquellas personas que están dentro de esta medición, se sitúan en la línea de la pobreza, luego el ingreso superior a este último, contempla aquellas personas que no se encuentran en la línea de la pobreza (no pobres). El sector que vive en la línea de la indigencia, se identifica como aquellos que perciben un ingreso menor de 21.856 pesos. Estas familias consumen sólo una canasta familiar. Según la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN 2002), elaborada por el Ministerio de Planificación y Coordinación (MIDEPLAN), se señala que el número de población chilena que son pobres indigentes alcanzan a 849.200 personas, representando un 5,7 % de la población, mientras que los pobres no indigentes llegan a los 2.231.900 personas, correspondiendo a un 14,9 % de los chilenos.

La relación entre la familia y el trabajo es determinante para la calidad de vida de quienes se desenvuelven entre estos campos de desempeño y afecta directamente la situación de toda la familia. Ello, porque son las dos funciones de mayor significación en la vida de las personas y, tanta es ésta, que los términos en que se da esta interrelación, afecta su entorno.

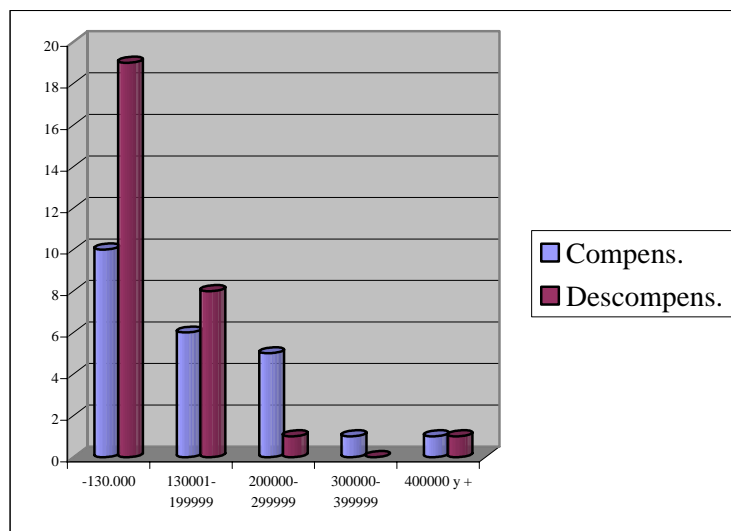
La participación laboral de la mujer se ha prácticamente duplicado en quince años. En ese entonces, una de cada cinco mujeres trabajaba. Hoy lo hacen casi dos de cada cinco. En un lapso menor de tiempo, hay seis veces más mujeres en el poder ejecutivo. Sin embargo la participación de las mujeres se da principalmente en el trabajo doméstico no remunerado y en el cuidado de los hijos. (Ver gráfico N° 28 en anexos).

El sistema trabajo puede afectar seriamente a la familia y la salud de las personas, cuando se carece de él, este no es satisfactorio o impone condiciones que compiten con la familia en cuanto a tiempo, recursos y desgaste emocional. Por cierto también puede ejercer influencias positivas.

Es así como la situación socioeconómica de los sujetos de estudio, fue determinada por medio del ingreso percibido por el grupo familiar. Esta característica permite que se muestre el dato real para determinar de que manera el ingreso mensual, está relacionado con el nivel de estabilización.

GRAFICO N° 9

Ingreso Mensual según Nivel de Estabilización, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

La situación económica de las personas que participaron de la muestra en su mayoría es precaria, es decir pertenecen a aquellos que se encuentran dentro y bajo de la línea de la pobreza. Esto se observa en el resultado de las respuestas. El gráfico nos muestra que el (55,8%) percibe un ingreso familiar que está bajo los \$ 130.000 pesos y el (26,9%) de los sujetos de estudios revelan que sus familias reciben un ingresos que está entre los \$130.001 y los \$ 199.999. Mientras que el (11,5%) informa que percibe un ingreso que fluctúa entre los \$ 200.000 y los \$ 299.999. y tan sólo el (5.7 %) percibe ingresos sobre los \$ 400.000 pesos.

Los datos nos demuestran, que a menor ingreso mensual mayor es el nivel de descompensación en los pacientes y que el conglomerado familiar en general corresponde a personas que provienen de un estrato social bajo. Esto puede estar asociado a la idea de vulnerabilidad social, considerando ciertas debilidades que no tienen que ver solo con la situación de pobreza, sino más bien con el deterioro progresivo de las condiciones de vida en el ámbito económico y ambiental.

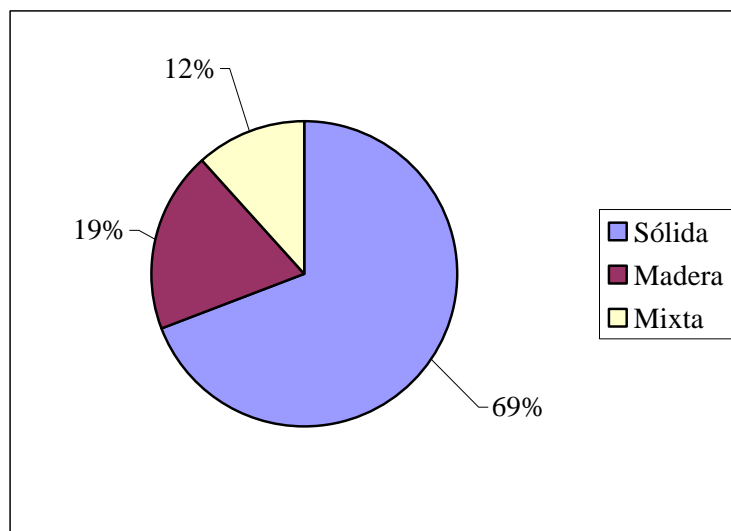
Otro aspecto a considerar en la situación socioeconómica es la situación habitacional, la que nos permite referirnos al estado actual de los asentamientos urbanos y la calidad de vida relacionada con el entorno social de los individuos que participan de la investigación. Las condiciones materiales que tienen las viviendas y las características del entorno, nos permite referirnos a las condiciones socio-ambientales de la situación en que habitan y se hace referencia al entorno comunal.

El diagnóstico comunal de la comuna de El Bosque realizado el año 2002, nos señala que los asentamientos humanos están distribuidos en villas y poblaciones en altura, acogidas por la Ley de Copropiedad Inmobiliaria y en algunos casos pertenecen a las viviendas SERVIU con deudas. En estos sectores poblacionales ha existido el abandono de algunas propiedades por parte de propietarios originales, produciéndose la toma ilegal de las viviendas.

La condición general de los sujetos en estudio es adecuada, ya que un 69% declaró habitar una vivienda de tipo sólida, por otra parte en situación precaria se encuentra el 21%, pues las viviendas están construidas esencialmente de material ligero y mixto, con una situación de inapropiado número de piezas por habitantes.

GRAFICO N° 10

Material de la Vivienda, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa.

En cifras nacionales el 96% de las familias habitan en casas o departamentos. (CENSO, 2002). Lo que indica que la muestra es representativa, porque señala que los encuestados ocupan en un 90% casas o departamentos, mientras que sólo un 10% cuenta con mejora o mediagua. (Ver

gráfico N° 29 en anexos)

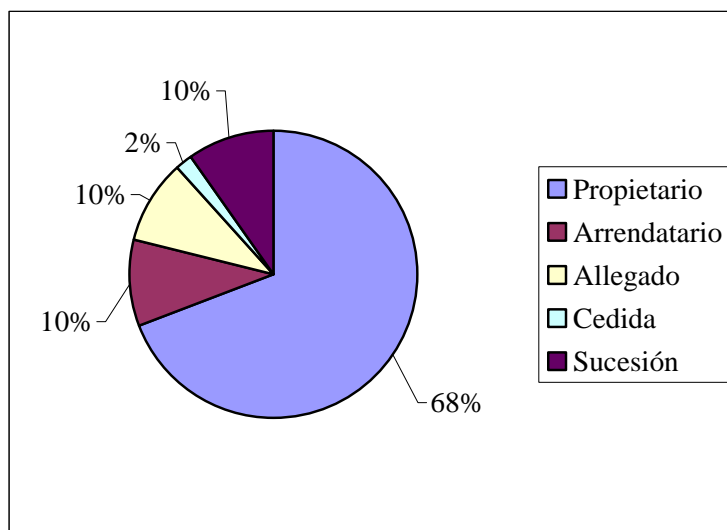
Es pertinente señalar que la vivienda es uno de los bienes más importantes del grupo familiar y un anhelo de toda la vida, la calidad de la vivienda, sus condiciones materiales y sanitarias, su diseño las condiciones del entorno en que se encuentra, son también elementos que inciden en el desarrollo y calidad de vida de las familias. La seguridad y equipamiento de los barrios se ha transformado hoy en día en problemas cruciales para las familias.

El allegamiento es un problema crítico del país que se vive predominantemente en los estratos pobres y en los hogares urbanos. La situación de hacinamiento y las malas condiciones físicas de la vivienda, también constituyen un factor que amenaza la salud por la imposibilidad de que la familia tenga espacios que faciliten compartir la vida familiar. Esto lleva que los niños hagan de la calle su hogar y que la pareja no tenga espacios de intimidad.

Una de las problemáticas habitacionales detectadas en la investigación, se asocia a la existencia de allegamiento, loteos irregulares donde predomina la consolidación de las viviendas y tenencia irregular de las propiedades. En cuanto al déficit habitacional del sector este asciende al 32% de la población consultada. Se puede señalar que la comunidad se ha organizado como forma de acceder a los diferentes programas: Vivienda Progresiva, Básico privado y Básico SERVIU.

GRAFICO N° 11

Adquisición de la Vivienda, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa.

Para el año 1991 la cobertura de agua potable se ubica ligeramente por sobre el 95%, cifra promedio de la región Metropolitana y que representa un déficit de 1697 viviendas. En tanto la cobertura de alcantarillado para el año 1988, alcanzaba aproximadamente al 92% determinando un déficit de 3.303 viviendas.

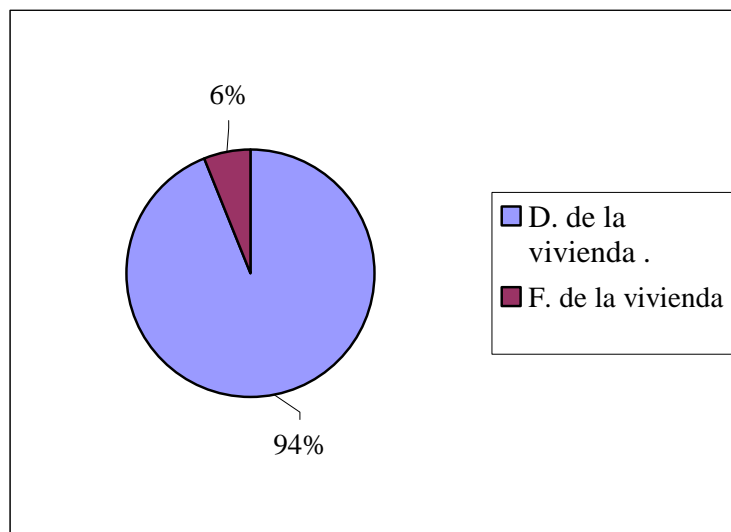
En cuanto a los servicios de urbanización sanitaria la comuna de El Bosque, se inserta en la estructura de suministro de agua potable y evacuación de aguas servidas administradas por la Empresa Aguas Andinas (ex EMOS), incluyéndose en los planes globales de incremento de redes que en 1991, implican una cobertura de casi la totalidad del territorio Metropolitano.

Si bien no se dispone para la comuna de cuantificaciones territorializadas precisas del grado de cobertura de los servicios, las condiciones de urbanización sanitaria son en términos generales satisfactorias. Como se puede apreciar en este estudio el siguiente gráfico, nos muestra que el (94%) de las personas disponen de agua potable dentro de la vivienda, y sólo un (6%) de los sujetos mencionan que la tienen fuera de esta. En cuanto al sistema de eliminación

de excretas con el que cuentan los sujetos de estudio, el (98%) posee alcantarillado, y sólo un (2%) cuenta con pozo séptico. (Ver Gráfico N° 30 en anexos)

GRAFICO N° 12

Disponibilidad de Agua Potable, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa.

CAPITULO VII

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

VII.1. ESTRUCTURA FAMILIAR

La Familia como sistema tiene una estructura que está dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción recurrentes. La estructura da “la forma” a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema.

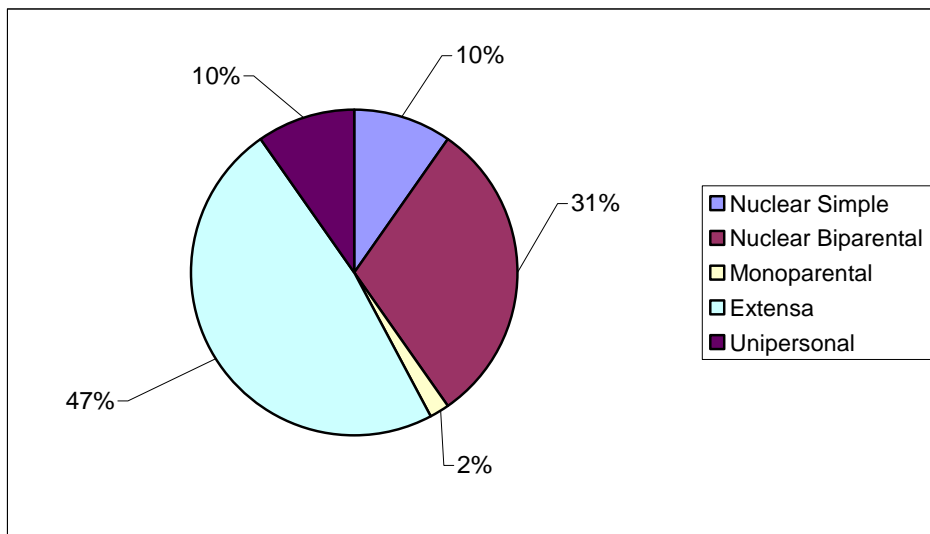
Chile es un país “familiarístico” donde no está en duda la vigencia e importancia de la familia, tanto hombres como mujeres reconocen a la familia como una unidad básica, siendo en muchos casos el núcleo central que les da sentido a sus vidas.

Los estudios señalan que las familias Chilenas se caracterizan por presentar cambios esencialmente en su estructura familiar, enfrentados en la vida familiar en medio de los grandes y frecuentes sucesos de la vida moderna, surgiendo otros tipos de familias no tradicionales.

Las encuestas nos demuestran, que un 47% de los sujetos consultados pertenecen a familias de tipo extensas (una pareja o uno de sus miembros, con hijos o sin ellos y por otros miembros que pueden ser o no parientes); el 31% a familias de tipo nuclear biparental (padre y madre, con uno o más hijos), mientras que un 10% corresponden a familias de tipo nuclear simple (una pareja sin hijos). Un 10% conforman familias unipersonales (una sola persona), y sólo un 2% señaló pertenecer a familias monoparentales (uno de los padres con uno o más hijos), como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

GRAFICO N° 13

Tipología Familiar, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

A diferencia de las cifras globales en la población Chilena, que señalan a la familia de tipo nuclear (23.8%) como la más frecuente (CENSO 2002), el estudio demostró que existe un predominio de familias extensas (47%), las cuales se han intensificado en razón de las rupturas conyugales, que determinan el regreso de las personas al hogar de origen, por factores de tipo económico o de atención de los hijos o nietos. Sumando a esto la necesidad de sumar ingresos de distintos miembros para enfrentar los gastos de la familia, este es un evento representativo en los sectores de estrato socioeconómico bajo. Pero también este tipo de familias disminuyen a medida que aumentan los ingresos económicos.

La familia nuclear biparental se graficó con un (31%), estas presentan la conformación de dos generaciones padre e hijos; este tipo de familias desarrollan sentimientos más profundos de afectos, intimidad e identificación. Siendo dinámicas en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socioculturales que la determinan.

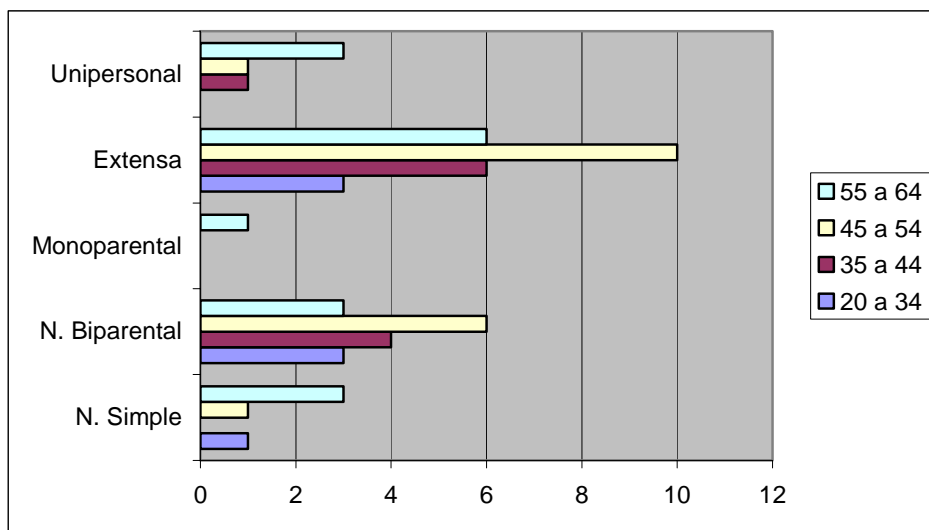
Las familias unipersonales alcanzaron el (10%), este tipo de familias han aumentado en las últimas décadas, la mujer soltera y profesional adquiere cada vez más independencia, retrasando el proceso de la maternidad. Adicionalmente, las personas que no viven en familia recurren en forma más tardía o inadecuada a pedir atención de salud, cuando el problema se ha agravado o cronificado.

La gran mayoría de los hogares monoparentales (2%) tienen jefatura de hogar femenina, con una elevada proporción de mujeres que trabajan y cuyo ingreso familiar constituye un aporte muy significativo. Este tipo de familias tiene su origen en la muerte, separación, divorcio o abandono de uno de los cónyuges. Se trata de una configuración familiar cada vez más frecuente. La pérdida de uno de los padres es motivo de serios problemas económicos, afectivos y de crianza, acompañándose además de cambios sustanciales de los roles en todos sus componentes. La nueva situación da lugar a conflictos relacionados con la pérdida de uno de los padres, y la generación de nuevas relaciones afectivas. Una modalidad en ascenso son los progenitores solteros, que hasta hace poco tiempo era exclusiva de las mujeres, pero que ya tiende a ser asumido por los hombres de manera voluntaria e individual.

Los hogares extensos son los que concentran una alta proporción de personas mayores de 50 años y con hijos mayores de 15 años, lo que los ubica en las etapas más avanzadas de ciclo vital familiar. En general sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de la pareja de más edad (los abuelos), que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo del hogar. La presencia de numerosos miembros en el domicilio supone contar con buenos recursos familiares. A continuación el siguiente gráfico nos muestra lo anteriormente expuesto:

GRAFICO N° 14

Tipología Familiar según Grupo Etáreo, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

El tamaño de la familia tiene una influencia, no en varios, sino en todos los aspectos de la calidad de vida y del estado de salud de las personas en las familias chilenas es de 4.04 personas por hogar, con una relación inversa al nivel socio-económico. El nivel alto muestra un promedio de 3.72 personas, el medio 3.63 y el bajo 4.55 (Encuesta CASEN 1990). En este estudio el promedio es de 3.9 % cifra que se encuentra por debajo de las cifras nacionales.

