



Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**PERFIL SOCIO-PSICO-BIOLÓGICO DE LAS USUARIAS
POLICONULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA CON EDADES
FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS
Período Octubre de 2003 a Octubre de 2004**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

ROMINA ANGÉLICA TRONCOSO GALLARDO

**VALDIVIA, CHILE
2006**

1. Profesor Patrocinante:

- Nombre : María Cristina Torres Andrade.
- Profesión : Enfermera y Matrona.
- Grados : Magíster en Desarrollo Rural.
- Instituto : Salud Pública.
- Facultad : Medicina.
- Firma :

2. Profesor Co–Patrocinante

- Nombre : Regina Barra.
- Profesión : Medico Cirujano.
- Grados : Especialista en Salud familiar.
- Instituto : Salud Pública.
- Firma :

3. Profesor Informante

- Nombre : Alejandro Guzmán.
- Profesión : Enfermero.
- Grados : Especialista SAMU
- Firma :

ÍNDICE DE MATERIAS

	Página
RESUMEN	
ABSTRACT	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Antecedentes Generales	3
2.2 Mujer: Ser humano...persona...usuaria...paciente	4
2.3 Perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población femenina en Chile	6
2.4 Perfil sociodemográfico de la población femenina de la provincia de valdivia	6
2.5 Perfil de morbilidad de las mujeres a nivel nacional y local	7
2.6 Una Reforma de salud sin discriminación	11
2.6.1 Medidas legislativas demandadas por las mujeres	13
2.6.2 Atención de la mujer en el contexto del actual sistema de salud	14
2.6.3 Riesgos en salud determinados por el género	15
2.6.3.1 ¿Cómo se enfrentan estos y otros riesgos?...Programas de Salud en que se incluye a la Mujer	17
2.7 El proceso de salud-enfermedad en las personas	18
2.7.1 Autocuidado y Calidad de Vida en las personas	18
2.7.2 Aspectos socio-psico-biológicos del proceso salud enfermedad: la experiencia de estar enfermo	20
2.7.3 Factores que pueden determinan el impacto de la enfermedad en la vida de una persona	21
2.7.4 Reacciones psicológicas de las personas frente a la enfermedad	22
2.7.5 Papel de la mujer en la familia, principal red de apoyo frente la enfermedad	23
2.8 Programación en Red y Sistema de Salud	25

	Página
2.9 Reforma de salud y servicios de urgencia: modelo para la atención de urgencias. Eje de la Reforma de salud en Chile	26
2.9.1 Definiciones de Emergencia y Urgencia en Salud	28
2.9.1.1 Atención de Urgencia intrahospitalaria y prehospitalaria	28
2.9.1.2 Red de urgencia y sistema de salud	29
2.9.1.3 Articulación y funcionamiento de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valdivia	29
2.9.1.4 Producción de servicios y resolutiveidad de la red del SSV	30
2.9.1.5 Desafíos propuestos para la Red Asistencial Servicio de Salud Valdivia	31
2.10 Utilización de los servicios de urgencia	32
2.11 Elementos teóricos sobre policonsulta	32
2.11.1 Concepto de Policonsultante	34
2.11.2 Caracterización de los policonsultantes de la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia	34
2.12 Satisfacción usuaria de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia	35
2.12.1 Desde las necesidades hasta las percepciones	35
2.12.2 Desde las necesidades hasta las percepciones y hasta las expectativas	37
2.12.3 Expectativas y Percepción de los usuarios en la atención de Urgencia	37
3. OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo general	40
3.2 Objetivos específicos	40
4. MATERIAL Y MÉTODO	41
4.1 Características de la Investigación	41
4.2 Fuentes de información	41
4.3 Población en estudio	42
4.4 Determinación de la muestra	42

	Página
4.5 Instrumentos de medición	43
4.5.1 Tiempo estimado para la recolección de información	44
4.6 Operacionalización de las variables en estudio	44
4.7 Método de tabulación y análisis de los datos	48
4.8 Procedimientos estadísticos	50
4.8.1 Validez y confiabilidad de los instrumentos	50
4.8.2 Análisis de la información	50
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
5.1 Características socio-demográficas de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años	54
5.2 Perfil epidemiológico de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años	60
5.3 Percepción sobre las características del grupo familiar de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años	66
5.3.1 Antecedentes Generales	66
5.3.2 Medianas totales para cada Indicador	67
5.3.3 Análisis e Interpretación	68
5.4 Percepción sobre las redes de apoyo de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años	74
5.4.1 Título preliminar	74
5.4.2 Análisis e interpretación	74
5.5 Percepción sobre los hábitos de vida saludable de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años	78
5.5.1 Antecedentes Generales	78
5.5.2 Análisis e interpretación	78

	Página
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	79
7. CONCLUSIONES	85
8. BIBLIOGRAFÍA	88
9. GLOSARIO	93
10. ANEXOS	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico No. 1: Atenciones de Personas con Depresión en Atención Primaria, período 2000–2004	8
Gráfico No. 2: Evolución de la Fecundidad por grupos de Edad a nivel nacional, período 1960 -2000	9
Gráfico No. 3: Mortalidad por Cáncer Cervicouterino Total y Específica, por edad, Chile. Período 1990-2001	10
Gráfico No. 4: Tasa Mortalidad por Cáncer de Mama, Chile 1990 – 2001	10
Gráfico No. 5: Estado Civil de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	55
Gráfico No. 6: Religión de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	56
Gráfico No. 7: Ocupación de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	57
Gráfico No. 8: Participación del nivel de escolaridad de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	59
Gráfico No. 9: Atenciones de urgencia por mes a las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	65
Gráfico No. 10: Tipo de familia de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	66
Gráfico No. 11: Comportamiento de las Medianas totales por indicador para las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años, período Octubre 2003 – Octubre 2004	68
Gráfico No. 12: Distribución de tipos de familia según la cohesión familiar	71

	Página
Gráfico No. 13: Distribución de tipos de familia según la adaptabilidad familiar	73
Gráfico No. 14: Percepción del carácter o forma de la relación entre las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) y sus redes sociales	75

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla No. 1: Distribución de población según localización y sexo, Censo 2002	6
Tabla No. 2: Porcentaje de población por grandes grupos étnicos de ambos sexos. Servicio de Salud Valdivia, Tendencia del Decenio 1993–2003	7
Tabla No. 3: Operacionalización variable “Calidad de Vida”	44
Tabla No. 4: Operacionalización variable “Características Socio-Demográficas”	45
Tabla No. 5: Operacionalización variable “Perfil Epidemiológico”	46
Tabla No. 6: Operacionalización variable “Características del grupo familiar”	47
Tabla No. 7: Operacionalización variable “Redes de Apoyo”	47
Tabla No. 8: Puntuación correspondiente a cada alternativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento FACES III	48
Tabla No. 9: Puntuación correspondiente a cada alternativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento Ecomapa	48
Tabla No. 10: Puntuación correspondiente a cada alternativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento Encuesta Hábitos de Vida Saludable	49
Tabla No. 11: Niveles de percepción de acuerdo a la Mediana	51
Tabla No. 12: Niveles de percepción de acuerdo al Promedio	52
Tabla No. 13: Edad y Previsión del Conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)	54
Tabla No. 14: Nivel de Escolaridad de conjunto de mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)	58
Tabla No. 15: Causas de Consulta del conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)	61

Tabla No. 16-A: Derivación según diagnóstico para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en % respecto al total)	62
Tabla No. 16-B: Derivación según diagnóstico para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en % respecto al total)	63
Tabla No. 17: Establecimiento existente en el lugar residencia de las mujeres entre 20 y 40 policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (en % respecto al total)	64
Tabla No. 18: Medianas totales por indicador para las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004	67
Tabla No. 19: Medidas de tendencia central y variabilidad del funcionamiento familiar	70
Tabla No. 20: Tipos de familia según la cohesión familiar	71
Tabla No. 21: Tipos de familia según la Adaptación familiar	72
Tabla No. 22: Percepción individual del conjunto de acciones que realizan las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) que contribuyen a una buena calidad de vida	78
Tabla No. 23: Alpha de Cronbach Instrumento FACES III	127
Tabla No. 24: Agrupamiento de las observaciones muestrales	128
Tabla No. 25: Alpha de Cronbach Instrumento Ecomapa	142
Tabla No. 26: Formato de Hipótesis	143

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro No. 1: Necesidades Humanas para la atención de enfermería de acuerdo al Modelo Inés Astorquiza - Año 1976	4
Cuadro No 2: Roles Sociales Asumidos por la Mujer Chilena	14
Cuadro No. 3: Funciones de la familia según Horwitz (1986)	23
Cuadro No. 4: Técnicas y Criterios de Categorización de Pacientes en UEH (MINSAL, 2006)	94

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura No. 1: Aspectos que influyen sobre las percepciones	36
Figura No. 2: Ecomapa para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años)	76

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo general determinar el Perfil Socio-psico-biológico de la población femenina policonsultante con edades entre 20 y 40 años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el periodo Octubre del año 2003 a Octubre del año 2004, y de manera específica, determinar sus características socio-demográficas, el perfil epidemiológico, las características de su grupo familiar, sus relaciones con sus redes de apoyo, y sus Hábitos de vida saludable.

Los instrumentos utilizados corresponden a dos cuestionarios (FACES III y Encuesta de hábitos de vida saludable) y un Ecomapa, los que gracias a su diseño consideran los conceptos y objetivos más importantes del estudio, utilizando a las Escalas de Likert y Orden de Rango. Se encuestó entre el 24 de mayo de 2006 al 16 de junio de 2006.

Se obtuvo una muestra de 43 mujeres policonsultantes a través de un Muestreo Aleatorio Simple, y se consideró tanto técnicas de estadística descriptiva como inferencial para el análisis de la información. Además, para evaluar algunas variables de las características socio-demográficas y el perfil epidemiológico, se utilizó un procedimiento censal. Se evaluó la aleatoriedad del Proceso de muestreo utilizando una prueba no paramétrica denominada Prueba de rachas, mientras que se utilizó a la Mediana (FACES III y Ecomapa) y al Promedio (Encuesta de hábitos de vida saludable) como medidas de tendencia central para el análisis de los datos; y para que las afirmaciones que se realizaron tengan validez a nivel poblacional, se procedió a realizar una prueba no paramétrica denominada Prueba de signo.

Al analizar los datos, se concluye que el rango étareo con mayor número de policonsultantes es 20-29 años con un 49,82%. Un 91,6% del total de la población bajo análisis pertenece a FONASA. El mayor número de consultas corresponde a problemas al sistema digestivo (19,52%), al aparato respiratorio (19,15%) y Accidentes (12,43%); en menor medida se encuentran problemas cardiovasculares (2,67%), alteraciones metabólicas (2,76%), problemas psiquiátricos (4,88%), Otras infecciones (4,33%), y Tumores y Neoplasias (0,43%). De las encuestadas, el 100% no tenía antecedentes de enfermedades precedentes, mientras que un 35,29% ha tenido alguna hospitalización previa.

Tomando como referente al modelo de Olson, el tipo de sistema familiar imperante de las mujeres policonsultantes bajo análisis es Estructuralmente Amalgamada, clasificándose como un sistema familiar Medio. Con respecto a sus redes sociales, el ecomapa general de las familias de las mujeres policonsultantes demuestra un buen flujo de energía y recursos con la familia paterna (con $\alpha < 1,78\%$), familia materna (con $\alpha = 5\%$), los vecinos (con $\alpha < 0,5\%$) y la escuela (con $\alpha = 5\%$), mientras que los flujos de energía y recursos de la Iglesia (con $\alpha < 1,78\%$) y Trabajo (con $\alpha < 0,52\%$) con la familia son regulares. Para el caso del conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida, la información recopilada permite concluir que el 44% del total de mujeres policonsultantes realizan un buen trabajo, un 21% realiza uno relativamente adecuado, un 28% de ellas señala que realiza un bajo conjunto de acciones, mientras que las que realizan un conjunto de acciones excelentes y bajas o nulas son un 5% y 2% respectivamente.

ABSTRACT

The main aim of this study is to determine a polyconsultant-women's socio-psycho-biological profile (with ages among 20 to 40 years) at the Hospital Regional de Valdivia's Urgency Service, and in a specific way, to determine their socio-demographical characteristics, an epidemiological profile, the family characteristics, relationship with their support networks, and their healthy life habits. This study was carried on using data from the period of October 2003 to October 2004.

The used instruments were two surveys (FACES III and a Healthy life Habits Survey) and an Ecomap –Thanks to their designs; they considered the most important study's concepts and objectives, using Likert and Order-Range scales–. They were carried out during May 24th to June 16th, 2006.

A simple random sample was made with 43 polyconsultant women, and it considered descriptive and inferencial statistical techniques for analyzing data collected. Besides, for evaluating some socio-demographical and epidemiological variables, it took a census. It evaluated the sampling process' randomness using a non-parametric test named String Test. Median (FACES III and Ecomap) and Average (Healthy life Habits Survey) were considered as statistical measurements to make the analysis of the collected data, and to extend the conclusions for the total population under study, a non-parametrical test named Sign Test was made .

When data were analyzed, it can conclude that the age range with bigger polyconsultants was 20-29, with 49.82%. A 91.6% of the total population under analysis belongs to FONASA. The bigger numbers of consultations are in digestive systems problems (19.52%), respiratory system problems (19.15%) and accidents (12.43%); on the other hand, the smaller numbers of consultations are in cardiovascular problems (2.67%), metabolic alterations (2.76%), psychiatric problems (4.88%), other infections (4.33%) and Tumors and cancer (0.43%). According to respondents, a 100% had no precedent illness background, while a 35.29% had ever been hospitalized.

Taking as a reference the Olson Model, the family system's type prevailing across the population under study was Structurally Amalgamated; it can classify as an Half Family System. With respect to their social networks, the family's general Ecomap showed a good energy flows and resources with the paternal family (with $\alpha < 1.78\%$), maternal family (with $\alpha = 5\%$), neighbors (with $\alpha < 0.5\%$) and School (with $\alpha = 5\%$), while energy flows and resources with the Church (with $\alpha < 1.78\%$) and Job (with $\alpha < 0.52\%$) with Family are regular. On the other hand, for the case of the activities' set that contribute to a good life quality, data collected are allowed to conclude that 44% of the total polyconsultant women make a good job, a 21% executed a relatively suitable job, a 28% of them says that make a lower activities' set, while people that make an excellent and lower or nulls and avoid activities' set are 5% and 2% respectively.

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano como ser socio–psico–biológico, tiene como atributo la capacidad de satisfacer sus necesidades a través de la relación, con su entorno.

La mujer siempre ha estado presente en el desarrollo de la sociedad humana, pero su participación se ha visto limitada por su roles en la procreación y el cuidado de la familia, por lo que su imagen se ha visto subordinada a la imagen masculina, la cual la ha circunscrito al hogar y las tareas derivadas de la educación y crianza de los niños.

Culturalmente las mujeres son quienes asumen el rol de cuidadora en una familia y al enfermar uno de sus miembros, se genera un desequilibrio en su interior, que puede expresarse en la mujer en la forma de estados de alteración mental (ansiedad, estrés, depresión, etc.) o adicciones (especialmente tabaco) que conducen a enfermedades crónicas, u otras.

Anualmente, en la Unidad de Emergencia de Hospital Clínico Regional Valdivia se observa una cantidad importante de atenciones a pacientes con patologías no complejas y que consultan más de dos veces en menos de treinta días, denominados como Policonsultantes (definido por MINSAL como aquellas personas que consultan mas de 2 veces en menos de 30 días, independiente de la causa); en su mayoría son de sexo femenino (54,28%) y un 55% tiene entre 20 y 40 años (Uribe, 2006). La población Policonsultante desvía el objetivo elemental de estas unidades, que es la prestación de atenciones de salud a individuos con riesgo vital y por lo tanto, lesiona el buen funcionamiento de la Red de Urgencia, generando además altos costos en dichos Servicios (Uribe, 2006).

Para algunas personas el autocuidado y el cuidarse es acudir muchas veces al médico. Consideran el autocuidado como un hecho externo, no como una conducta personal o familiar. Por ello, si no se le indican medicamentos y exámenes, la atención no está completa, olvidando que autocuidado es proveerse cuidados a sí mismos y en forma autónoma y no es hacer responsable a otros de su propia salud.

Existen escasos datos en nuestro país relacionados con las características y el manejo de individuos que consultan en forma reiterada o policonsultan en las unidades de emergencia. Por ello los objetivos del presente trabajo serán: determinar, a través del flujo de pacientes del Servicio de Emergencias del Hospital Clínico Regional Valdivia registrados como policonsultantes, el perfil socio – psico- biológico y específicamente del grupo de mujeres de entre 20 y 40 años de edad que conforman un grupo considerable dentro los policonsultantes.

Dada la identificación del área problemática y la especificidad de ésta, más el impacto que genera en los Servicios de Salud, se ha decidido llevar a cabo esta investigación con la utilización de un enfoque mixto, es decir Cualitativo y Cuantitativo

para la obtención e interpretación de resultados que contribuyan al mayor conocimiento de esta importante población.

El estudio del perfil de las policonsultantes es imprescindible para entregar una atención de enfermería con enfoque holístico, donde será posible identificar el perfil o características de quienes policonsultan, permitiendo un abordaje a futuro con conocimientos pertinentes que permitan el desarrollo de herramientas y medidas efectivas¹ para proveer atención de salud integral, equitativa, eficiente² y eficaz³ a toda la población con riesgo vital, favoreciendo la buena utilización de los recursos de salud, y por supuesto la atención de calidad que es lo que pretende la nueva Reforma de Salud.

La importancia del conocimiento del perfil de las policonsultantes de entre 20 y 40 años –visto desde este punto de vista holístico– que pretende mostrar sus características socio-psico- biológicas, y con esto las modificaciones en las tres esferas que afectan que de un modo real o potencial a nuestra población actual y que pueden ser susceptibles de prevención y solución a futuro, permiten el mejoramiento de la calidad de vida de la población general.

En la primera parte de este trabajo se menciona el marco de referencia del estudio realizado. En la sección siguiente se presentan los objetivos general y específicos, luego en el capítulo siguiente el material y la metodología de análisis que se utilizó, así, la pregunta clave para el desarrollo del análisis es la siguiente: ¿Cuál es el perfil socio-psico-biológico de la población femenina policonsultante con edades entre 20 y 40 años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el periodo Octubre del año 2003 a Octubre del año 2004?

Como Objetivo General del Estudio se planteó: “Determinar el Perfil Socio–psico-biológico de la población femenina policonsultante con edades entre 20 y 40 años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el periodo Octubre del año 2003 al mismo mes del año 2004”.

Finalmente en la última parte, se presentan los resultados obtenidos, el análisis de éstos y las conclusiones

¹ La efectividad, o efectos, son salidas que no se expresan en términos monetarios, sino en términos cualitativos como vidas “salvadas” por una intervención en salud.

² La eficiencia considera los beneficios de una actividad en una relación mayor que sus costos. En términos económicos los “beneficios” se expresan en valores monetarios.

³ En enfermería para determinar la eficacia de sus cuidados debe definirse de manera “que sea posible aislar la contribución de la profesión a los resultados para los pacientes, de los insumos de otras disciplinas”. Indicadores mas útiles: La ausencia de morbilidad y complicaciones susceptibles de prevención y el perfeccionamiento de la acción y actitud de autoayuda.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES GENERALES

El sector salud atraviesa una etapa de gran conflicto en la actualidad a escala universal. La actual situación económica nacional e internacional nos exige optimizar la eficiencia en todos los sectores productivos de la economía nacional.

La Reforma del sector salud aparece como un tema de suma importancia en la agenda de política pública, tanto de países desarrollados como de aquellos en vías de desarrollo. La satisfacción del consumidor y la contención de costos se presentan como componentes críticos de dicha Reforma sectorial. Sale a la luz una cultura sanitaria que condiciona el comportamiento de proveedores y usuarios de servicios de salud que genera un círculo vicioso que reclama ser desactivado.

El uso indiscriminado de los servicios de salud, y en especial de aquellos los servicios de urgencia es un problema muy mencionado pero poco estudiado. A pesar de sus grandes repercusiones sociales y económicas, no existen en los centros de atención estrategias efectivas para evitar los efectos nocivos de tal patrón de conducta.

Siempre hay una razón o motivo por el cual un individuo consulta en un centro de atención de salud, y se dividen en dos grandes subgrupos: los motivos médicos y no médicos de consulta; se entiende por motivos médicos de consulta a todos aquellos relacionados con afecciones físicas u orgánicas y los no médicos son todas las causas de consulta que se relacionan con una alteración de la salud mental del individuo.

La policonsulta es una de las causas más importantes de la existencia de largas filas de espera en los centros de atención de salud destacando en estos las unidades de urgencia hospitalaria, con la consecuente inhabilidad del sistema para ofrecer atención en forma oportuna a quien la necesita. Esto además crea insatisfacción en los usuarios y falta de credibilidad en el sistema sanitario.

Si bien es cierto que las largas filas son en sí mismas un factor desmotivador para consultar, existe una selección adversa de pacientes que consulta en forma recurrente. Así, la policonsulta, aunque aumenta la productividad, disminuye la efectividad e impacto de los servicios y a la vez eleva sus costos variables directos e indirectos.

Si solo se considera el factor tiempo como un recurso, sale a la luz el gran costo de oportunidad en que incurren los servicios al tener que dedicar mas tiempo a la atención de molestias menores, sacrificando en la misma medida las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que son mas efectivas en mejorar el nivel de salud de la población.

La población manifiesta en forma repetida su disconformidad con la atención que se brinda a nivel ambulatorio (CCSS, 1989). Los tiempos de espera en todos los servicios han aumentado en una forma preocupante de modo que se obstaculiza enormemente la entrega oportuna de servicios de salud. Esto ha sido percibido por los usuarios como una disminución de la calidad en la atención que compromete la credibilidad en los servicios de salud (Periódico “La Nación”, 21 de marzo 1981 página 16A, Periódico “La República”. 7 de mayo 1984 página 25).

2.2. MUJER: SER HUMANO...PERSONA...USUARIA...PACIENTE

El modelo de necesidades humanas formulado por Inés Astorquiza (citado en Apuntes Modelo de Necesidades humanas de Rosas, 2002.), plantea un enfoque holístico del ser humano considerando sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, presentes en todas las etapas de su ciclo vital. Señala que en la dimensión psicosocial se diferencia de los demás seres vivos y se individualiza como persona y de otras personas y se hace trascendente a través de sus proyecciones espirituales. Define necesidad básica como cada uno de los procesos vitales que ocurren en la persona, (biológicos, psicológicos y sociales), indispensables para que pueda subsistir normalmente (ver Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1: Necesidades Humanas para la atención de enfermería de acuerdo al Modelo Inés Astorquiza - Año 1976

Psicológicas: Afecto, autoestima, egoísmo sano y conocimiento, que corresponde a la esencia misma del Ser Persona y la base de la dignidad humana. Hombres y mujeres, sin distinción, están provistos de una parte psíquica-espiritual que les permite tener razón e inteligencia, capacidad de conocer y aprender, pensar, encauzar la vida hacia los objetivos planteados, discernir entre lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, amar, ser amado y tener la conciencia de “existir”.

Biológica: Alimentación y digestión, termorregulación actividad y reposo, circulación, regulación hidroelectrolítica, respiración, integridad de piel y mucosas, producción de anticuerpos, reproducción y guarda relación con las necesidades básicas de sobrevivencia.

Sociales: Comunicación, afiliación, status-poder, prestigio, recreación. El ser humano por naturaleza racional, es un ser esencialmente relacional, que le permite el conocimiento de los demás, de su entorno, que lo conduce a su propio conocimiento en el medio en que se desarrolla, de aquí que la organización sea otra cualidad de la persona, y que algunos autores denominan el Ser Político de la persona humana. Esta dimensión se caracteriza por la necesidad del ser humano de compañía y formar grupos con objetivos comunes, con distintas ideas de cómo llevar a cabo un proyecto, de cuándo hacerlo y con qué recursos. Es en este momento que la organización del grupo se vuelve indispensable, haciendo de la persona un ser social – relacional.

Fuente: Astorquiza, 1976.

El ser humano socio-psico-biológico, al estar en constante relación con el medio, que lo rodea genera motivaciones, necesidades, e impulsos. Las necesidades se basan en requerimientos corporales, psicológicos y sociales y sus satisfactores son múltiples, cambiantes y jerarquizables. En este esquema, la motivación es un activador de la conducta, cuyo objetivo es dar satisfacción a la necesidad que motiva una conducta. Aquellas motivaciones que satisfacen necesidades fisiológicas se denominan impulsos (Rosas, 2002).

Otro aspecto de la psiquis humana que está influenciado por el entorno es la Percepción, la cual depende de las experiencias de quien percibe. La percepción se define como un proceso cognoscitivo de conocer el mundo, constituyendo el punto de encuentro entre la “cognición y la realidad” (Davidoff, 1986).

La importancia que se le otorga a cada necesidad depende de cada persona así como de las características internas y experiencias, según lo antes descrito, la priorización y satisfacción de una u otra necesidad además está determinada por el sexo, o mas bien por el género, dado que las mujeres suelen ser mas psico-emocionales y solidarias a la hora de optar por un satisfactor, mientras que los varones suelen priorizar por los aspectos básicos e individualistas otorgándole de esta manera un orden distinto a la jerarquización de las necesidades.

Diversos autores a lo largo del tiempo han asociado lo expresivo/comunal que conllevan afectividad, compasión, preocupación por los demás, dependencia, pasividad, ser agradable, es decir, intereses personales y relaciones de cooperación con lo femenino. “Ahora bien, aunque estos dos modos de existencia, lo masculino y lo femenino, se dan en todos los sujetos, lo cierto es que la distribución de los roles favorece que las mujeres se encuentren en posiciones más bajas y con menor poder social o continúen siendo amas de casa” (Barberá *et al.*, 1988; Laite y Halfpenny, 1987; citados en Castaño y Martínez-Benlloch, 1990, 161). Así pues, se espera que las mujeres que han recibido esos valores a lo largo de su educación, se ocupen del cuidado y educación de los hijos, la organización doméstica, el cuidado de enfermos, abuelos y nietos, es decir, todas ellas tareas con una reducida proyección social y personal, adoptando un estilo de vida bastante limitado, que unido al cambio de valores actual generan una ambivalencia, por un lado desde los roles de género, son amas de casa, sin haber tenido opción profesional que se sienten comprometidas en el cuidado familiar y por otra parte quienes han tenido oportunidad de participar de desarrollo socioeconómico y acceso al mundo laboral se sienten con la obligación de continuar desarrollándose como personas en igualdad de condiciones de género capaz de producir en esta sociedad.

Dadas las implicancias del rol de la mujer y entendiendo que es ella quien se encarga de la organización del hogar y es el pilar para un buen funcionamiento familiar y, por tanto, encargada de los cuidados y salud de los integrantes del grupo familiar, se puede inferir que es la mujer quien actúa como agente del autocuidado familiar y personal, es así como en la convención de Beijing en el año 2001 reconoce su aporte en el bienestar familiar y desarrollo de la sociedad, es por esto que instó a los participantes a desarrollar políticas gubernamentales a fin de permitir a la mujer una mayor participación en la sociedad actual sin tener que abandonar sus funciones dentro de la familia (Pérez, 2004).

2.3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN CHILE

La población chilena presenta un constante crecimiento, así mismo, se ha demostrado que continúa predominando la población femenina sobre la masculina, además destaca en el Censo realizado el año 2002 que existe una clara tendencia de envejecimiento de la población general, los antecedentes epidemiológicos revelan un claro aumento de patologías crónicas no transmisibles que son prevenibles a través de actividades de prevención y promoción de hábitos de vida saludables y controles oportunos de la población, según es posible observar desde las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2002), de acuerdo al último Censo.

La población total de mujeres estimada al 30 de junio del 2005 según proyecciones del Censo 2002 sería de 181.611 mujeres en la provincia de Valdivia (INE X región de los Lagos, 2006) y la estimación de mujeres para la provincia al año 2006 es de 186.733 al mes de julio de un total de 8.298.360. mujeres estimado a nivel nacional estimado al 30 de junio del 2006.

2.4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA PROVINCIA DE VALDIVIA

El DEIS⁴ (2002) señala que en cuanto a la situación sociodemográfica de la provincia de Valdivia el Censo del año 2002 reveló que la Provincia de Valdivia contaba con 356.396 habitantes de los cuales un 34% pertenecía a la comuna del mismo nombre (proyección INE, para el año 1990 – 2005 en base al Censo del año 2002).

Según las estadísticas del INE las proyecciones poblacionales de la provincia de Valdivia para el año 2006 (con base en el Censo del año 2002) sería de un total de 373.712 personas y de estas, 186.733 corresponde a la población femenina de la cual, 56.419 serían mujeres de entre 20 y 40 años. Como es posible apreciar en la Tabla 1, un 92% de los habitantes de la Provincia de Valdivia residían en zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales habitaban un 34% de hombres y un 30% de mujeres.

Tabla No. 1: Distribución de población según localización y sexo, Censo 2002

Ubicación	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbanos	328.216	92	118.357	66	124.982	70
Rurales	28.180	8	60.100	34	52.957	30
Total Provincia	356.396	100	178.457	100	177.939	100

Fuente: Servicio de Salud Valdivia, 2006

⁴ Departamento de Estadísticas e Información MINSAL.

La distribución de las poblaciones de las comunas, sin considerar a la comuna de Valdivia, reveló, para ambos sexos, un 45% de ruralidad. En el análisis no se consideró a la comuna de Valdivia por la existencia de una mayor migración femenina hacia la ciudad (INE, 2002).

La transición demográfica de una población al envejecimiento se traduce en una prolongación del promedio de vida con un aumento en la proporción de personas mayores de 65 años (sobre 7%) y una reducción de población menor de 15 años (menos del 30% del total). La población de la provincia de Valdivia se encuentra en pleno cambio al envejecimiento, con un marcado aumento de población en mayores de 65 años de edad, constituyendo ésta ya en el año 1998 el 7,4% y para el año 2003, un 8,0% del total. Además es necesario considerar que la población adulta joven aunque en disminución constituye un amplio porcentaje (ver Tabla No. 2).

La proyección para el año 2005 será una población envejecida (8,22% mayores de 65 años). En este contexto, los adultos mayores van adquiriendo un peso poblacional cada vez más significativo.

Tabla No. 2: Porcentaje de población por grandes grupos étnicos de ambos sexos. Servicio de Salud Valdivia, Tendencia del Decenio 1993–2003

Grupo	1993		1998		2003	
	Población	%	Población	%	Población	%
0 a 19 años	135.342	40.0	135.644	38.6	133.961	37.0
20 a 44 años	127.877	37.8	131.514	37.4	132.435	36.6
45 a 64 años	51.832	15.3	58.005	16.5	66.270	18.3
65 y mas años	23.312	6.9	26.066	7.4	28.928	8.0
Total	338.363	100.0	351.229	100.0	361.594	100.0

Fuente: Servicio de Salud Valdivia, 2006

La población total estimada para el año 2005, según las proyecciones del último censo, es de 365.451 personas en la provincia de Valdivia, y de éstas, 238.364 personas corresponderían a la población entre 20 y 44 años de edad.

2.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDAD DE LAS MUJERES A NIVEL NACIONAL Y LOCAL

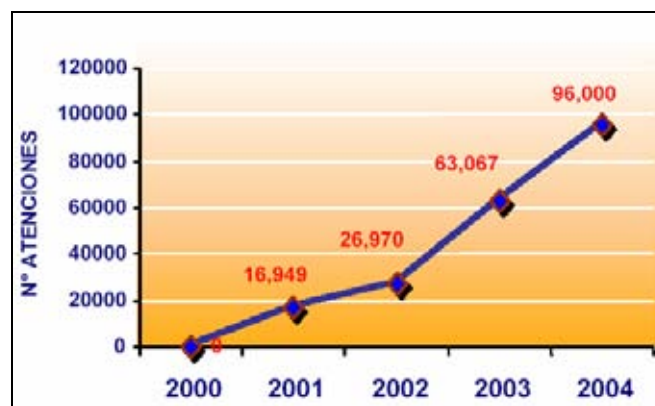
De acuerdo al Servicio de Salud de Valdivia (2006), la población femenina constituye el grupo mayoritario en cuanto a sexo, además según los índices de vejez se trata prioritariamente de una población adulta y adulta mayor (INE, 2006) Es por esto que actualmente se están desarrollando políticas de salud orientadas a brindar una mejor atención de salud a este grupo a fin de asegurar longevidad y una calidad de vida aceptable para la mujer y su familia. Las mujeres por su condición de género asociado a las

demandas que la sociedad le impone en el día a día el participar en una sociedad en desarrollo, presentan cada vez más frecuentemente patologías de salud mental.

La creación y difusión del Programa de atención de Salud Mental ha permitido la expresión de las necesidades de atención por esta causa. Como es posible visualizar en el Gráfico No. 1, las consultas de este tipo se dan en número creciente en los Centros de Atención Primaria sin distinción de sexo, localidad o grupo étnico, y por lo tanto el desarrollo de este tipo de programas son objetivo de la actual Reforma de Salud a fin de mejorar la salud y calidad de vida de la población en general y de las mujeres en particular.

En la cuenta pública de la gestión municipal del año 2005 revela para el área de la salud mental, un total de 1.287 pacientes con depresión, fueron pesquisados y tratados integralmente en los centros de salud; suma a ello, 135 personas con problemas con el alcohol y 353 casos de violencia intrafamiliar para Valdivia. Para el caso de los años 2005 y 2006, no se encontró información.

Gráfico No. 1: Atenciones de Personas con Depresión en Atención Primaria a nivel nacional, período 2000–2004

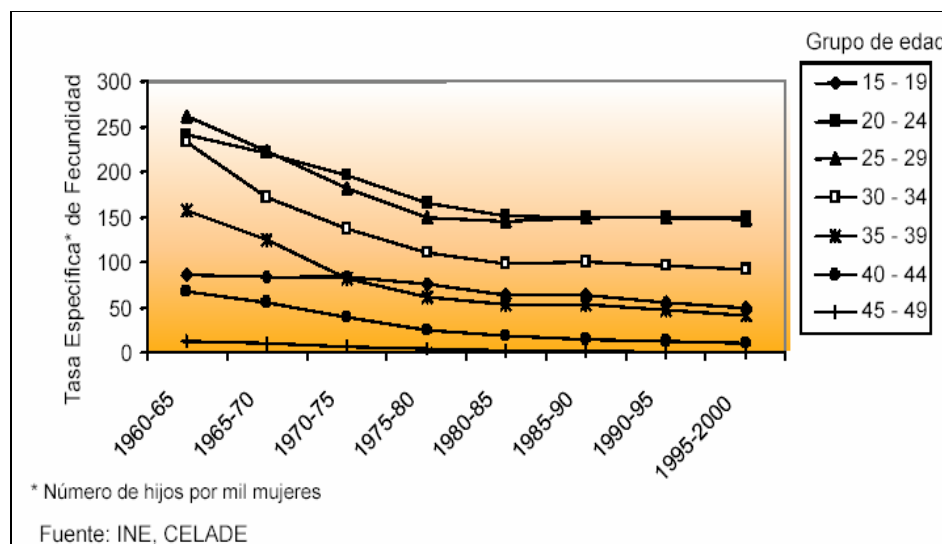


Fuente: DEIS, 2006.

En general se presenta una reducción de la tasa de fecundidad a partir de la década del 80 con una mayor proporción en los grupos étnicos entre 25 y 29 años y entre los 35 y 39 años. Por el contrario, se observa una menor variación en la reducción de la tasa de fecundidad en los grupos de 15 a 19 años así como entre los 45 y 49 años (edades extremas). Esto a pesar de la constante difusión de prevención del embarazo adolescente y las medidas dispuestas para ello y, por otro lado, el adecuado control prenatal asociado al desarrollo del sector salud ha permitido que mujeres de edades más avanzadas puedan ser madres (ver Gráfico No. 2).

Según la información del Ministerio de Salud (2006), la tasa global de fecundidad promedio por región al año 2005 es de 2,1%.

Gráfico No. 2: Evolución de la Fecundidad por grupos de Edad a nivel nacional, período 1960 -2000



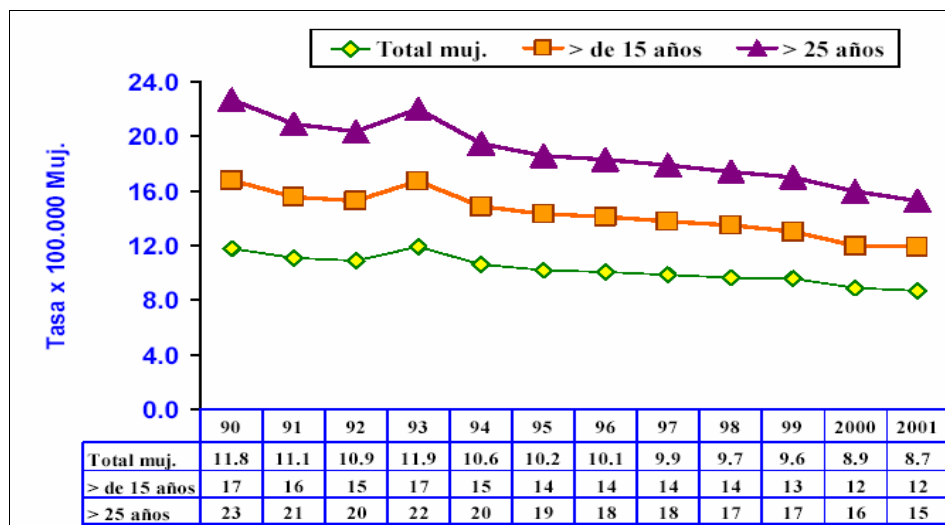
Fuente: INE, CELADE, citado en DEIS, 2002.

En Chile, en el año 2001, ocurrieron 14.262 defunciones por cáncer, patología que fue responsable del 17,4% del total de las muertes a nivel nacional y del 17,3% de las muertes ocurridas en la provincia de Valdivia. Las muertes por esta causa según sexo revelaron que en el país existió un predominio de mujeres fallecidas por esta patología (no se encontró información para el período 2002-2005).

En las mujeres, el cáncer digestivo es uno de los más importante y dentro de éste el que produjo más muertes fue el localizado en la vesícula y las vía biliares, y la proporción de mujeres de la provincia que fallecieron por esta causa durante el año 2001 fue bastante mayor con respecto a lo observado a nivel nacional.

A nivel nacional, otro tipo de cáncer que afecta de manera importante a la población femenina, afectando a las mujeres desde edades tempranas, es el cáncer cervicouterino, el cual ha presentado importantes variaciones en cuanto a su tasa de mortalidad en la última década. En general la tasa de mortalidad por cáncer Cervicouterino ha disminuido en forma constante en los últimos años, a pesar del alza en su tasa general en el año 93, principalmente en las mujeres mayores de 25 años, todo esto gracias al desarrollo del sector salud y la difusión del programa de pesquisa y control de este tipo de cánceres además una mayor concurrencia de las mujeres a los centros de Atención Primaria. Se pretende con las actuales políticas de salud reducir aún más estas tasas (ver Gráfico 3).

Gráfico No. 3: Mortalidad por Cáncer Cervicouterino Total y Específica, por edad, Chile.
Período 1990-2001

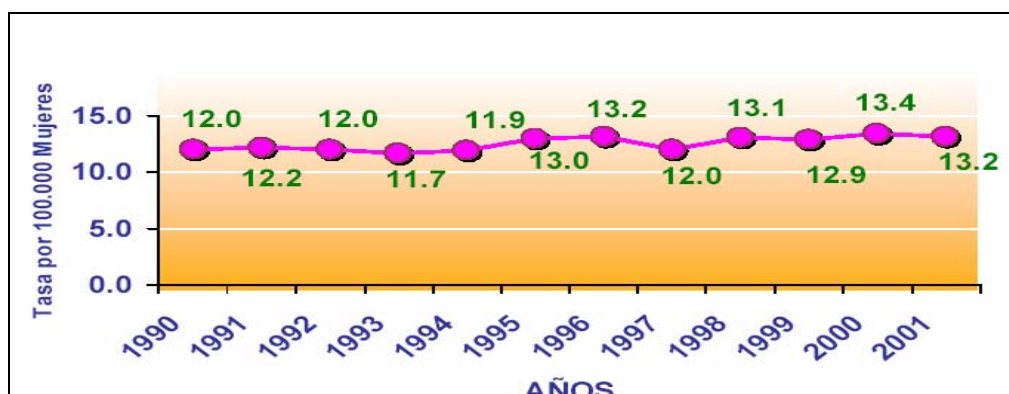


Fuente: DEIS, 2002.

Otro tipo de cáncer que afecta a la población de mujeres en Chile es el cáncer de mama cuya tasa de mortalidad correspondiente a la última década es posible observar en el Gráfico No. 4.

A pesar de la difusión de programas de prevención del cáncer de mama y la asistencia de las mujeres a los centros de Atención Primaria es posible observar que la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha aumentado desde 1990 al año 2001, expresando esto un importante punto a abordar en las políticas de salud emergentes. El cáncer de mama constituye el segundo tipo de cáncer que genera la mayor cantidad de fallecimientos en la provincia de Valdivia durante el año 2001.

Gráfico No. 4: Tasa Mortalidad por Cáncer de Mama, Chile 1990 – 2001



Fuente: DEIS, 2002.

Por otro lado gran parte de las muertes tanto a nivel nacional como local y que afecta de forma creciente a ambos sexos y cada vez a edades más tempranas son aquellas causadas por patologías crónicas, es así como, las enfermedades cardiovasculares dieron cuenta de un 32,9% de los fallecimientos ocurridos en el país durante el año 2001, pero este porcentaje se elevó a 35,5% en la Provincia de Valdivia. Tanto a nivel nacional como en la provincia, los fallecimientos femeninos se debieron a las enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón y a las enfermedades hipertensivas.

A nivel nacional al año 2001, un 8,2% de las muertes se debieron a enfermedades pulmonares. En la provincia esta proporción aumenta a un 9,8% con una proporción mayor de fallecimientos femeninos por este grupo de enfermedades (12%). La neumonía fue la principal causa de fallecimientos para ambos sexos.

El desarrollo socioeconómico actual ha permitido un crecimiento en las distintas áreas del desarrollo de nuestra nación, pero estos cambios también han generado transformaciones socio – epidemiológicas que se han traducido en una reducción de la población joven, con el consiguiente aumento de la población de mayor edad; la mayor participación de la mujer en la sociedad ha producido una disminución del crecimiento poblacional dada la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad a nivel nacional; por otro lado el actual desarrollo ha inducidos cambios epidemiológicos tales como el constante aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales afectan cada vez a una población mas joven, por cambios en los estilos de vida y adquisición de hábitos nocivos asociado a las condiciones ambientales. Vale la pena señalar que pese a programas de prevención y control y desarrollo del sector salud es posible determinar que además de las enfermedades crónicas que son la principal causa de muerte en la actualidad, patologías como el cáncer continúan siendo una importante causa de muerte con tasas importantes en la población de mujeres chilenas.

La mujer es el eje sobre cual se organiza la salud del grupo familiar, por lo cual es de la mayor importancia estratégica asegurarle una atención de la mayor calidad posible constituyendo una red de apoyo social efectiva, para que ella pueda compartir al interior de su hogar y desarrollarse en el medio socio – laboral como persona productiva hasta edades avanzadas en buenas condiciones de salud.

2.6. UNA REFORMA DE SALUD SIN DISCRIMINACIÓN

La Reforma de salud en su marco general debe garantizar la salud como un derecho humano, que no sólo asegure el acceso a acciones de salud, como está estipulado en la Constitución. Sino que también debe incorporar las variables que la condicionan (educación, vivienda, trabajo, ambiente, etc.)

La Organización Panamericana de la Salud coincide con el Movimiento de salud de las mujeres en que es imprescindible aplicar enfoque de género en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud, no sólo en pos de lograr la equidad, sino también para lograr la eficiencia y sustentabilidad de las Reformas.

Según lo expuesto en el III Parlamento de mujeres por la Reforma de la salud realizado en el Congreso Nacional el año 2004 la generación de un fondo solidario, mas el aumento del aporte fiscal el que ha rechazado por la actual mayoría en el Parlamento, debe ser pilar fundamental para un acceso equitativo a la salud, entre hombres y mujeres.

El rol garante del Estado de la equidad, oportunidad y calidad en el acceso y provisión de salud es principio y objetivo de la Reforma. Por el peso mayoritario de las mujeres en los sectores más pobres y desprotegidos, por el menor acceso a trabajos remunerados, la delegación cultural del trabajo doméstico que se transforma en una doble carga laboral, los menores salarios por igual trabajo, el mayor acceso a trabajos ocasionales, informales, expuestos a tóxicos, sin previsión social y por la vida laboral interrumpida por embarazos y partos, que redundan en la dificultad de acceder a jubilaciones dignas.

Las mujeres representan el sector social más significativo en la participación en salud, por ser responsables de la salud familiar e intermediarias entre el sistema doméstico y público, y en cuanto integrantes mayoritarias de las organizaciones y redes asociadas a la salud. Por otra parte, las mujeres tienen mayores necesidades de servicios de salud, por su función reproductiva, mayor sobrevivencia, presencia de más morbilidades agudas y crónicas y de más discapacidades.

La mayor escolarización, el aumento sostenido de la participación en el trabajo remunerado, la participación ciudadana de las mujeres, indican que debe ser revisado seriamente el supuesto de la dedicación exclusiva de las mujeres a las tareas propias del rol doméstico implícitamente considerado como soporte para la viabilidad de la Reforma.

Como prioridad de patologías detalladas en el Plan AUGÉ, se deben considerar para las mujeres:

- Problemas de salud pública que afectan a las mujeres en sus derechos reproductivos y sexuales, como aborto, embarazo no deseado, embarazo en adolescentes, violencia familiar y sexual, infecciones de transmisión sexual, etc.
- Todas las enfermedades benignas o malignas propias de las mujeres, de las cuales sólo incluye el cáncer cérvico uterino y el de mamas.
- Enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres como várices, osteoporosis, obesidad, etc.
- Atención odontológica reparadora en mujeres no embarazadas.
- En Salud mental trastornos emocionales, depresión en menores de 20 y mayores de 40 años, alcoholismo y drogadicción en menores de 15 y mayores de 24 años. En la propuesta AUGÉ, no se incluye las mujeres de estos grupos etáreos que sufren estas patologías.

En el ámbito de la salud doméstica y comunitaria, en el marco de la salud familiar que se promoverá en los consultorios de atención primaria y por el acortamiento de la

permanencia de los enfermos en los hospitales, gravará a las mujeres con más responsabilidades de:

- Atención de enfermos postrados, terminales y post operados.
- Prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermos crónicos.
- Aplicación de técnicas de auto cuidado.

La Reforma debe avanzar desde el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos. De este modo, el trabajo de las mujeres en el ámbito familiar y comunitario, se debe visibilizar y valorar, para considerar la cuota de responsabilidad en la promoción y cuidado de la salud que cabe a la sociedad, a su economía y al Estado.

En la atención primaria, La mayoría de los problemas de salud de las mujeres están contenidos en el “Programa De La Mujer” de los consultorios de atención primaria. En la Reforma se debería avanzar en:

- Superar el déficit de tecnología, recursos humanos y medicamentos (anticonceptivos, hormonas para la menopausia, etc.), que ocasiona la baja resolutivez de estos problemas.
- Dar prioridad al financiamiento para actividades educativas en la prevención de embarazos no deseados, embarazo adolescente, aborto, violencia doméstica y sexual, prevención de VIH SIDA u otras infecciones de transmisión sexual.
- En las ISAPRES, se debe eliminar el establecimiento de Planes más caros para mujeres, planes con exclusiones, como atención de aborto o intento de suicidio, con restricción de coberturas, como embarazo previo a la afiliación y enfermedades preexistentes.

2.6.1. Medidas legislativas demandadas por las mujeres

Para apoyar una buena Reforma a la salud, es necesario que el Parlamento avance con respecto a los compromisos internacionales suscritos, legislando sobre:

- El proyecto de Ley marco sobre Derechos Sexuales Y Reproductivos.
- La ratificación del protocolo facultativo de la Convención Para La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer. Este protocolo agregado a la Convención de Beijing, permite a las mujeres exigir su cumplimiento ante la Comisión de Naciones Unidas que vela por la implementación de los acuerdos contraídos por los Estados. Su ratificación está pendiente.
- La reposición del aborto terapéutico, presente en gobiernos de diferentes orientaciones, durante más de 50 años , derogado por el gobierno militar en los últimos meses de su mandato y no repuesto por el Parlamento en democracia.

- La Prolongación del período postnatal (sin tocar el período prenatal, necesario para evitar desprendimiento de placenta y prematuridad).

2.6.2. Atención de la mujer en el contexto en el actual sistema de salud

La atención prestada a la población femenina apunta a modificar la calidad de vida de las mujeres a partir de sus requerimientos inmediatos, en relación a su rol reproductivo, así como a promover relaciones más igualitarias entre géneros. La mayor presencia laboral de la mujer, con su correspondiente aporte económico, requiere un reparto más equitativo de las tareas familiares y, hacer compatible el trabajo remunerado con el ejercicio de la maternidad y de la paternidad.

Además la mujer como eje de la organización de la salud familiar debe tener acceso a prestaciones de salud acordes a sus necesidades y a las de sus familiares para que le permitan compatibilizar su rol de mujer madre- protectora de la familia y el de mujer capaz de generar ingresos en términos económicos a la familia.

Actualmente las entidades gubernamentales del sector salud se han encargado de desarrollar programas de Salud específicos para la población femenina el cual consiste en desarrollar acciones que contribuyan al desarrollo integral, físico, mental y social en todas las etapas de su ciclo vital. El Programa de Salud de mujer tiene como objetivo fundamental contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que introduzca la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

El mayor acceso de la mujer al sistema socioeconómico actual ha permitido ampliar sus funciones o roles hacia el sector productivo y comunitario tal como es posible apreciar en el cuadro No. 2:

Cuadro No 2: Roles Sociales Asumidos por la Mujer Chilena

REPRODUCCIÓN	Biológica: embarazo – parto – lactancia Social: crianza y cuidado de hijos
DOMESTICO	Cuidado del hogar y de los enfermos
PRODUCTIVO	Trabajo remunerado fuera/dentro del hogar
COMUNITARIO	Miembro de grupos sociales y de programas de atención destinados a la Mujer.