Complementariamente se consultó a las personas encuestadas sobre el tamaño de sus familias. El 30% señaló que lo constituían cuatro personas, un 20% tres personas, el 12% cinco personas, otro 12% indicó dos personas, un 10% vive solo, un 8% seis personas y finalmente el 8% más de seis personas. (Ver Gráfico N° 31 en anexos).

Frente a la pregunta del número de hijos que permanecen en el hogar actualmente, un 44% señaló que vive sólo con un hijo, un 21% dos hijos, otro 21% no tiene hijos, un 10% tres hijos y un 4% cuatro hijos. (Ver gráfico N° 32 en anexos). En círculo de la pobreza los hijos menores y jóvenes deben ayudar económicamente a la familia, trabajando o ayudando en las labores de crianza y domésticas, con lo cual abandonan sus estudios prematuramente, perpetuándose el círculo de la baja capacitación. Por otra parte estos jóvenes, ponen cierta resistencia a constituir familia conociendo las dificultades que ellas viven y reconociendo que la búsqueda de la sobrevivencia agotará todas sus energías y postergando de manera indefinidamente su desarrollo personal

VII.2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

La pobreza afecta el buen desarrollo de las funciones de la familia, por cuanto la magnitud de los esfuerzos por satisfacer las necesidades básicas y responder a los requerimientos de consumo impide que se visualicen otros factores de la calidad de vida de las familias, relacionados con la comunicación, desarrollo de la afectividad, identidad personal y sentido de pertenencia, transmisión de valores, etc.; en síntesis vinculados con un proyecto familiar que trascienda en lo económico.

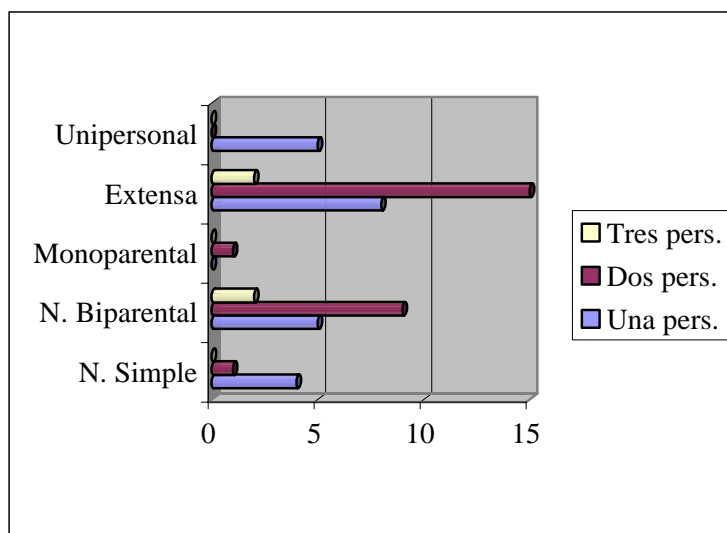
El funcionamiento familiar para este análisis considera un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.

En la dinámica normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia pueda desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conductas y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación.

Al interior de las familias se puede señalar que los roles definen las tareas que se espera cada uno cumpla dentro de la organización familiar y éstos están definidos por la cultura y en parte por la familia en particular. Siendo uno de los roles relevantes el aporte económico de los miembros del grupo familiar, frente a esta afirmación se consultó a los sujetos de estudio, obteniendo los siguientes resultados:

GRAFICO N° 15

Aporte Económico según Tipología Familiar, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



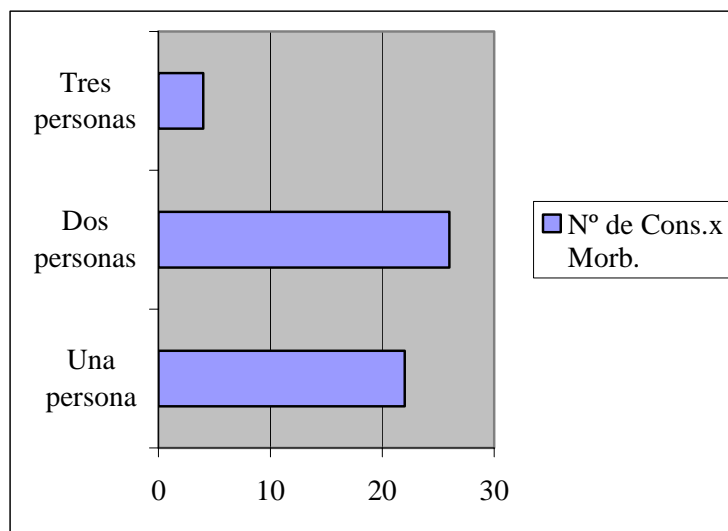
Fuente: Investigación Directa

Finalmente se obtuvo que el número de aportes económicos según tipo de familia, arrojó que en las familias extensas alcanzaron un 48 %, en hogares nucleares biparentales arrojó un 30.8%, en familias nucleares simples y unipersonales éstas registraron un 9.6% en cada una de ellas y finalmente la Familia monoparental alcanzó un 2%. Con los datos arrojados, se puede concluir que en las familias de tipo extensas se genera un importante número de aportes económicos, ya que esta cuenta con una mayor presencia de integrantes, muchos de ellos son hijos, que aún se mantienen en el hogar, en los estratos más bajos los hijos mayores de 15 años presentan las tasas más altas de participación en la mantención familiar; estos jóvenes con escasa educación, sólo tienen acceso a trabajo no calificado con lo cual se perpetúa la situación de pobreza.

Además, las familias con mayor número de aportes económicos, registran una baja incidencia en las consultas de morbilidad, esto se puede atribuir que al interior de estas familias existe un buen manejo y distribución de poder lo que explica un ordenamiento jerárquico, entendiéndose que es una persona quien cumple el rol de administrador, asumiendo la responsabilidad de cubrir las necesidades básicas de la familia, siendo una de ellas la alimentación, que está directamente vinculada con la salud de las personas, entendiéndose que nuestros sujetos de estudio son personas que padecen de enfermedades crónicas que requieren un cuidado especial en su dieta alimenticia, la desorganización y el no cumplimiento de ésta función conlleva a que generalmente las dietas sean desequilibradas lo que genera descompensación en los pacientes. Por otra parte se podría entender que las personas que tienen un mayor número de aportes económicos pueden acceder de manera más directa a los sistemas de Salud Privados.

GRAFICO N° 16

Aporte Económico por Número de Consultas de Morbilidad, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005

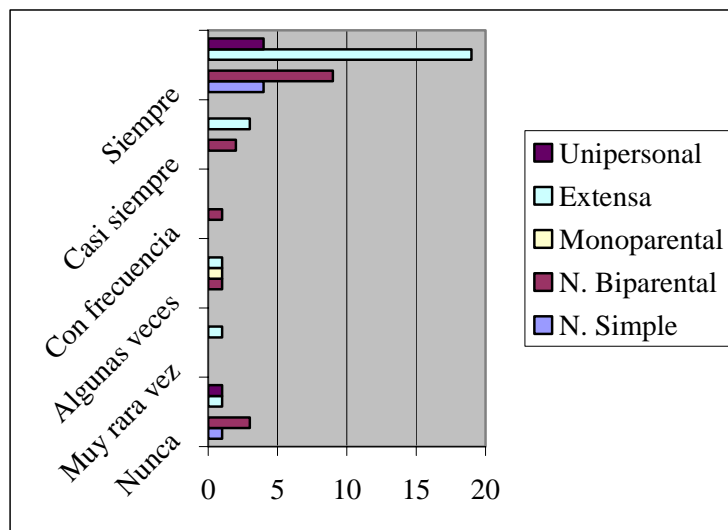


Fuente: Investigación Directa

La frecuencia con que comparten las tareas y responsabilidades al interior del grupo familiar, en cada una de ellas en su mayoría se determinó que siempre lo hacen, sin embargo en el caso de la familias monoparentales contrariamente se demostró que lo hacen sólo algunas veces, esto pudiera atribuirse a que el adulto responsable de la familia, no sólo asume en su totalidad el rol económico, sino también el cumplimiento de todas las funciones. A continuación el siguiente gráfico nos muestra lo anteriormente expuesto:

GRAFICO N° 17

Tareas y Responsabilidades según Tipología Familiar, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

En el caso de aquellas familias que no comparten tareas y responsabilidades, la dinámica familiar se ve alterada pues ésta queda expuesta a ciertos niveles de estrés, el cual incide directamente en el estado emocional, físico y psicológico del paciente crónico, afectando su salud negativamente. Para efecto de este estudio se consideró como una de las tareas y responsabilidades el cuidado del enfermo, el cual fue medido a través del acompañamiento de

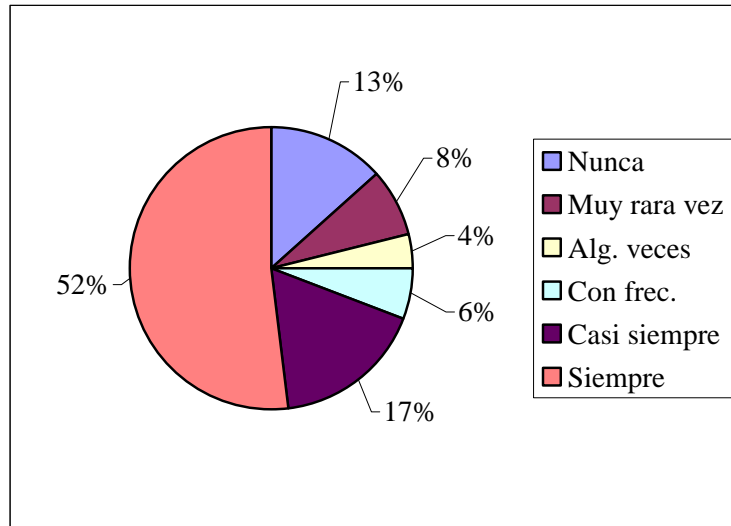
algún familiar o persona significativa a los controles de salud, lo que nos da cuenta que la realización de sólo esta función no es suficiente para mejorar el estado de salud del paciente. (Ver gráfico N° 33 en anexos).

Ahora, frente a la interrogante de expresión de sentimientos por parte de cada uno de sus miembros, la población encuestada, percibe que en su grupo familiar el 64% siempre expresa fácilmente lo que desea, un 12% casi siempre, un 10% nunca, un 6% muy rara vez, otro 6% algunas veces y un 2% con frecuencia. (Ver Gráfico N° 34 en anexos). Entonces nos encontramos con que las familias en su mayoría, brindan un espacio privilegiado a la aceptación de cada uno de sus miembros, pese a que pudieran tener diferencias, lo que les permite buscar nuevas formas de ver alternativas y soluciones en común. En ese sentido estas familias constituyen un claro ejemplo de relaciones solidarias y cooperativas ya que son capaces de unir las distintas visiones en pos de un objetivo común. Pudiendo construir una forma de enfrentar las dificultades diarias y de ver el mundo negociando cuando es necesario, llegar a acciones comunes o respetando y aceptando que los otros tengan distintas formas de ver algunos aspectos en otras ocasiones. Contrariamente en las familias que declararon que sus miembros nunca expresan sentimientos, predomina un clima hostil en sus relaciones intrafamiliares, afectando la dinámica familiar.

El 52% de los encuestados señaló que al interior de su grupo familiar siempre se comunican, lo que les permitiría a éstas familias dejar en claro los límites y normas, por lo que la comunicación entre sus miembros tiende a ser más directa, eficaz y transparente. En el siguiente gráfico se puede apreciar que un 13% de los encuestados declaró no hacerlo, por tanto se puede concluir que estamos frente a un tipo de comunicación disfuncional, donde las personas no logran establecer una comunicación directa eludiendo el compromiso de ella en forma descalificadora del otro; no hay acuerdo en el nivel de contenido y de relación, no hay congruencia en la comunicación verbal y no verbal; no se explican las interacciones en forma circular, y no son flexibles de acuerdo al contexto relacional.

GRAFICO N° 18

Comunicación, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005

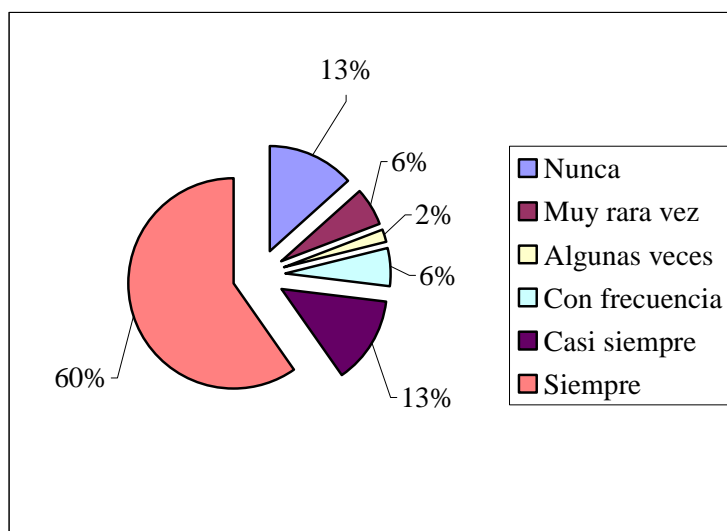


Fuente: Investigación Directa

En las familias que en su interior cuentan con pacientes crónicos en tratamiento se vuelve necesario contar con un buen nivel de comunicación, entendiendo ésta como un factor protector, ya que de esta manera los miembros de la familia pueden brindar apoyo en el proceso salud – enfermedad, manejando información clave para la recuperación de su patología, como por ejemplo: fechas de la asistencia a controles, horarios de la toma de medicamentos, además de ir reforzando continuamente las indicaciones médicas (dietas). La incomunicación es un factor de riesgo, que incide en el empeoramiento de la salud de la persona.

GRAFICO N° 19

Ritos Familiares (Comida), Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



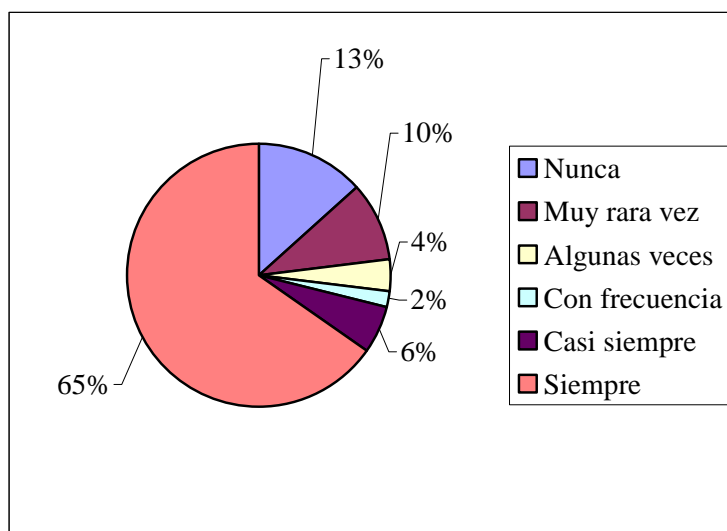
Fuente: Investigación Directa

Cuando se consultó si la familia compartía alguna comida al día, se obtuvo que el total de las personas encuestadas, un 60% señaló que siempre, un 13% casi siempre, otro 13% nunca, un 6% con frecuencia y el 6% muy rara vez, sólo un 2% algunas veces. Las cifras reflejan que este rito familiar aún se mantiene, lo que permite que las familias compartan conductas ligadas a la salud tales como la dieta y el ejercicio, prácticas que pueden favorecer o empeorar la estabilización del paciente crónico.

En relación a compartir el tiempo libre como lo demuestra el siguiente gráfico, los sujetos de estudio afirmaron que el 65% de ellos siempre comparten tiempo libre, un 13% nunca, un 10% muy rara vez, un 6% casi siempre y un 4% algunas veces. Además se pudo precisar que las familias de tipo extensa y nuclear biparental, alcanzaron una mayor puntuación al afirmar que siempre lo practican. (Ver gráfico N° 35 en anexos).

GRAFICO N° 20

Tiempo Libre, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005

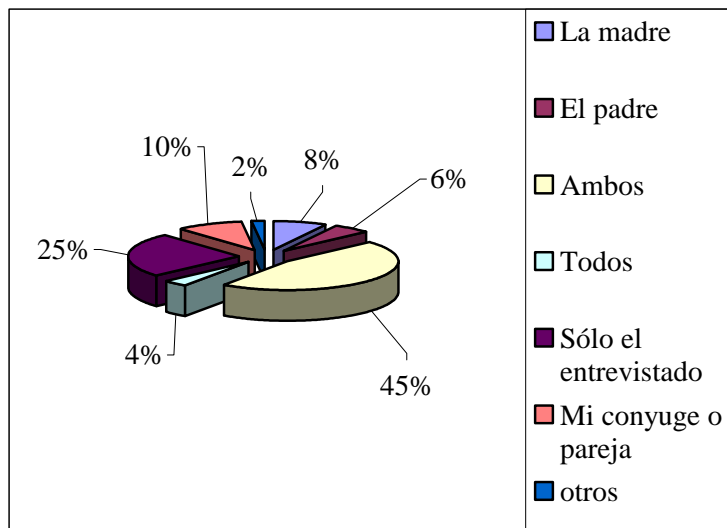


Fuente: Investigación Directa

El manejo y la distribución del poder en la familia explican su organización jerárquica, el poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado, para controlar la conducta de otro, esto da cuenta de la relativa influencia de cada miembro de la familia en el resultado de una actividad. Lo ideal es que el poder sea empleado por la persona que ocupa una posición de autoridad; no obstante esto no siempre ocurre y hay veces que un miembro de la familia tiene el poder y no la autoridad. Si bien, en la población consultada, el más alto porcentaje lo obtuvo la alternativa (ambos padres) con un 45%, no debemos olvidar que estamos frente a una población de estrato socioeconómico bajo, donde se puede observar con bastante frecuencia que el tener confusión respecto a quien es la autoridad genera problemas intrafamiliares, que afectan directamente cada uno de los subsistemas, un ejemplo real sería un subsistema abuela, madre e hijo, cuando la primera tiene un gran poder de influencia sobre la nieta, deja excluida a la segunda en sus funciones de madre, para las cuales requiere poder sobre su hija.

GRAFICO N° 21

Jerarquía, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

Desde el ámbito de la salud de las personas, la jerarquía al interior de una familia adquiere relevancia, ya que ésta autoridad, es quien establece las reglas y normas que se deben cumplir al interior de ésta, cuando en la familia viven personas afectadas por alguna enfermedad, la forma de ejercer poder juega un rol determinante, tanto en las acciones de auto cuidado, como también puede afectar en forma positiva o negativa.