Fuente: MINSAL, 2006.

Dado los diversos roles que debe cumplir la mujer chilena en la actualidad el Programa de Salud de la Mujer también ha debido desarrollarse en los distintos niveles de atención de salud a fin de cumplir con el objetivo de este programa, es así como:

- Nivel Primario: énfasis en actividades de tipo promocional (consejería) y preventivo (control prenatal, de regulación de fecundidad, ginecológico preventivo, climaterio, etc.) y consultas de morbilidad general obstétrica-ginecológica y oncológica.
- Nivel Secundario: consultas a resolver por especialistas (alto riesgo obstétrico y perinatal, morbilidad ginecológica).
- Nivel Terciario: atención hospitalaria materno-neonatal, ginecológica y oncológica.

A este Programa de Salud de la Mujer pueden acceder todas las mujeres beneficiarias del Sistema Público de Salud. Las prestaciones en el Nivel Primario de atención se entregan a toda la población que está inscrita en un consultorio o centro de salud (Plan de Salud Familiar). Los controles, en sus diferentes modalidades, están establecidos de acuerdo a normas técnicas del Programa: las consultas de morbilidad se dan por demanda espontánea en el establecimiento respectivo o Servicio de Urgencia; la referencia a los niveles de mayor complejidad y capacidad resolutive es realizada desde el establecimiento de atención primaria y, en casos de urgencia, la población acude directamente a los servicios de urgencia gineco-obstétrica disponibles.

En relación a las atenciones que ha recibido la población femenina de acuerdo a lo expuesto por el MINSAL (2006) en el periodo 1990–2002, se observa un incremento en el total de atenciones, pero considerando un significativo aumento en las que tienen relación con la salud Mental y ETS/SIDA.

En lo relativo a las atenciones de urgencia en este periodo de tiempo se ha notado un aumento en el número pero no tan significativo como las anteriormente expuestas, las cuales podrían constituir la causa del aumento en las atenciones en los servicios de urgencia

2.6.3. Riesgos en salud determinados por el género

Muchos de los riesgos en salud de la mujer están determinados por su género, mas que por el sexo, dado que a través del tiempo la mujer se ha visto sublimada bajo la imagen masculina que además trae por naturaleza implícito el rol de madre que la limita a al hogar a la crianza de los hijos y cuidados familiares, haciéndola poco partícipe del desarrollo socioeconómico de la comunidad como ente productivo en términos económicos.

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con sus roles múltiples en el sistema social, es decir desde el área reproductiva, doméstica, productiva y comunitaria.

Algunos de los riesgos posibles de detectar en la mujer de la sociedad actual son:

- Riesgos en la salud Mental de la mujer: La condición de género determina diferencias de poder y control que hombres y mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, de su posición social, de su estatus y trato en la sociedad, y de su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para su

salud mental, por ejemplo mayores las tasas de trastornos mentales frecuentes - depresión, ansiedad, y síntomas somáticos.

- Complicaciones del embarazo y parto: Son alteraciones que pueden presentarse durante el proceso de embarazo y parto que afectan la salud de la madre y el crecimiento adecuado del feto, tales como Retardo del Crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de membranas, Hipertensión Arterial, Diabetes Gestacional, incompatibilidad de grupos sanguíneos, entre otras. Estas complicaciones pueden ser prevenibles con un buen control previo al embarazo y durante éste proceso.
- Uso de métodos anticonceptivos: Son múltiples y de fácil acceso para quienes los necesiten, su uso debe ser previa orientación de un profesional capacitado en el área. Su buena utilización ha contribuido a disminuir el embarazo adolescente, los abortos, contribuyendo al control de la natalidad y planificación familiar con el consecuente mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres y sus familias, y al control de las ETS, especialmente del SIDA. Aunque por lo general son inocuos, los riesgos asociados al uso de anticonceptivos varían de unas personas a otras en función de factores tales como la edad, el estado de salud, el riesgo de ETS y el hábito de fumar. Así, por ejemplo, aunque los métodos a base de un progestogeno son apropiados para casi todas las mujeres, no están indicados en aquellas que presentan hemorragias vaginales inexplicadas o cáncer mamario y, por lo general, no se recomiendan cuando la mujer sufre otras afecciones (por ejemplo hepatitis en actividad e ictericia) o utiliza ciertos antibióticos o medicamentos anticonvulsivos.

Los riesgos asociados al uso de anticonceptivos están influidos también por la calidad y la disponibilidad de servicios apropiados para tratar las posibles complicaciones del tratamiento y hacer frente a los embarazos no deseados que puedan producirse en caso de fracaso del método (Ross y Frankenberg, 1993). Los programas deben prever la disponibilidad de servicios apropiados para tratar los efectos secundarios y las complicaciones y/o ayudar a interrumpir su aplicación del método a las personas que así lo deseen. Esto es especialmente importante en el caso de ciertos métodos como los implantes y los DIU, cuya interrupción exige la intervención de un agente de salud.

Pueden reducirse los riesgos asociados a los anticonceptivos adiestrando bien a los agentes de planificación familiar en materia de administración y asesoramiento de las usuarias sobre métodos anticonceptivos, detección de contraindicaciones, información verbal o escrita fácilmente comprensible y apropiada sobre el uso correcto de los métodos, aleccionamiento sobre signos premonitorios de posibles problemas o sobre posibles fuentes de ayuda y establecimiento de sistemas de seguimiento y servicios de emergencia.

- Riesgo de infecciones del tracto reproductivo, en especial, aquellas de transmisión sexual, incluido el SIDA: Actualmente con el desarrollo psicosocial de los últimos años, el mayor ingreso de la mujer a la sociedad y al mundo laboral, así como el mayor acceso y consumo de sustancias nocivas han llevado a parte de la población femenina a adquirir ETS por deficiencias de su autocuidado mas que por falta de métodos de protección, así como también esta “liberación” ha contribuido al aumento del VIH/ SIDA ya sea por transmisión sexual o por otras vías.

- Aborto en condiciones de riesgo: El rol femenino relacionado con la maternidad y a antecedentes socioeconómicos tales como malas condiciones ambientales y un disfuncional ambiente familiar, así como biológicos (malnutrición, embarazo en edades extremas o en presencia de patologías como la HTA y la Diabetes), pueden poner en riesgo la vida de la madre así como la viabilidad fetal. Estos constituyen una problemática presente y abordable con medidas de prevención y control adecuado de la mujer.

2.6.3.1. ¿Como se enfrentan estos y otros riesgos?...Programas de Salud en que se incluye a la Mujer

- Planificación Familiar en Chile (1967) “Hacia una Sexualidad Responsable”: Este programa tiene como fundamento evitar los embarazos no deseados y controlar la natalidad sobretodo en sectores de bajo nivel socioeconómico, prestando los medios de información y control necesarios para la población femenina en edad fértil, sus propósitos son:
 - a. Reducir Mortalidad Materna por Aborto Provocado (evitar Embarazo No Deseado);
 - b. Reducir Mortalidad Infantil asociada a la alta fecundidad;
 - c. Promover Bienestar Familiar (Paternidad Responsable).
- Programa Nacional Alimentación Complementaria (PNAC) periodo 1952 - 2002: Tiene como objetivo mantener el estado nutricional de embarazadas para asegurar el desarrollo fetal armónico, lactancia materna exitosa, crecimiento y desarrollo normal del niño, y contribuir a la reducción de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (ECNTs).
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM): Consistente en alimentos ricos en nutrientes esenciales requeridos para este grupo étnico. Tiene como finalidad evitar la aparición de enfermedades prevenibles a través de una buena nutrición.
- Programa Nacional de Atención Odontológica Mujeres de escasos Recursos (SERNAM citado en MINSAL, 1995): Es un Programa de Gobierno, interministerial, coordinado por el SERNAM, cuyo objetivo es rehabilitar odontológicamente a mujeres jefas de hogar, temporeras y de escasos recursos, para contribuir a superar su condición biopsicosocial y facilitar su inserción laboral. Pueden acceder las mujeres de escasos recursos entre los 18 y 50 años, que sean trabajadoras temporeras, cesantes o mujeres jefas de hogar reconocidas por el SERNAM o por los diferentes municipios que participan en el Programa, por lo tanto la atención es gratuita.

Toda mujer que ingresa al Programa recibe educación para cuidar y mantener su salud bucal. Según el daño y necesidad de tratamiento de la paciente, se realizan las siguientes actividades: enseñanza de cepillado, limpiezas dentarias, pulido radicular, obturaciones, extracciones dentarias, tratamientos de conductos y, si faltan piezas dentarias, se le confecciona la prótesis necesaria.

- Programa de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino 2003: Con la incorporación en el sistema Auge, pretende que a través de la Atención integral que se le entrega a la mujer con controles ginecológicos y los PAP respectivos permitan la pesquisa precoz del Cáncer Cervicouterino, para su posterior control a fin de disminuir las muertes de la población femenina por esta causa.

En la comuna de Valdivia específicamente, según lo detallado en la cuenta pública de gestión municipal del año 2005 en lo que respecta a la salud de la mujer, se logró un 73% de cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años, además de 351 mamografías y 3.682 ecografías obstétricas.

2.7. EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS

2.7.1. Autocuidado y Calidad de Vida en las personas

Las concepciones de la persona respecto a la salud y la enfermedad, desencadenan y desarrollan un camino propio, que lo conduce hacia la satisfacción de sus necesidades de la forma más efectiva posible a fin de lograr un nivel de salud aceptable entendido como calidad de vida, el cual se logra a través de la practica de hábitos de vida “saludables” que al contribuir a la salud y ser propiciadas por el propio individuo y promovidas hacia su entorno constituyen conductas y acciones de autocuidado, estas se llevan a cabo de acuerdo a estándares familiares y culturales, están influenciadas por el medio que rodea al individuo (Marriney y Tomey, 1994). La existencia de estas actitudes en la persona le permite adaptarse mejor a circunstancias negativas de la vida al buscar ayuda en los casos necesarios a fin de mantener su salud y la de su familia dentro de los márgenes que considere aceptables.

Definiendo la calidad de vida como un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, siendo punto de encuentro entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social, siendo solo posible adoptar un estilo de vida sano, cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo. Aunque la salud es un fenómeno hacia el que se tiene una actitud positiva, es decir, todas las personas verbalizan su deseo de estar sanas, en la complicada jerarquía motivacional de los individuos, no siempre aparecen acciones que la promueven (Wikipedia, 2006; Rueda, 2006).

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Ello ha llevado a poner especial acento el término de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia.

Entendiendo el concepto de salud–enfermedad desde todas sus perspectivas hay que tener en cuenta el mundo subjetivo del individuo con toda su riqueza y matices, así como sus estilos de afrontamiento ante acontecimientos de la vida relacionados con el logro o mantención de la salud, entre otros aspectos que dependen mucho de las características sociales y culturales que lo han rodeado y en las que vive. La mantención de la salud o su deterioro están inexorablemente ligados a los modos de vida social, al ambiente y a los riesgos que asume dentro de este.

Los hábitos de vida que practica un individuo, pueden favorecer o no el logro y la mantención de una buena o aceptable calidad de vida, todos aquellos hábito conducentes a la mantención o restauración de la salud y calidad de vida constituyen actitudes de autocuidado, lo que pueden estar dirigidos hacia si mismo como al grupo familiar o social en el caso de una comunidad.

Autocuidado según Orem (1993) corresponde a “una conducta que aparece en situaciones concretas de de la vida , y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar”, la citada teórica también define Acción de Autocuidado como “la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen y promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, y promueven el bienestar”.

El Déficit de Autocuidado es definido como “una relación entre la demanda de cuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previstas” (Marriner y Tomey, 1994).

Desde el concepto desarrollado por la OMS⁵ en 1946 nacen múltiples definiciones de salud y enfermedad, desarrollados por diversos autores a lo largo del tiempo. De todos ellos es posible determinar que salud es más que la ausencia de enfermedad o dolencias, ambos conceptos constituyen un continuum, que incluye el máximo bienestar en el aspecto físico, mental, social y espiritual de un individuo que está en constante relación con un medio cambiante que le permiten a este un perfecto funcionamiento general; y el concepto de desequilibrio o pérdida del bienestar en cualquiera de sus aspectos genera cambios en el

⁵ Organización Mundial de la Salud.

individuo alterando su capacidad de funcionamiento óptimo generando mecanismos de adaptación para intentar compensar falencias en el área afectada.

El profesional de la salud debe potenciar el factor social de ambos conceptos, cuando en sus acciones promueve y/o fortalece condiciones saludables de vida. Sus conocimientos le permiten desempeñar un destacado papel en el mantenimiento de la salud, y en una organización como la actual, la labor educativa y de promoción y prevención puede realizarse a través de los distintos niveles de salud con un mayor énfasis en la atención primaria ya que se encuentran insertos en la comunidad e íntimamente relacionada con los grupos sociales que la conforman.

Actualmente políticas de salud han puesto especial énfasis en desarrollar este concepto en la población, otorgándole gran importancia al gran número de mujeres constituyentes de la población Chilena, a las cuales se han vuelto los ojos de la Reforma a fin de asegurar a este pilar social una atención de calidad de acuerdo a sus necesidades de salud, para lograr en ellas y en la población general una buena calidad de vida.

2.7.2. Aspectos socio-psico-biológicos del proceso salud enfermedad: la experiencia de estar enfermo

La experiencia de sufrimiento es una de las constantes universales en la vida del ser humano donde la enfermedad como hecho presente o amenaza puede alterar las esferas que constituyen al ser humano como persona, produciendo en este un quiebre o una crisis que determina una oportunidad de cambio que puede ser positivo o negativo para el individuo.

Por ello se requiere distinguir entre los conceptos que se presentan a continuación:

- Concepto de Salud: La salud es la resultante de los cuidados que uno dispensa a si mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. “la salud incluye bienestar y malestar constituyendo un potencial en constante evolución” (OMS, 2006).
- Concepto de Enfermedad: Respuesta del organismo ante aquellos procesos que varían las características esenciales de la salud y afecta la estructura, función y psiquis del individuo. Frecuentemente es un proceso definido en parámetros biológicos (Uribe, 2006).
- Concepto de Bienestar: Es una apreciación subjetiva del equilibrio, armonía y vitalidad, se puede describir en forma objetiva y se puede producir por grados, en los niveles mas bajos de bienestar el individuo se calificará como enfermo y en los mas altos podrá experimentar mayor satisfacción. Es la integración en el cuerpo, la mente y el espíritu, del reconocimiento de que todo lo que el individuo hace y piensa, siente y crea, influye en su estado de salud (Uribe, 2006).

- **Concepto de Malestar:** Es un sentimiento subjetivo de no estar saludable, que puede o no relacionarse con la enfermedad. Lo que importa es como se siente la persona y que acciones toma al respecto (Uribe, 2006).
- **Concepto de Dolencia:** Se refiere a la experiencia subjetiva que tiene el enfermo del sufrimiento, o de forma más general, la experiencia de la enfermedad (Uribe, 2006).

Tener una visión integral de la persona que sufre, permite conocer y comprender mejor los sentimientos, percepciones y experiencias por las que este cursa y estar atentos al impacto personal que puede tener la enfermedad en la vida de dicha persona y darle una atención más humana y eficaz, orientada hacia la restauración de la salud y hacia el logro de su bienestar.

2.7.3. Factores que pueden determinan el impacto de la enfermedad en la vida de una persona

La persona que enferma, vive una especie de desorientación de la propia identidad. La experiencia de estar enfermo se vive de manera diferente en cada persona pero su importancia radica en el propio significado que le otorgue el individuo. No siempre una enfermedad poco complicada generará un escaso impacto emocional en un individuo, depende mucho de factores tales como: conocimientos en torno a la enfermedad, experiencias previas, la forma en que adopta su rol de enfermo y expectativas de vida que tenga el individuo, estos factores influyen en sus percepciones que generarán ciertas conductas en su papel de enfermo.

Uribe (2006) expone, como rol del enfermo al papel que el individuo adopta (o se le hace adoptar), cuando está enfermo, involucrando un comportamiento alterado. Las actividades normales cesan o están disminuidas y en su lugar ocurren comportamientos especiales de enfermo (tal como quedarse en cama). Las personas usualmente tratan de forma distinta a alguien en el rol de enfermo (aislamiento o más atención).

Existen factores que influyen directamente en la percepción de la persona enferma, entre los que se destacan:

- **Tipo de enfermedad:** Gravedad o amenaza potencial, pronóstico, incapacidad, etc.
- **Etapas en el ciclo de vida:** Responsabilidades, grado de libertad, tareas concretas y logros. La amenaza potencial puede ser mayor cuando la persona se encuentra con grandes responsabilidades, en etapa de transición, o con tareas no logradas de las etapas anteriores.
- **Sistema de apoyo externo:** Este factor, comprobado en las investigaciones del área de la epidemiología social como un determinante clave de morbi-mortalidad, puede estar dado por la presencia y ayuda concreta de familiares, amigos, grupos de pertenencia (Iglesia, grupos sociales, recreativos, voluntariado, etc.), instituciones de salud y centros o personas con capacidad de ayuda.

- **Recursos personales:** Se refieren a un gran conjunto de elementos que abarca desde factores psicológicos (autoestima, autoaceptación, carácter, grado de confianza personal, integración previa de experiencias negativas y rasgos como valentía, paciencia, honestidad, equilibrio emocional, optimismo, creatividad, serenidad entre otros), factores culturales (educación, grado de información, hobbies), factores interpersonales (capacidad de establecer y mantener vínculos, capacidad de dar y recibir ayuda) y recursos espirituales (fe orientación general de la propia vida, sentido de servicio, desapego).

Es por esto importante contemplar la perspectiva que el mismo individuo tiene de sí y de su situación de enfermo, para poder abordarlo con medidas terapéuticas que estén en relación con lo que el desea y la medida que el considere necesario.

2.7.4. Reacciones psicológicas de las personas frente a la enfermedad (Uribe, 2006)

Se asocian a situación de enfermedad las experiencias de peligro, frustración y pérdida y comúnmente las emociones asociadas van en la línea de la ansiedad, el miedo, la rabia y la depresión que tienen relación con el ambiente hospitalario, los tratamientos y en general la incertidumbre de la experiencia 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.

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 sí 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. 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.

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 ve como amenaza, son los denominados por la Psicología como Mecanismos de Defensa como la negación, la regresión, el ataque y la dependencia. 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.

Cada vez que un profesional de la salud brinda atención a un paciente/usuario debe entender comportamientos, actitudes, percepciones o sentimientos que los aquejan, para reconocer los recursos con que cuentan las personas y puede explicar el comportamiento que ellos adoptan bajo estas circunstancias, como también las actitudes de sobreprotección, indeferencia, frustración o aburrimiento de sus familiares o de quienes otorgan cuidados terapéuticos.

Por esto, el personal de salud debe permitir y dar lugar al paciente para la expresión de sus emociones, dejarlo hablar y entregarle toda la información necesaria, lo que contribuyen a reducir las emociones negativas de los pacientes, principalmente de aquellos que son sometidos por primera vez a algún evento hospitalario o de atención de salud.

2.7.5. Papel de la mujer en la familia, principal red de apoyo frente la enfermedad

Como ya se expresó, la mujer es el eje al cual se organiza el grupo familiar, es la encargada de proveer calor, alimento y protección a sus miembros en su rol de madre y dueña de casa, además muchas veces constituye la única fuente de ingresos para el grupo familiar. La mujer en su función de protectora es la encargada de velar por la salud de los miembros de la familia así como brindar cuidados y atenciones a quienes enferman.

Una de las funciones primordiales de la familia es la protección bio-psicosocial de sus miembros ya que es un sistema social formado por individuos que se relacionan en forma biológica y por lazos de cariño, que viven en un hogar común. Sus miembros ingresan por adopción, casamiento o nacimiento. Cada integrante de la familia tiene diferentes roles, sus interacciones se rigen por normas internas explícitas o no determinantes para su funcionamiento. Constituye un sistema abierto en permanente cambio, al interactuar con el medio que lo rodea y al adaptarse a las diferentes circunstancias que enfrenta, frecuentemente llamadas crisis normativas o no normativas (Roa *et al.*, 1997).

Desde el punto de vista de la Teoría General de Sistemas, la familia se visualiza como una totalidad que se compone de partes (sus miembros), los que se relacionan y son interdependientes entre sí (Aylwin y Solar, 2002), se influyen mutuamente, lo cual supone que lo que le sucede a uno de ellos, influye necesariamente en los demás, y a la familia como a un todo. Tan estrecha es esta relación entre sus partes que si un individuo o subsistema flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema se verá afectado. Basado en esto se puede señalar que la familia en su totalidad es mucho más que la mera suma de sus miembros. Las funciones desempeñadas por la familia son esenciales para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. La naturaleza de éstas y el grado en que son compartidas con otras instituciones es variable. Es así posible reconocer las siguientes funciones en la familia (Horwitz, 1986) presentadas en el Cuadro No. 3:

Cuadro No. 3: Funciones de la familia según Horwitz (1986)

- **Biológicas:** satisfacción de necesidades sexuales de la pareja conyugal, reproducción y crianza de los hijos.
- **Sicológicas:** desarrollo de una base emocional entre sus integrantes. La familia no es sólo un conjunto de individuos, es un grupo, el más fundamental de los grupos primarios. Entre sus integrantes se desarrollan estrechos lazos emocionales basados en sentimientos de pertenencia y obligaciones mutuas. El grupo así adquiere características supraindividuales, es más que la suma de individuos. Esta esfera de intimidad social es el aspecto más notable de la familia.
- **Sociales:** la familia es el agente de socialización fundamental, transmite valores y conductas aceptadas por la sociedad donde se desarrolla la persona.
- **De relación:** relaciona a sus integrantes con las otras unidades del sistema social. A través del desempeño de roles familiares y la adjudicación de un status, la familia se concibe como plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

Fuente: Horwitz, 1986.

El funcionamiento familiar es la resultante de procesos interactivos entre los miembros de la familia, y como expresa Duarte (1992, citado en Ochoa, 2003) está definido por la cohesión de sus miembros, la adaptabilidad y la red social entre otros, que permiten el entendimiento de la dinámica familiar. La cohesión, es el lazo emocional que los miembros tienen cada uno respecto del otro, y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar (Olson, 1986 citado en Ochoa, 2003; y en Pinto *et. al.* 2004). La adaptabilidad familiar se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y sus reglas de relaciones en respuesta a stress de desarrollo o situacional. La red de apoyo social, se forma de relaciones sociales que rodean al individuo ya sean personas, instituciones o comunidades, de las cuales obtienen apoyo emocional (definido como la presencia de vínculos que entregan comprensión, compañía, afecto, consejos y lazos de confianza), e instrumental para satisfacer necesidades tangibles como alimentos o medicamentos, transporte, información u orientación, etc. La falta de lazos sociales, son fuertes predictores de mortalidad para casi todas las causas de muerte, por lo tanto existe una clara asociación de los vínculos sociales con los indicadores de salud (Margozzini, 1999, citado en Ochoa, 2003). Se sabe que la percepción del apoyo recibido va a ser diferente, dependiendo de quién provenga (Ochoa, 2003).

La familia es fuente de apoyo social, según refiere Riquelme (2000) y juega un rol determinante en el curso de la enfermedad es parte de la atención total que necesita el enfermo, son al mismo tiempo cuidadores y receptores de los cuidados, colaboradores y beneficiarios.

La enfermedad de un miembro comienza con la definición de la patología, hasta el cumplimiento del tratamiento dando paso a vivencias, toma de decisiones y cambios de conducta que ocurren en el seno de la familia. Al enfermar un miembro de la familia genera un cambio de la perspectiva en las funciones familiares, se adquiere una gran

responsabilidad que implica trabajo y cuidado sobre todo para las mujeres, desembocando en una crisis que rompe el equilibrio familiar que desencadenan posteriormente mecanismos de adaptación, pasando a una realidad diferente que puede ser normal o patológica según si cumple o no con su esquema conceptual de funcionamiento familiar, siendo posible sintetizar a la familia como la unidad básica de desarrollo y experiencia, que se desarrolla paralelamente a sus éxitos y fracasos, como así mismo, es la unidad básica de la salud y la enfermedad.

Como resultado del estudio realizado por Manquilef (2004), se obtuvo que un 100% de los cuidadores son de sexo femenino, principalmente hijas. Los rangos de edades que priman oscilan entre los 26 y 69 años, destaca un predominio de la educación básica incompleta ya que muchas de las cuidadoras debieron encargarse forma precozmente de una familia por distintos motivos (madres adolescentes, enfermedad de los padres, entre otros), o salir a trabajar para mantener su hogar. Algunas trabajan en forma remunerada, esporádica principalmente como asesoras del hogar y eran pertenecientes al grupo FONASA A, lo cual refleja la imposibilidad de compatibilizar una actividad laboral remunerada con el cuidado del familiar enfermo. Si a lo anterior agregamos un escaso tiempo para realizar actividades recreativas y de esparcimiento, configuramos una situación proclive para la aparición de enfermedades no solo físicas sino que también de salud mental en estas mujeres (Manquilef, 2004).

El mismo autor concluye que son las mujeres quienes llevan implícito el rol de cuidadoras y las consecuencias de esto puede ser una de las causas que origina las policonsultas realizadas por mujeres entre 20 y 40 años en el servicio de urgencias del Hospital Base Valdivia.

2.8. PROGRAMACIÓN EN RED Y SISTEMA DE SALUD

La nueva Reforma de salud considera un nuevo concepto denominado Programación en Red el cual consiste en aunar y complementar fuerzas para la consecución de una mejor salud para la población, este nuevo concepto incluye a la comunidad y los centros de atención de salud en todos sus niveles, públicos y privados del sistema nacional de salud, y se define como un proceso en que los actores involucrados, aunque independientes entre sí, determinan en conjunto sus necesidades y problemas de salud, recursos con los que se dispone, tareas y actividades de acuerdo a la incumbencia de cada nivel y voluntades para el logro de objetivos comunes de una manera organizada y sistemática con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios de una forma eficiente, eficaz, oportuna, pertinente y de calidad para los miembros de la comunidad (Torres, 2005).

2.9. REFORMA DE SALUD Y SERVICIOS DE URGENCIA: MODELO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. EJE DE LA REFORMA DE SALUD EN CHILE (TORRES, 2005)

En los últimos años se ha notado la existencia de usuarios más informados, demandantes y que hacen ejercicio de sus derechos. A lo cual se suman nuevas exigencias de financistas y aseguradores y las implicancias de la Reforma Judicial en curso, en términos de facilitar el litigio y judicializar la atención de salud, a esto la Reforma de Salud intenta responder a los usuarios a través de sistemas de acreditación de establecimientos; potenciar la docencia e investigación en los mismos; internalización de conceptos de calidad, eficacia, eficiencia y equidad en el trabajo; uso de la información centralizada pero en red y la propia modificación de los Servicios de Salud, que refuerzan su rol gerencial.

La propuesta de la Reforma es articular redes de servicios que vayan: Superando la gestión burocrática y jerárquica; Superando la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; Superando las barreras gerenciales y funcionales entre el nivel primario y el especializado; Aumentando la capacidad de resolución; Articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; Garantizando la continuidad de la atención; aumentando la participación de las personas y el grado de control social.

Es posible observar en el caso específico de los servicios de urgencia, se realizan muchas atenciones a pacientes que se caracterizan por ser policonsultantes que consultan por razones que no corresponden a situaciones de riesgo vital y mas bien corresponden a patologías menores o sicosomáticas factibles de tratamiento y resolución a nivel primario.

Una de las razones por las que estos usuarios consultan en los servicios de urgencia puede ser porque la atención primaria no ha logrado una buena cobertura ni una resolutividad efectiva que permita solucionar los problemas de salud de su población asignada, además de las largas listas de espera que existen en algunas especialidades del CAE⁶; todo esto sumado a la creencia histórica de que al acudir a un servicio de urgencia se tiene la seguridad de ser atendido y la mayoría de las veces resulta el medio mas efectivo y rápido para dar alivio a una situación de salud que aqueja a un individuo.

Este fenómeno en la atención de urgencia ha creado la necesidad de realizar cambios en el sistema de salud cuyo fin es la atención progresiva del paciente, desde que éste presenta la necesidad de atención hasta que dicha atención le es entregada en una unidad asistencial, cuyo nivel sea el más adecuado para el problema específico de salud del consultante. Con la aplicación de este nuevo modelo de atención, los servicios de urgencia tradicionales han visto reducir sus camas de hospitalización para transformarse, de manera creciente, en estaciones transitorias de manejo del paciente, en las cuales se realizan procesos terapéuticos que finalmente concluyen en la decisión de remitir al paciente a la comunidad de donde procede, o bien, internarlo en el departamento hospitalario más adecuado a su problema de salud (ver Anexo No. 1).

⁶ Centro de atención de especialidades.

Con este fin, la propuesta de la Reforma es articular redes de servicios que vayan: Superando la gestión burocrática y jerárquica; Superando la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; Superando las barreras gerenciales y funcionales entre el nivel primario y el especializado; Aumentando la capacidad de resolución; Articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; garantizando la continuidad de la atención; Aumentando la participación de las personas y el grado de control social.

Desde esta perspectiva a nivel primario aparece la implementación del modelo de salud familiar que intenta mejorar la resolutiveidad en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, pero sin abandonar esquemas de atención tradicionales. En tal forma, presentaría una mayor cobertura en atención cerrada, altos rechazos en consulta espontánea y una canalización de esta demanda insatisfecha hacia servicios de urgencia. Una innovación importante en nuestro país, ha sido la creación de los Servicios de Urgencia en la Atención Primaria (SAPUS), estos dispositivos, de acuerdo a Torres (2005) han permitido mejorar accesibilidad y disminuir la presión de urgencias hacia los centros hospitalarios.

Para la mantención de una buena resolutiveidad de los Servicios de Urgencia, resulta vital que la comunidad asuma que son estaciones transitorias de atención de salud y no centros hospitalización ni de resolución de problemas de mediana y baja complejidad terapéutica.

Las Unidades de Emergencias Hospitalarias (UEH) deben ser consideradas como unidad distribuidora de pacientes, que está articulada con la atención primaria y constituyen una forma de entrada a atenciones de mayor complejidad, quirúrgicas y no quirúrgicas, dichas Unidades cuentan con recursos para resolver situaciones de emergencia vital, estabilizar pacientes, intervenir quirúrgicamente si es necesario, abriendo la posibilidad de acceder a la hospitalización si se requiere, estabilizar a aquellos pacientes que pueden resolver su problema o ser derivados a atención ambulatoria, según su situación de salud. También colabora con procedimientos médicos legales en situaciones de violencia en la comunidad o accidentes de diferente naturaleza por lo que debe estar organizado de modo que los casos de real incumbencia sean atendidos en forma prioritaria y oportuna.

La UEH está diseñada para atender pacientes con riesgo vital y por lo tanto debe estar organizada de modo que estos casos sean atendidos en forma prioritaria y oportuna su funcionamiento no discrimina urgencia de emergencia, pero se espera que sólo realice prestaciones de salud a pacientes que presentan una alteración grave, que signifique un riesgo vital o intervenciones de alta complejidad. Por ello, es fundamental la priorización de la atención con criterios clínicos de gravedad y por esto profesionales (médicos o enfermeras) capacitados realizan el procedimiento conocido como TRIAGE⁷, que califica a los pacientes ingresados de acuerdo a la gravedad orgánica que presenten, pero obviando los demás criterios (ver Anexo No. 2).

⁷ Procedimiento de selección que posibilita la atención priorizada de las víctimas en un caso determinado, atendiendo a la gravedad de sus lesiones y a sus posibilidades de recuperación y sobrevivencia.

El TRIAGE o categorización fue establecido como proceso a partir del año 2004, y es un sistema de selección de pacientes el cual califica de "rojo" los casos que requieran de atención inmediata y de "amarillo" para aquellos que podían esperar permitiendo separar en forma rápida y efectiva a los pacientes de acuerdo a su gravedad o complejidad, determinando en forma objetiva, si un paciente requiere de manejo inmediato o admite espera.

Su mayor beneficio, es la seguridad del paciente siendo un sistema utilizado en situaciones de catástrofes masivas, que ha demostrado optimizar los resultados al permitir al equipo de salud concentrarse y ser oportuno en la atención de los casos más urgentes y graves.

Para el equipo de salud, el sistema de priorización, conduce a la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando exista relación entre el resultado de la priorización y el resultado y/o evolución de los pacientes. La Unidad de Emergencia asegura a los pacientes graves, desde su ingreso una atención eficaz, eficiente y oportuna y permite la utilización racional de los recursos humanos y técnicos disponibles.

Para comprender la dinámica de los servicios de Urgencia es necesaria la definición de los siguientes términos (MINSAL; Orientaciones para la Programación en Red 2006):

2.9.1. Definiciones de Emergencia y Urgencia en Salud

Las “emergencias” medicas son calificadas como tales por las propias personas afectadas o por personas de su entorno, encontrándose el equipo de salud con una demanda de atención bajo la subjetividad de los consultantes constituyendo la perspectiva de Demanda y que no concuerdan necesariamente con la calificación de emergencias realizadas por el personal de salud lo que corresponde a la perspectiva de Oferta desde el punto de vista del equipo sanitario, donde de acuerdo a ciertos criterios clínicos se determina si los consultantes requieren atención de emergencia.

El concepto de Urgencia en Salud se define como la aparición de signos o síntomas o una alteración en el estado de salud real o subjetiva de un individuo, que genera en la persona o en quienes lo rodean la percepción de requerir atención inmediata en un servicio especializado y motiva a consultar para obtener atención y alivio, constituyendo entonces una urgencia en salud la percepción de gravedad de una dolencia que presenta un individuo vista por sí mismo o por sus redes.

En razón de lo anterior, la Atención de Urgencia ha sido generalmente organizada para realizar prestaciones en forma inmediata en establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial, sin embargo, la evolución de los servicios ha permitido conceptualizar este tipo de atención en dos componentes: Intramuros y Extramuros.

2.9.1.1. Atención de Urgencia intrahospitalaria y prehospitalaria. La atención intrahospitalaria está representado por la atención que se brinda en establecimientos de salud, cualquiera sea su complejidad. El segundo componente se ha conocido como Atención Prehospitalaria y corresponde a aquella atención que se otorga antes de que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, o en el lugar mismo donde se presenta la emergencia).

Atención Prehospitalaria es definida por el MINSAL (2006) como la atención prestada a la población antes que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, en lugares de asistencia masiva, en domicilio).

Su función es otorgar atención de Emergencia a la población residente y en tránsito, en forma profesionalizada, oportuna, eficiente, eficaz y digna así como trasladar a los afectados en condiciones de estabilización que requiera hasta el centro asistencial más adecuado a su situación específica.

Sus acciones están dirigidas por el Centro Regulador Regional, que coordina el quehacer asistencial de las bases interventoras frente a eventos de emergencias y catástrofes, contando con equipo humano capacitado, y móviles debidamente equipados (ver Anexo No. 3).

Otras medidas tales como, la conformación de la red local de urgencia en cada Servicio de Salud que se coordine planificadamente y la orientación a los beneficiarios policonsultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral, contribuyen a mejorar la calidad de la atención que presta la unidad de Emergencia a sus usuarios (MINSAL, 2006).

2.9.1.2. Red de urgencia y sistema de salud. La nueva Reforma de salud considera un nuevo concepto denominado Programación en Red el cual consiste en aunar y complementar fuerzas para la consecución de una mejor salud para la población, este nuevo concepto incluye a la comunidad y los centros de atención de salud en todos sus niveles, públicos y privados del sistema nacional de salud, y se define como un proceso en que los actores involucrados, aunque independientes entre si, determinan en conjunto sus necesidades y problemas de salud, recursos con los que se dispone, tareas y actividades de acuerdo a la incumbencia de cada nivel y voluntades para el logro de objetivos comunes de una manera organizada y sistemática con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios de una forma eficiente, eficaz, oportuna, pertinente y de calidad para los miembros de la comunidad (Torres, 2005).

2.9.1.3. Articulación y funcionamiento de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valdivia (Servicio de salud Valdivia, 2006). Es así como la red del Servicio de Salud Valdivia se compone de establecimientos de baja, y alta complejidad,

en atención cerrada y abierta. El Establecimiento de alta complejidad corresponde al Hospital Clínico Regional de Valdivia, el que realiza acciones de nivel secundario y terciario, además de acciones de carácter docente asistencial, y es centro de referencia de la provincia.

El servicio de salud Valdivia no dispone de establecimiento acreditado de mediana complejidad, aunque la estructura funcional el Hospital de La Unión contempla las especialidades básicas (Cirugía, Medicina, Obstetricia y Pediatría) y un sistema de atención de urgencia con cargos médicos de 28 horas.

Los Establecimientos de baja complejidad en atención cerrada son 6 Hospitales tipo 4 ubicados en: Lanco, Los Lagos, Paillaco, Corral, Río Bueno y La Unión. Existen, además, 2 Hospitales tipo 4 en las comunas de Panguipulli y San José de la Mariquina que pertenecen a comunidades religiosas y que mantienen convenio con el servicio de salud Valdivia.

En atención abierta urbana se dispone de 4 Consultorios Adosados a Hospitales: Lanco, Corral y Río Bueno, y 5 consultorios independientes: Paillaco, Dr. Alfredo Gantz de La Unión (administración municipal) y los consultorios Externo (dependiente del SSV⁸), Gil de Castro, Las Animas, y Angachilla de Valdivia.

La atención abierta rural está representada por 8 consultorios rurales de administración municipal en las comunas de San José, Lanco (Consultorio Malalhue), Panguipulli (Consultorio Panguipulli, Choshuenco, Coñaripe), Lago Ranco, Máfil, Los Lagos, Niebla y Futrono.

Las postas de salud, 61 en total, se distribuyen en todas las comunas, excepto Lanco. El número de postas en cada comuna es variable según la accesibilidad, superficie y densidad poblacional, correspondiendo el mayor número de postas a La Unión (8), San José (8), Río Bueno (7) y Panguipulli (7).

2.9.1.4. Producción de servicios y resolutiveidad de la red del SSV. Es posible definir capacidad resolutive de acuerdo a muchos factores, por ejemplo oferta demanda, diagnósticos, terapéutica, curación total, entre otros. La capacidad resolutive es un concepto acuñado a fines de los años 70 (Simeant, 1991).

Tomado del boletín “Modernización; Comunicación para un mejor cambio No. 43”, desde el punto de vista general, se entiende por capacidad resolutive de un centro de atención , la suficiencia de sus recursos locales para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, solucionar problemas de salud , alterar las situaciones adversas y conservar el nivel de salud alcanzado (Simeant, 1991).

Donabedian (1993), uno de los pioneros en manejar este término, define la capacidad resolutive como la evaluación de los recursos que producen servicios, que incluyen por un lado la clara identificación de los recursos bajo

⁸ Servicio de Salud Valdivia

estudio, y por otro, la determinación de la capacidad de cada recurso de producir servicios. Esto se relaciona para definir el grado en que los recursos en cuestión y los servicios que estos producen o son capaces de producir corresponden al volumen y la distribución de la necesidad y de la demanda.

En el caso de la Red del Servicio de Salud, la atención de especialidad es resuelta mayoritariamente en el CAE del Hospital Base de Valdivia (Servicio de Salud Valdivia, 2003).

Es interesante determinar, el índice de demanda no resuelta en relación a la cantidad de población potencialmente usuaria (inscrita o asignada), en promedio éste es de 0,05 (Servicio de Salud Valdivia, 2005), cuyo desglose permite identificar atenciones no resueltas en patologías que afectan a la mujer, teniendo un alto índice aquellas relacionadas con enfermedades psiquiátricas y patología mamaria, logrando total resolutivez en las gineco-obtétricas.

Respecto al funcionamiento y productividad de la Red de Urgencia del servicio de salud Valdivia, en el Hospital Base se prestaron 118.693 atenciones, lo que equivale a 0,33 atenciones por habitante en general y 1,29 atenciones por beneficiario (población beneficiaria de 92.347 habitantes) al año 2003.

En relación a la población beneficiaria, la atención de urgencia en Consultorios es bastante marginal, siendo inferior a 100 consultas anuales en 7 de los Establecimientos; siendo sólo significativa, en aquellos establecimientos que al año 2003 tienen implementados sistemas de atención de urgencia: Gil de Castro que presenta un índice de 0,37 atenciones/paciente inscrito; Futrono con un 0,17 atenciones/hab; Lago Ranco, con 0,11 atenciones/hab y Máfil con 0,2 atenciones por habitante⁹.

Respecto a los Hospitales en convenio durante el 2003, el Hospital de Panguipulli presenta el índice de atenciones/hab más alto de los hospitales tipo IV, con 1,97 atenciones de urgencia/hab; mientras que el Hospital Sta. Elisa presenta un índice de 1,38 atenciones/hab.

2.9.1.5. Desafíos propuestos para la Red Asistencial Servicio de Salud Valdivia

- La reorientación de la atención de las consultas de los usuarios de los establecimientos de la Atención Primaria y de los Hospitales tipo 4 de las comunas de la Provincia de Valdivia en la Unidad de Emergencia (UEH) del Hospital Base de Valdivia.
- La satisfacción de usuarios de la UEH del Hospital Base Valdivia, la que depende de:
 - a. La acogida a su percepción de que las razones que lo motivan a demandar la atención no puede ser pospuesta; y

⁹ Información actualizada no se ha encontrado para los periodos 2004 y 2005.

- b. De los criterios de priorización de la atención y los clínicos del abordaje relacionados con la sintomatología que estos presentan.

2.10. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA (URIBE, 2006)

Un gran número de consultas en las UEH son por causas poco pertinentes, banales o incluso sicosomáticas a lo que se suma el hecho de que estas suelen ser recurrentes y por lo general por las mismas personas durante cada año, a estas personas se les conoce como “policonsultantes” o dicho de otra manera adictos a los servicios de Atención de Salud y en este caso a los Servicios de Urgencia.

Se estima que entre un 50% y 60% de los consultantes de las Unidades de Emergencias Hospitalarias (UEH) demanda atención por problemas de salud considerados menores, siendo dicho porcentaje en Valdivia ascendiente a 60% de acuerdo a una investigación de la Dra. Barusi.

La percepción de estos usuarios de mejor accesibilidad, oportunidad y resolutivez que ofrece la UEH con relación a la Atención Primaria y a otros niveles de la red asistencial, la señalan como la opción preferente para la resolución de su problema de Salud ya que no solo son “Policonsultantes” aquellos que realizan consultas por razones de menor complejidad ya que también consultan pacientes portadores de patologías diagnosticadas, en donde la causa de la consulta puede deberse a factores involucrados directamente con “el paciente” como causa de una mala adhesión a los tratamientos y/o indicaciones prescritas en consultas anteriores, como de los “servicios asistenciales”, por mala difusión de la información, seguimiento inadecuado de los pacientes, dificultad de conseguir horas de atención médica a corto plazo, entre otras. Esta conducta de los policonsultantes, atenta contra el modelo de atención general, basado en el autocuidado y educación (Orem, 1993) sumado a que la población responsabiliza en gran parte a la Atención médica de su Salud, se hace necesario reafirmar el concepto de autocuidado, el cual esta siendo olvidado por la población y que es el fundamento para orientar la consulta no calificada como emergencia, hacia los centros de salud primaria.

2.11. ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE POLICONSENTA

No existe una clara definición en la teoría de lo que es la policonsulta.

En 1978, Segura y Vargas realizaron un estudio sobre la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez de Costa Rica y en 1985, Amador, Iturrino y Lépiz realizaron un estudio denominado Análisis Psicosocial del fenómeno de la Policonsulta en las Clínicas Periféricas de la CCSS¹⁰. Ambos estudios demuestran la existencia de

¹⁰ Caja Costarricense del Seguro Social.

policonsulta y determinaron que esto obedece a diferentes circunstancias, algunas justificadas o causas médicas, como en el caso de padecimientos médicos agudos o crónicos, que requieren evaluación periódica, o bien, injustificadas que pueden ser de índole social, laboral, familiar o psicológica en donde las consultas no tienen justificación médica aparente. Dentro de estas causas no médicas se citan la búsqueda de contacto humano, de beneficios secundarios, evasión de responsabilidades, consultas como un ritual, demandantes de prestación de servicios y búsqueda de solución a problemas emocionales entre otros.

Los autores de algunos estudios consideran que uno de los factores que puede estar influyendo en el hecho de que un paciente sea policonsultante, es el aspecto poco integral que le brinda el médico en la consulta y su consecuente insatisfacción.

Muñoz *et al.* (1991), en un estudio sobre las características de los pacientes policonsultantes, define al policonsultante como aquella persona que recurre con una frecuencia de siete o mas consultas al año a los consultorios del Seguro Social de Costa Rica, dicha asistencia a la consulta debe ser por iniciativa propia. Se observó en este estudio que:

- El sesenta y siete por ciento de los pacientes policonsultantes asistieron de siete a diez veces al año.
- Las mujeres consultaron con más frecuencia que los hombres y el grupo etáreo predominante fue el de 20 a 60 años en uno y otro sexo. Los principales motivos de consulta fueron las infecciones de las vías respiratorias superiores, el intestino irritable y dolor abdominal, la sepsis urinaria, lumbalgia, trastornos de la menstruación, depresión y bronquitis, entre otros.
- La mayoría de los policonsultantes vivían en el área urbana y ente las ocupaciones sobresalieron las amas de casa, seguidas por los operarios industriales, los comerciantes, los vendedores y un porcentaje considerable en el grupo de desempleados y pensionados.
- Con respecto a las consultas no médicas, estas se relacionaron con el grupo etáreo adulto y el sexo femenino, en el caso de agresión, y con los hombres en los casos de alcoholismo crónico. Los investigadores consideraron que los motivos de consulta fueron mas frecuentes de lo que se anotaron.

En los estudios internacionales como los realizados en Estados Unidos por el Instituto Nacional de Salud Mental (Regier *et al.*, 1993; Kessler *et al.*, 1994) este patrón de consulta se ha asociado con trastornos psicosociales.

A contraposición de lo expresado anteriormente, la entrevista realizada a la Dra. Elizabeth Posada, coordinadora del EBAIS¹¹ San Rafael Oeste (Seguro Social Costarricense) (citada en Picado, 2004), hay varios motivos que provocan la conducta policonsultante en la población; ella considera que la agresión doméstica y la carencia de afecto, junto con los “carruseles” creados por los médicos en sus consultas, son dos de las

¹¹ Equipo Básico de Atención Integral de Salud de costa Rica.

causas mas importantes en lo que a policonsultas se refiere, señala que según su propia experiencia hay una insatisfacción por parte de los policonsultantes que los hace tener esta conducta, si el médico le presta demasiada atención a su problemática psicosocial, se favorece el surgimiento de una relación de dependencia por parte del paciente que termina siendo un fuerte estímulo para consultar con aún mayor frecuencia. Por lo que considera que el médico debe buscar ubicarse en una posición que le permita ayudar al paciente desde el punto de vista psicosocial sin ser el eje de esa ayuda, sugiriendo la creación de grupos focales o equipos para manejar los trastornos afectivos y de salud mental.

Del estudio realizado por Picado (2004), titulado “La policonsulta y su impacto en los costos del EBAIS concentrados del Área de Salud Alajuela Sur durante el año 2001”, es posible determinar que el 86% de los pacientes son mujeres y de estas un 42% se concentra entre los 30 y 50 años de edad. Probablemente debido a que este subgrupo de población, por lo general, tiene menos barreras de acceso a los servicios de salud, pues tienen un horario mas flexible y no tiene que pedir permiso a un jefe(a) para acudir a un centro asistencial.

En nuestro país no se han encontrado investigaciones relacionadas con el estudio de los policonsultantes y policonsultas en un centro de atención de salud distinto del Hospital Base de la provincia de Valdivia.

2.11.1. Concepto de Policonsultante

El MINSAL (2005) define Policonsultante como aquel individuo que consulta al menos en dos oportunidades en un centro de Salud en un periodo menor a 30 días, independiente de la causa que motive la consulta.

2.11.2. Caracterización de los policonsultantes de la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia

En la investigación realizada por Uribe (2006) se señala que en la Provincia de Valdivia hay un grupo importante de personas que concurre en forma repetida a la UEH del HCRV, este grupo constituyó 12.780 individuos (lo que representa el 39,03% de la población del total de las consultas en la Unidad de Emergencia del HCRV), siendo este un gran número de personas que ha generado un costo para la unidad hospitalaria cuyas consultas muchas veces son impertinentes y además posponen la atención de pacientes que requieren verdadera atención de urgencia. Tal situación contribuye a mantener la inequidad especialmente con los sectores rurales, porque dificulta la optimización y redistribución de los recursos tanto materiales como humanos ya por lo general insuficientes en estas áreas, siendo esta situación común en todo el país y que podría no existir si se concreta eficientemente la gestión en red (ver Anexo No. 4).

Según los antecedente extraídos por este mismo autor en relación a los policonsultantes del servicio de Urgencias del HCRV, se puede identificar como un grupo importante de “policonsultantes” a una población correspondiente a 54,28% del total de las

policonsultas con rangos de edad mayoritariamente entre los 20 y 40 años, es decir, éstas son realizadas por población joven que generalmente corresponde a la población activa y fuerza de trabajo, entonces se puede inferir que las causas de consulta muchas veces podrían tener relación con la actividad laboral o enfermedades de tipo laboral, ambiental, condiciones de vida, estrés debido a la sobrecarga horario y de trabajo, asociadas a la responsabilidad de la carga familiar.

En general, las mujeres tienen mayor tendencia a consultar en los servicios de atención, de lo cual se desprende que esto puede deberse a que suele ser la mujer quien se preocupa de la situación de salud familiar y esta más sensibilizada con el cuidado de la salud asociado a un tema cultural de que las mujeres consultan cuando experimentan síntomas, en cuanto a que el hombre es más reacio a acudir a un centro asistencial que las mujeres; es necesario aclarar además que estas Consultas son realizadas por personas pertenecientes a grupos A y B de FONASA, grupos que gozan de gratuidad en la atención a lo que se le asocia un bajo nivel sociocultural y por supuesto económico. Los horarios de consulta son regulares presentando un peak alrededor de las 15 horas.