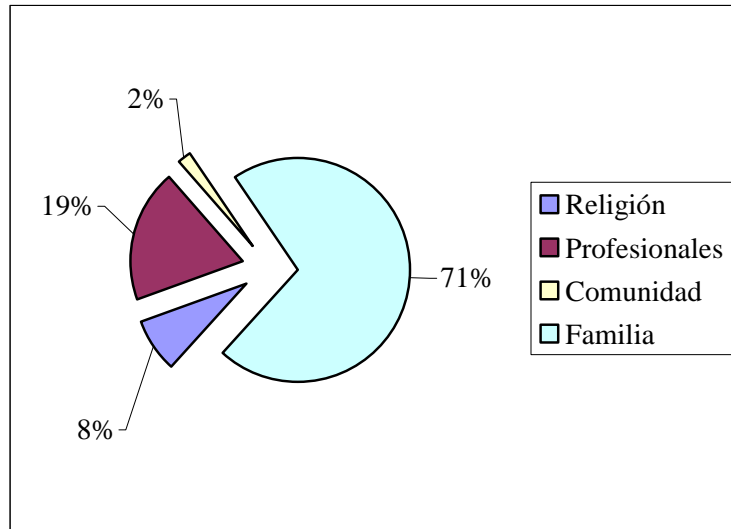
En la toma de decisiones que los hijos participen o no, dependerá de la forma que cada familia tenga de ejercer el poder en su interior (más democrático o autoritario). Lo fundamental es que quienes velen por el cumplimiento de estas reglas estén de acuerdo y hayan definido dichas normas en conjunto. Esto permitirá a los padres ser consistentes, aumentando su credibilidad y eficacia para lograr que las reglas se cumplan. Una de las denominaciones que tiene el acto de fijar reglas es “rayar la cancha” a los hijos, y como se mencionó este rayado debe hacerse de

común acuerdo. Cuando los padres no logran acuerdo y tienden a discutir frente a los hijos, o uno se alía con los hijos contra el otro, se tienden a generar problemas a nivel de la organización de la familia, que son difíciles de resolver como por ejemplo dictadura de los hijos, negación de la autoridad de uno de los padres que dan origen a los habituales problemas conductuales con los hijos. A propósito de esto se consultó respecto de la existencia de dificultades con los hijos y se obtuvo, que del total de personas encuestadas el 77% señaló que no hubo dificultades, mientras que el otro 23% respondió de manera afirmativa. (Ver Gráfico N° 36 en anexos). Para complementar el estudio se preguntó si las ideas de los hijos se toman en cuenta para la solución de problemas, y se obtuvo el siguiente resultado: el 69% de las personas encuestadas señaló que siempre al interior de su grupo familias las ideas de sus hijos son tomadas en cuenta en la solución de problemas, un 17% nunca, un 8% casi siempre, un 4% muy rara vez y un 2% algunas veces. (Ver Gráfico N° 37 en anexos).

En la resolución de conflictos, el donde recurrir y usar redes para el afrontamiento de los problemas familiares, del total de la población encuestada un 65% señaló que al interior de su grupo familiar siempre se piden ayuda unos a otros, un 12% nunca, un 6% casi siempre, un 4% algunas veces, otro 4% muy rara vez y un 2% con frecuencia (Ver gráfico N° 38 en anexos), confirmándose que estas familias recurren menos a redes formales para afrontar las problemáticas que les aquejan. Por lo tanto esto nos demuestra que cuentan con menos apoyo social en los ámbitos instrumentales y afectivos, concluyendo que un 71% percibe a la familia como la red más próxima. El siguiente gráfico verifica lo anteriormente señalado:

GRAFICO N° 22

Redes para el Afrontamiento de Problemas, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



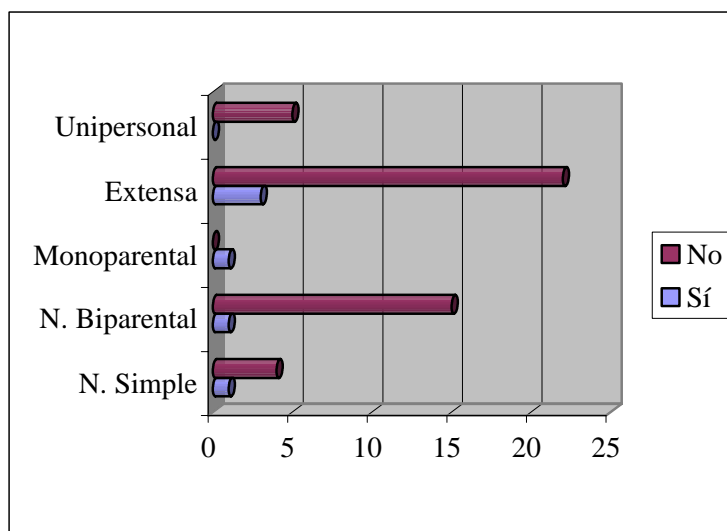
Fuente: Investigación Directa

En relación a los tipos de problemas que presentaron los sujetos en estudio, en los meses anteriores al estudio (6 meses), se puede señalar que en el ámbito laboral un 56% señaló que al interior de su grupo familiar no hubo cambios importantes en el trabajo, mientras que el 44% contestó de manera positiva. (Ver Gráfico N° 39 en anexos).

Complementariamente se consultó por la presencia de episodios de violencia intrafamiliar, y los resultados obtenidos fueron un 88% declaró no haber sido afectado por esta situación, sin embargo el 12% señaló haber vivenciado violencia al interior de su familia. Frente a esta interrogante, fueron las familias de tipo extensas, quienes lideraron las cifras, pero un dato no menor, es considerar que en todos los tipos de familias, se presentó este tipo de situación.

GRAFICO N° 23

Presencia de Violencia Intrafamiliar según Tipología Familiar, Comuna de El Bosque R.M. Chile. 2005



Fuente: Investigación Directa

A la afirmación anteriormente señalada se le podría atribuir, que la violencia intrafamiliar generalmente está enlazada con los valores compartidos que avalan la violencia como medio de crianza. Todos jugamos algún papel en esto: no se trata necesariamente de promover pautas de crianza violentas, pero sí podemos estar siendo cómplices de la invisibilidad. Este concepto se refiere a la tendencia generalizada a no ver este tipo de situaciones complicadas cuando se dan a nuestro alrededor. Esto se relaciona especialmente con la idea de respetar la vida de otros sin entrometerse o con la inquietud que tienen personas más sensibilizadas al tema, sobre cómo hacer algo que no provoque más daño aún. Considerando a demás que el fenómeno de la invisibilidad participa desde las propias víctimas, vecinos y familiares, pues la razón podría ser que para nadie es fácil enfrentar un tema como éste y menos desatar toda la crisis familiar que implica abrir la situación públicamente.

Al observar la realidad de éstas familias y sus dinámicas, se debe considerar la distinción entre estructura y función familiar, pues si bien en muchos casos la estructura familiar es consecuente con el funcionamiento familiar, en muchas otras no existe tal relación. Así, se puede encontrar familias estructuralmente intactas con un funcionamiento familiar insuficiente, y familias incompletas que cumplen de manera adecuada las funciones que les corresponden.

CONCLUSIONES

Presentaremos las conclusiones finales de nuestra investigación desde una metodología descriptiva y cualitativa de los antecedentes del proceso desarrollado, a partir de las experiencias de los pacientes crónicos y sus familias durante el tratamiento, determinando el tipo de Estructura y Funcionamiento Familiar que ellos poseen, logrando así contribuir a generar información relevante respecto de la familia en el proceso Salud – Enfermedad.

La pobreza, condición que afecta todavía a un alto porcentaje de la población chilena, plantea grandes desafíos a los sistemas de salud, ya que constituye una de las condiciones que impactan sistemáticamente la situación de salud de la población. Sin embargo es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con enfermedad crónica, mediante un buen control de salud y modificando los factores de riesgo cardiovascular. Para la población estudiada un factor determinante en el proceso salud – enfermedad es el nivel socioeconómico y cultural, sin lugar a dudas, estas personas que pertenecen al estrato social bajo, tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad, cuentan con un menor acceso a los servicios de salud tanto público como privados, así como también recurren menos a servicios formales o redes comunitarias, lo que hace más importante en ellos, el rol del auto cuidado y de la familia como agente de salud.

La pobreza es también un factor determinante en la organización familiar, en los roles que cumplen hombres y mujeres, en la calidad de las funciones parentales y en el bienestar de todos sus miembros. La organización familiar está centrada en obtener los medios económicos para la subsistencia y satisfacción de necesidades vitales esenciales, dejando de lado o postergando las otras funciones sociopsicológicas centrales de la familia.

La familia como institución inserta en un sistema social dinámico, va cambiando continuamente. En las últimas décadas ha sufrido cambios sustantivos debido a las tendencias demográficas que muestran un aumento significativo de la sobrevivencia de las personas. Este sólo hecho ha tenido un fuerte impacto en la familia dado que la duración del ciclo vital familiar se ha prolongado, produciéndose cambios al interior de cada etapa, iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de alguno de los miembros, pudiéndose identificar ciertos logros o tareas familiares que deben ser alcanzados en cada etapa y que posibilitan el paso a la etapa siguiente. Se generaran situaciones de tensión y conflicto en la familia que son crisis esperables o “normativas”, propias del momento por el cual pasa la familia. Si no se logran superar las tareas de etapas anteriores, los problemas que no fueron enfrentados reaparecerán una y otra vez a lo largo del ciclo familiar hasta ser superados. Otro aspecto central que ha significado cambios para la familia es la incorporación de la mujer al campo laboral. Esta situación requiere una fuerte adecuación de los roles familiares generando tensiones internas y la búsqueda de nuevas estrategias para la crianza de los hijos.

La función económica que desempeña la familia, comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales. Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de reproducir, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional. No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros. Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidad propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle.

En general, las tareas del mundo familiar recaen en las mujeres, son ellas quienes principalmente realizan las tareas domésticas, crianzas y cuidado de los hijos. Si bien se observan diferencias al

respecto dependiendo del tipo de hogar al que pertenecen, los servicios que dispone, el aporte de los miembros al ingreso familiar, el número de miembros, el ciclo de vida de las familias, etc., se mantienen en las mujeres las tareas domésticas y de crianza, Los hombres, por su parte, tienen asociada como su función tradicional ser proveedores del hogar, aquellos que sustentan económicamente a los miembros de la familia. Esta asignación diferenciada de roles para hombres y mujeres, se ha denominado división sexual del trabajo que consiste en entender la forma que el sexo biológico determina las funciones que deben desempeñar las personas en sociedad: las mujeres a cargo de la reproducción social y los hombres de las tareas productivas.

Una de las potenciales amenazas que sufre la homeostasis familiar es la enfermedad, en especial si es grave y/o crónica. Ésta, sitúa a la familia, en una situación nueva e inesperada, que intentará procesar de acuerdo a sus experiencias previas, poniendo en marcha los recursos con que cuenta (propios o buscando apoyo en otros). La crisis que desencadena la amenaza a la homeostasis familiar, ocasiona cambios de roles, de funciones, la aparición de díadas y tríadas de apoyo y rechazo, retroalimentaciones positivas y negativas, etc. De aquí en adelante, la familia sigue dos caminos: se adapta a la nueva situación, generando los cambios necesarios para enfrentar la enfermedad, o no se adapta y genera comportamientos que intentan perpetuar el estado previo del sistema. En tal caso, la familia entrará en una dinámica que originará una disfunción familiar, que puede generar el empeoramiento del enfermo, o la enfermedad de otro.

A partir de la hipótesis podemos concluir que el estudio confirma que la presencia de una enfermedad crónica representa un cambio en el funcionamiento de la familia, para adaptarse a la situación de enfermedad, la familia pone en marcha sus mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada, a pesar de ello, cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, con el entorno social y con la propia historia personal del enfermo, su personalidad, el tipo de relaciones familiares que tiene, las experiencias que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha

reaccionado ante ellos.

Ante la aparición de una enfermedad en la familia, el grado de desorganización producido dependerá básicamente de dos variables: el tipo de enfermedad que incluye aspectos como durabilidad, dolor, secuelas, procedimientos terapéuticos, evolución e ideología acerca de la enfermedad y la dinámica del grupo familiar que abarca el estilo familiar en cuanto a la dimensión, cohesión – desapego y a la permeabilidad de los límites con respecto al exterior. Al mismo tiempo, identifica algunos factores que intervienen en la manera en que la familia procesa la enfermedad, siendo éstas:

Etapa del Ciclo Vital al momento de la aparición de la enfermedad, lo que guarda relación con la ocurrencia de un factor tensionante de la familia, en un momento dado sea éste esperado o no.

Capacidad del grupo para la resolución de conflictos, aquí cobra relevancia el tipo de interacción que se da entre los miembros de la familia, en términos de apertura. Esto implica por una parte la capacidad de cada uno de no permanecer no reactivo frente a la intensidad de las emociones vividas en el grupo; y por otra, la capacidad de cada uno de los miembros de comunicar sus pensamientos y sentimientos. Y por otra, el nivel de tensión familiar, donde se debe considerar la intensidad y duración de la tensión, que si es mayor, más difícil será mantener una apertura a las relaciones familiares.

En el estilo de respuesta a la familia frente a la enfermedad, la tendencia centrípeta se expresa en una extrema cohesión interna en torno a la situación de enfermedad, donde el enfermo se convierte en el centro de las interacciones, absorbiendo la atención del resto de su grupo familiar y mermando las posibilidades de desarrollo de los demás miembros del sistema. Por tanto la familia se mantiene en un estado de constante tensión y sobresalto. La tendencia centrífuga por su parte, se manifiesta en conductas evitativas de los miembros de la familia respecto de la situación de enfermedad. Por lo general, uno de los miembros se hace cargo del cuidado del enfermo, controlándole en exceso y coartando su autonomía y quitándole la responsabilidad de hacerse

cargo de su evolución, mientras los demás se desentienden de esa situación.

Los acontecimientos vitales estresantes ejercen un efecto negativo sobre la salud individual y la función familiar. Un evento estresante actúa sobre el individuo produciendo acciones negativas, que se traducen en manifestaciones psicósomáticas, en la aparición de un proceso orgánico, o en el agravamiento de una enfermedad grave, o en el empeoramiento de un trastorno determinado, que actúa sobre la familia, y si ésta no tiene los recursos suficientes puede desencadenar una crisis. Las situaciones estresantes van actuar sobre la familia de acuerdo a tres factores: a) el tipo, la intensidad y las características del agente estresante, b) la calidad y la cantidad de los recursos familiares, y la situación familiar, el grado de homeostasis, el tipo de creencias y de percepción frente al estrés. Cuando un acontecimiento es muy intenso, inesperado e impredecible o los recursos son escasos, por que el apoyo social sea irrelevante o la red reducida, se producirá una crisis familiar.

Contrariamente, si la familia no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad la evolución tenderá a ser negativa. Cabe señalar que los episodios de enfermedad son enfrentados y resueltos fuera del sistema formal de los servicios de salud; muchos de éstos son resueltos en la familia, la cual interviene y es activamente consultada en el proceso de evaluación de los síntomas para recurrir o no al médico. Adicionalmente, las personas que no tiene familia recurren en forma más tardía o inadecuada a pedir atención de salud, cuando el problema se ha agravado o cronificado.

Frente a todo lo anteriormente señalado es que el Trabajo Social en Salud, debe considerar el perfil epidemiológico actual, con prioridades de enfermedades crónicas y degenerativas, enfermedades mentales y enfermedades asociadas a problemas de nutrición, que están claramente asociadas al comportamiento de las personas, a estilos de vida y a estructuras sociales determinadas, lo que hace que la familia constituya un recurso fundamental para comprender y manejar los problemas de salud de las personas.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

A diferencia de las cifras globales en la población Chilena, que señalan a la familia de tipo nuclear como la más frecuente (CENSO 2002), el estudio demostró que existe un predominio de familias extensas, las cuales se han intensificado en razón de las rupturas conyugales, que determinan el regreso de las personas al hogar de origen, por factores de tipo económico o de atención de los hijos o nietos. Sumando a esto la necesidad de sumar ingresos de distintos miembros para enfrentar los gastos de la familia, este es un evento representativo en los sectores de estrato socioeconómico bajo.

Respecto al consumo de alcohol y tabaco en los pacientes crónicos, se mostraron bajos índices de consumo, lo que no da cuenta del contexto social en cual están insertos, pudiéndose atribuir a esto que existe culturalmente una actitud de negación para enfrentar este tipo de problemáticas.

En la población consultada existe una baja adhesividad de participar en organizaciones sociales, lo que da cuenta de una escasa participación comunitaria, pese a que existe un amplio tejido de organizaciones sociales instaladas en el sector 4.

Contrariamente a lo que muchos autores señalan que los “solteros y no padres de familia” presentan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, éste estudio arrojó que son los casados y padres de familia, quienes alcanzaron un mayor número de consultas de morbilidad, entendiendo que la salud se relaciona directamente con la situación de pareja (matrimonio). En el caso de las mujeres éstas tienden a subir de peso una vez que cohabitan, porque empiezan a compartir comidas con los hombres, quienes tienen necesidades energéticas más altas y, por lo tanto, más apetito. Por otra parte, aunque no se sabe si la insatisfacción matrimonial conduce a la depresión o a la inversa, parece claro que están relacionadas, hasta tal punto que el éxito del tratamiento de un paciente depresivo puede depender de su relación familiar y de pareja.

En la resolución de conflictos, el donde recurrir y usar redes para el afrontamiento de los problemas familiares, se observó que estas familias recurren menos a redes formales para afrontar las problemáticas que les aquejan. Por lo tanto esto nos demuestra que cuentan con menos apoyo social en los ámbitos instrumentales y afectivos.

Frente a la presencia de episodios de violencia intrafamiliar, fueron las familias de tipo extensas, quienes lideraron las cifras, pero un dato no menor, es considerar que en todos los tipos de familias, se presentó este tipo de situación. A la afirmación anteriormente señalada se le podría atribuir, que la violencia intrafamiliar generalmente está enlazada con los valores compartidos que avalan la violencia como medio de crianza. Todos jugamos algún papel en esto: no se trata necesariamente de promover pautas de crianza violentas, pero sí podemos estar siendo cómplices de la invisibilidad. Este concepto se refiere a la tendencia generalizada a no ver este tipo de situaciones complicadas cuando se dan a nuestro alrededor. Esto se relaciona especialmente con la idea de respetar la vida de otros sin entrometerse o con la inquietud que tienen personas más sensibilizadas al tema, sobre cómo hacer algo que no provoque más daño aún. Considerando además que el fenómeno de la invisibilidad participa desde las propias víctimas, vecinos y familiares, pues la razón podría ser que para nadie es fácil enfrentar un tema como éste y menos desatar toda la crisis familiar que implica abrir la situación públicamente.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL

En el contexto de las ciencias sociales contemporáneas, el Trabajo Social como disciplina propia emerge con un bagaje técnico y conceptual que le permite adaptarse y crecer al ritmo de las dinámicas condiciones socio-económicas de la globalización y la internacionalización. Algunos de sus desarrollos, tocan con áreas recientemente exploradas, tales como: perspectiva de género, educación ambiental, gerencia del desarrollo y del servicio, familia (diversas modalidades de abordaje), terapia familiar, violencia en sus diversas manifestaciones, procesos de exclusión-inclusión, formas alternativas de enfrentar el conflicto socio-familiar, etc.