Este estudio revela además que las derivaciones posteriores a la atención en UEH en su mayoría se realizan hacia centros de atención primaria ya que como se dijo corresponden a patologías de menor complejidad o bien a patologías crónicas, otro porcentaje, menor son enviados a su hogar. Vale la pena destacar que de estos policonsultantes solo un muy bajo número requiere de hospitalización. Además un 20% de los consultas generadas por los policonsultantes, no registra diagnóstico, lo que genera una gran distorsión en el análisis porque influye en el resultado de general de cada enfermedad en particular.

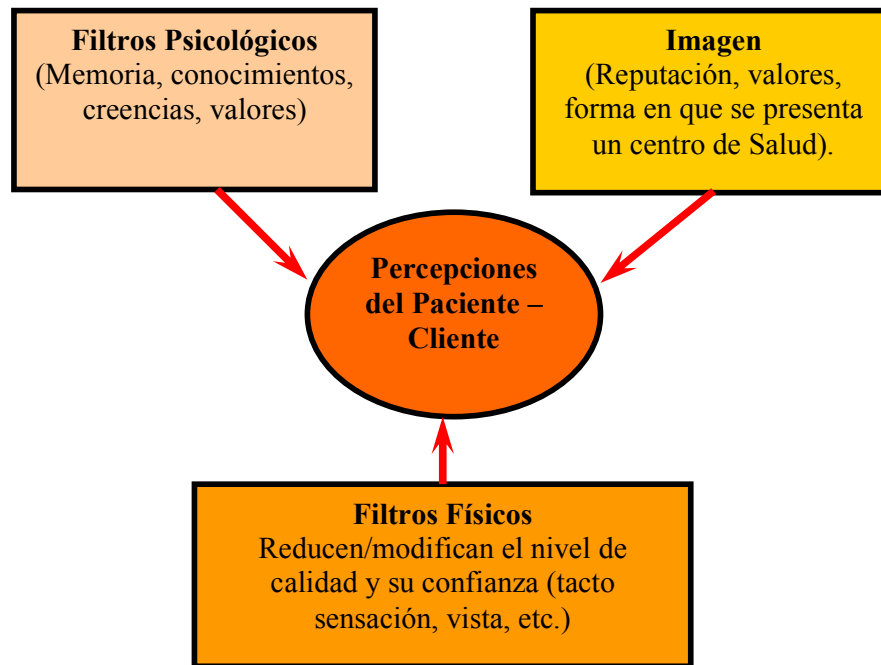
Es importante determinar quiénes conforman este grupo, cuáles son sus características como personas Socio-psico-biológicas en constante interacción con un medio social y familiar que es cada día más demandante y exigente, y al ser las mujeres jóvenes, en su mayoría constituyen un problema de salud pública contingente y factible de abordar a través del conocimiento de estas usuarias en cuanto a sus percepciones de los servicios de urgencia y los otros niveles de atención que nos permitan determinar sus reales necesidades y darles satisfacción de la forma que corresponda y donde corresponda respondiendo de esta manera a las expectativas de mejor salud para todos que corresponde al objetivo en que se fundamenta la Reforma sanitaria.

2.12. SATISFACCIÓN USUARIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIA

2.12.1. Desde las necesidades hasta las percepciones

Las necesidades de las personas se transforman en percepciones, cualquier cosa que influya en la percepción tendrá un impacto positivo o negativo en la voluntad del individuo para confiar en la atención prestada en un determinado centro de atención, lo cual en Marketing se denomina “filtro” (Horovitz, 2000).

Figura No. 1: Aspectos que influyen sobre las percepciones



Fuente: Horovitz, 2000 (adaptación realizada para efectos sanitarios).

- **Filtros Físicos:** Todo Servicio de prestaciones de salud generará percepciones en el paciente –usuario- cliente, generadas tanto por los filtros físicos como psicológicos. Es por esto que para atraer u orientar a la población hacia los centros de salud que les corresponden de acuerdo a sus requerimientos de atención de salud, se deben estimular sus cinco sentidos, potenciando una percepción positiva acerca de su calidad y de su capacidad para cubrir las necesidades de los usuarios.

La percepción se define como un proceso cognoscitivo de conocer el mundo, constituyendo el punto de encuentro entre la “cognición y la realidad”.¹ Los filtros físicos pueden reforzar o destruir la percepción que una persona o comunidad tiene en relación a las prestaciones de una entidad sanitaria.

- **Filtros Psicológicos:** Los filtros psicológicos también modifican la percepción, estos incluyen la memoria, los conocimientos, las creencias y los valores.

Aquí nace la necesidad de conocer y respetar las características psicosociales y culturales de cada individuo que solicita atención de salud, ya que, al no considerarlas se corre el riesgo de generar una mala percepción en relación a la atención prestada en especial a pacientes de culturas o religiones tales como Mapuche o Testigos de Jehová, entre otros, que corresponden a grupos que expresan con firmeza algunas creencias y valores que al ser refutadas por un funcionario de algún centro de atención sanitaria, solo genera un rechazo a la atención en dicho centro o hacia las ciencias médicas.

- La Imagen: El tercer factor que afecta en las percepciones es la propia imagen de centro de salud o su oferta de atenciones. El modo en que se posicione la institución de salud influye en la percepción de los pacientes – clientes. La imagen se construye en torno a una reputación, una personalidad y una serie de valores que son posibles de entregar e identificar a través de las vías de comunicación.

2.12.2. Desde las necesidades hasta las percepciones y hasta las expectativas

Las necesidades (conocidas o desconocidas, implícitas o explícitas), se modifican por las percepciones que, modifican las expectativas. Las percepciones modifica una evaluación “objetiva” de cómo un servicio puede responder a una necesidad. Por otra parte, las expectativas tienen mas que ver con el nivel de servicios que los pacientes - clientes creen que se les debe dar, teniendo en cuenta sus necesidades y sus percepciones de la oferta.

La percepción que los Servicios de Urgencia han generado en la población es que es una unidad de fácil acceso con alto nivel de resolutiveidad, lo cual atrae a los pacientes como tales clientes a una empresa que ofrece prestaciones de calidad, eficiente y en forma oportuna del cual egresan conformes dado que su problema de salud ha recibido atención, es decir, cumple con las expectativas de los pacientes de satisfacción de sus necesidades de salud.

Es por esto importante mejorar la percepción que tiene la comunidad en relación a la atención primaria, lo que se puede lograr a través de la difusión de oferta de programas de atención y niveles de resolutiveidad que en estos niveles se alcanza y se pretende alcanzar al lograr una mayor participación comunitaria. Por otro lado es importante dar a conocer las expectativas que tienen los servicios de salud con la actuación en red, demostrando en forma empírica con colaboración de la población los beneficios que generaría un sistema de atención organizado, sistematizado y coordinado para la salud de la población a nivel nacional.

2.12.3. Expectativas y Percepción de los usuarios en la atención de Urgencia

Una importante propuesta incluida en la Reforma es la gestión de los cuidados, y clave de la calidad de la atención de los pacientes son los aspectos relacionados con la satisfacción de necesidades psíquicas y sociales del paciente que se relaciona con ámbitos muy diversos que deben estar concatenados: la gestión de la agenda asistencial, la gestión de la ficha clínica, gestión de la hospitalización, gestión de la satisfacción y gestión de los deberes y derechos del usuario (MINSAL, 2006).

En la gestión pública chilena se están haciendo esfuerzos por dar un enfoque común en todas las reparticiones públicas a los puntos de resolución de las solicitudes de las personas, lo que se ha traducido en estandarización de las OIRS¹², que cuentan con normativas extensas y explícitas que el establecimiento hospitalario debe respetar e

¹² Oficina de información, reclamos y sugerencias.

integrar en su plan institucional. A menudo estas unidades están dispersas en distintas personas y unidades del hospital. Por ello, es relevante coordinar y unificar sus objetivos.

Progresivamente los hospitales incorporan nuevos servicios de apoyo para que el paciente se sienta cómodo y para recibir y gestionar la opinión del usuario como insumo para la mejoría continua de la calidad de los procesos. En la perspectiva de lo señalado destaca el transporte, las facilidades de visita, el confort de las salas de espera en las UEH y de las dependencias clínicas, la calidad de la alimentación, entre otras. Pero en la satisfacción del usuario siguen siendo los factores más importantes la confianza en la calidad técnica del equipo tratante, la calidez del trato, la oportunidad de la atención y la calidad de la información y de la relación entre el usuario, su familia y el equipo de salud. Junto con los aspectos ya señalados, en la gestión integral del paciente hay que preocuparse también de los siguientes ámbitos (MINSAL, 2006):

- Desarrollar competencias para que el hospital pueda dar apoyo de carácter social al paciente y su familia, para asegurar la continuidad del tratamiento, preocuparse de la reinserción del paciente a su comunidad y centro de salud, y de que existan redes de apoyo local que puedan seguir respaldando al usuario y su familia.
- Desarrollar competencias en la organización para dar apoyo psicológico y espiritual al usuario y su familia, respetando la cultura y creencias de todos. En este aspecto hay que relevar los esfuerzos que se desarrollan en el ámbito de la incorporación de cosmovisiones étnicas a los procesos asistenciales.
- Desarrollar competencias en la organización, para que ésta pueda incorporar exitosamente al paciente y a su familia al proceso de cuidados, potenciando la corresponsabilidad y la colaboración. Es oportuno destacar el valioso rol de los familiares en la gestión de los cuidados. Se debe velar porque dicha incorporación sea un resultado de la opción del establecimiento por respetar los derechos del usuario a ser acompañado y de la familia a participar de los cuidados, más que un modo de remediar insuficiencias del propio establecimiento en el ámbito de los cuidados.
- Desarrollar competencias en la organización para organizar a los pacientes en entidades comunitarias tales como las agrupaciones de pacientes, los clubes de crónicos que deseen seguir conectados con el establecimiento para apoyar a otros pacientes o a sus familias. Estas organizaciones son muy efectivas en la realización de actividades como colaborar en la continuidad de los tratamientos, desarrollar nuevos hábitos y conductas o mantener actitudes solidarias, establecer nexos entre hospital y comunidad o empoderar a los usuarios para su relación con la red sanitaria.
- Desarrollar competencias en la organización para, a través de oficinas de atención al público, buzones o encuestas, recabar reclamos y sugerencias de los pacientes y sus familiares y transformar los datos obtenidos en información útil para la gestión, especialmente en el ámbito de la calidad.

Es necesario que los profesionales de la salud a través del proceso de relación profesional – paciente sean capaces de identificar las necesidades de estos las, que muchas veces son difíciles de comprender dado que pueden ser implícitas o explícitas, es decir,

solo se hacen visibles cuando los usuarios expresan ser incomprendidos, inadecuadamente atendidos y/o maltratados.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Perfil Socio–psico-biológico de la población femenina policonsultante con edades entre 20 y 40 años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), durante el periodo Octubre del año 2003 al mismo mes del año 2004.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas y epidemiológicas de las usuarias policonsultantes entre 20 y 40 años que concurren a la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre octubre de 2003 a octubre de 2004.
- Identificar las características de las consultas realizadas en la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia por parte de las usuarias entre 20 y 40 años policonsultantes registrados durante el período comprendido entre octubre de 2003 a octubre de 2004.
- Definir las características familiares de las usuarias entre 20 y 40 años policonsultantes, que concurren a la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, durante el período comprendido entre octubre de 2003 a octubre de 2004.
- Describir las relaciones que ostentan las familias de las usuarias policonsultantes con rangos de edad entre 20 y 40 años con sus redes de apoyo sociales primarias y secundarias, durante el período comprendido entre octubre de 2003 a octubre de 2004.
- Caracterizar los Hábitos de vida Saludable que los sujetos bajo estudio llevan a cabo.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación desarrollada tiene la característica de ser un estudio exploratorio en nuestro país, debido a que abordó un tema del cual no se encontró algún estudio precedente, además de ser una investigación con un enfoque de tipo mixto, vale decir, ostenta rasgos cualitativos y cuantitativos.

El carácter de la investigación llevada a cabo es de tipo:

- Descriptivo, por cuanto se busca caracterizar aquellas variables importantes que definen aspectos relacionados al perfil Socio-psico-biológico de las mujeres policonsultantes con rango de edades entre 20 y 40 años, en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), para luego ser sometidas a análisis y describir lo que se investiga.
- Correlacional, ya que “mide si las variables que se pretenden ver están o no relacionadas en los mismos sujetos de estudio” (Hernández *et al.*, 2003).

Con respecto al diseño metodológico de la investigación se puede señalar que es de tipo:

- No experimental, puesto que se realizó sin manipular deliberadamente las variables, observando los fenómenos en estudio tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.
- Transversal, por tratarse de un estudio efectuado en un momento único de tiempo, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

El material a utilizar en este estudio, fue extraído de tres fuentes:

- Fuente primaria: Datos recopilados a través de dos encuestas y un ecomapa a la población de interés.
- Fuente secundaria: Esta información estuvo basada en estadísticas gubernamentales, y del sector de la salud en general (y del Hospital Clínico Regional de Valdivia [HCRV] en particular), tales como: Ministerio de Salud (MINSAL), Servicio de Salud de Valdivia, Hospital Clínico Regional, INE, entre otros.

- Fuente Terciaria: Contempló la recolección de material bibliográfico referente al tema en la literatura académica disponible, revistas especializadas, e Internet.

4.3. POBLACIÓN EN ESTUDIO

La investigación se realizó sobre el Universo de las 3.115 mujeres policonsultantes con edades fluctuantes entre 20 y 40 años durante el período Octubre de 2003 al mes de Octubre de 2004¹³ registradas en la base de datos de la Unidad de Informática y Estadística del Servicio de Salud de Valdivia, correspondientes al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de la misma comuna, desde donde se obtendrán las variables sociodemográficas y algunas relacionadas con las características epidemiológicas de las atenciones realizadas. Se determinó este periodo de estudio para evitar sesgos de estacionalidad.

4.4. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Para la construcción de los Perfiles Socio-Demográfico y Epidemiológico se utilizará tanto un procedimiento censal como estimaciones en base a datos muestrales. Para definir el tamaño de la muestra, se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra definitiva a la que se le aplicará el cuestionario será de 43 personas¹⁴.

Para determinar el tamaño muestral, es decir, el número de personas que va ser objeto de estudio, se partió de las siguientes premisas:

- La Población corresponde a 3.115 mujeres policonsultantes.
- Se adopta un nivel de confianza del 95% de que nuestros estimadores tengan un error de muestreo permitido del 14,9%¹⁵.
- Se considera $p = p(\text{éxito}) = 0,5$.

Se utilizó la siguiente fórmula de determinación del tamaño muestral:

$$n^* = \frac{\sigma^2 \cdot Z_{\alpha}^2}{E^2}$$

¹³ No se incluyen ambos meses para evitar sesgos de estacionalidad. En estricto rigor, los datos que se analizarán corresponderán a los meses de noviembre de 2003 a septiembre de 2004.

¹⁴ No se incluirán aquellas pacientes que no registran un sistema de previsión (la opción en la base de datos se encuentra en blanco), que no registran un diagnóstico (S/D en la base de datos o en blanco), los que no presentan una derivación (S/D en la base de datos o en blanco), y los que no tienen como residencia a la provincia de Valdivia.

¹⁵ Se consideró este error de muestreo permitido, ya que se evaluó el costo, tiempo y complejidad de la investigación.

Donde,

n^* Aproximación al tamaño muestral.

σ^2 Desviación estándar.

E Error asumido

Así,

$$n^* = \frac{0,5^2 \cdot 1,96^2}{0,149^2} = 43,24 \approx 43$$

Dado que la muestra obtenida es inferior al 5% de la población total, no se aplicó ningún factor de corrección. Por tanto, al aplicar la fórmula de determinación del tamaño muestral con un nivel de confianza de 1,96 sigmas, se obtuvo una muestra de 43 mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia a encuestar a través de los cuestionarios aplicados presencialmente que serán los instrumentos de recogida de información utilizada en la investigación.

4.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizaron tres tipos de instrumentos distintos:

- El primer instrumento lo constituye el cuestionario ENCUESTA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, disponible en la página Web de la Universidad Austral de Chile, Valdivia (2006) el cual será utilizado para determinar los hábitos de vida de las policonsultantes entre 20 y 40 años y la calidad de vida de estas mismas: Este instrumento se constituye de 25 indicadores destinados a la evaluación (Anexo No. 5)
- El segundo instrumento constituye el cuestionario FACES III o MODELO CIRCUMPLEJO EN LOS SISTEMA FAMILIAR Y MARITAL, utilizado por Ochoa (2003) en “Cohesión, Adaptabilidad Familiar y Red Social en Pacientes con Cáncer Gástrico: Un Estudio Descriptivo. Valdivia, Chile 2002”. Este instrumento será utilizado para determinar las variables relacionadas con la percepción de la entrevistada sobre la cohesión y adaptabilidad familiar. El instrumento de medición aplicado (que se presenta en el Anexo No. 6) está diseñado utilizando la Escala de Likert, y está constituido por 20 indicadores.
- El tercer instrumento lo constituye el ECOMAPA, utilizado por Ochoa, 2003 en “Cohesión, Adaptabilidad Familiar y Red Social en Pacientes con Cáncer Gástrico: Un Estudio Descriptivo. Valdivia, Chile 2002”. Este instrumento será utilizado para determinar las variables correspondientes a la calidad de la relación de la entrevistada con sus redes de apoyo social. El instrumento de medición aplicado (que se presenta

en el Anexo No. 7) está diseñado utilizando la Escala Orden de Rango, y está constituido por un indicador.

Estos instrumentos solo serán aplicados previa firma del Acta de consentimiento Informado por cada entrevistada (Anexo No. 8).

4.5.1. Tiempo estimado para la recolección de información

El periodo estimado comprendió las fechas entre 24 de Mayo y el día 16 de Junio, último día hábil para el trabajo de campo. Este periodo comprende un total de 17 días hábiles para la aplicación de los Instrumentos.

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO

En las tablas que se presentan a continuación, se detallan las variables involucradas en la presente investigación y su operacionalización correspondiente.

Tabla No. 3: Operacionalización variable “Calidad de Vida”

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Calidad de vida	Hábitos de vida saludable	Conjunto de acciones que realiza en individuo que contribuyen a una buena calidad de vida	▪ 85 a 100: Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico ▪ 70 a 84: Buen trabajo, estás en el camino correcto ▪ 60 a 69: Adecuado, estás bien ▪ 40 a 59: Algo bajo, podrías mejorar ▪ 0 a 39: Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor	Encuesta de hábitos de vida saludable

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento Encuesta de hábitos de vida saludable.

Tabla No. 4: Operacionalización variable “Características Socio-Demográficas”

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características Socio-Demográficas	Edad	Números de años cumplidos al momento de al aplicación del instrumento	▪ Años cumplidos	Base de datos SSV
	Estado civil	Situación civil del individuo	▪ Soltero ▪ Viudo ▪ Casado ▪ Conviviente ▪ Separado	Ficha Clínica
	Religión	Un sistema de fe y culto	▪ Católico ▪ Mormones ▪ Otra ▪ Evangélico ▪ Agnósticos ▪ Luteranos ▪ Ateos	Ecomapa
	Previsión	Entidad de salud a la cual se encuentra afiliada	▪ Fonasa A ▪ Fonasa D ▪ No tiene previsión ▪ Fonasa B ▪ Isapre ▪ FFAA ▪ Fonasa C ▪ Particulares	Base de datos SSV
	Nivel de escolaridad	Último nivel de educación que aprobó en la enseñanza formal	▪ Analfabeto ▪ EB ¹ incompleta ▪ EM ² incompleta ▪ ETP ³ incompleta ▪ ES ⁴ incompleta ▪ Sin educación regular ▪ EB completa ▪ EM completa ▪ ETP completa ▪ ES completa	Ficha Clínica
	Ocupación	Actividad que realiza el individuo al momento de aplicar el instrumento	▪ Dueña de casa ▪ Estudiante ▪ Otra ▪ Empleado ▪ Cesante ▪ Profesional ▪ Independiente	Ecomapa

¹ Enseñanza Básica. ² Enseñanza Media. ³ Enseñanza Técnico-Profesional. ⁴ Enseñanza Superior.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 5: Operacionalización variable “Perfil Epidemiológico”

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Perfil Epidemiológico	Antecedentes mórbidos	Antecedentes de enfermedades que haya padecido el paciente	▪ Si ▪ No	Ficha Clínica
	Hospitalizaciones previas	Antecedentes de hospitalizaciones en servicios públicos y privados	▪ Si ▪ No	Ficha Clínica
	Causa de consulta	Diagnóstico servicio de Urgencia	▪ Gastrointestinales ▪ Accidentes ▪ Cardiovasculares ▪ Siquiátricas ▪ Tumores y neoplasias ▪ Metabólicas ▪ Locomotor ▪ Neurológicas ▪ Piel y mucosas ▪ Respiratorias ▪ Otras infecciones ▪ Genitourinario ▪ Examen y control	Base de datos SSV
	Inscripción en centros de atención primaria	Descrito como la existencia de fichas de atención en servicios de atención primaria, como Consultorios o Postas de la comuna de Valdivia	▪ Si ▪ No	Base de datos SSV
	Lugar de Derivación	Lugar en donde se le otorga satisfacción a la necesidad de salud del individuo	▪ Servicio de Hospitalizado ▪ CAE ▪ Servicio de Atención Primaria ▪ Domicilio	Base de datos SSV

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 6: Operacionalización variable “Características del grupo familiar”

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Características del grupo familiar	Tipo de familia	Conformación de la familia, con las personas que vive actualmente	▪ Familia nuclear ▪ Familia unipersonal ▪ Familia monoparental ▪ Familia extendida	FACES III
	Funcionamiento familiar	Proceso interactivo entre los miembros de la familia	▪ Grado de cohesión ▪ Grado de adaptabilidad	FACES III

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III.

Tabla No. 7: Operacionalización variable “Redes de Apoyo”

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Redes de Apoyo	Relación con cada red de apoyo	Carácter o forma de la relación entre el paciente y sus redes sociales según la opinión del mismo	▪ Buena (color verde) ▪ Regular (color amarillo) ▪ Mala (color rojo) ▪ No hay (color azul)	Ecomapa

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento Ecomapa.

4.7. MÉTODO DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez recibidas las encuestas, se traspasaron las respuestas a una planilla de Microsoft® Excel 2003, donde se encontraban las alternativas de cada instrumento. El procedimiento se realizó codificando las respuestas con valores dicotómicos o bien valores enteros dependiendo las alternativas de respuesta de los instrumentos (ver Tablas Nos. 8, 9 y 10).

Tabla No. 8: Puntuación correspondiente a cada alterativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento FACES III

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
Planteamiento	5	4	3	2	1

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 9: Puntuación correspondiente a cada alterativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento Ecomapa

	Bueno (Verde)	Regular (Amarillo)	Mala (Rojo)	No tiene (Azul)
Planteamiento	1	2	3	4

Fuente: Elaboración propia.

Tabla No. 10: Puntuación correspondiente a cada alternativa de respuesta de acuerdo al tipo de planteamiento para el instrumento Encuesta Hábitos de Vida Saludable

Respuesta	Indicadores														
	1	2	3	5	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Siempre													2		
Casi Siempre	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2
A veces	1	1	1	1	1	1	1				1			1	1
Algunas veces								1	1	1		1	1		
Casi Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Respuesta	Indicadores									
	4	6	7	8	9	10	11	12	24	25
A menudo							0	0	0	
Ocasionalmente							1		1	
Sólo rara vez								1		
Nunca							2	2	2	
Ninguna de éstas				2						
Alguna de éstas				1						
Todas éstas				0						
4 o más veces por semana				2						
1 o 3 veces por semana				1						
Menos de una vez por semana				0						
No estoy pasado/a o lo estoy en hasta 4 kilos de más					2					
5 a 8 kilos de más					1					
Más de 8 kilos de más					0					
No en los últimos cinco años						2				
No en el último año						1				
He fumado en este año						0				
Ninguno							2			
0 a 10							1			
Más de 10							0			
0 a 7 trago								2		
8 a 12 tragos								1		
Más de 12 tragos								0		
Menos de 3 por día										2
3 a 6 por día										1
Más de 6 por día										0

Fuente: Elaboración propia.

4.8. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

4.8.1. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para analizar la consistencia interna de los instrumentos FACES III y Ecomapa, se utilizará el coeficiente alpha de Cronbach, el cual analiza la correlación existente entre una escala y cualquier otra posible que contuviese el mismo número de ítems y que pudiera construirse a partir del universo hipotético de variables que pueden medir lo mismo (Cronbach, 1951 citado en Vera y Miranda, 2004).

Para efectos de la presente investigación, se optó por determinar como criterio de validez un alpha de Cronbach superior a 0,65 (Vera y Miranda, 2004).

El procedimiento a utilizar para su cálculo será sobre la base de la matriz de correlación de los ítems, aplicando la fórmula siguiente:

$$\alpha = \frac{N\bar{p}}{1 + \bar{p}(N - 1)} \quad \text{donde:}$$

N Número de ítems.