En correspondencia con el objetivo del evento: "Analizar, reflexionar y evaluar nuestro aporte profesional al tema de la Familia y proyectar nuestro accionar ", es la contribución del Trabajo Social en el campo de la Familia, no como profesión complementaria o de apoyo, sino de suma trascendencia en el ámbito corporativo y societal. Esto es la capacidad de diseñar, ejecutar y evaluar proyectos de cualquier naturaleza, con una visión integral de mundo y la prospectiva interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

La familia como institución social ha pervivido a lo largo de la historia, con variedad de formas acordes con las condiciones socio-culturales y económicas, pero siempre ha sido una organización vital en el desarrollo social. El cambio de funciones familiares en la modernidad, exige que los profesionales, en particular de las Ciencias Sociales, Humanas y Comportamentales, asuman el reto de analizar estos dinámicos procesos para incorporarlos en programas de acción que permitan ajustarse a las condiciones del medio donde intervienen. En razón de ello, es necesario identificar el estado actual de la familia como objeto de estudio, análisis y abordaje reciente, para conocer de manera científica los cambios a nivel estructural, funcional y vital y en esa medida diseñar acciones que se ajusten a la diversidad étnica, cultural.

Las acciones asistencialistas, eminentemente paliativas deben dar un paso definitivo a procedimientos educativos y promocionales, articulando los procesos individuales, familiares, sociales y comunitarios. Dado que los sectores de escasos recursos son los beneficiarios de la mayor parte de los programas del Trabajo Social, es necesario atender aquellas situaciones que comprometen las necesidades vitales de la población y le impiden un adecuado desarrollo. Pero se tiende a superar ese esquema para realizar intervenciones que tengan efectos a mediano y largo plazo y cubran todos los estratos sociales. No obstante, ello le ha permitido a la profesión construir metodologías propias o adaptarlas a las diferentes áreas del conocimiento.

De la gama de propuestas teóricas contemporáneas, el Trabajo Social debe privilegiar *la sistémica* para comprender y abordar a la Familia en diferentes niveles. Ello implica una mirada globalizante de sus perspectivas de estudio - estructura, función y ciclo vital - y la conexión temporal de su pasado, presente y futuro: lo integral es amplio, pero no impreciso y lo sistémico es la concentración de esfuerzos y la confluencia de varias miradas, aún las más conservadoras (familia, comunidad, iglesia, organismos no gubernamentales).

Desde el punto de vista teórico-metodológico, la perspectiva sistémica capacita al Trabajador Social para efectuar una gestión que genere acciones de cambio, y en la cual las conexiones y relaciones que se establecen en la interacción son vitales para superar el estancamiento y lograr ensanchar las posibilidades de la unidad de análisis llámese: individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y distintas de acción, con la construcción de significados e historias distintas para leer la realidad, de tal manera que la unidad de análisis corre a partir del aporte del Trabajador Social.

La propuesta de una cosmovisión diferente del mundo y de sus relaciones intrínsecas propiciada por la Teoría General de los Sistemas, permite un salto terapéutico, de la atención enfocada en el individuo, a la familia como contexto inmediato del desarrollo personal. Ello introduce una novedosa perspectiva de la familia: como un sistema abierto en interacción permanente, compuesto a su vez de subsistemas, unos estables en el tiempo (conyugal, fraterno y parento –

filial) y los otros ocasionales o temporales (según edad, sexo e interés). Cada individuo integrante de una familia, es un sistema, compuesto a su vez de varios subsistemas. Pero ambos están conectados con el suprasistema, que puede ser inmediato (barrio, vecindad, comunidad) o más amplio, la sociedad en general.

El funcionamiento de la familia debe garantizar tanto el desarrollo individual de cada uno de sus miembros, como el de la totalidad del grupo y el contexto socio-cultural donde opera. En su crecimiento y evolución atenderá las demandas internas de dichas partes, donde están conectadas las transacciones internas y externas, esto es su carácter permeable, que le permite ajustes y reacomodos pero sin perder su identidad y estructura. Las familias funcionan siempre de determinada manera, variando esto en razón de las etapas de su desarrollo y de las variables sociales que la determinan, pero hay tendencias a conservar un estilo.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser *sistemas abiertos, dinámicos, permeables*: normalidad-anormalidad, función-disfunción, vida-muerte, salud-enfermedad, mente-cuerpo. El modelo sistémico supera los niveles asistenciales, de atención directa con acciones inmediatas y puntuales y los potencia a la prevención - promoción, para lo cual asume la *concepción bio-psico-social-jurídica*. Los supuestos de la circularidad y la interacción de los fenómenos, establecen que todos los integrantes del grupo familiar están comprometidos, pues siempre de una u otra manera su comportamiento incide en el funcionamiento. La mirada integral de la situación posibilita cambios reales en la dinámica familiar.

Los procesos familiares utilizan por excelencia, la entrevista interpersonal, basada en la *comunicación integral*. La comunicación como enfoque terapéutico e Interaccional emerge de las ciencias sociales y biológicas, no de la terapia individual y en tal sentido es asumida por el Trabajo Social contemporáneo. Al entender que el comportamiento humano siempre es comunicación en dos niveles: digital y analógico, se comprende que debe existir armonía entre las palabras y las emociones, lo intelectual y lo afectivo y establecer congruencia entre ambos.

La relación entre Trabajo Social y Familia, debe asumir los desarrollos teóricos y metodológicos de ambos campos, que han sido paralelos como espacios científicos propios que merecen un tratamiento y elaboración autóctono. Retomando algunos planteamientos esenciales como: una visión del mundo ecosistémica, el Enfoque de Convergencia, la prioridad de métodos investigativos cualitativos y la inclusión de la subjetividad del profesional en los procesos de atención, es menester afinar la propuesta para el nuevo siglo, de consolidar el Trabajo Social Familiar como área del conocimiento plenamente definida.

La participación del Trabajo Social en los eventos familiares, está caracterizada en las últimas décadas por replantear como exclusivos los modelos terapéuticos tradicionales, centrados en el individuo, generando orientaciones alternativas para comprender la familia bajo una mirada holística. Los desarrollos ecosistémicos del Trabajo Social con familias, si bien están resaltados en el momento, no son nuevos en la profesión, por lo que urge la necesidad de sistematizar el que hacer profesional en la modalidad de trabajo grupal.

El impulso de la Participación Social puede considerarse como una de las estrategias más eficaces dentro de la Promoción para la Salud, ya que son las personas involucradas quienes desarrollan las soluciones a sus problemas por medio de la integración grupal.

Algunas de las funciones son: intercambio de experiencias, realización de actividades recreativas, prestación de servicios directos y constitución de grupos de presión social y apoyo emocional. Están basados en la solidaridad y apoyo social para alcanzar algunos objetivos, que de forma individual sería imposible.

La Psicoeducación nace como una propuesta que replantea los métodos clásicos de intervención en salud: enfatiza las fortalezas de la familia, conduce a detectar y potenciar los elementos positivos con el fin de promocionar la salud y el bienestar familiar, proporcionando información sobre la enfermedad y el tratamiento, propiciando el medio para desarrollar habilidades de manejo y brinda el apoyo que dichas familias requieren para hacerle frente, buscando involucrar a la familia en el tratamiento de su paciente, en tanto proporciona información valiosa sobre él al equipo de salud, permitiendo que la intervención esté más acorde con la evolución de la enfermedad, detectando a tiempo y en forma clara los posibles cambios que pueden ocurrir. Se fundamenta en una relación estrecha y colaborativa entre familias, pacientes y profesionales.

A continuación algunas propuestas técnicas del Trabajo Social, a utilizar en el contexto del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile”:

- La construcción del *Ecomapa* que dibuja el individuo y la familia en su espacio de vida; representando de forma dinámica el sistema ecológico que rodea la familia: las conexiones importantes, los límites intrasistémicos, los conflictos, los recursos, las carencias. Además de la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos. permitiendo una mayor colaboración entre el Trabajador Social y los sistemas atendidos y a la vez fortaleciendo el compromiso de éstos en el tratamiento, dado que la gráfica aumenta la percepción de las relaciones familiares con el entorno y propicia una tarea conjunto.
- *El Mapa Ecológico*, éste complementa la visión aportada en el genograma y posibilita el conocimiento integral del sistema familiar, con énfasis en las relaciones internas y externas,

que son la base de la intervención profesional; en este sentido es una ubicación de la familia en sus relaciones (naturaleza e intensidad), con el suprasistema (sociedad) y con otros sistemas, por lo cual puede ser modificado constantemente, ya que hay variación en la interdependencia de los sistemas humanos y sociales.

Tanto el *Genograma*, como el *Ecomapa*, son representaciones modernas, utilizadas para la intervención, evaluación y diagnóstico socio-familiar y en la última década como técnica de investigación cualitativa, que permite la recolección de información y la participación activa de las unidades de análisis. En esa medida son útiles para todos los campos del conocimiento y se constituyen en un aporte conceptual y metodológico del Trabajo Social.

Asumiendo los preceptos desarrollados, la propuesta final apunta a Formar un Trabajador Social comprometido con la época y con los retos que depara el nuevo milenio. Ubicándose en el universo científico con aportes teóricos y metodológicos creativos, modernos, éticos, co-creadores, colaborativos, convergentes. Esto es avanzar hacia la autonomía del Trabajo Social Familiar.

ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

A continuación se presenta como parte de la investigación el análisis de discurso, obtenido a través de la entrevista en profundidad, realizada a la profesional Sra. Margarita Vásquez Barra, quien en la actualidad se desempeña como Asistente Social en el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile”, el cual fue acreditado por el Ministerio de Salud en el año 2003, que desarrolla un Modelo Integral de Salud Familiar. De ésta manera se darán a conocer las funciones, facilitadores y obstaculizadores del Rol que realiza esta profesional en dicho establecimiento de Salud.

El Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile”, persigue poner en marcha al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de Salud y Enfermedad, encauzado hacia la familia y la comunidad y orientado especialmente hacia la prevención sin descuidar la recuperación. En suma, busca poner al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y más humanizado, de forma que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas con relación a sus necesidades de salud.

Para implementar el Modelo de Atención con enfoque familiar, éste Centro de Salud desarrolló un proceso básico de organización, consistente en una sectorización de la población de acuerdo a la densidad de ésta, utilizando los criterios geográficos y de riesgo en salud. El proceso de sectorización determinó también que los integrantes del equipo de salud se destinaran de manera completa a la atención de grupos de familias que conforman cada uno de ellos.

En éste contexto el Trabajo Social que se desarrolla en el Centro de Salud, tiene por objetivo lograr la incorporación de diferentes actores sociales especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud, en la resolución de sus propios problemas de salud, incorporando los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnósticos de la situación de salud como en la programación de sus actividades, aplicando los enfoques psicosociales familiar y comunitario, para la cual desarrolla las siguientes funciones:

“Yo creo que en el Programa de Salud Cardiovascular, es decir en los pacientes crónicos diabéticos e hipertensos, las Consejerías Integrales, son un gran aporte, que yo he insistido harto en los Consejos Técnicos tengo horas destinadas para eso, muchas más respecto del año pasado”. (Margarita Vásquez B. Asistente Social)

En las Consejerías Integrales el Trabajador Social, ha logrado una orientación educativa y psicosocial a personas que presentan factores de riesgo (sedentarismo, tabaquismo, obesidad), permitiéndoles mejorar su calidad de vida.

“Ya que a través de las Visitas Domiciliarias uno relaciona a las familias, cuales son disfuncionales o funcionales”.

El Trabajador Social, en la Visita Domiciliaria que realiza, utiliza el enfoque biopsicosocial, profundizando el diagnóstico psicosocial de la familia. En las intervenciones incluye a los miembros de la familia, tanto en priorización de problemas como en la planificación de las acciones a corto, mediano y largo plazo.

“Falta la mirada de los otros profesionales para poder darse cuenta que existen otros factores que están incidiendo en el problema de salud del paciente para hacer un Atención Integral completa con una misma mirada”.

El Trabajo Social, en su quehacer diario entrega una Atención Integral a las personas, familias y comunidades, considerando los aspectos de la salud y la enfermedad, ambiente familiar, social, ambiental y comunitario, con enfoque hólístico. Abordando a la persona como una unidad biopsicosocial, independiente de su sexo, edad, enfermedad. Comprende por una parte, que los eventos positivos y negativos son multicausales y por otra que éstos se desarrollan en un contexto, asegurándole su atención en todo el Ciclo Vital, cualquier sea su estado de salud y apoyándolo de manera preventiva y psicosocial.

“La Intervención en Crisis es siempre tarea de la Asistente Social, ya que el equipo no se siente capaz de abordarlas”.

El profesional Asistente Social ha utilizado las herramientas teóricas y prácticas propias de su formación profesional, que le han permitido a través de la Intervención en Crisis, auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de la vida) se incremente.

“Ahora en los Estudio de Familia yo creo que se necesite a la Asistente Social, ya que es la que hace el estudio de riesgo social, es la Asistente Social quién puede dar luces de que tipo es la familia y plantear el tratamiento”.

La realización de los Estudios de Familia ha permitido al Trabajador Social profundizar el conocimiento y análisis de la estructura y dinámica familiar y sus redes de apoyo familiar. Analizando la situación biopsicosocial, identificando los factores protectores, los antecedentes de morbilidad familiar y las características de la vivienda y el entorno, a través de la aplicación de diferentes instrumentos propios de la Salud Familiar (Genograma, Apgar Familiar, Círculo Familiar, etc.)

“Nos hemos ido acercando más a las Organizaciones Comunitarias la gente ya está entendiendo porque al principio veían como un vacío, si tú te coordinabas con las Organizaciones Comunitarias el equipo tenía el temor”.

El Trabajo Social ha sido un precursor en lograr un acercamiento directo con las Organizaciones Comunitarias, logrando realizar un intercambio de experiencias y conocimientos, dando paso a la constitución del Coordinador Territorial “Progreso y Salud”, conformado por 23 organizaciones sociales, el cual realiza acciones conjuntas con el equipo de salud, en pos del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

“Creo que te lo decía anteriormente, tiene que ver con el tema educativo, principalmente educativo, un trabajo de refuerzo, sensibilización, Promoción, atención directa, el trabajo comunitario”.

El Trabajador Social participa de manera activa, liderando las acciones promocionales y preventivas, emprendidas en conjunto con la comunidad, apoyando la organización de ésta en torno a intereses y objetivos comunes, fomentando la participación y movilización de las personas, con el objetivo que puedan enfrentar sus múltiples problemas de salud.

“Y la Coordinación con las Redes para mejorar la calidad de vida, la prevención, la promoción todo este cuento que tú haces con redes es para mejorar calidad de vida de la población, ya que calidad de vida involucra todo, y a todos los ministerios por decirlo de alguna manera”.

El Trabajo Social del Centro de Salud Familiar ha logrado establecer una relación continua y permanente con los representantes de Instituciones públicas, privadas, ONG, Organizaciones de la comunidad y otros sectores y actores sociales, movilizándolo recursos, estableciendo canales de comunicación, contribuyendo a generar Redes de Apoyo permanentes y realizando acciones conjuntas en relación a necesidades de la salud de la comunidad y a los objetivos de los programas, subprogramas y proyectos específicos de la Salud (Programa Salud con la Gente, Ferias Saludables, Día de la actividad Física y Hogares Libres de Humo de Tabaco y otras).

“Siento que se visualiza el trabajo del Trabajador Social en la importancia del Trabajo Comunitario y en el tema de salud familiar”.

Existe una validación por parte del equipo de Salud hacia la labor del Trabajador Social, el cual ha logrado intencionar la interacción entre los miembros del equipo de salud y la comunidad a través de acciones específicas, lo que les ha permitido al Centro de Salud identificar, priorizar los problemas de salud que afectan a la comunidad, considerando la búsqueda de soluciones en conjunto (Campaña de Vacunación, Toma de Papanicolau, etc.).

Una vez dadas a conocer las funciones que cumple el Trabajador Social en el Centro de Salud Familiar, específicamente en el Programa de Salud Cardiovascular, se presenta una Matriz con los Obstaculizadores y Facilitadores, con que se enfrenta éste.

Matriz de Obstaculizadores y Facilitadores

| | Trabajo en Equipo | Trabajo con Redes | Infraestructura | Recurso Humano | Formación Profesional | Visión de los Usuarios | Rendimiento | Cambio de Modelo |
|-------------------------|--|---|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| OBSTACULIZADORES | Mirada asistencialista hacia el Trabajo Social. | Escasa derivación. | Malas condiciones (Hacinamiento) | Falta una Asistente Social | | El Trabajo Social se percibe como subsidiario. | Los tiempos programados son limitados | Resistencia a la mirada psicosocial |
| | Falta de compromiso al interior de los equipos territoriales. | Limitaciones en el acceso a programas sociales. | | | | | Cantidad v/s Calidad | |
| | Temor para abordar temáticas psicosociales. | | | | | | | |
| | Ejecución de acciones en su mayoría sólo recuperativas. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| FACILITADORES | Instancias de encuentro (Jornadas de trabajo, reuniones de Territorio,) | Trabajo Intersectorial | | | Capacitación continua | Satisfacción Usuaría | | Dirección a cargo de profesional Asistente Social |
| | Motivación | Existencia de un Coordinador Territorial | | | | | | Implementación de acciones innovadoras |
| | Compromiso | Participación en mesa barrial | | | | | | Capacitación Permanente |
| | Existencia de un asesor técnico en Promoción | | | | | | | |
| | Incorporación del Asistente Social al Consejo Técnico | | | | | | | |

Resultados

- Trabajo en Equipo

Obstaculizadores: Se identificó por una parte, la existencia de una mirada asistencialista hacia el Rol del Trabajo Social, pudiéndose atribuir a que el equipo de salud, ejecuta acciones en su mayoría sólo recuperativas, lo que impide dar énfasis a lo promocional y preventivo. Por otro lado, la falta de compromiso al interior de los equipos territoriales, da cuenta del temor que existe en los profesionales el abordar temáticas psicosociales.

Facilitadores: La motivación, el compromiso, la existencia de un asesor técnico en los temas de promoción y la incorporación del Asistente Social en el Consejo Técnico, son insumos que han permitido avanzar en esta área, lo que ha dado paso a la creación de instancias de encuentro para el equipo de salud, ejemplo: Jornadas de Trabajos, Reuniones Técnicas, etc.

- Trabajo con Redes

Obstaculizadores: La escasa derivación por parte del equipo de salud conlleva a una subutilización del recurso Trabajador Social. Las limitaciones en relación al acceso a los programas sociales (usuarios), es una realidad latente que debe enfrentar el Trabajo Social en su quehacer a diario.

Facilitadores: La existencia de un trabajo coordinado a nivel intersectorial, la participación de un integrante del equipo de salud en la mesa barrial de la población “Cóncores de Chile” y la constitución del Coordinador Territorial “Progreso y Salud” conformado por 23 Organizaciones Sociales, dan cuenta del rol protagónico del Trabajo Social en la comunidad organizada.

- Infraestructura y Recurso Humano

Obstaculizadores: La falta de espacios físicos apropiados para realizar actividades preventivas y promocionales, entorpece el cumplimiento de las acciones del quehacer profesional.