$\bar{p}$ Promedio de las correlaciones entre ítems.

4.8.2. Análisis de la información

Para el análisis de la información, se utilizarán tanto técnicas de estadística descriptiva, como también, técnicas de estadística inferencial.

Se utilizará la mediana como medida de tendencia central, ya que Webster (2000) señala que al ser los datos cualitativos, ésta identifica más fielmente el punto alrededor del cual se centran los datos. Los criterios y valores de evaluación utilizados están establecidos en la siguiente tabla.

Tabla No. 11: Niveles de percepción de acuerdo a la Mediana

Percepción para cada indicador del FACES III	Mediana	Percepción para cada ítem del Ecomapa	Mediana
Siempre	5	Buena	1
Casi Siempre	4	Regular	2
A veces	3	Mala	3
Casi Nunca	2	No tiene	4
Nunca	1		

Fuente: Elaboración propia.

Utilizando el criterio presentado en el párrafo anterior, para el caso del instrumento FACES III se determinó como valor referencial la medida estadística mediana teórica, que alcanzó el valor de tres para todos los indicadores.

Se evaluará la aleatoriedad del Proceso de muestreo utilizando una prueba no paramétrica denominada Prueba de rachas. Se optará por medirlo con el primer instrumento (FACES III) que sea analizado. Se procederá a agrupar las observaciones (medianas del conjunto muestral para cada indicador) en categorías A y B, tomándose como valor de referencia a la mediana teórica, para conocer el número de rachas existentes. Las hipótesis a probar serán:

H_0 : Existe aleatoriedad en la muestra.

H_1 : No existe aleatoriedad en la muestra.

Para probar la hipótesis, se determinará si el número de rachas (r) es demasiado grande o demasiado pequeño utilizando un nivel de confianza del 5%. Este valor r deberá estar entre dos valores críticos M_1 y M_2 para los respectivos valores n_1 medianas por sobre la teórica, y n_2 medianas por debajo de la teórica. Dichos valores críticos serán extraídos del trabajo de Swed y Eisenhart (1943, citado en Webster, 2000) titulado “*Tables for Testing Randomness of Grouping in a Sequence of alternatives*”¹⁶.

Se evaluará a las medianas resultantes de los indicadores para el conjunto de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) bajo análisis para el caso de los instrumentos FACES III y Ecomapa sacando inferencias con respecto a la muestra. Para que las afirmaciones tengan validez a nivel poblacional, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo).

¹⁶ Webster (2000) adaptó el trabajo en dos tablas utilizando sólo el nivel de significancia de $\alpha = 0,05$ y para una sola muestra.

Las hipótesis a probar serán:

$$H_0: \text{Mediana} = M_i$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq M_i$$

El estadístico de prueba a utilizar será $z = \frac{x - \mu}{\sigma} \sim N(0,1)$, Siendo $\mu = 0,50 \cdot n$ y $\sigma = \sqrt{0,25 \cdot \mu}$ (con n = muestra). Se usará una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluará rechazar H_0 si el estadístico z es menor que -1,96 o mayor que +1,96.

Para evaluar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar (derivado del instrumento FACES III), el procedimiento será el siguiente:

- El puntaje de cohesión, es la suma de todos los ítems impares del instrumento.
- El puntaje de adaptabilidad, es la suma de todos los ítems pares del instrumento.

Luego se estimará un promedio de cada puntaje individual, para ubicar el resultado en el rango correspondiente a la dimensión medida, las que se presentan a continuación:

Tabla No. 12: Niveles de percepción de acuerdo al Promedio

Cohesión Familiar	Promedio	Adaptabilidad Familiar	Promedio
Desligada	[0 - 12,5]	Rígida	[0 - 12,5]
Separada	(12,5 - 25]	Estructurada	(12,5 - 25]
Conectada	(25 - 37,5]	Flexible	(25 - 37,5]
Amalgamada	(37,5 - 50]	Caótica	(37,5 - 50]

Fuente: Elaboración propia.

El resultado será confirmado calculando la frecuencia de cada rango.

Para el caso del instrumento Encuesta de hábitos de vida saludable, el procedimiento será el siguiente: se sumará el puntaje, multiplica el resultado final por dos para cada encuestada, para luego calcular la frecuencia y concluir en base a ella. El significado de los puntajes se da a continuación:

- 85 a 100: Se realiza un excelente conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.
- 70 a 84: Se realiza predominantemente un buen conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida

- 60 a 69: Se realiza un relativamente adecuado conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.
- 40 a 59: Se realiza un bajo conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.
- 0 a 39: Se realiza un muy bajo o nulo conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES POLICONULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, CON EDADES FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS

A través de un procedimiento censal, se determinó la participación por rango étareo y la previsión de las mujeres policonultantes. Así, los datos muestran que los rangos étareos con más policonultantes son las que se encuentran entre los 20-29 años (49,82%) y 30-40 años (50,18%). Con respecto a la previsión del total de la población femenina policonultante, un 91,06% pertenece a FONASA, siendo el grupo A con 49,26% el de mayor participación con respecto al total general de policonultantes; por otra parte, quienes no registran un sistema de previsual alcanzan un 4,24%, siendo este porcentaje mayor al de usuarias del sector privado, además es importante señalar que el porcentaje de policonultantes que se registran como Particulares es mayor al porcentaje de policonultantes beneficiarias de ISAPRES, con 1,57% y 1,38% respectivamente (ver Tabla No. 13).

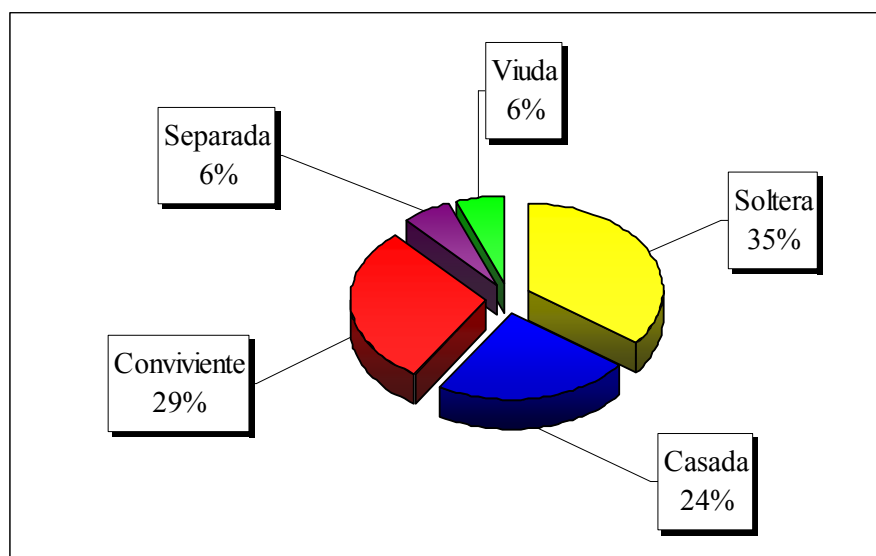
Tabla No. 13: Edad y Previsión del Conjunto de mujeres policonultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)

Rango étareo	FONASA				ISAPRE	O	P	S	Total general
	A	B	C	D					
20	275	111	69	37	7	11	9	22	541
30	226	124	61	23	6	7	7	21	475
40	34	17	10	2	2	1	1	3	70
Total general	535	252	140	62	15	19	17	46	1086
Rango étareo	FONASA				ISAPRE	O	P	S	Total general
	A	B	C	D					
20	25,32%	10,22%	6,35%	3,41%	0,64%	1,01%	0,83%	2,03%	49,82%
30	20,81%	11,42%	5,62%	2,12%	0,55%	0,64%	0,64%	1,93%	43,74%
40	3,13%	1,57%	0,92%	0,18%	0,18%	0,09%	0,09%	0,28%	6,45%
Total general	49,26%	23,20%	12,89%	5,71%	1,38%	1,75%	1,57%	4,24%	100,00%

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

Con respecto al estado Civil de las encuestadas, y tomando como referencia a 17 de las 43 (39,54%)¹⁷ encuestadas –por tanto, a un nivel de confianza del 95%, las diferencias entre las estimaciones y los valores reales supuestos serán del 23,77%, siendo éste el error muestral para este caso– un 76% del total de mujeres no cuentan con una red de apoyo desde el punto de vista marital efectiva, aunque de este porcentaje un 29% mantienen una pareja estable en relación de convivencia, lo que representaría para ellas una red de apoyo valida sin serlo desde el punto de vista de protección la social que este vínculo involucra. El porcentaje de mujeres casada corresponde solo al 24% del total de las policonsultantes. Con esto es posible inferir que las mujeres policonsultantes que no cuentan con una pareja (como parte de una familia en rol de esposo) son mujeres solas lo cual podría constituir una de las causas de policonsultas. Dichos resultados también pueden visualizarse en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 5: Estado Civil de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004

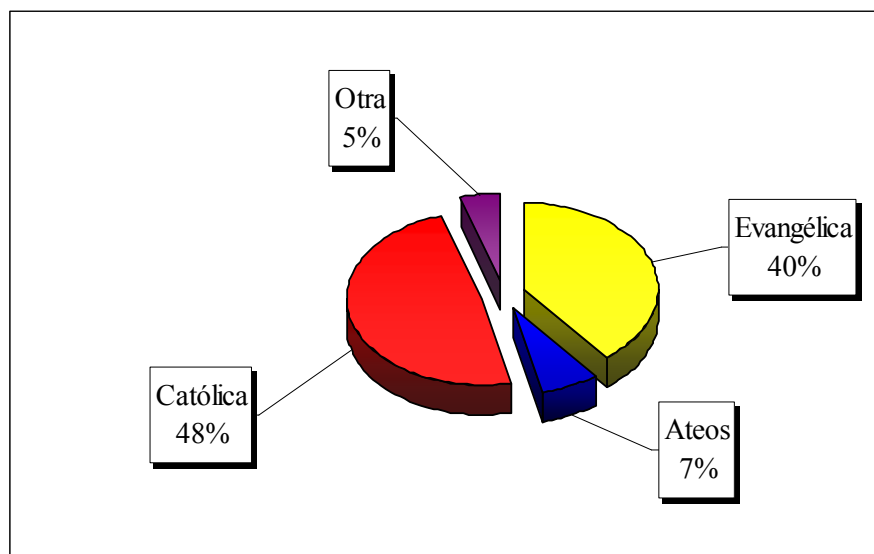


Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de Fichas Clínicas, 2006.

Una gran proporción (93%) de la población femenina policonsultante practica algún tipo de fe o culto, donde es posible identificar como religiones predominares a la Católica y Evangélica con un 48% y 40% respectivamente (ver Gráfico No. 6).

¹⁷ Se realizaron las gestiones para obtener los datos de la totalidad de mujeres policonsultantes encuestadas, sin embargo, desafortunadamente por motivos de burocracia y lentitud del SOME del Hospital Clínico Regional de Valdivia, sólo se obtuvo la información del 39,54% de la muestra.

Gráfico No. 6: Religión de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004

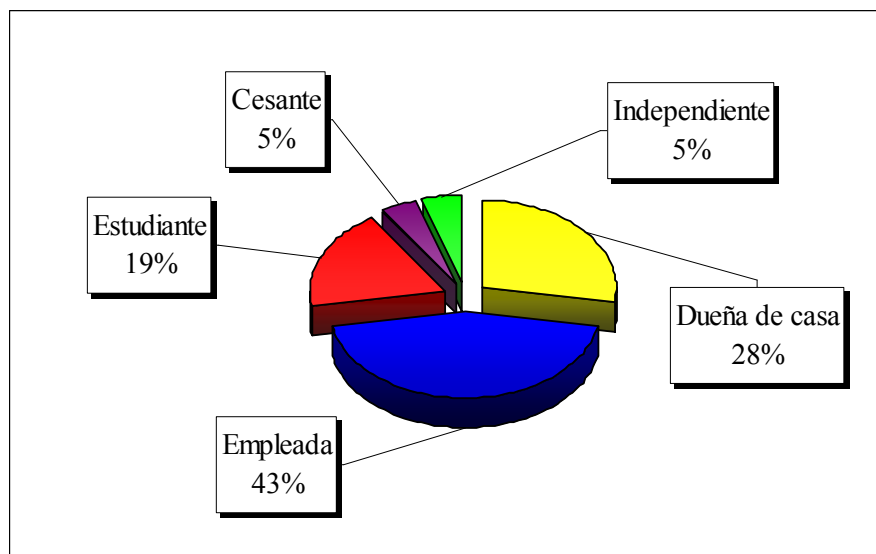


Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del Ecomapa, 2006.

Un 53% de la población femenina policonsultante pertenece a la población activa, es decir, son mujeres que realizan algún tipo de actividad remunerada o están en busca de ella.

Por otro lado, dentro de la población pasiva, un importante grupo la constituyen las estudiantes con un 19%. De las encuestadas, el grupo más predominante es el perteneciente al rango étareo 20-29 años con una frecuencia de 8 mujeres; 3 de ellas son mayores de 24 años, observándose a una de ellas como beneficiaria de FONASA A (grupo previsional mas numeroso); estas mujeres podrían generar policonsultas en base a que muchas veces son procedentes de otras comunas y no cuentan con redes capaces de prestar atenciones de distinta índole y cuidados de salud. Cabe destacar además, que al ser estas mujeres policonsultantes mejor preparadas académicamente que el promedio y al no ser un grupo pequeño, es importante crear en ellas conductas conducentes al bienestar y al autocuidado personal así como también entregar información relacionada con la utilización de los servicios de urgencias.

Gráfico No. 7: Ocupación de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos del Ecomapa, 2006.

Con respecto al nivel de escolaridad, vale decir el último nivel de educación aprobado en la enseñanza formal, y tomando como referencia a 17 de las 43 (39,54%) encuestadas –por tanto, a un nivel de confianza del 95%, las diferencias entre las estimaciones y los valores reales supuestos serán del 23,77%, siendo éste el error muestral para este caso– se puede señalar que un amplio porcentaje (72,09%) tiene la preparación académica necesaria para desempeñar labores remuneradas que impliquen el uso de capacidad intelectual y que contribuyan al desarrollo familiar. Los datos también muestran que al menos un 13,95% está en la etapa de adquisición de conocimientos en instituciones de educación superior, lo que implicaría en un futuro cercano llegar a pertenecer a la fuerza laboral con mayores perspectivas tanto de salario como de reconocimiento y desarrollo profesional (en efecto un 11,63% ya se encuentra en esta posición al momento de la aplicación de los instrumentos).

Por otro lado, la información recopilada permite apreciar un resultado interesante, no existen mujeres policonsultantes con enseñanza superior completa, que consulten en el Servicio de Urgencias de este Hospital durante el período analizado, por lo que se podría inferir que al pertenecer a la fuerza laboral con mayores ingresos, o bien tienen un estilo de vida que no les permite acudir a ningún servicio de salud (falta de tiempo), o que el nivel de ingresos les permita acceder a la salud privada; por otra parte, aquellas mujeres policonsultantes que terminaron la Enseñanza Técnico Profesional (11,63%), es probable que su nivel de ingresos no les permita costear la atención en un servicio asistencial privado o bien, hayan optado por la maternidad y la familia antes que desarrollarse profesionalmente, y

por ende no tengan los medios necesarios para acudir a un servicio privado y por lo tanto opten por este servicio asistencial público.

Además, un 46,51% (la gran mayoría) corresponde a mujeres que han finalizado la educación media, y que independiente de haber optado por la vida laboral o la familiar, es probable que pertenezcan en su gran mayoría al grupo predominante de beneficiarias de FONASA A y B (ver tabla No. 14 y gráfico 8)¹⁸.

Tabla No. 14: Nivel de Escolaridad de conjunto de mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	0	0,00%
Sin educación regular	0	0,00%
Enseñanza Básica incompleta	4	9,30%
Enseñanza Básica completa	4	9,30%
Enseñanza Media incompleta	4	9,30%
Enseñanza Media completa	20	46,51%
Enseñanza Técnico Profesional incompleta	2	4,65%
Enseñanza Técnico Profesional completa	5	11,63%
Enseñanza Superior incompleta	4	9,30%
Enseñanza Superior completa	0	0,00%
Totales	43	100%

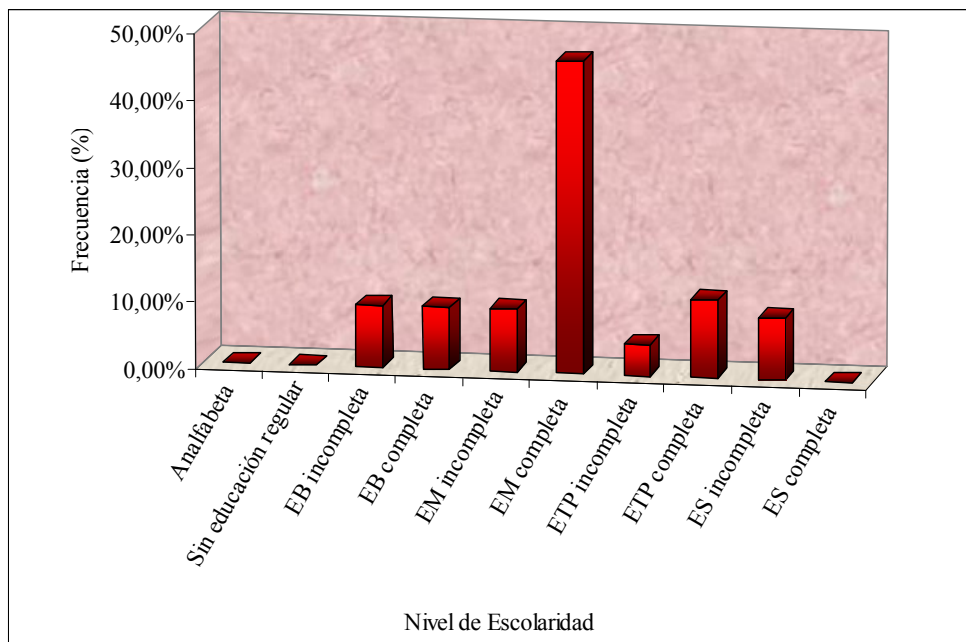
Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de Fichas Clínicas, 2006.

¹⁸ Diversos estudios señalan una correlación positiva entre el nivel de estudios y nivel de salarios que percibe un individuo al momento de ingresar al mundo laboral. Ahora bien, a lo anterior hay que agregar la existencia de lo que ha sido denominado como “mercados de trabajo duales” (Morrison y Von Glinow, 1990; Morrison, White y Van Velson, 1987 citados en Murrell y James, 2001).

Un gran número de hombres son empleados en el mercado primario del trabajo comparados con las mujeres (éste ofrece mejores trabajos con altas tasas de pago). Por el contrario, el mercado secundario del trabajo es dominado por mujeres (y minorías), y está conformado por trabajos de menor estatus y que son remunerados en menor cuantía. La noción de mercados de trabajo diferentes basados en factores demográficos tales como sexo, es algo consistente con la noción de segregación ocupacional basado en el sexo (Yodanis, 2000). La clave de esta noción, es que representa una barrera estructural para el avance profesional de una mujer, el que explica el porqué hay relativamente menos movimiento entre los dos mercados especialmente para ellas. Este mercado dual provee una barrera impermeable para dicho avance, y es de importancia crítica para la explicación de las diferencias de ingreso por género.

En nuestro país, “los costos laborales dependen en gran medida, de la posición social que ocupan hombres y mujeres en la reproducción y en las imágenes de lo que los hombres y mujeres pueden y deben hacer en el trabajo remunerado y en el reproductivo” (OIT, 2002, 264), por ende, el sólo poseer cuarto año medio rendido no es garantía de un trabajo bien remunerado para la mujer en el mercado primario del trabajo, mientras que en el mercado secundario mucho menos.

Gráfico No. 8: Participación del nivel de escolaridad de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el periodo Octubre 2003 – Octubre 2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de Fichas Clínicas, 2006.

5.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MUJERES POLICONSULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, CON EDADES FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS

Un 100% de mujeres policonsultantes no tienen antecedentes de enfermedades previas. Para el caso de antecedentes con respecto a hospitalizaciones previas en servicios públicos y privados, un 35,29% las ha tenido, mientras que un 64,71% no (se tomó en ambos casos como referencia a 17 de las 43 [39,54%]¹⁹ encuestadas –por tanto, a un nivel de confianza del 95%, las diferencias entre las estimaciones y los valores reales supuestos serán del 23,77%, siendo éste el error muestral).

Del total de mujeres policonsultantes, las alteraciones que significan diagnóstico de ingreso mayoritario a la unidad de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia corresponden a problemas del sistema digestivo y respiratorio con 19,52% y 19,15% respectivamente, consultas que son predominantes en el grupo etáreo de la segunda década. Es necesario señalar que este tipo de alteraciones son factibles de tratamientos en centros de atención primaria.

Por otro lado, las alteraciones causadas por accidentes, dependiendo del nivel de gravedad, podrían constituir un factor real de consulta en una unidad de urgencia, y por ende no debería, en ningún caso, ser causa de policonsulta.

Además un importante grupo (6,63% de las policonsultas) son atenciones que tienen como fin el establecer un diagnóstico (exámenes y control) lo que tampoco debería constituir causa de policonsulta (al observar los datos poblacionales, éstos corresponden a individuos que fueron derivados a sus domicilios dado que acudieron a estas unidades por motivos de embriaguez, amigdalitis, diarreas, gripes, infecciones virales no especificadas, y otros dolores abdominales no especificados en su gran mayoría).

¹⁹ Se realizaron las gestiones para obtener los datos de la totalidad de mujeres policonsultantes encuestadas, sin embargo, desafortunadamente por procedimientos del SOME del Hospital Clínico Regional de Valdivia, sólo se obtuvo la información del 39,54% de la muestra.

Tabla No. 15: Causas de Consulta del conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en cifras y % respecto al total)

Sistema alterado	Frecuencia			%		
	Rango Étareo		Total general	Rango Étareo		Total general
	20-29	30-40		20-29	30-40	
Accidentes	76	59	135	7,00%	5,43%	12,43%
Alteraciones metabólicas	17	13	30	1,57%	1,2%	2,76%
Aparato locomotor	28	57	85	2,58%	5,25%	7,83%
Aparato respiratorio	115	93	208	10,59%	8,56%	19,15%
Cardiovasculares	6	23	29	0,55%	2,12%	2,67%
Examen y control	35	37	72	3,22%	3,41%	6,63%
Neurológicas	29	40	69	2,67%	3,68%	6,35%
Otras infecciones	29	18	47	2,67%	1,65%	4,33%
Piel y mucosas	33	42	75	3,04%	3,86%	6,91%
Psiquiátricas	26	27	53	2,39%	2,49%	4,88%
Sistema digestivo	116	96	212	10,68%	8,84%	19,52%
Sistema genitourinario	29	37	66	2,67%	3,41%	6,08%
Tumores y neoplasias	2	3	5	0,18%	0,27%	0,46%
Total general	541	545	1086	49,82%	50,19%	100,00%

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

Una mirada más detallada a la información (ver tablas Nos. 16-A y 16-B), permite apreciar que:

- Un 74,31% fue derivada, luego del diagnóstico, a su Consultorio. Desde la perspectiva del total general, la mayoría (un 35,57%) pertenecía al rango 20-29 años, y en su mayoría, 16,57% tenía problemas al aparato respiratorio.
- La segunda mayoría de las derivaciones se realizó hacia Policlínicos de especialidad con un porcentaje total de 15,75%. Desde la perspectiva del total general, la mayoría (8,10%) corresponde al rango 30-40 años quienes fueron derivadas por causas de accidentes en un 2,39% constituyendo esta la principal causa de derivación hacia policlínicos.