Facilitadores: Se aprobó la construcción de una nueva infraestructura para el Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile”, lo que significa aumentar la población inscrita lo que permitiría aumentar la dotación, esto considera la contratación de un Trabajador Social por 44 horas semanales.

- Formación Profesional

Obstaculizadores: No se presentaron

Facilitadores: La capacitación permanente del equipo de salud en temas como: salud familiar básico y avanzado, intervención en crisis, estadísticas en salud, por nombrar algunas, denota una preocupación constante del equipo de salud, para lograr una excelencia clínica competente en la prevención, diagnóstico y manejo terapéutico de los problemas más frecuente, permitiendo esto un mayor nivel de resolutivead.

- Visión de los Usuarios

Obstaculizadores: El Trabajo Social se percibe con un rol subsidiario.

Facilitadores: En las últimas encuestas de satisfacción usuaria, aplicadas en el Centro de Salud Familiar, la percepción que se tiene respecto de la labor que cumple el Trabajador Social, arrojó resultados satisfactorios

- Rendimiento

Obstaculizadores: La programación numérica considera bajos rendimientos, por lo que se prioriza la cantidad sobre la calidad de las prestaciones otorgadas.

Facilitadores: Se proyecta que al final del año, se producirían cambios de rendimiento, debido a la nueva infraestructura y al aumento del Recurso Humano.

- Cambio de Modelo

Obstaculizadores: Resistencia para intervenir con una mirada psicosocial, manifestada principalmente por profesionales del área biomédica.

Facilitadores: El contar con una Dirección a cargo de un Trabajador Social y la capacitación permanente al equipo de salud, permiten la implementación de acciones innovadoras, que benefician la calidad de vida de los usuarios.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. (1977) **Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares Psicodinamismos de la Vida Familiar.** Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Bronfenbrenner, Urie. 1987) **Teoría Ecológica del Desarrollo Humano,** Barcelona, Editorial Paidós SAIF.
- Brown Walter, (1992) Revista Promoción de la Salud. Una Antología. (OPS). Publicación Científica N° 557
- Campanini (1996) **Servicio Social y Modelo Sistémico, una nueva perspectiva de la práctica cotidiana.** Barcelona España. Editorial Paidós.
- Carta de Ottawa, Canadá (1986)
- Ceítlín J, Gómez Gascón T. (1997) **Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Universidad de Chile, Facultad de Medicina**
- Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1990) **Organización Mundial de la Salud**
- Comisión Internacional de Promoción de Salud (1992) **OPS 1992**
- Constantine (1986) Family y Paradigms.N.Y.
- Corbalán, M. E. & Marfil, M. (1994) **Interacciones Familiares y Redes Sociales en Enfermos Coronarios.** Tesis no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Duvall, E.M. (1977) Marriage And Family Devolopment. Filadelfia. Lippincott.
- Declaración de ALMA-ATA (1978)
- Florenzano, R. (1994) “Familia y Salud de los Jóvenes”, Revista **Pontificia Universidad Católica de Chile**, Santiago.
- Florenzano, R. (1991) “Crisis Familiares e intervención del Médico General”. **Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud**. Santiago. CPU.
- Flores, L., Hernández (1998) Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud
- Haley, J (1986) **Terapia No Convencional**, Buenos Aires, Amorrortu
- Hernández, Roberto; Fernández Carlos y Baptista, Pilar (2003) **Metodología de la Investigación**, México, Editorial Mc. Graw Hill.
- Hidalgo, Carmen; Carrasco Eduardo (1997) **Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria**. Editorial Universitaria
- Horwitz, N. (1986) **Consideraciones Sociológicas acerca de la relación entre Familia y Atención Primaria de Salud**. Ediciones Salud Familiar. Santiago CPU.
- Horwitz, N. (1991) **Sistemas de Apoyo Social y Familiar**. Ediciones Salud Familiar. Santiago CPU.

| | |
|------------------------------------|--|
| Instituto Nacional de Estadística | CENSO 1982 |
| Matus, S, Teresa (1999) | “Propuestas contemporáneas en Trabajo Social”. Hacia una intervención polifónica . Editorial Espacio. Buenos Aires. |
| Medina, E. (1994) | “Apuntes de Cátedra Epidemiología”. Magíster Salud Pública . Universidad de Chile |
| Middleton, J. (1991) | “Yo no quiero tener Cáncer”. Santiago. Centro de Desarrollo de la persona . |
| Ministerio de Planificación Social | CASEN 1990 |
| Ministerio de Salud (1993) | “Políticas y Plan de Salud Mental”. MINSAL. Publicaciones de Salud Mental . |
| Ministerio de Salud (1993) | Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social (Unidad de participación social). |
| Ministerio de Salud (1998 -1999) | “Avances de la Salud Familiar en Chile”. Editorial Tierra Mía. Departamento de Atención Primaria . |
| Minuchin, (1977) | Familias y Terapia Familiar . España. Editorial Gedisa. |
| Miranda, Pablo (1999) | “Apuntes de Cátedra de Teoría de Trabajo Social Casos II”. Departamento de Trabajo Social. Universidad Academia Humanismo Cristiano . |
| Muñoz, M., Reyes, C. (1992) | “La Situación de la Salud en Chile”. Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL |

- Payne M. (1995) “Teorías contemporáneas del Trabajo Social”. **Una introducción crítica**. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Quinteros, R. Ana (1997) **Proceso de trabajo y daños a la Salud**. México. Editorial Industria.
- Quinteros, V. Ángela (2004) Apuntes de Trabajo Social: Aportes al tema de Familia. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.
- Servicio Nacional de la Mujer, (1994) “Informe Comisión Nacional de la Familia”. **SERNAM**
- Villarino, A. (2000) “Apuntes de Cátedra Psicología General, Ciclo Vital Familiar”. **Departamento de Trabajo Social. Universidad Academia Humanismo Cristiano**.
- Violon, A. (1985) Family Etiology of chronic Pain. International Journal of Family Therapy
- Watzlawick, p., Beavin, J. & Jackson, D (1981) La teoría de la Comunicación Humana. Barcelona. Editorial Herder.
- Weintein, C.L.(1988) “Bienestar Psicosocial. Desarrollo y Salud”. **Hacia un marco de referencia Antropológico**. Santiago. Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|---------------------|---------------------------|--------------------|--|---|
| Aspectos Biomédicos | Tipo de Enfermedad | Patología Crónica | ¿Cuál es su enfermedad crónica? | 1= Hipertensión Arterial 2= Diabetes Mellitus 3= Mixta (DM-HTA) |
| | | Patología Asociada | ¿Usted padece de alguna otra enfermedad? | 1= No 2= Salud Mental 3= Discapacidad Física 4= Otras |
| | Hábitos de Estilo de Vida | Tabaquismo | ¿Usted Fuma? | 1= Si 2= No |
| | | Alcoholismo | ¿Con que frecuencia Usted bebe alcohol? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con Frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|---------------------|------------|--------------------------|---|--|
| Aspectos Biomédicos | Morbilidad | Consultas por Morbilidad | Nº de Consultas por morbilidad de los últimos seis meses? | 1= Ninguna 2= Una 3= Dos 4= Tres 5= Cuatro 6= Cinco 7= Seis 8= Siete 9= Ocho 10= Nueve 11= Diez 12= Más de diez |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|---------------------------|--|
| Situación Psicosocial | Aspectos Generales | Sexo del paciente | ¿Cuál es su sexo? | 1= Femenino 2= Masculino |
| | | Edad del paciente | ¿Qué edad tiene Usted? | 1= 20a 34 años 2= 35 a 44 años 3= 45 a 54 años 4= 55 a 64 años |
| | | Estado Civil del paciente | ¿Cuál es su Estado Civil? | 1= Casado(a) 2= Soltero(a) 3= Viudo(a) 4= Conviviente 5= Separado(a) |
| | | Situación Previsional del paciente | ¿Cuál es su Previsión? | 1= Fonasa A 2= Fonasa B 3= Fonasa C 4= Fonasa D 5= PRAIS |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|--|---|
| Situación Psicosocial | Aspectos Generales | Escolaridad del paciente | ¿Cuál es su nivel educacional? | 1= Analfabeto 2= Lee y escribe 3= Básica Incom. 4= Básica Compl. 5= Media Incom. 6= Media Compl. 7= Tecn. Incom. 8= Técn. Compl. 9= Univ. Incomp. 10= Univ. Compl. |
| | | Participación Comunitaria | ¿Participa Usted en alguna Organización Comunitaria? | 1= Sí 2= No |
| | | | ¿Cuál? | 1= Club de Adulto Mayor 2= Centro de Madres 3= Club Deportivo 4= Iglesia 5= Junta de Vecinos 6= Otros 7= Ninguna 8= Más de una |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|---|--|
| Situación Psicosocial | Aspectos Socioeconómicos | Ocupación actual del paciente | ¿Cuál es su ocupación actual? | 1= Trabajador Dependiente 2= Trabajador Independiente 3= Jubilado o Pensionado 4= Cesante 5= Dueña de Casa |
| | | Ingreso mensual del grupo familiar | ¿Cuál es el ingreso mensual de su grupo familiar? | 1= Menos de 130.000 2=130.001 a 199.999 3=200.000 a 299.999 4=300.000 a 399.999 5=400.000 y más |
| | | Material de la Vivienda | ¿De qué material es la vivienda que Usted habita? | 1= Sólida 2= Madera 3= Mixta |
| | | Tipo de Vivienda | ¿Qué tipo de vivienda habita Usted? | 1= Casa 2= Departamento 3= Mejora o Mediagua 4= Conventillo o Cité |
| | | Tenencia de la Vivienda | ¿Cómo adquirió la vivienda, que usted habita? | 1= Propietario 2= Arrendatario 3= Allegado 4= Cedida 5= Sucesión |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|---------------------|---------------------------|---|--|---|
| Estructura Familiar | Tamaño de la Familia | N° de miembros de la familia | ¿Cuántas personas viven en su familia? | 1= Sólo el encuestado 2= Dos 3= Tres 4= Cuatro 5= Cinco 6= Seis 7= Más de seis |
| | Composición de la Familia | a) Familia Nuclear Simple b) Familia Biparental Incluyéndose Usted. c) Familia Monoparental d) Familia Extendida e) Familia Unipersonal | ¿Quiénes constituyen su grupo familiar actual? | 1= Pareja sin hijos 2= Padre o Madre con uno o más hijos 3= Uno de los padre y uno o más hijos 4= Pareja con uno de sus miembros con hijos o sin ellos y otro miembro que no es de la familia 5= Sólo el encuestado |
| | Hijos de la Familia | N° de Hijos por Familia | ¿Cuántos hijos hay en su familia, que viven con Usted? | 1= Uno 2= Dos 3= Tres 4= Cuatro 5= Cinco y más 6= No tiene |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|--------------|----------------------------|---|---|
| Funcionalidad Familiar | Roles | Aporte Económico | ¿En total cuantos miembros de la familia aportan económicamente para cubrir gastos, incluyéndose usted? | 1= Una 2= Dos 3= Tres 4= Más de Tres |
| | Sentimientos | Tareas y Responsabilidades | ¿En su grupo familiar se comparten las tareas y responsabilidades? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|--------------------------|--|---|---|
| Funcionalidad Familiar | Resolución de Conflictos | Ayuda mutua | ¿Al interior de su grupo familiar, se piden ayuda unos con otros? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |
| | | | ¿Usted es acompañado (a) por algún Familiar o persona significativa a los controles de Salud del Centro de Salud Familiar | 1= Sí 2= No |
| | | Aportes de los hijos | ¿Al interior de su grupo familiar, las ideas de sus hijos son tomadas en cuenta en la solución de problemas? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |
| | | Disposición familiar de afrontar los problemas | ¿Cuándo surgen problemas en su familia, se unen para afrontarlos? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|-----------|------------------------------------|--|--|
| Funcionalidad Familiar | Jerarquía | Mecanismos para afrontar Problemas | ¿Cómo afronta su familia sus problemas o dificultades? | 1= Con amigos |
| | | | | 2= Con sacerdote, religioso o pastor |
| | | | 3= Con ayuda profesional | |
| | | | 4= Con programas que existen en la Comunidad | 5= Confiando en que el grupo familiar podrá manejar solo sus problemas |
| | | Reconocimiento del poder | ¿Quién toma las decisiones en su familia? | 1= La Madre |
| | | | | 2= El Padre |
| | | | | 3= Ambos |
| | | | | 4= La pareja del Padre |
| | | | | 5= La pareja de la Madre |
| | | | | 6= Cambia (varía) |
| | | | | 7= Nadie |
| | | | | 8= No se |
| | | | | 9= Todos |
| | | | | 10= El encuestado |
| | | | | 11= Cónyuge o pareja |
| | | | | 12= Otros |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|---|-------------------------|--|---|
| Funcionalidad Familiar | Actividades Familiares | Ritos familiares | ¿La familia completa comparte alguna comida al día? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |
| | | | ¿En su grupo familiar se toman un tiempo para conversar? | 1= Nunca 2= Muy rara vez 3= Algunas veces 4= Con frecuencia 5= Casi siempre 6= Siempre |
| | Situaciones Difíciles (en los últimos seis meses) | Problemas con los hijos | ¿En su grupo familiar, uno de sus hijos tuvo dificultades en la escuela, colegio o universidad, por su rendimiento o por conducta? | 1= Sí 2= No |
| | | Problemas laborales | ¿Algún miembro de su familia tuvo cambios negativos en el trabajo? | 1= Sí 2= No |
| | | Problemas Familiares | ¿Presentaron serios problemas familiares? | 1= Sí 2= No |
| | | Violencia Intrafamiliar | ¿Presentaron episodios de Violencia intrafamiliar entre los miembros de la familia? | 1= Sí 2= No |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| Rol del Trabajo Social | Función y Aporte del Trabajo Social | Promoción | Elaborar, Ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud. Suministrar información sobre hábitos saludables Educar para crear comportamientos, que permitan fomentar y conservar, la salud individual y colectiva | Entrevista en profundidad 1= Se cumple 2= No se cumple |
| | | Prevención | Estudiar las actitudes y los valores que benefician y/o obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y los Comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus Miembros para que se aseguren la salud Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud Contribuir en el resto del equipo de salud, a reparar los daños causados. Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotoras de la recuperación de su salud. | Entrevista en profundidad 1= Se cumple 2= No se cumple |

| VARIABLE | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN | INDICADORES | ITEMS |
|------------------------|-------------------------------------|----------------|--|--|
| Rol del Trabajo Social | Función y Aporte del Trabajo Social | Recuperación | Contribuir en el resto del equipo de salud, a reparar los daños causados Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud | Entrevista en profundidad 1= Se cumple 2= No se cumple |
| | | Rehabilitación | Orientar al medio familiar , laboral, escolar y comunitario para reubicación social de la persona enferma Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de toda su potencialidad | Entrevista en profundidad 1= Se cumple 2= No se cumple |
| | Limitaciones | Estructurales | Infraestructura Recurso Humano Formación Profesional Rendimiento Cambio de Modelo | Entrevista en profundidad 1= Existe 2= No existe |
| | | Funcionales | Trabajo en Equipo Trabajo con Redes Trabajo con Usuarios | Entrevista en profundidad 1= Existe 2= No existe |

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

Universidad Academia de Humanismo Cristiano
Escuela de Trabajo Social

ENCUESTA

I. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Nombre del Paciente: _____

b) N° de Ficha Clínica: _____

II.- SITUACIÓN PSICOSOCIAL

Aspectos Generales

1) Sexo

a) _____ Masculino

b) _____ Femenino

2) ¿Qué edad tiene Usted?

a) _____ 20 a 34 años

b) _____ 35 a 44 años

c) _____ 45 a 54 años

d) _____ 55 a 64 años

e) _____ 65 y más años

3) ¿Cuál es su Estado Civil?

a) _____ Casado (a)

b) _____ Soltero (a)

c) _____ Viudo (a)

d) _____ Separado (a)

e) _____ Conviviente

4) ¿Cuál es su previsión?

- a) _____ Fonasa A
- b) _____ Fonasa B
- c) _____ Fonasa C
- d) _____ Fonasa D
- e) _____ PRAIS

5) ¿Cuál es su nivel educacional?

- a) _____ Analfabeto
- b) _____ Lee y escribe
- c) _____ Básica Incompleta
- d) _____ Básica Completa
- e) _____ Media Incompleta
- f) _____ Media Completa
- g) _____ Técnico Superior Incompleto
- h) _____ Técnico Superior Completo
- i) _____ Universitarios Incompletos
- j) _____ Universitarios Completos

6) ¿Participa Usted, de alguna Organización Comunitaria?

- a) _____ Si
- b) _____ No

7) ¿Cuál?

- a) _____ Club Adulto Mayor
- b) _____ Centro de Madres
- c) _____ Club Deportivo
- d) _____ Iglesia
- e) _____ Junta de Vecinos
- f) _____ Otros
- g) _____ Ninguna
- h) _____ Más de una

Aspectos Socioeconómicos

8) ¿Cuál es su ocupación actual?

- a) _____ Trabajador Dependiente
- b) _____ Trabajador Independiente
- c) _____ Jubilado o Pensionado
- d) _____ Cesante
- e) _____ Dueña de Casa

9) ¿Cuál es el ingreso mensual de su grupo familiar?

- a) _____ Menos de 130.000
- b) _____ 130.001 a 199.999
- c) _____ 200.000 a 299.999
- d) _____ 300.000 a 399.999
- e) _____ 400.000 y más

10) ¿De qué material es la vivienda que Usted, habita?

- a) _____ Sólida
- b) _____ Madera
- c) _____ Mixta

11) ¿Qué tipo de vivienda habita, Usted?

- a) _____ Casa
- b) _____ Departamento
- c) _____ Mejora o mediagua
- d) _____ Conventillo o Cité

12) ¿Cómo adquirió Usted la vivienda que habita?

- a) _____ Propietario
- b) _____ Arrendatario
- c) _____ Allegado
- d) _____ Cedida
- e) _____ Sucesión

13) ¿Cuál es la disponibilidad de agua con la que cuenta, Usted?

- a) _____ Dentro de la vivienda
- b) _____ Fuera de la vivienda

14) ¿Cuál es el sistema de eliminación de excretas que cuenta, Usted?

- a) _____ Alcantarillado
- b) _____ Pozo negro
- c) _____ No dispone

III.- ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

Tamaño de la Familia

15) ¿Cuántas personas viven en su familia? (incluyéndose Usted)

- a) _____ Sólo el entrevistado
- b) _____ Dos
- c) _____ Tres
- d) _____ Cuatro
- e) _____ Cinco
- f) _____ Seis
- g) _____ Más de Seis

Composición Familiar

16) ¿Quiénes constituyen su grupo familiar actual? (Incluyéndose Usted)

- a) _____ Pareja sin hijos
- b) _____ Padre o madre con uno o más hijos
- c) _____ Uno de los padres y uno o más hijos
- d) _____ Pareja con uno de sus miembros con hijos o sin ellos y otros miembros que no son familiares
- e) _____ Sólo el encuestado

17) ¿Cuántos hijos hay en su grupo Familiar, que viven con usted?

- a) ____ Uno
- b) ____ Dos
- c) ____ Tres
- d) ____ Cuatro
- e) ____ Cinco y más
- f) ____ No tiene

IV. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Roles

18) ¿ En total cuantos miembros de la familia aportan económicamente para cubrir gastos, incluyéndose Usted?