Tabla No. 16-A: Derivación según diagnóstico para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en % respecto al total)

Derivación	Sistema alterado	Rango Étareo		Total general	Derivación	Sistema Alterado	Rango Étareo		Total general
		20-29	30-40				20-29	30-40	
Consultorio	Accidentes	4,88%	3,41%	8,29%	Domicilio	Accidentes	0,83%	0,83%	1,66%
	Alteraciones metabólicas	1,38%	1,02%	2,39%		Alteraciones metabólicas	0,18%	0,09%	0,28%
	Aparato locomotor	1,93%	4,14%	6,08%		Aparato locomotor	0,37%	0,28%	0,64%
	Aparato respiratorio	9,39%	7,18%	16,57%		Aparato respiratorio	0,92%	0,18%	1,10%
	Cardiovasculares	0,28%	1,57%	1,84%		Cardiovasculares	0,18%	0,18%	0,37%
	Examen y control	1,84%	2,76%	4,60%		Examen y control	1,10%	0,37%	1,47%
	Neurológicos	1,57%	2,58%	4,14%		Neurológicas	0,09%	0,00%	0,09%
	Otras infecciones	1,66%	0,92%	2,58%		Otras infecciones	0,28%	0,09%	0,37%
	Piel y mucosas	2,30%	2,21%	4,51%		Piel y mucosas	0,09%	0,37%	0,46%
	Psiquiátricas	1,29%	1,47%	2,76%		Psiquiátricas	0,28%	0,37%	0,64%
	Sistema digestivo	9,12%	7,18%	16,30%		Sistema digestivo	0,55%	0,37%	0,92%
	Sistema genitourinario	1,84%	2,30%	4,14%		Sistema genitourinario	0,28%	0,18%	0,46%
	Tumores y Neoplasias	0,09%	0,00%	0,09%		Tumores y neoplasias	0,00%	0,00%	0,00%
Total consultorio		37,57%	32,04%	74,31%	Total domicilio		5,16%	3,31%	8,47%

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

Tabla No. 16-B: Derivación según diagnóstico para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años (en % respecto al total)

Derivación	Sistema alterado	Rango Étareo		Total general	Derivación	Sistema Alterado	Rango Étareo		Total general
		20-29	30-40				20-29	30-40	
Hospitalizado	Accidentes	0,09%	0,00%	0,09%	Policlínico	Accidentes	1,20%	1,19%	2,39%
	Alteraciones metabólicas	0,00%	0,00%	0,00%		Alteraciones metabólicas	0,00%	0,09%	0,09%
	Aparato locomotor	0,00%	0,00%	0,00%		Aparato locomotor	0,28%	0,73%	1,10%
	Aparato respiratorio	0,00%	0,00%	0,00%		Aparato respiratorio	0,28%	1,2%	1,47%
	Cardiovasculares	0,00%	0,00%	0,00%		Cardiovasculares	0,09%	0,37%	0,46%
	Examen y control	0,00%	0,00%	0,00%		Examen y control	0,28%	0,28%	0,55%
	Neurológicos	0,09%	0,09%	0,18%		Neurológicas	0,92%	1,01%	1,93%
	Otras infecciones	0,37%	0,28%	0,64%		Otras infecciones	0,37%	0,37%	0,74%
	Piel y mucosas	0,00%	0,09%	0,09%		Piel y mucosas	0,64%	1,19%	1,84%
	Psiquiátricas	0,00%	0,00%	0,00%		Psiquiátricas	0,83%	0,64%	1,47%
	Sistema digestivo	0,09%	0,28%	0,37%		Sistema digestivo	0,92%	1,01%	1,93%
	Sistema genitourinario	0,00%	0,00%	0,00%		Sistema genitourinario	0,55%	0,92%	1,47%
	Tumores y Neoplasias	0,00%	0,09%	0,09%		Tumores y Neoplasias	0,09%	0,18%	0,28%
Total Hospitalizado		0,64%	0,83%	1,47%	Total Policlínico		6,45%	9,30%	15,75%

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

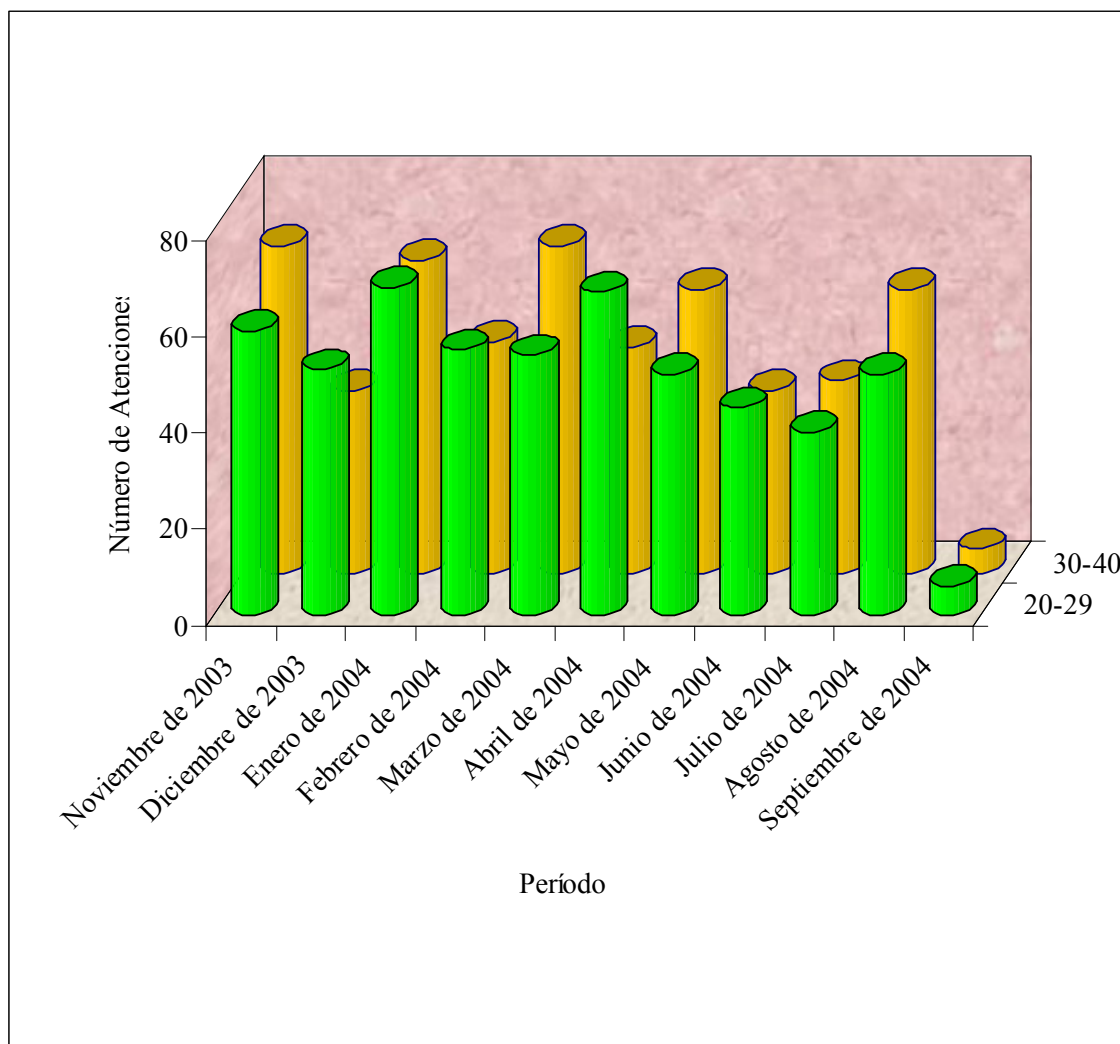
Tabla No. 17: Establecimiento existente en el lugar residencia de las mujeres entre 20 y 40 policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (en % respecto al total)

Centro de Atención Primaria	Grupo Étareo		Total general
	20-29	30-40	
Carabineros de Chile	0,10%	0,10%	0,20%
Consultorio Externo Valdivia	24,78%	21,84%	46,62%
Consultorio Futrono	0,10%	0,20%	0,29%
Consultorio Gil de Castro	17,83%	20,57%	38,39%
Consultorio Las Ánimas	3,82%	4,60%	8,42%
Consultorio Máfil	0,10%	0,00%	0,10%
Ejército de Chile	0,10%	0,00%	0,10%
Ejército de Chile	0,10%	0,00%	0,10%
Hospital base Valdivia	0,20%	0,00%	0,20%
Hospital de Panguipulli	0,10%	0,00%	0,10%
Hospital La Unión	0,00%	0,10%	0,10%
Hospital Lanco	0,20%	0,00%	0,20%
Hospital Los Lagos	0,10%	0,20%	0,29%
Hospital Paillaco	0,10%	0,39%	0,49%
Hospital Río Bueno	0,00%	0,10%	0,10%
Hospital Santa Elisa	0,20%	0,20%	0,39%
Posta Curiñanco	0,29%	0,20%	0,49%
Posta Niebla	0,69%	1,18%	1,86%
Serv. Asistencia Primaria urgencia CGC	0,00%	0,10%	0,10%
Otro establecimiento	0,78%	0,69%	1,47%
Total general	49,56%	50,44%	100,00%

Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

La base de datos no registra atenciones sin anotación del establecimiento de origen, lo que probablemente significa que todas las consultantes son derivadas y que no existe consulta espontánea (ver tabla No. 17). Los datos así presentados pueden relacionarse con el nivel de resolutivez de los respectivos establecimientos o con la cantidad de población que atiende.

Gráfico No. 9: Atenciones de urgencia por mes a las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004



Fuente: Elaboración propia, en base a información del Servicio de Salud Valdivia.

La base de datos analizada muestra un muy bajo número de consultas en el mes de Septiembre. Los demás datos muestran resultados similares, y mediante el uso de un procedimiento gráfico no se observaron diferencias entre estratos²⁰ (ver Gráfico No. 9). Cabe preguntarse si no existe omisión de datos en el mes de Septiembre.

²⁰ Este es un procedimiento informal de contrastación entre estratos, aunque se estima que mediante un procedimiento estadístico formal, no debieran producirse diferencias significativas en esta conclusión.

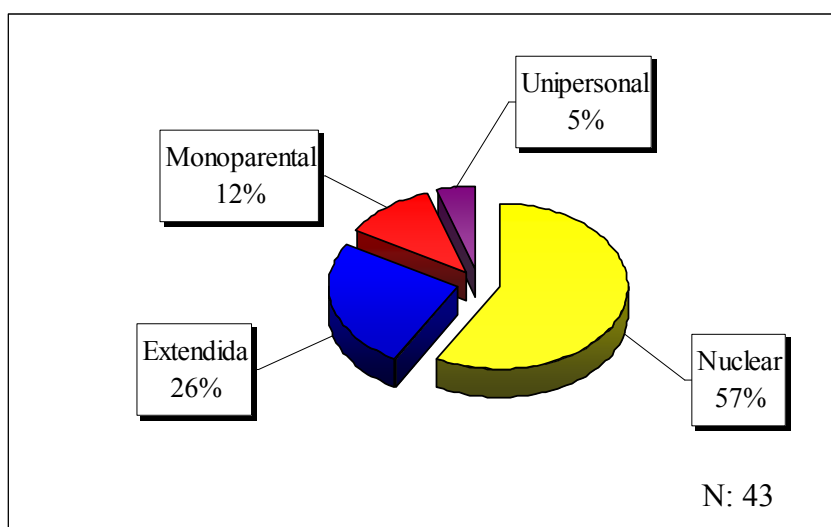
5.3. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR DE LAS MUJERES POLICONSULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, CON EDADES FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS

5.3.1. Antecedentes Generales

Con el objetivo de conocer las características del grupo familiar de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años), se encuestó con el instrumento denominado FACES III al azar y en forma presencial a una muestra de personas durante el mes de julio de 2006. Así, de un universo de 43 encuestadas, la totalidad de personas estuvieron dispuestas a responder representando un 100%, siendo las respuestas codificadas y traspasadas a una planilla Excel de acuerdo a la metodología explicada en el marco metodológico de la presente investigación.

Con respecto a la conformación de la familia, vale decir, con las personas que vive actualmente, es posible identificar a un 83% de las mujeres policonsultantes son procedentes de grupos familiares en donde es posible encontrar una o mas redes de apoyo, por el contrario hay un 17% de mujeres policonsultantes en quienes es posible deducir una ausencia total de una red de apoyo efectiva sobre todo en aquel porcentaje que aunque minoritario que vive sola o familia unipersonal, podría ser este mismo el motivo de policonsulta. (ver gráfico No. 10).

Gráfico No. 10: Tipo de familia de las mujeres policonsultantes encuestadas del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de Fichas Clínicas, 2006.

5.3.2. Medianas totales para cada Indicador

La tabla No. 18 resume los resultados de los valores correspondientes a las medianas totales para cada indicador del Modelo Circumplejo en el Sistema Familiar y Marital (Olson, 1986 citado en Ochoa, 2003; y en Pinto *et. al.* 2004) obtenidas del análisis de percepción de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Tabla No. 18: Medianas totales por indicador para las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004

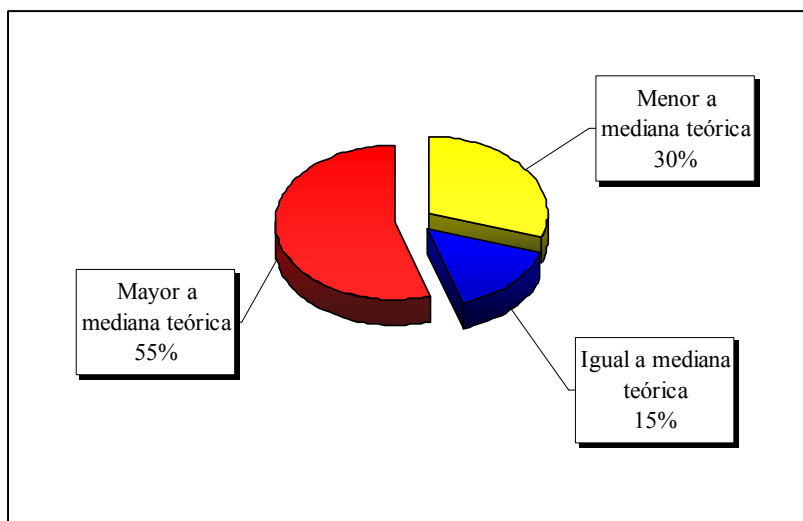
Indicador	Descripción	Mediana
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	4
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	4
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	4
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	4
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	4
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	2
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	4
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	2
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	4
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos	3
11	Nos sentimos muy unidos	5
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones	3
13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente	4
14	En nuestra familia las reglas cambian	2
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia	5
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	2
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	3
18	En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad	2
19	La unión familiar es muy importante	5
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar	2

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta FACES III, 2006.

Partiendo de los datos obtenidos, y tomando como base la mediana teórica igual a tres, se puede señalar que un 30% de todos los indicadores están por debajo de este valor, un

15% de ellos son iguales a la mediana teórica, y un 55% están por sobre ese valor (ver Gráfico No. 12).

Gráfico No. 11: Comportamiento de las Medianas totales por indicador para las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años, período Octubre 2003 – Octubre 2004



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta FACES III, 2006.

Mediante el paquete estadístico NCSS® 2004, se calculó el Alpha de Cronbach, medida estadística que permitió evaluar la validez del instrumento FACES III. La evidencia de la muestra confirma la hipótesis de que $\pi = 0,65$. Por tanto, como se puede apreciar, el coeficiente estimado es aceptable, lo que permite suponer que los datos tienen una estructura unidimensional. Con este resultado, se puede inferir que este instrumento integra ítems que miden una sola estructura subyacente, reafirmado por los niveles aceptables en sus correlaciones medias. Considerando que el instrumento integra preguntas múltiples que apoyan al objetivo que se persigue en la presente investigación, este instrumento queda validado (Ver anexo 10.6.1).

Antes de utilizar herramientas estadísticas para sacar inferencias con la información recopilada a través del instrumento de medición denominado FACES III, se hizo necesario comprobar la aleatoriedad del proceso de muestreo, con la finalidad que dichas inferencias resulten confiables. Para ello, se utilizó la prueba no paramétrica denominada Prueba de Rachas. Así, al nivel de significancia del 5% el número de rachas existente ($r = 10$) sustenta la hipótesis de aleatoriedad. Por tanto, las conclusiones a las que se lleguen con las herramientas estadísticas a utilizar no son cuestionables (Ver anexo 10.8).

5.3.3. Análisis e Interpretación

Al analizar las medianas para los indicadores del instrumento FACES III, se puede señalar lo siguiente:

- La mediana para el indicador 1 es igual a 4,0 y superior a la teórica, lo que permite señalar que las encuestadas estiman que predominantemente los miembros de su familia se dan apoyo entre sí.
- Existe la percepción predominante (mediana igual a 4,0) que en sus familias se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- Las mujeres policonsultantes perciben predominantemente que aceptan las amistades de los demás miembros de la familia (mediana igual a 4,0 y superior a la teórica igual a 3,0).
- Se percibe predominantemente que los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina (mediana igual a 4,0 y superior a la teórica); aunque el indicador 10 expone que las mujeres policonsultantes encuestadas señalan que regularmente se llega a acuerdos entre padres e hijos con respecto a los castigos.
- Las personas encuestadas perciben que predominantemente les gusta convivir solamente con los familiares más cercanos, de hecho la mediana para este indicador es superior a la teórica (4,0).
- Se percibe en forma baja que cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad (mediana inferior a la teórica, siendo igual a 2,0), reafirmado por la mediana igual a 2,0 (e inferior a la teórica) del indicador 18, que muestra una percepción de baja complejidad en la identificación de quien tiene la autoridad.
- Existe predominancia en la creencia de sentirse más unidos entre los que componen el grupo familiar que con personas que no son de la familia (mediana igual a 4,0).
- Con respecto a cambios en el modo de hacer las cosas y en las reglas familiares, predominantemente se estima que no se realizan (mediana igual a 2,0 para ambos indicadores).
- Se percibe predominancia en el gusto pasar el tiempo libre en familia (mediana igual a 4,0). La percepción de unión familiar y la creencia de ser importante es completa (mediana igual a 5,0 siendo superior a la teórica para los indicadores 11 y 19).
- Las mujeres policonsultantes encuestadas perciben que regularmente sus hijos toman las decisiones (mediana igual a la teórica). Lo anterior contrasta con la percepción de que regularmente se consulta con otros para tomar decisiones (mediana igual a la teórica). Para el caso de decisiones importantes, se estima que predominantemente toda la familia está presente (mediana igual a 4,0).

- Se percibe en forma completa que con facilidad se pueden planear actividades en familia (mediana igual a 5).
- Las mujeres policonsultantes encuestadas estiman que existe un bajo intercambio de los quehaceres del hogar entre los integrantes del grupo familiar (mediana igual a 2,0 e inferior a la teórica); en efecto la mediana igual a 2,0 del indicador 20 indica que predominantemente tienen claro quién debe realizarlas.

Para lograr que a nivel poblacional tengan validez las afirmaciones presentadas anteriormente, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para cada indicador, resultados que se presentan en el anexo 10.6.2. De las pruebas realizadas, se puede señalar que los niveles de confianza para señalar que lo mencionado es válido a nivel poblacional varían desde porcentajes tendientes a 100%, hasta 71,98% (indicador 7).

Cohesión y Adaptabilidad familiar:

La media en cohesión fue de 41,65 con una desviación estándar de 2,89, lo que indica que en promedio existe una familia Amalgamada, mientras que la media en Adaptabilidad fue de 24,53 con una desviación estándar de 4,12, lo que indica que en promedio existe una familia estructurada (ver tabla No. 19).

Tabla No. 19: Medidas de tendencia central y variabilidad del funcionamiento familiar

Áreas	Cohesión	Adaptabilidad
Media	41,65	24,53
Desviación Estándar	2,89	4,12

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III, 2006.

En efecto, un 88,37% está distribuido hacia una familia amalgamada (ver tabla No. 20), pudiendo señalarse que:

- Existe una cercanía emocional extrema al interior del grupo familiar.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva.
- Hay falta de límites generacionales.
- Hay extrema reactividad emocional.
- Se dan coaliciones parento-filiales.
- Hay falta de separación personal.

- La mayor parte del tiempo se pasa juntos.
- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- Las decisiones están sujetas al deseo de grupo.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Se prefieren los amigos de la familia personales.
- Los intereses conjuntos se dan por mandato.

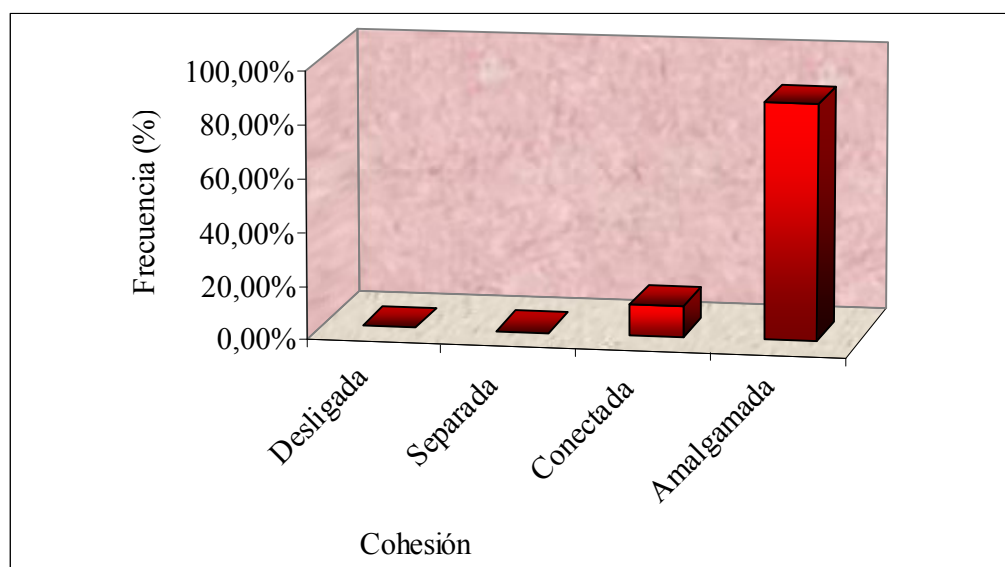
Tabla No. 20: Tipos de familia según la cohesión familiar

Tipos de Familia	%
Desligada	0,00%
Separada	0,00%
Conectada	11,63%
Amalgamada	88,37%

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III, 2006.

Los resultados de la tabla anterior también pueden visualizarse en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 13: Distribución de tipos de familia según la cohesión familiar



Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III, 2006.

Respecto a la adaptación, como se muestra en la tabla No. 21, la mayor distribución de casos de tipos de familia son estructuradas (65,12%), y por tanto, de acuerdo a la percepción de las mujeres policonsultantes encuestadas con respecto a sus familias se puede señalar que:

- En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias.
- La familia es un tanto democrática
- Los padres toman las decisiones.
- Los roles son estables pero pueden compartirse.
- Las reglas, independiente del grado de severidad, se hacen cumplir firmemente.
- Pocas son las que cambian.

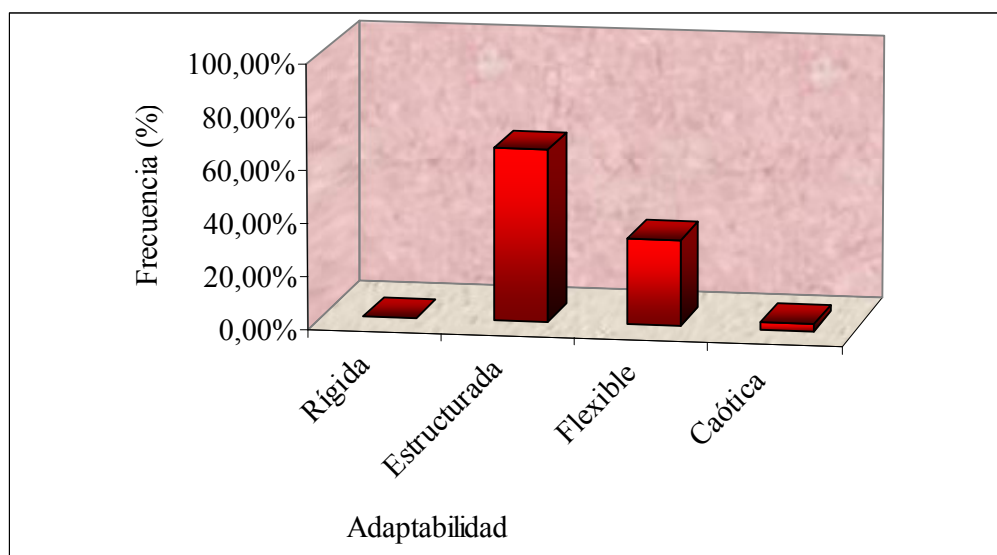
Tabla No. 21: Tipos de familia según la Adaptación familiar

Tipos de Familia	%
Rígida	0,00%
Estructurada	65,12%
Flexible	32,56%
Caótica	2,33%

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III, 2006.

Los resultados de la tabla anterior también pueden visualizarse en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 13: Distribución de tipos de familia según la adaptabilidad familiar



Fuente: Elaboración propia en base a instrumento FACES III, 2006.

Por tanto, y tomando como referente al modelo de Olson (1986 citado en Ochoa, 2003; y en Pinto *et. al.* 2004), se puede afirmar que el tipo de sistema familiar imperante de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004 es Estructuralmente Amalgamada, clasificándose como un sistema familiar Medio.