- a) ____ Una persona
- b) ____ Dos personas
- c) ____ Tres personas
- d) ____ Más de tres

19) ¿En su grupo familiar se comparten las tareas y responsabilidades de la casa?

- a) ____ Nunca
- b) ____ Muy rara vez
- c) ____ Algunas veces
- d) ____ Con frecuencia
- e) ____ Casi siempre
- f) ____ Siempre

Comunicación

20) ¿Cada uno de los miembros de la familia, se expresa fácilmente?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

Actividades Familiares

21) ¿La familia completa comparte alguna comida cada día?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

22) ¿En su grupo familiar se toman un tiempo para conversar?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

Jerarquía

23)¿Quién toma las decisiones en su familia?

- a) _____ La Madre
- b) _____ El Padre
- c) _____ Ambos
- d) _____ La pareja del padre
- e) _____ La pareja de la madre
- f) _____ Cambia (varía)
- g) _____ Nadie
- h) _____ No se
- i) _____ Todos
- j) _____ Sólo el encuestado
- k) _____ Cónyuge o pareja
- l) _____ Otros

Resolución de Conflictos

24)¿Al interior de su grupo familiar, las ideas de sus hijos son tomadas en cuenta en la solución de problemas?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

25)¿ Cuándo surgen problemas, la interior de su grupo familiar, se unen para afrontarlos?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

26) ¿Cómo afronta su familia sus problemas o dificultades?

- a) _____ Buscando ayuda en los amigos
- b) _____ Buscando ayuda de un sacerdote, un religioso o un pastor
- c) _____ Buscando ayuda de profesionales (médicos, psicólogos, Asistente Social)
- d) _____ Buscando ayuda en los programas que existen en la comunidad
- e) _____ Confiando en que el grupo familiar podrá manejar solo sus problemas

Ayuda Mutua

27) ¿Al interior de su grupo familiar, se piden ayuda unos a otros?

- a) _____ Nunca
- b) _____ Muy rara vez
- c) _____ Algunas veces
- d) _____ Con frecuencia
- e) _____ Casi siempre
- f) _____ Siempre

28) ¿Usted es acompañado (a) por algún familiar o persona significativa a los controles de Salud de su Centro de Salud Familiar?

- a) SI _____
- b) NO _____

Situaciones Difíciles (en los últimos 6 meses)

29) ¿En su grupo familiar, uno de sus hijos tuvo dificultades en la escuela, Colegio o universidad, por su rendimiento o conducta?

- a) _____ Sí
- b) _____ No

30) ¿Algún miembro de su familia tuvo cambios importantes en el trabajo?

- a) _____ Sí
- b) _____ No

31) ¿Presentaron episodios de violencia intrafamiliar entre los miembros de la Familia?

- a) _____ Sí
- b) _____ No

ANEXO N° 4: ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

1. En relación a su experiencia laboral ¿Cuáles son las áreas de sus trabajos anteriores?

En la privada trabajé 2 años en el instituto de rehabilitación infantil, también simulaba algo de salud en el CONAPRAN que fue un año con el adulto mayor y acá en lo que es la atención primaria estoy desde el año 1990, en noviembre del 1990 entonces son 15 años ahora 12 en el Consultorio Laurita Vicuña y 3 años en el Cóndores de Chile., acá en el Centro de Salud Familiar llegué a trabajar como Asistente Social de Consultorio, fue así como partimos como consultorio, pero muy pronto empezamos hacer el trabajo de Centro de Salud, luego Centro de Salud Familiar porque nos acreditaron el año pasado.

2. ¿A su juicio la formación profesional del Trabajador Social le permite desenvolverse en el área de la Salud, ¿Por qué?

Bueno yo creo que si estamos preparados para trabajar en cualquier área, “ya” en cualquier área que tenga un enfoque bio-psicosocial, por que a nosotros no nos cuesta intervenir a los pacientes dentro de todo sus ámbitos, pero sensibilizar al resto del equipo si que cuesta, cuesta que el resto del equipo entienda que las personas son un todo no solamente por parte..... (Silencio)

Entrevistador: ¿Cuando usted habla del equipo, usted se refiere a todo el equipo de salud?..... (Silencio)

Entrevistado: exacto porque la formación del Trabajo Social te da otra mirada de la persona como un individuo inserto en un contexto social.

3. ¿Cuál es el rol que desempeña un Trabajador Social en un Centro de Salud Familiar, que aborda con un Modelo Integral?

El rol ? (Silencio) la mirada es distinta el Asistente Social como tal esta involucrado en el Consultorio y trata de ver todos los ámbitos, pero te insisto tiene que ver con la disposición que tienen los otros profesionales por que tu te plantas algunos tratamientos en tanto falta la mirada de los otros profesionales para poder darse cuenta que existen otros factores que están incidiendo en el problema de salud del paciente para hacer un atención integral completa con una misma mirada, ahora muchos de los profesionales, yo siento tienen discurso totalmente diferente más bien biomédico, en el discurso creen que hacen una mirada integral pero no hay ni siquiera una miradita a la hoja de evolución anterior , como para decir estas personas necesitan tal o cual cosa. Ahora hay una discusión en relación a los tiempos asignados, falta tiempo para entrar en el ámbito de lo psicosocial, que se puede lograr en una consulta de morbilidad con 12 minutos, ese es el discurso por ejemplo de los médicos. Que no se tiene tiempo para la prevención y la promoción de la salud en los pacientes, se espera mejorar los rendimientos en post de un trabajo más integral. Estamos trabajando en malas condiciones sale un profesional de un box para que pueda trabajar otro, la infraestructura también entorpece el trabajo en equipo, por eso necesitamos una Asistente Social por 4 horas más, pero donde la ponemos sería sólo para terreno.

4¿Cual es la relevancia del Trabajo Social dentro del modelo de Atención de Salud Integral?

Es sumamente importante, no es por candidatearse pero yo creo que la Asistente Social y el Psicólogo, somos lo que tenemos mucho que decir en el caso de Psicólogo se los comen las horas clínicas, pero como Asistente Social debiéramos estar liderando todo este cuento, entonces nosotros tenemos un punto a favor que es tener una dirección a cargo de una Asistente Social, entonces la mirada es diferente , yo voy a reuniones a otros consultorios o me contacto con profesionales de otras partes, como que la mirada psicosocial no predomina cuesta más en otros consultorios instalar este cuento de lo psicosocial. Por otra parte ahora desgraciadamente soy una sola y yo estoy trabajando sola a cargo de todo el sector y pertenezco como integrante al territorio al azul, hacemos sensibilización al equipo, creo que es eso el soporte que hace falta , que alguien te este apoyando en los otros territorios, ya que tienen un enfoque biomédico, la matrona y enfermera , nutricionista son apoyos en los temas de consejerías individuales y estudios de familia por ejemplo. En los temas de promoción cuesta hacer seguimiento de los casos, rescatar inasistentes ejemplo en los pacientes con adicciones, o por ejemplo cuando realizas Entrevistas Motivacionales a pacientes crónicos cardiovasculares, es decir a pacientes diabéticos e hipertensos.

5¿Cuál es el aporte que hace el Trabajador Social en el Programa de Salud Cardiovascular?

Creo que eso se refiere a los distintos tipo de intervenciones, yo creo que en el cardiovascular es decir en los pacientes crónicos diabéticos e hipertensos, las consejerías integrales, las entrevistas motivaciones, son un gran aporte, que yo he insistido harto en los Consejos Técnicos tengo horas destinadas para eso, muchas más respecto del año pasado , pero se da una escasa derivación por parte de equipo, es un recurso que el equipo no ha aprovechado por que se supone que puedo acoger para entrevistas motivacionales a pacientes descompensados entre 20 y 64 y adultos mayores de 65 que tengan las capacidades de entender y además estén dispuestos a modificar su conducta tu te encuentras con que este tipo de pacientes tienen asociadas otras patologías de salud mental depresiones, alcoholismo, adicciones por nombrar algunas y te dijo que la población bajo control no es menor , después se programó al .momento del ingreso, para poder sensibilizar desde el comienzo, que partieran bien y entendieran lo que significaba la enfermedad e iniciaran bien su tratamiento, peor, tampoco resultó ahora de repente, aparecen muchos pacientes por cedazos de salud mental en donde se pesquisa paciente con enfermedad crónica cardiovascular para ver como ir apoyando al paciente. Ahora en los estudio de familia yo creo que se necesite a la Asistente Social, ya que es la que hace el estudio de riesgo social, es la Asistente Social quién puede dar luces de que tipo es la familia y plantear el tratamiento. Yo te diría que siempre se pregunta a la Asistente Social si es que conoce la familia, que se puede hacer, por lo demás tengo una letra que no se me entiende nada. Ya que a través de las visitas domiciliarias uno relaciona a las familias, cuales son disfuncionales o funcionales. La intervención en crisis es siempre tarea de la asistente social, ya que el equipo no se siente capaz de abordarlas. Entrevistas con contención somos las más importantes en el equipo de salud, lo importante es que al ir haciendo cosas esto permite validar el modelo.

6¿Cuál es la diferencia que usted ve en el desarrollo del quehacer profesional de un trabajador social en un consultorio v/s un Centro de Salud Familiar?

Entrevistado: ¿Del quehacer?

Entrevistador: Sí

Entrevistado Es que depende

Entrevistador: ¿De qué?

Entrevistado: Depende de las etapas que uno vivió, porque yo me acuerdo, cuando yo llegue al Consultorio en los años 90, nosotros veíamos la calificación de derecho no más, nosotros definíamos a quien se le daba tarjeta y a quien no se le daba tarjeta, o sea ahí no se hacía ningún trabajo de salud, solamente calificábamos, está persona sí, esta persona no..... Después..... éramos.... como Asistentes Sociales.... en el trabajo comunitario, por ejemplo..... era nulo en algunos Consultorios de hecho en el Consultorio Laura Vicuña, María Inés que es la actual directora de este Centro de Salud, ejercía como Asistente Social, también en esa época conmigo, salíamos casi a título personal.....Para ver cual era el sentir de las Organizaciones Comunitarias, después ya cuando se pensó que era necesario el contacto con la gente, empezamos hacer contacto con las Organizaciones Comunitarias de los sectores y de ahí se empezó armar un cuento de la prevención de problemas de salud, el trabajo era apoyador, tanto de la comunidad y se partió con eso, por ejemplo en una campaña del sarampión, nosotros, íbamos a las Organización si nos podían a ayudar a convocar a la gente.....he yo te hablo de la cosa comunitaria primero y ahora yo siento que igual nos falta años luz, pero siento que parte del equipo de .salud, no se compromete, un poco por la presión del servicio también yo creo que trabajar los temas de promoción, nos hemos ido acercando más a las Organizaciones Comunitarias la gente ya está entendiendo porque al principio veían como un vacío, si tú te coordinabas con las Organizaciones Comunitarias el equipo tenía

el temorpoco a poco se han ido sensibilizando de que al revés, que es un contacto que no va a apoyar en algunas tareas y es una herramienta a través de la cual nosotros podemos sensibilizar.....

Yo creo que el rol del Asistente Social ahora es promotor de cambios de conductas, yo creo que en ese sentido hay un cambio, pero, radical, generalmente lo que se derivaba y vuelvo a lo que decía antes que en los años 90 lo que se derivaba al Servicio Social era la ayuda material, la mediagua, derivaciones para el Hogar de Cristo, etc. Solamente eso, ahora tengo que decirlo porque es parte mía, yo también hago eso ahora, de hecho hay períodos en que yo pido uniformes, la gente y los funcionarios me donan y hay familias que vienen por esas cosas, porque los beneficios Municipales son para las familias Puente y hay un grupo importante de personas que están un poquito más dolidos y otros que quedan fuera del Programa Puente y que no tienen acceso a nada. Yo soy una convencida en lo personal que si tú tienen necesidades insatisfechas dentro de tú familia, no puedes hacer prevención en Salud. Porque sí tú tienes un problema Cardiovascular serio, una diabetes y no tengo plata para comprar el uniforme para que mí hijo vaya al colegio, si yo te educó en términos de vida saludable.....porque estoy pendiente de donde voy a sacar la plata para comprar el uniforme a mí hijo, entonces si yo doy una pista o un pequeño aliento en eso, entonces yo puedo empezar a trabajar el tema de salud.

Eso es una parte muy pequeña de trabajo nuestro de coordinar esfuerzos para que otros subsidien esa parte y que mi rol fundamental es la persona. A la gente le cuesta entender que hay Asistentes Sociales en distintos Departamentos que cumplen distintas funciones.

7. ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas que presenta el Trabajador Social en la ejecución del Modelo de Salud Familiar?

Como Asistente Social , yo creo que no tiene dificultades como profesional para abordar los distintos temas de salud familiar yo creo que no tenemos dificultades porque dentro de la tarea está el abordaje de la persona, de su grupo y estos inserto en la comunidad y

eso no se ha cambiado ninguna y creo que nosotros estamos preparados para enfrentar, yo creo que la dificultad se presenta cuando te confrontas con otros profesionales que tienen otras formaciones, de hecho yo sé que el profesional médico ahora aparentemente dentro del currículum están incorporando algunos temas de salud familiar, hasta ahora tienen que hacer un post- grado. Estos médicos de familia son los que están más sensibilizados y les dan un mayor tiempo y abordaje a las personas, el resto del equipo yo creo que ese es el problema, es que no han sentido y no han tratado, la importancia de trabajar en esta línea para la solución más rápida de los problemas, trabajan con la persona y se enfocan nada más que en la persona y ésta no encuentra apoyo en su entorno difícilmente cambia conductas, hábitos o asume el tratamiento como corresponde. Cuando la persona está apoyada existe el cambio y en la medida que tú vas abordando eso y vas involucrando más personas, esas personas están como que tienen un chispazo así, diciendo ¡oh! en realidad trabajar así es súper bueno, porque todos tenemos algo que decir de esta persona, en las distintas especialidades y podemos llegar a un mayor acuerdo en el tratamiento de la persona. El otro cuento es que yo cuando atiendo, escucho al paciente y luego preguntó, ¿Cómo te puedo ayudar?, ¿se te ocurre otra alternativa?, de todo lo que hemos conversado de que forma podemos solucionar tu problema, yo llego a un acuerdo en el tratamiento con él. Pero el equipo de Salud tiende a decir tienes que dejar de comer la azúcar, tienes que dejar de comer sal, etc., esa es una dificultad de las personas de no consensuar con el paciente, cómo podemos llegar a mejorarla, esta cosa que vienen como en positivo es una debilidad nuestra que está muy instalada en el equipo de salud, que no se quiera involucrar al usuario, en su propio plan de tratamiento, por que tu de repente pides cosas y dice el paciente no lo voy a hacer , por ejemplo yo le digo coma pescado, usted tiene que comer mucho pescado, este te responde nosotros somos 5 y no puedo comprar pescado por que es muy caro. Sin embargo tú puedes optar por otra alternativa es decir un tarro de pescado que sea mucho más económico. ¡Te Fijas! Es curioso, pero otra debilidad sería que el equipo de salud te

solicita apoyo con las familias, sólo cuando les es difícil intervenirlas, o sea en ese momento tiene que ser derivado al Asistente Social, o sea tu como profesional logras sólo hacer tratamiento recuperativo y no logras trabajar la prevención y la promoción, ya que el sistema te va demandando según necesidades. Y eso ocurre generalmente cuando los Profesionales sienten que no son pescados por el paciente. Finalmente mencionarte que esto atenta contra el modelo de salud familiar, otras limitaciones serían la infraestructura, la falta de horas o sea falta otra Asistente Social y los tiempos que son limitados para poder ofrecer las atenciones o abordar a los paciente, esto es el tema del rendimiento 4 x hora, 3 x hora por darte un ejemplo.

8. ¿Cuáles son las funciones que cumple el Trabajador Social en el Programa de Salud Cardiovascular?

Creo que te lo decía anteriormente, tiene que ver con el tema educativo, principalmente educativo, un trabajo de refuerzo, sensibilización, promoción, atención directa, el trabajo comunitario, dentro del equipo de salud nuestra labor de sensibilizar al equipo, y la importancia de involucrarse con las familias. De hecho yo lo planteé cada vez que puedo en cada una de las reuniones que se convocan, yo creo que eso es fundamental, es como de repente, todavía esta perdido en el equipo el rol del Asistente Social o sea un rol asistencialista. Te acuerdas, pese a que aquí esta totalmente definido. Yo creo que absolutamente educativo. Educativo en término de los problemas de salud que tienen los pacientes. Y la coordinación con las redes para mejorar la calidad de vida, la prevención, la promoción todo este cuento que tú haces con redes es para mejorar calidad de vida de la población, ya que calidad de vida involucra todo, y a todos los ministerios por decirlo de alguna manera. Y tratar tú de enganchar para que todos hagamos un aporte para que la calidad de vida del ser humano se fortalezca, mejore, para adquirir un compromiso fuerte. Lo educativo es súper importante por que tu llevas problemas de salud puntuales o necesidades puntuales, y te lo derivan porque no saben que hacer con el paciente, tu

escarbas un poquito y encuentras que dentro del grupo eh eh la persona consultó por un dolor de guata, pero realmente se puso a llorar en la consulta, pero realmente viene por una depresión severa por violencia intrafamiliar, por adicciones de algún familiar o por falta de trabajo, entonces yo creo en educar y orienta a lugares en donde tu puedes ofrecer el apoyo propio y el del centro de salud y fortalecer el hecho de que esta pasando contigo y esto es desgastador ¡risas!

9. ¿A su juicio que importancia le asigna el equipo de salud al rol del Trabajador Social en el modelo de salud familiar?

Sería importante saberlo ¡risas! Ehhhhhhh El equipo en general, yo creo que esta validado, sobretodo en los temas de salud mental, por el hecho también de conocer las redes. Siento que se visualiza el trabajo del Trabajador Social en la importancia del trabajo comunitario y en le tema de salud familiar porque eh, siempre te están consultando cosas, como hacerlo mejor y que opinión tiene uno de lo que se va ha implementar, a veces te piden que tu bajas a las equipos territoriales a motivar a los funcionarios en los trabajos de la comunidad. Te puedo decir que el Trabajo Social esta validado en este centro de salud. Nunca he sentido algo diferente y ahí cuando yo siento que se esta hablando temas muy biomédico yo les hago notar que lo psicosocial es también muy importante y que ellos no se logran dar cuenta y ellos lo consideran, creo que todos consideran los aportes que se tiene como profesional del área de las ciencia sociales. Este modelo ha venido ha mejorar la visión de lo que era el rol de Trabajador Social. En este modelo el Asistente Social lidera si no todos, la gran mayoría de los temas. En el consultorio se tiene la visión de la Asistente Social sólo en lo asistencial, es decir un rol más subsidiario.

ANEXO N° 5: TABLAS DE FRECUENCIA

Cuadro N° 1:

ENFERMEDAD CRONICA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Hipertensión Arterial | 33 | 63,5 | 63,5 | 63,5 |
| | Diabetes Mellitus | 3 | 5,8 | 5,8 | 69,2 |
| | Mixta (DM-HTA) | 16 | 30,8 | 30,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 2:

OTRA PATOLOGÍA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 16 | 30,8 | 30,8 | 30,8 |
| | Salud mental | 8 | 15,4 | 15,4 | 46,2 |
| | Discapacidad física | 2 | 3,8 | 3,8 | 50,0 |
| | Otras | 26 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 3:

TABAQUISMO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si | 9 | 17,3 | 17,3 | 17,3 |
| | No | 43 | 82,7 | 82,7 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 4:**ALCOHOL**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 28 | 53,8 | 53,8 | 53,8 |
| | Muy rara vez | 24 | 46,2 | 46,2 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 5:**N° DE CONSULTAS DE MORBILIDAD**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Ninguna | 20 | 38,5 | 38,5 | 38,5 |
| | Una | 8 | 15,4 | 15,4 | 53,8 |
| | Dos | 7 | 13,5 | 13,5 | 67,3 |
| | Tres | 5 | 9,6 | 9,6 | 76,9 |
| | Cuatro | 2 | 3,8 | 3,8 | 80,8 |
| | Cinco | 4 | 7,7 | 7,7 | 88,5 |
| | Seis | 1 | 1,9 | 1,9 | 90,4 |
| | Siete | 1 | 1,9 | 1,9 | 92,3 |
| | Ocho | 1 | 1,9 | 1,9 | 94,2 |
| | Nueve | 1 | 1,9 | 1,9 | 96,2 |
| | Diez | 1 | 1,9 | 1,9 | 98,1 |
| | Más de Diez | 1 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 6: Pregunta Nivel de estabilización en los últimos seis meses

NIVEL DE ESTABILIZACIÓN

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Compensado | 23 | 44,2 | 44,2 | 44,2 |
| | Descompensado | 29 | 55,8 | 55,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 7:

SEXO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Masculino | 15 | 28,8 | 28,8 | 28,8 |
| | Femenino | 37 | 71,2 | 71,2 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 8: Pregunta ¿Qué edad tiene usted?

EDAD

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 20 a 34 | 7 | 13,5 | 13,5 | 13,5 |
| | 35 a 44 | 11 | 21,2 | 21,2 | 34,6 |
| | 45 a 54 | 18 | 34,6 | 34,6 | 69,2 |
| | 55 a 64 | 16 | 30,8 | 30,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 9: Pregunta ¿Cuál es su Estado Civil?

ESTADO CIVIL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Casado | 30 | 57,7 | 57,7 | 57,7 |
| | Soltero | 7 | 13,5 | 13,5 | 71,2 |
| | Viudo | 11 | 21,2 | 21,2 | 92,3 |
| | Separado | 2 | 3,8 | 3,8 | 96,2 |
| | Conviviente | 2 | 3,8 | 3,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 10: Pregunta ¿Cuál es su Previsión?

PREVISION

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Fonasa A | 29 | 55,8 | 55,8 | 55,8 |
| | Fonasa B | 17 | 32,7 | 32,7 | 88,5 |
| | Fonasa C | 3 | 5,8 | 5,8 | 94,2 |
| | Fonasa D | 3 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 11: Pregunta ¿Cuál es su Nivel Educativo?

NIVEL EDUCACIONAL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Lee y Escribe | 1 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| | Básica | 26 | 50,0 | 50,0 | 51,9 |
| | Incompleta | | | | |
| | Básica | 3 | 5,8 | 5,8 | 57,7 |
| | Completa | | | | |
| | Media | 11 | 21,2 | 21,2 | 78,8 |
| | Incompleta | | | | |
| | Media Completa | 8 | 15,4 | 15,4 | 94,2 |
| | Técnico | | | | |
| | Superior | 1 | 1,9 | 1,9 | 96,2 |
| | Incompleto | | | | |
| | Técnico | | | | |
| | Superior | 1 | 1,9 | 1,9 | 98,1 |
| | Completo | | | | |
| | Universitario | 1 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| | Incompleto | | | | |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 12: Pregunta ¿Participa Usted, de alguna Organización Comunitaria?

PARTICIPACION COMUNITARIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Si | 11 | 21,2 | 21,2 | 21,2 |
| | No | 41 | 78,8 | 78,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 13: Pregunta ¿Cuál?

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Club Adulto Mayor | 1 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| Centro de Madres | 1 | 1,9 | 1,9 | 3,8 |
| Club Deportivo | 2 | 3,8 | 3,8 | 7,7 |
| Iglesia | 2 | 3,8 | 3,8 | 11,5 |
| Junta de Vecinos | 3 | 5,8 | 5,8 | 17,3 |
| Otros | 1 | 1,9 | 1,9 | 19,2 |
| Ninguna | 41 | 78,8 | 78,8 | 98,1 |
| más de una | 1 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 14: Pregunta ¿Cuál es su Ocupación actual?

OCUPACION ACTUAL

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Trabajador Dependiente | 11 | 21,2 | 21,2 | 21,2 |
| Trabajador Independiente | 7 | 13,5 | 13,5 | 34,6 |
| Jubilado o Pensionado | 10 | 19,2 | 19,2 | 53,8 |
| Dueña de Casa | 24 | 46,2 | 46,2 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 15: Pregunta ¿Cuál es el ingreso mensual de su grupo Familiar?

INGRESO FAMILIAR

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Menos de 130.000 | 29 | 55,8 | 55,8 | 55,8 |
| | 130.001 a 199.999 | 14 | 26,9 | 26,9 | 82,7 |
| | 200.000 a 299.999 | 6 | 11,5 | 11,5 | 94,2 |
| | 300.000 a 399.999 | 1 | 1,9 | 1,9 | 96,2 |
| | 400.000 y más | 2 | 3,8 | 3,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 16: Pregunta ¿De que material es la vivienda que usted Habita?

MATERIAL DE LA VIVIENDA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sólida | 36 | 69,2 | 69,2 | 69,2 |
| | Madera | 10 | 19,2 | 19,2 | 88,5 |
| | Mixta | 6 | 11,5 | 11,5 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 17: Pregunta ¿Qué tipo de vivienda habita, Usted?

TIPO DE VIVIENDA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Casa | 45 | 86,5 | 86,5 | 86,5 |
| | Departamento | 2 | 3,8 | 3,8 | 90,4 |
| | Mejora o mediagua | 5 | 9,6 | 9,6 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 18: Pregunta ¿Cómo adquirió usted la vivienda que habita?

ADQUISICION DE VIVIENDA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Propietario | 36 | 69,2 | 69,2 | 69,2 |
| | Arrendatario | 5 | 9,6 | 9,6 | 78,8 |
| | Allegado | 5 | 9,6 | 9,6 | 88,5 |
| | Cedida | 1 | 1,9 | 1,9 | 90,4 |
| | Sucesión | 5 | 9,6 | 9,6 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 19: Pregunta ¿Cuál es la disponibilidad de agua con la que cuenta, usted?

DISPONIBILIDAD DE AGUA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Dentro de la vivienda | 49 | 94,2 | 94,2 | 94,2 |
| | Fuera de la vivienda | 3 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 20: Pregunta ¿Cuál es el sistema de eliminación de excretas que cuenta, usted?

ELIMINACION EXCRETAS

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Alcantarillado | 51 | 98,1 | 98,1 | 98,1 |
| | No dispone | 1 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 21: Pregunta ¿Cuántas personas viven en su familia?

N° DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA FAMILIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sólo el entrevistado | 5 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| | Dos | 6 | 11,5 | 11,5 | 21,2 |
| | Tres | 11 | 21,2 | 21,2 | 42,3 |
| | Cuatro | 16 | 30,8 | 30,8 | 73,1 |
| | Cinco | 6 | 11,5 | 11,5 | 84,6 |
| | Seis | 4 | 7,7 | 7,7 | 92,3 |
| | Más de Seis | 4 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 22: Pregunta ¿Quiénes constituyen su grupo familiar actual (incluyéndose usted)?

COMPONENTES DEL GRUPO FAMILIAR

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Pareja sin hijos | 5 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| Padre o madre con un o más hijos | 16 | 30,8 | 30,8 | 40,4 |
| Uno de los padres y uno o más hijos. | 1 | 1,9 | 1,9 | 42,3 |
| Pareja o uno de ellos, con o sin hijos y otros miembros | 25 | 48,1 | 48,1 | 90,4 |
| Sólo el entrevistado | 5 | 9,6 | 9,6 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 23: Pregunta ¿Cuántos hijos hay en su grupo Familiar?

HIJOS EN EL GRUPO FAMILIAR ACTUAL

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Uno | 23 | 44,2 | 44,2 | 44,2 |
| Dos | 11 | 21,2 | 21,2 | 65,4 |
| Tres | 5 | 9,6 | 9,6 | 75,0 |
| Cuatro | 2 | 3,8 | 3,8 | 78,8 |
| No tiene | 11 | 21,2 | 21,2 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 24: Pregunta ¿En total cuantos miembros de la familia aportan económicamente para cubrir gastos, incluyéndose usted?

APORTES ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Una persona | 22 | 42,3 | 42,3 | 42,3 |
| Dos personas | 26 | 50,0 | 50,0 | 92,3 |
| Tres personas | 4 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 25: Pregunta ¿En su grupo familiar se toman un tiempo para conversar?

COMUNICACIÓN

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Nunca | 7 | 13,5 | 13,5 | 13,5 |
| Muy rara vez | 4 | 7,7 | 7,7 | 21,2 |
| Algunas veces | 2 | 3,8 | 3,8 | 25,0 |
| Con frecuencia | 3 | 5,8 | 5,8 | 30,8 |
| Casi siempre | 9 | 17,3 | 17,3 | 48,1 |
| Siempre | 27 | 51,9 | 51,9 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 26: Pregunta ¿En su grupo familiar se comparten las tareas y responsabilidades de la casa?

TAREAS Y RESPONSABILIDADES

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 6 | 11,5 | 11,5 | 11,5 |
| | Muy rara vez | 1 | 1,9 | 1,9 | 13,5 |
| | Algunas veces | 3 | 5,8 | 5,8 | 19,2 |
| | Con frecuencia | 1 | 1,9 | 1,9 | 21,2 |
| | Casi siempre | 5 | 9,6 | 9,6 | 30,8 |
| | Siempre | 36 | 69,2 | 69,2 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 27: Pregunta ¿La familia completa comparte alguna comida cada día?

COMPARTIR ALGUNA COMIDA AL DIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 7 | 13,5 | 13,5 | 13,5 |
| | Muy rara vez | 3 | 5,8 | 5,8 | 19,2 |
| | Algunas veces | 1 | 1,9 | 1,9 | 21,2 |
| | Con frecuencia | 3 | 5,8 | 5,8 | 26,9 |
| | Casi siempre | 7 | 13,5 | 13,5 | 40,4 |
| | Siempre | 31 | 59,6 | 59,6 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 28: Pregunta ¿En su grupo Familiar, les gusta pasar juntos el tiempo libre?

TIEMPO LIBRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 7 | 13,5 | 13,5 | 13,5 |
| | Muy rara vez | 5 | 9,6 | 9,6 | 23,1 |
| | Algunas veces | 2 | 3,8 | 3,8 | 26,9 |
| | Con frecuencia | 1 | 1,9 | 1,9 | 28,8 |
| | Casi siempre | 3 | 5,8 | 5,8 | 34,6 |
| | Siempre | 34 | 65,4 | 65,4 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 29: Pregunta ¿Quién toma las decisiones en su familia?

JERARQUIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | La madre | 4 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| | El padre | 3 | 5,8 | 5,8 | 13,5 |
| | Ambos | 24 | 46,2 | 46,2 | 59,6 |
| | Todos | 2 | 3,8 | 3,8 | 63,5 |
| | Sólo el entrevistado | 13 | 25,0 | 25,0 | 88,5 |
| | Mi cónyuge o pareja | 5 | 9,6 | 9,6 | 98,1 |
| | otros | 1 | 1,9 | 1,9 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 30: Pregunta ¿Cada uno de los miembros de la familia, expresa fácilmente lo que desea?

EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 5 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| | Muy rara vez | 3 | 5,8 | 5,8 | 15,4 |
| | Algunas veces | 3 | 5,8 | 5,8 | 21,2 |
| | Con frecuencia | 1 | 1,9 | 1,9 | 23,1 |
| | Casi siempre | 6 | 11,5 | 11,5 | 34,6 |
| | Siempre | 34 | 65,4 | 65,4 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 31: Pregunta ¿Al interior de su grupo familiar, se piden ayuda unos a otros?

AYUDA MUTUA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 9 | 17,3 | 17,3 | 17,3 |
| | Muy rara vez | 2 | 3,8 | 3,8 | 21,2 |
| | Algunas veces | 2 | 3,8 | 3,8 | 25,0 |
| | Con frecuencia | 1 | 1,9 | 1,9 | 26,9 |
| | Casi siempre | 3 | 5,8 | 5,8 | 32,7 |
| | Siempre | 35 | 67,3 | 67,3 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 32: Pregunta ¿Concurrencia de Familiares en Controles de Salud?

ACOMPAÑAMIENTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 20 | 38,5 | 38,5 | 38,5 |
| | No | 32 | 61,5 | 61,5 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 33: Pregunta ¿Al interior de su grupo familiar, las ideas de sus hijos son tomadas en cuenta en la solución de problemas?

IDEAS DE LOS HIJOS EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 9 | 17,3 | 17,3 | 17,3 |
| | Muy rara vez | 2 | 3,8 | 3,8 | 21,2 |
| | Algunas veces | 1 | 1,9 | 1,9 | 23,1 |
| | Casi siempre | 4 | 7,7 | 7,7 | 30,8 |
| | Siempre | 36 | 69,2 | 69,2 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 34: Pregunta ¿Cuándo surgen problemas, al interior de su grupo familiar, se unen para afrontarlos?

AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Nunca | 8 | 15,4 | 15,4 | 15,4 |
| Muy rara vez | 2 | 3,8 | 3,8 | 19,2 |
| Algunas veces | 2 | 3,8 | 3,8 | 23,1 |
| Con frecuencia | 1 | 1,9 | 1,9 | 25,0 |
| Casi siempre | 3 | 5,8 | 5,8 | 30,8 |
| Siempre | 36 | 69,2 | 69,2 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 35: Pregunta ¿Cómo afronta su familia sus problemas o dificultades?

REDES DE APOYO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Religión | 4 | 7,7 | 7,7 | 7,7 |
| Profesionales | 10 | 19,2 | 19,2 | 26,9 |
| Comunidad | 1 | 1,9 | 1,9 | 28,8 |
| Familiar | 37 | 71,2 | 71,2 | 100,0 |
| Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 36: Pregunta ¿En su grupo familiar, uno de sus hijos tuvo dificultades en la escuela, Colegio o universidad, por su rendimiento o conducta?

PROBLEMAS CON LOS HIJOS

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 12 | 23,1 | 23,1 | 23,1 |
| | No | 40 | 76,9 | 76,9 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

FUENTE: Investigación Directa

Cuadro N° 37: Pregunta ¿Se presentaron episodios de violencia intrafamiliar entre los miembros de la familia?

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Sí | 6 | 11,5 | 11,5 | 11,5 |
| | No | 46 | 88,5 | 88,5 | 100,0 |
| | Total | 52 | 100,0 | 100,0 | |

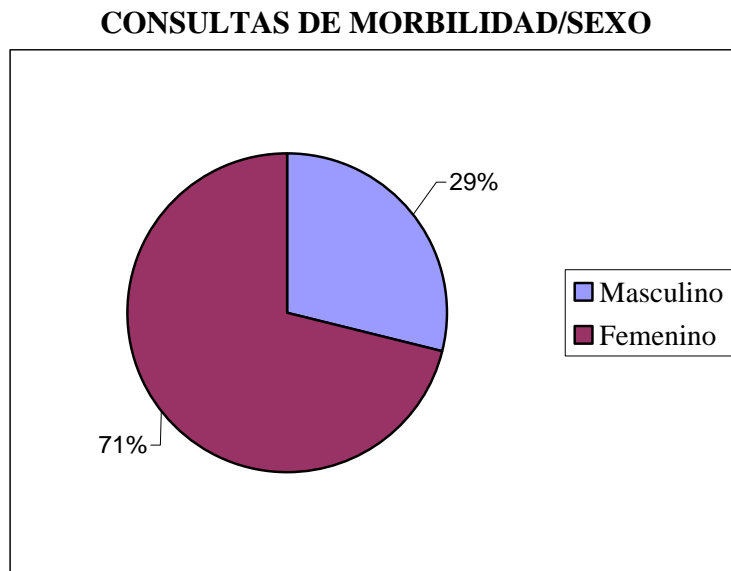
FUENTE: Investigación Directa

PRESENTACION GRAFICA DE VARIABLES

VARIABLE: SITUACIÓN BIOSOCIOCULTURAL DE LOS PACIENTES CRONICOS

Gráfico N° 24:

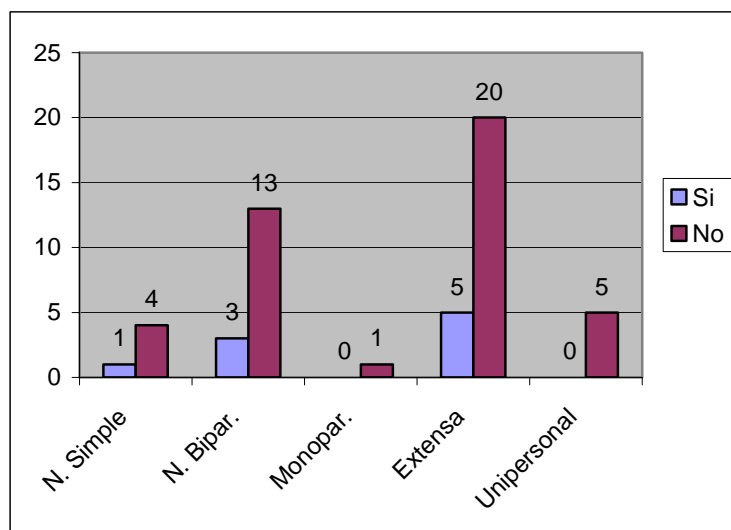
Consultas por Morbilidad según Sexo



Fuente: Investigación Directa

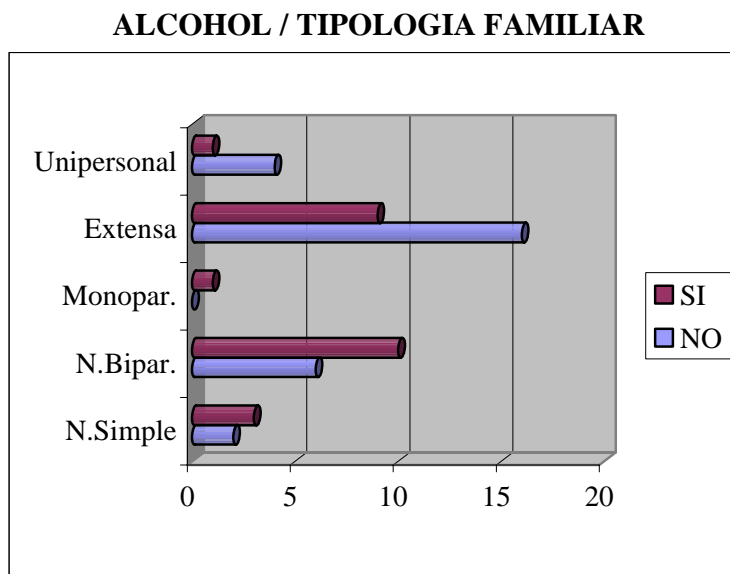
Gráfico N° 25 Tabaquismo

TABAQUISMO/TIPOLOGIA FAMILIAR



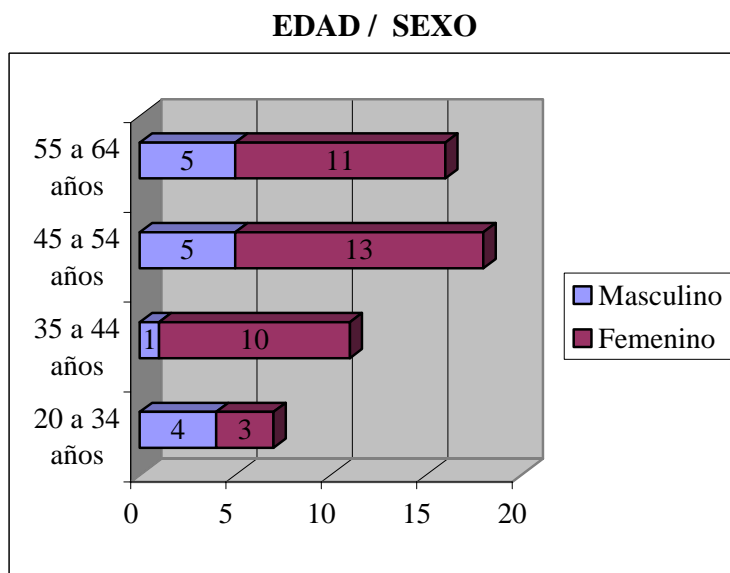
Fuente: Investigación Directa

Gráfico N° 26 Consumo de Alcohol



Fuente: Investigación Directa

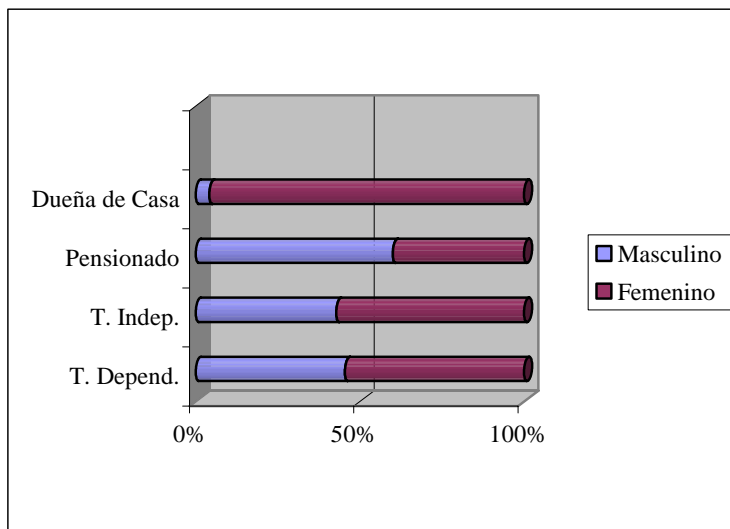
Gráfico N° 27 Edad según Sexo



Fuente: Investigación directa

VARIABLE: ASPECTOS SOCIOECONOMICOS
Gráfico N° 28 Ocupación según Sexo

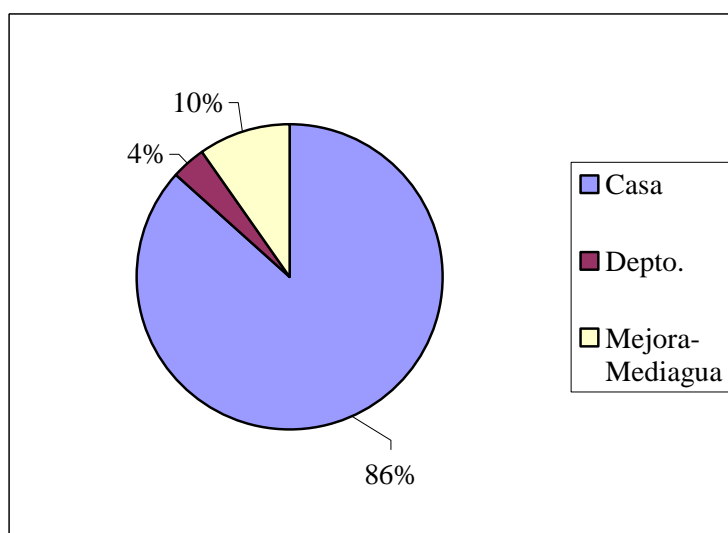
OCUPACIÓN / SEXO



Fuente: Investigación Directa

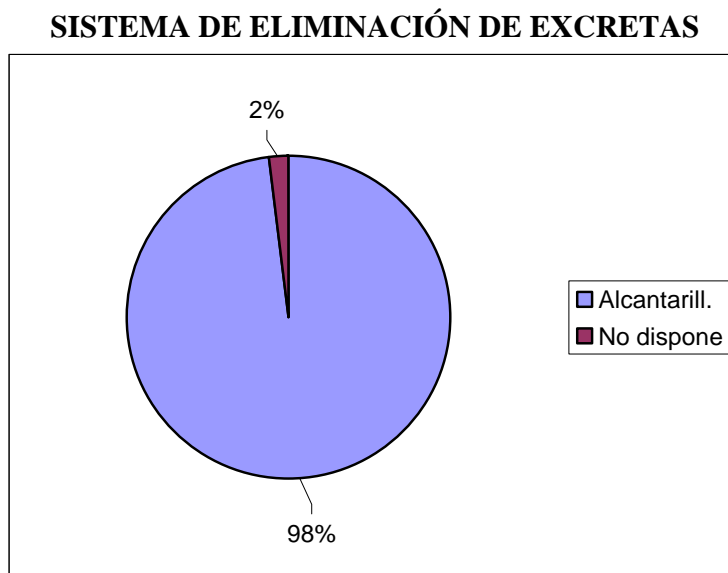
Gráfico N° 29 ¿Qué tipo de vivienda habita usted?

TIPO DE VIVIENDA



Fuente: Investigación Directa

Gráfico N° 30 ¿Cuál es el sistema de eliminación de excretas, que cuenta usted?

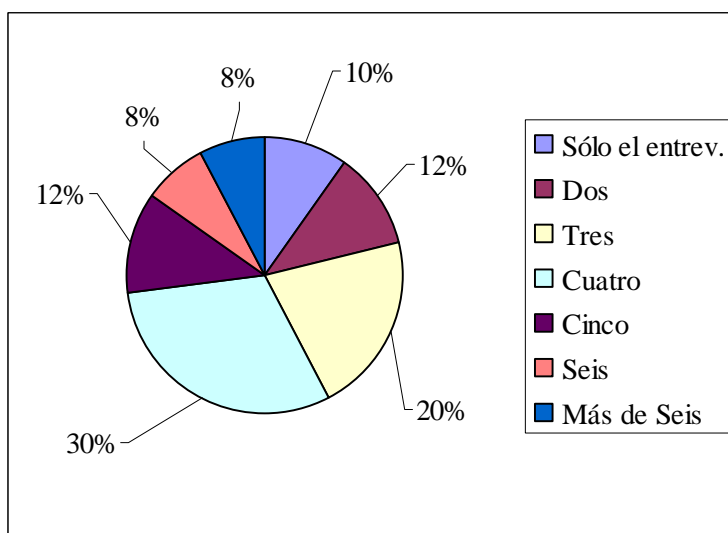


Fuente: Investigación Directa

VARIABLE: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

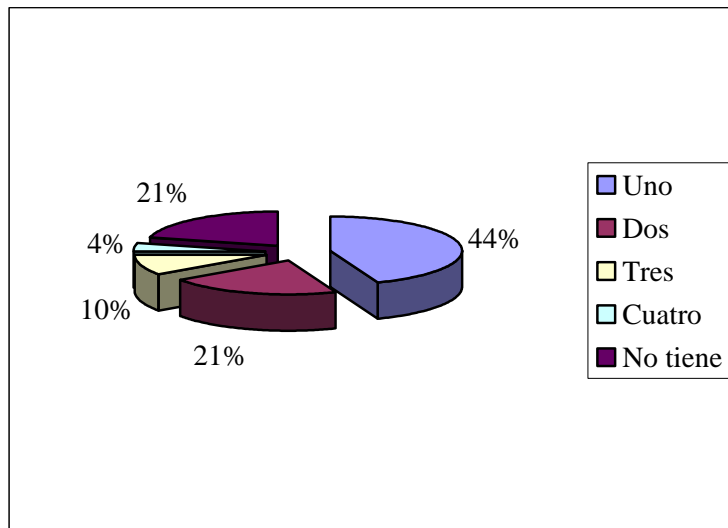
Gráfico N° 31 ¿Cuántas personas viven en su familia?

TAMAÑO DE LA FAMILIA



Fuente: Investigación Directa

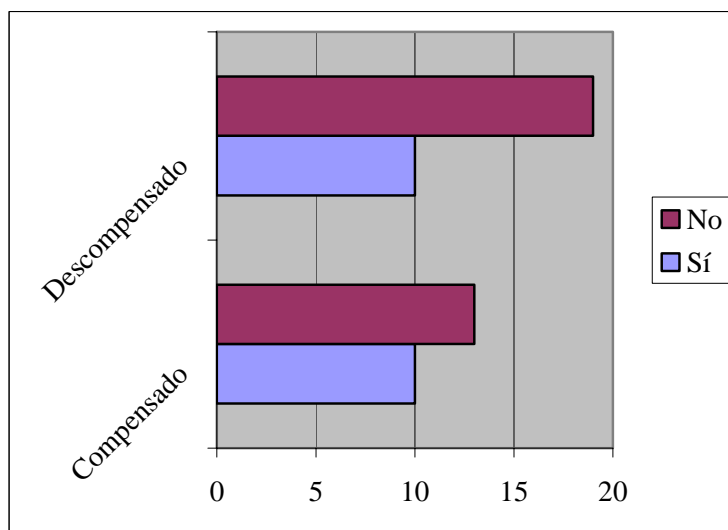
**Gráfico N° 32 ¿Cuántos hijos hay en su grupo familiar?
N° DE HIJOS**



Fuente: Investigación directa

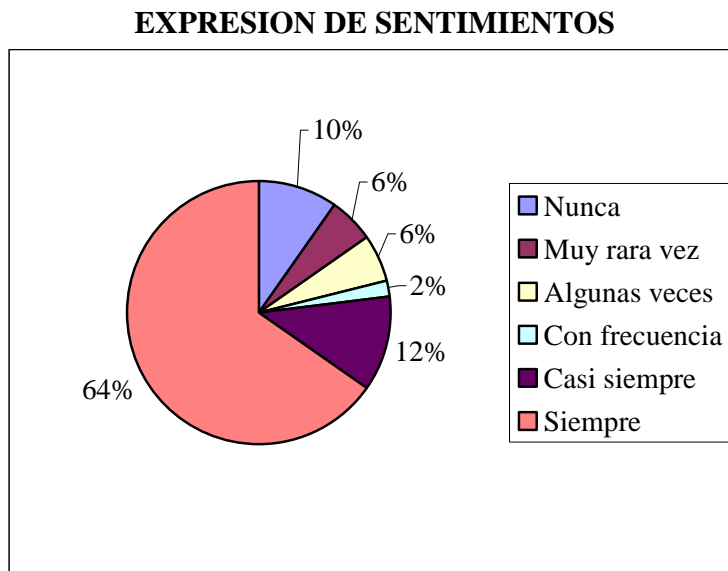
Gráfico N° 33 Acompañamiento según Nivel de Estabilización

ACOMPANAMIENTO/ NIVEL DE ESTABILIZACION



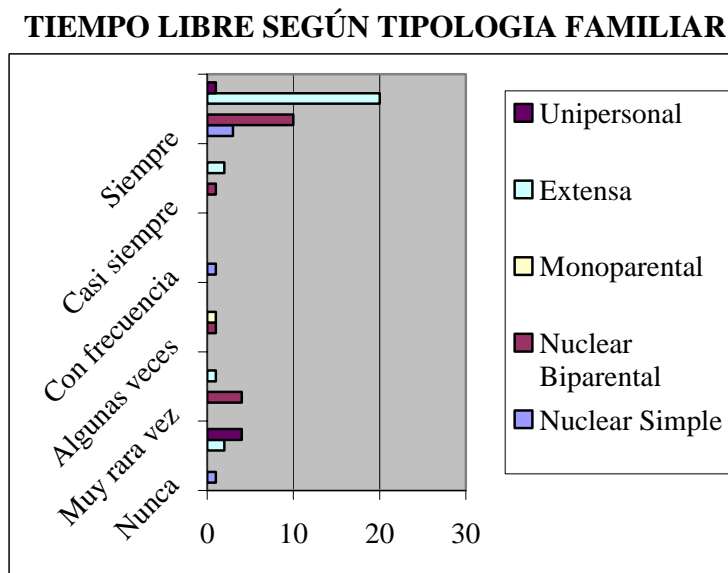
Fuente: Investigación directa

Gráfico N^o 34 ¿Cada uno de los miembros de la familia se expresa fácilmente?



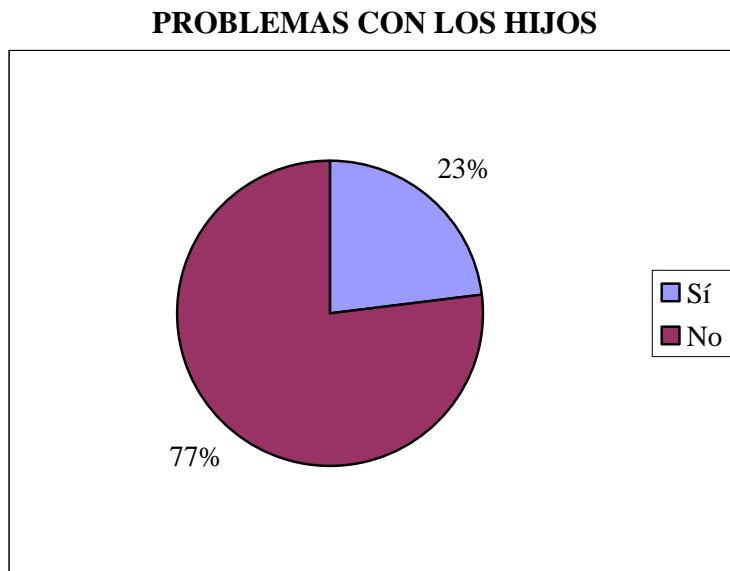
Fuente: Investigación Directa

Gráfico N^o 35 Tiempo Libre según Tipología Familiar



Fuente: Investigación directa

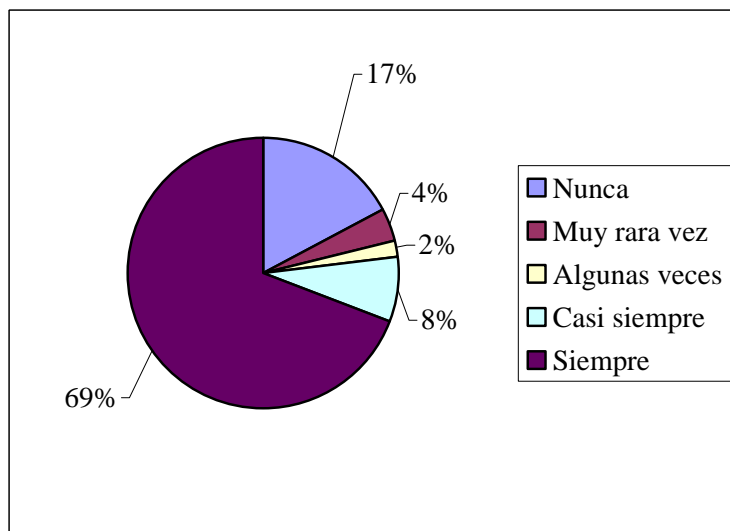
Gráfico N° 36 ¿En su grupo familiar, uno de sus hijos tuvo dificultades en la escuela, colegio o Universidad por su rendimiento o conducta?



Fuente: Investigación Directa

Gráfico N° 37 ¿Las ideas de los hijos son tomadas en cuenta en la solución de problemas?

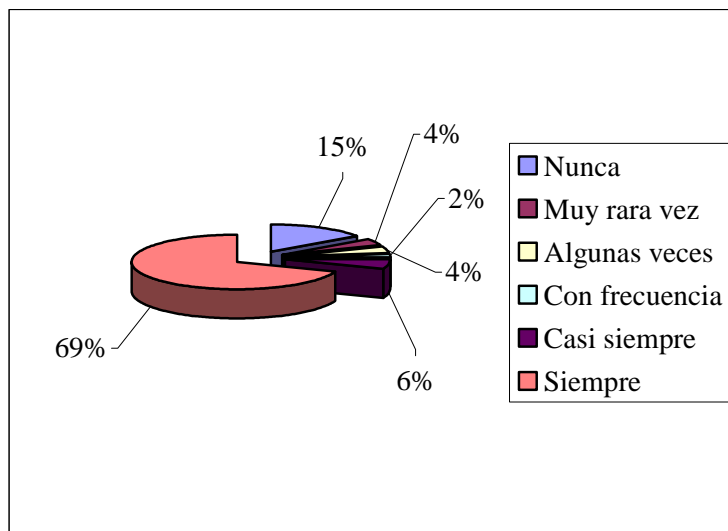
IDEAS DE LOS HIJOS EN LA SOLUCION DE PROBLEMAS



Fuente: Investigación Directa

Gráfico N° 38 ¿Al interior de su grupo familiar se piden ayuda unos con otros?

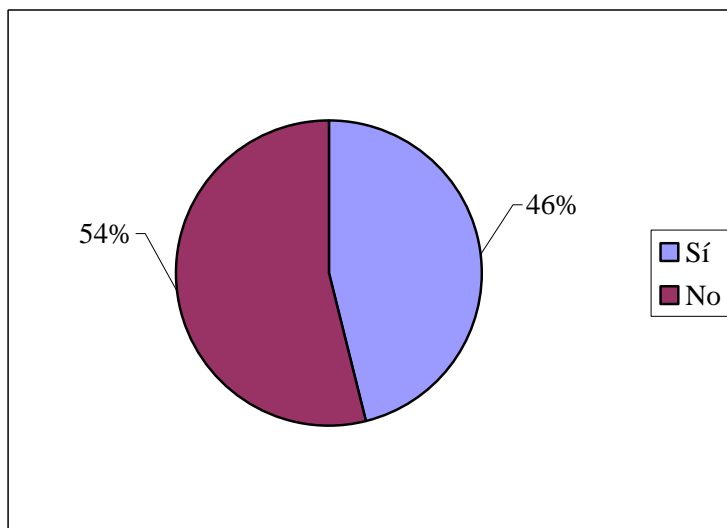
BUSQUEDA DE AYUDA AL INTERIOR DE LA FAMILIA



Fuente: Investigación Directa

Gráfico N° 39 ¿Algún miembro de su familia, tuvo cambios importantes en el trabajo?

CAMBIOS LABORALES



Fuente: Investigación Directa