5.4. PERCEPCIÓN SOBRE LAS REDES DE APOYO DE LAS MUJERES POLICONULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, CON EDADES FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS

5.4.1. Título Preliminar

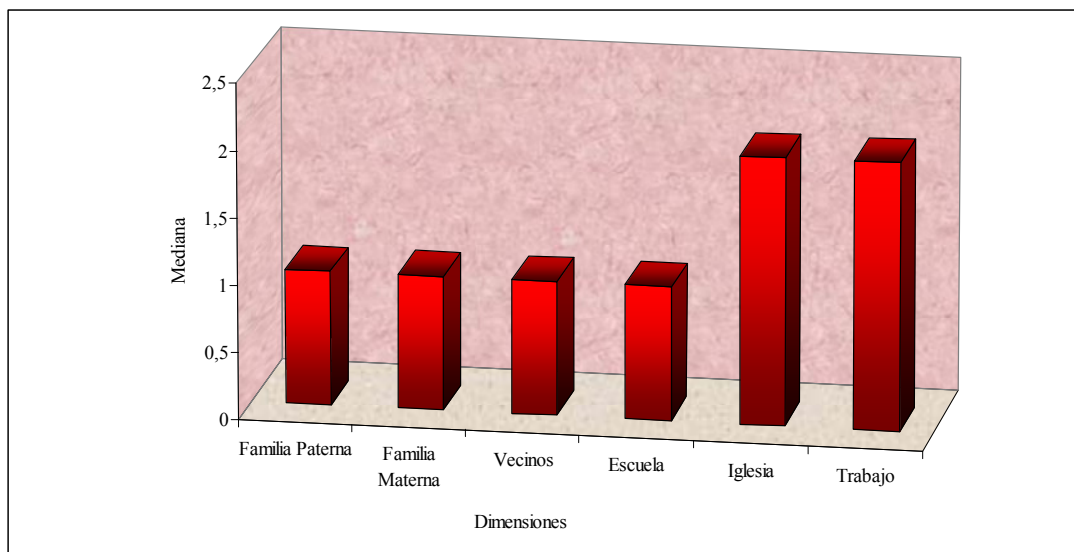
Con el objetivo de conocer la percepción del carácter o forma de la relación entre las mujeres policonultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) y sus redes sociales, se encuestó al azar con el instrumento denominado Ecomapa en forma presencial a una muestra de 43 personas (100% de la muestra) durante el mes de julio de 2006, siendo las respuestas codificadas y traspasadas a una planilla Excel de acuerdo a la metodología explicada en el marco metodológico del presente estudio.

Mediante el paquete estadístico NCSS® 2005 se estimó el Alpha de Cronbach para cada uno de los indicadores presentes en el instrumento Ecomapa aplicado a cada una de las mujeres policonultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años). La idea de este análisis fue validar la fiabilidad y consistencia de los ítems (ver Anexo No. 10.7.4). Como se puede apreciar, el coeficiente estimado es bajo, lo que permite suponer que los datos tienen una estructura multidimensional. Con este resultado, se puede inferir que este instrumento integra ítems que miden varias estructuras subyacentes, reafirmado por los niveles bajos en sus correlaciones medias. Considerando que el instrumento integra preguntas múltiples que apoyan al objetivo que se persigue en la presente investigación, este instrumento queda validado.

5.4.2. Análisis e interpretación

El gráfico No. 14 resumen los resultados de los valores correspondientes a las medianas totales para el instrumento Ecomapa, obtenidas del análisis de percepción de la muestra.

Gráfico 14: Percepción del carácter o forma de la relación entre las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) y sus redes sociales



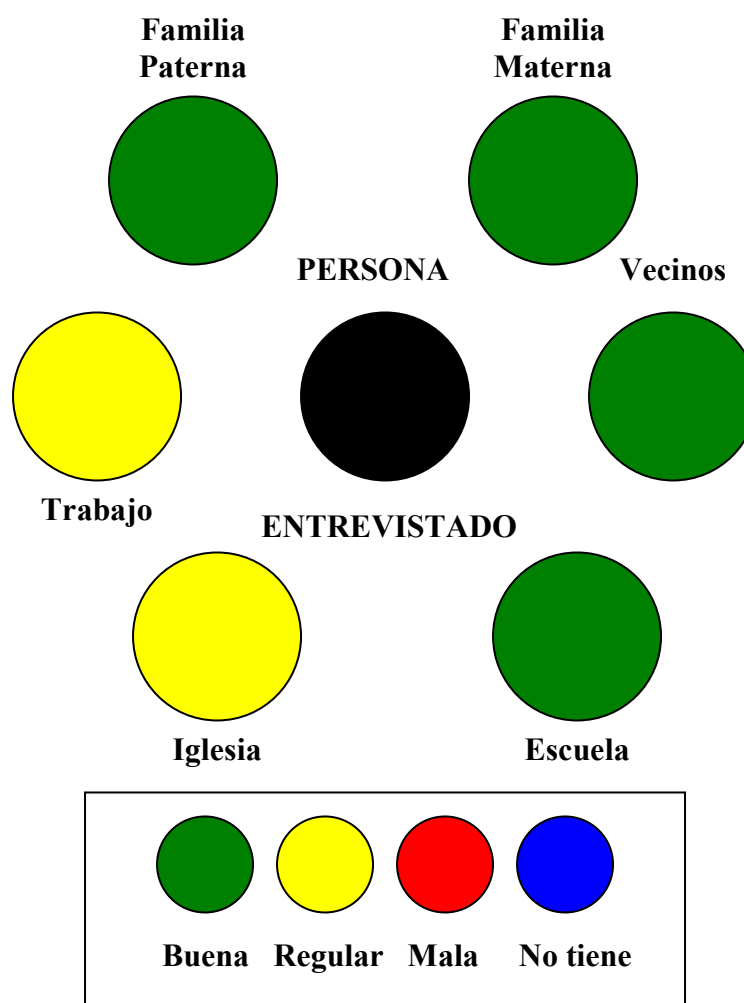
Fuente: Elaboración propia en base a instrumento Ecomapa, 2006.

Tomando como referencia a las medianas totales estimadas para el conjunto muestral, se procederá a realizar un Ecomapa para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004 (ver Figura No. 2).

El ecomapa general de las familias de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia con edades fluctuantes entre 20 y 40 años demuestra un buen flujo de energía y recursos con la familia paterna y materna, los vecinos y la escuela. Es probable que la explicación de ello venga por el lado de que los flujos sean recíprocos, vale decir, que dichas redes sociales estén direccionadas hacia la familia, así como la familia está direccionado con estas redes sociales.

Por otro lado, la figura No. 2 muestra que los flujos de energía y recursos de la Iglesia y Trabajo con la familia son regulares. Existe la percepción entre las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) que el flujo no es completamente recíproco; es probable que tanto al Trabajo como a la Iglesia se las considere algo estresantes o bien que los flujos direccionados por la familia hacia esas redes sociales sean mayores que las que reciben por parte de ellas.

Figura No. 2: Ecomapa para el conjunto de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años)



Fuente: Elaboración propia en base a instrumento Ecomapa, 2006.

Las conclusiones anteriores son a nivel muestral, sin embargo, ¿será cierto a nivel poblacional? Para evaluar esta interrogante, se realizó una prueba no paramétrica denominada Prueba de signo (ver anexo 10.7.5) y sus resultados mostraron resultados dispares:

- Mientras que para el caso de la familia materna, vecinos y escuela, al 5% de nivel de significancia existe evidencia suficiente para señalar que las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales para dichas redes sociales se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004;

- Para el caso de la familia paterna, iglesia y trabajo, se puede afirmar que existe evidencia suficiente para señalar que las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales para dichas redes sociales se hace extensible a la totalidad de la población bajo estudio sólo si relajáramos el nivel de significancia para dichas redes a un valor menor a 1,78% para el caso de la familia paterna e iglesia, y un valor menor a 0,52% para el caso del trabajo.

5.5. PERCEPCIÓN SOBRE LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE LAS MUJERES POLICONSULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, CON EDADES FLUCTUANTES ENTRE 20 Y 40 AÑOS

5.5.1. Antecedentes Generales

Con el objetivo de conocer el conjunto de acciones que realizan las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) que contribuyen a una buena calidad de vida, se encuestó con el instrumento denominado Encuesta de Hábitos de vida saludable al azar y en forma presencial a una muestra de 43 personas durante el mes de julio de 2006, estando la totalidad de personas dispuestas a responder representando un 100%. Las respuestas fueron codificadas y traspasadas a una planilla Excel de acuerdo a la metodología explicada en el marco metodológico de la presente investigación.

5.5.2. Análisis e interpretación

La tabla No. 22 resume la frecuencia de puntajes correspondientes al instrumento Encuesta de Hábitos de vida saludable, obtenidas del análisis de percepción de la muestra.

Tabla No. 22: Percepción individual del conjunto de acciones que realizan las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) que contribuyen a una buena calidad de vida

Puntaje	Frecuencia	%
85 a 100: Realiza un excelente conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.	2	5%
70 a 84: Realizan un buen conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida.	19	44%
60 a 69: Realiza un relativamente adecuado conjunto de acciones.	9	21%
40 a 59: Realiza un bajo conjunto de acciones.	12	28%
0 a 39: Realiza un bajo o nulo conjunto de acciones.	1	2%

Fuente: Elaboración propia en base a instrumento Encuesta de Hábitos de vida saludable, 2006.

La información recopilada permite concluir que solo un 49% de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia realiza algún tipo de acción de Autocuidado o mantiene algún hábito de vida saludable en forma efectiva (solo 5% presenta una verdadera preocupación por su bienestar). Por el contrario es posible destacar que un 51% mantiene escasas conductas de autocuidado y de ellas, un 2% no tiene ninguna conciencia de Autocuidado; esto revela una de las potenciales causas de las alteraciones sicosomáticas diversas que constituyen los motivos de policonsultas en las unidades de Urgencia.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mujer en la sociedad actual ha debido enfrentar importantes cambios debido al proceso de transición de nuestra sociedad, que le ha otorgado mayor importancia, favoreciendo una mayor participación en los procesos económicos y socioculturales²¹, lo cual no constituye motivo para desligarse de sus roles como mujer (roles tales como el de madre, dueña de casa, esposa y principal agente de los cuidados del núcleo familiar). Ello ha llevado a un aumento de responsabilidades en las mujeres, quienes además muchas veces son madres encargadas del sustento familiar, lo que ha redundado en la aparición de distintas formas de alteraciones sicosomáticas que sin duda pueden ser motivo de policonsultas en los Servicios de Urgencia en centros asistenciales tanto públicos como privados.

En efecto, en Chile el 33% de la fuerza laboral femenina, desempeña duplicidad de roles, debiendo compatibilizar su tiempo entre actividades propias del quehacer doméstico, el que a su vez incluye la crianza, cuidado y educación de hijos, además del quehacer ocupacional y/o profesional, sin embargo, un porcentaje no menor representado por el 27% de la población laboral femenina activa, debe asumir en forma paralela a las actividades anteriormente descritas, la responsabilidad y la condición de jefa de hogar, situación que esta dada principalmente por el estado civil (madre soltera, viuda, divorciada, separada o anulada) (INE, 2002 citado en Vera, 2005).

El Instituto de Seguridad e Higiene del Trabajo de España (INSHT), realizó una encuesta destinada a indagar sobre los Factores psicosociales²² que ponen en riesgo la salud física y psicológica de los trabajadores (INSHT, 2003 citado en Vera, 2005), encontrando que dentro del género femenino, las problemáticas más frecuentes son la discriminación sexual y la discriminación por edad mayoritariamente hacia trabajadoras más jóvenes. Resulta complejo determinar específicamente el o los conflictos que se pueden producir a raíz del padecimiento de la discriminación; sin embargo, dentro de las problemáticas mas comunes se encuentran: las renunciaciones, bajo rendimiento, ausentismo, depresión, estrés, malestares físicos (lumbagos, cefaleas, náuseas, vómitos); alteraciones fisiológicas (taquicardia, sudoración, dilatación de las pupilas); conductas adictivas (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción), y trastornos de alimentación, entre otros (OMS, 1992 citado en Vera, 2005).

²¹ Actualmente se han creado, y aun se están desarrollando una serie de políticas que favorecen su participación en la sociedad sin hacerla renunciar a su función de mujer inserta como pilar fundamental dentro sus familias.

²² Las posibilidades de comunicación en el trabajo, las relaciones interpersonales, el estatus del puesto, la autonomía, las posibilidades de promoción, la participación, el tiempo de trabajo y la exposición a conductas violentas (Peiró, 2004).

Si entendemos a la Enfermería como una disciplina que ha desarrollado una visión holística del ser humano, entonces el profesional de Enfermería debe realizar una atención desde una perspectiva socio–psico–biológica y espiritual de cada paciente, en un contexto individual y familiar; se debiera tender a un cuidado proactivo de la salud más que la instancia reactiva predominante (Edelman y Mandle, 2002 citados en Lester, 2005). Para el caso de la atención de urgencia en mujeres de 20 a 40 años policonsultantes, esta perspectiva no debe dejarse de lado aunque se trate de una unidad en que la atención debe ser rápida, sin embargo, Vera (2004) señala que por ley el Hospital Clínico Regional de Valdivia, y en específico el Servicio de Urgencia, tiene como fin la búsqueda de la maximización del bienestar social o de aspectos redistributivos a través de la maximización de las ventas (representado por el número de prestaciones médicas –de urgencia en este caso), estando sujeto a las restricciones que le impone su capacidad de planta instalada (recursos humanos, tecnológicos, boxes de atención, entre otros), y por ende la atención desde una óptica integral no se hace factible²³.

Desde la óptica de un Servicio de Salud Público es posible determinar que anualmente en la Unidad de Emergencia de Hospital Clínico Regional Valdivia se observa una cantidad importante de atenciones a pacientes con patologías no complejas y que consultan más de dos veces en menos de treinta días o más de 10 veces en un año, denominados Policonsultantes, los que ascienden para el período bajo análisis a 11.706 pacientes. De estos, 6.347 pacientes son de sexo femenino las que representan el 54,22% del total; ahora bien, las pacientes que son objeto de estudio corresponden a 3.115 mujeres, un 49,08% del total de mujeres, y un 26,61% del total de pacientes. Cabe preguntarse si una atención de enfermería más holística pueda disminuir la concurrencia de este principal grupo de policonsultantes. Para responder a esta interrogante, se podrían llevar a cabo futuras investigaciones para lograr este objetivo, ya que en algunos estudios realizados internacionalmente, como el de Posada (2001) se señala que si el profesional le presta demasiada atención a la problemática psicosocial de la paciente, se favorece el surgimiento de una relación de dependencia por parte de ésta que termina siendo un fuerte estímulo para consultar con aún mayor frecuencia.

Como metodología se ha utilizado un enfoque tipo mixto, ya que como se pretendió conocer el comportamiento de variables cualitativas, fue necesario codificarlas y transformarlas para sacar inferencias utilizando herramientas estadísticas. Esto, permitió definir un perfil socio–psico–biológico de las policonsultantes de entre 20 y 40 años del

²³ La Constitución Política de la República de Chile, en su artículo 19, No. 9 señala expresamente que el Estado debe resguardar el derecho constitucional al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo; y debe garantizar la ejecución de las acciones relacionadas con ello (Ministerio del Interior 1980).

Dentro de este contexto el Hospital Regional de Valdivia, como establecimiento asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, se rige por la ley No. 18.469, la que señala en su artículo No. 4 que este tipo de establecimientos “no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16 y 28”. Además, en su artículo No. 5 menciona que “los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República”. En efecto, de acuerdo al Decreto Ley No. 2763, de 1979, las prestaciones comprendidas en la citada ley se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependen del Ministerio de Salud (MINSAL 1989).

servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, lo que pretende aportar con conocimientos relacionado a las policonsultas, las policonsultantes y su impacto en Salud.

En efecto, a pesar de ser un hecho frecuente en todos los centros de salud, es un tema poco estudiado, por cuanto se pretende contribuir al desarrollo de estrategias y planes de articulación de las redes de Urgencia hospitalarias, herramientas incluidas dentro de los Compromisos de Gestión que el MINSAL a definido para este año (ver Anexo 10.3).

Al analizar los antecedentes socio-demográficos de las mujeres policonsultantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años, se determinó que la mayoría (49,82%) de este grupo pertenece al rango étareo de 20-29 años. Un 72,46% del total es beneficiaria de FONASA A o B, es decir, pacientes que por algún motivo no han sido afiliadas a un sistema de previsión regular o con bajo nivel socioeconómico, esto sumado a que un 64% de ellas son solteras (35%) o convivientes (29%), lo que demuestra ausencia de un apoyo económico que otorgue algún tipo de seguridad en este aspecto. Lo anterior podría fundamentarse por el hecho que en su mayoría son mujeres que están comenzando a integrarse a la fuerza laboral y como ya se ha señalado, muchas veces han sido discriminadas por no tener una estabilidad económica ni laboral que les permita el acceso a un sistema previsional regular que otorgue tanto beneficios personales y familiares (Vera, 2004).

El mayor acceso y participación de la mujer en el perfeccionamiento personal (desde el punto de vista educacional) y a la mayor inserción al mundo laboral, inciden en una disminución de la formación de lazos maritales. En efecto, al analizar la ocupación del total de las policonsultantes de entre 20 y 40 años, se puede apreciar que el 72% de ellas son mujeres que realizan o buscan realizar actividades remuneradas fuera del hogar o son estudiantes. En cuanto a la escolaridad, cabe señalar que de la población estudiada existe una preparación educacional aceptable, que le permite acceder a una sociedad exigente y en desarrollo. Predomina la educación media completa (46,51%) y no existe el analfabetismo²⁴. Este antecedente, permite inferir que su nivel educacional hace factible la adopción medidas que permitan disminuir las policonsultas en la Unidad de Urgencia.

Al contrastar estos resultados con las estadísticas nacionales, es posible apreciar que las mujeres tienen una tasa de participación en el mundo laboral menor que la masculina, de hecho según cifras del trimestre móvil abril-junio, las mujeres en edad de trabajar que se encuentran con ocupación o en busca de trabajo alcanza a un 38,7% versus 71,5% de la población masculina. De acuerdo a la información existente para dicho período, el nivel de cesantía es más marcado entre las mujeres (11%) en comparación a los hombres (7,8%).

Es necesario desarrollar una Enfermería que involucre a los pacientes en su proceso de autocuidado, es decir, en la prevención, promoción, rehabilitación, recuperación y

²⁴ A 2005, un total de 26.291 personas mayores de 15 años se han matriculado en la educación superior. De estos 13.061 son mujeres, estando matriculadas en las Universidades 9.756 mujeres; 1821 en Institutos profesionales y 1484 en centros de formación técnica.

mantención de su propio bienestar. Por otro lado, las mujeres suelen ser quienes velan por la salud familiar y el funcionamiento de las redes sociales, transformándose en una actora social promotora de la salud comunitaria. En efecto, Manquilef (2004) señala que son las mujeres quienes llevan implícito el rol de cuidadoras y las consecuencias de esto puede ser una de las causas que origina las policonsultas realizadas por mujeres entre 20 y 40 años en el Servicio de Urgencias del Hospital Base Valdivia.

El análisis del perfil epidemiológico de la totalidad de las mujeres policonsultantes encuestadas, revela que no se identificaron casos con alteraciones previas y que la principal causa de hospitalización tiene relación con el proceso de maternidad en las mujeres policonsultantes del HCRV y al evaluar las causas de consulta mediante un procedimiento censal, basado en los diagnósticos del Servicio de Urgencia, se puede señalar que los principales motivos de consultas no implican un riesgo vital (alteraciones del aparato respiratorio como amigdalitis y gripes; y alteraciones del aparato digestivo tales como gastroenteritis mayoritariamente) y son tratables en establecimientos de menor complejidad como los centros de atención primaria o incluso en el hogar, y que por tanto, no constituyen situaciones reales de emergencia. Por otra parte un hecho destacable son las policonsultas por causa de accidentes y aquellas con motivo definidas como “examen y control” que según la situación, podrían requerir de una atención de urgencia y que no deberían constituir motivo de policonsulta. Todo lo anterior revela la mala utilización de los servicios de urgencia (Uribe, 2006) asociado al hecho de que no se puede negar la atención a un individuo que la solicite tal como se expresa en Vera (2004) en relación a la atención en las Unidades de Urgencia.

En relación a los procedimientos de derivación posteriores a la atención de estas policonsultantes, es destacable que la mayoría fue remitida hacia sus respectivos consultorios principalmente para tratamiento de patologías del Aparato Respiratorio, la segunda mayoría, e fue derivada hacia policlínicos de atención de especialidad, quedando sólo un 1,4% del total de las policonsultantes con rangos etéreos entre 20 y 40 años en hospitalización, es decir es probable que solo este grupo minoritario haya consultado por una situación de riesgo vital real. Segura y Vargas (1978) y Amador. Iturrino y Lépiz (1985), demostraron que la existencia de la policonsulta obedece a diferentes circunstancias, algunas justificadas o causas médicas, como en el caso de padecimientos médicos agudos o crónicos, que requieren evaluación periódica, o bien, injustificadas que pueden ser de índole social, laboral, familiar o psicológica en donde las consultas no tienen justificación médica aparente, citando dentro de estas causas no médicas a la búsqueda de contacto humano, de beneficios secundarios, evasión de responsabilidades, consultas como un ritual, demandantes de prestación de servicios y búsqueda de solución a problemas emocionales entre otros.

Es importante señalar que las policonsultantes de la Unidad de Urgencia del Hospital Clínico Regional Valdivia, viven en los sectores que cubren los Consultorios Externos Valdivia y CESFAM²⁵ Gil de Castro (46,62% y 38,39%). Ambos son los establecimientos con mayor cantidad de inscritos. Se podría suponer que en dichos centros de atención también podrían ser identificadas como adictas a las policonsultas; esto podría ser objetivo de algún

²⁵ Centro de Salud Familiar.

estudio posterior a fin de lograr conocer aquellas causales no médicas que llevan a un paciente a transformarse en policonsultante.

Con el objetivo de conocer las características del grupo familiar de la población bajo estudio, se encuestó en forma presencial con el instrumento denominado FACES III. La información recopilada arrojó como resultado que un 88,37% son mujeres pertenecientes a un tipo de familias definida por Olson (1996 citado en Ochoa, 2003; y en Pinto *et. al.* 2004) como amalgamadas y de nivel medio; y con respecto a la adaptación, la mayor distribución de casos de tipos de familia son estructuradas (65,12%). Además fue posible determinar que más del 50% son miembros de familias Nucleares²⁶. Al no encontrarse estudios referentes a la relación entre la pertenencia a una familia nuclear o no y la policonsulta, esto podría ser objetivo de algún estudio posterior a fin de lograr analizar dicha relación.

Entonces podemos identificar en este grupo de mujeres que la funcionalidad familiar (al ser entendida como el conjunto de funciones que deben cumplir sus miembros en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, de reproducción y estatus familiar) es efectiva, es decir, mantienen un buen funcionamiento. Además, al pertenecer a un sistema familiar medio con características de estructuralidad, permite determinar la existencia de cierto orden o rigidez en las funciones de los miembros y por lo tanto, es posible inferir que pueden presentarse en estas mujeres y sus familias algún grado de disfunción familiar al alterarse alguno(s) de los subsistemas familiares (tal y como señala Aylwin y Solar, 2002)²⁷, lo que podría explicar las policonsultas.

Para conocer la percepción de la calidad y forma de la relación entre las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años) y sus redes sociales, se les encuestó con el instrumento denominado Ecomapa, el que al ser interpretado reveló existencia de buenas relaciones en especial con la familia paterna y materna, los vecinos y las entidades de educación, llegándose a la conclusión que existe un feedback mutuo entre los recursos, esfuerzos y energías que se destinan y reciben de ellas. La relación con la Iglesia y Trabajo es de calidad regular, dado que se percibe que estas entidades entregan menos de los que ellas y sus familias les aportan; la explicación a esto puede deberse a que, con respecto al Trabajo, la asignación de salarios, presenta diferencias considerables respecto de la perspectiva de género, dado que en la actualidad la condición de mujer le permite en la mayor parte de los casos, percibir remuneraciones un 39% inferior que los hombres por labores de idénticas características, brecha que aumenta a 52% para aquellas trabajadoras con mayor nivel educacional (INE, 2002 citado en Vera, 2005).

Para identificar acciones de Autocuidado y hábitos de vida saludable en las policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con

²⁶ Ver Análisis de Resultados.

²⁷ Aylwin y Solar (2002) analizan a la familia desde la óptica de la Teoría General de Sistemas, entendiendo que ésta es un conjunto de individuos que se interrelacionan entre sí, y por tanto, si a alguno de ellos le sucede algo, esto influye necesariamente a los demás en forma individual y a la familia como un todo.

edades fluctuantes entre 20 y 40 años) se encuestó al azar y en forma presencial con un instrumento específico y validado denominado “Encuesta de Hábitos de vida saludable”. Los datos recopilados permiten identificar que solo un 49% de las entrevistadas realiza acciones que contribuyen a su calidad de vida, mientras que un 51% no tiene conciencia de la importancia del autocuidado personal (un 30% realiza muy escasas acciones de autocuidado o simplemente no las tiene). Estos resultados, están en concordancia con lo señalado por Lester (2005) en su tesis doctoral “*A health promotion model for facilitation of self-care of women in midlife to support them in the attainment of wholeness*” presentada en la *University of South Africa*, vale decir, que las mujeres en la edad media de su vida practican el autocuidado y otras estrategias de promoción de su salud, aunque fallan en identificar cuáles de estas prácticas hacen la diferencia entre la salud y bienestar resultantes, debido a que estas mujeres no tienen asesoría profesional con respecto a dichas actividades.

7. CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de las variables identificadas y los diversos aspectos estudiados, las mujeres policonsultantes de la Unidad de Urgencia del Hospital Clínico Regional Valdivia con rangos etáreos entre 20 y 40 años generan sus policonsultas como consecuencia de las exigencias de la sociedad actual y el olvido de que tanto su bienestar como el de sus familias, proceden del mantenimiento de conductas relacionadas con el autocuidado y hábitos de vida saludable. De hecho, Condon (2004 citado en Lester 2005) señala que las mujeres son las principales proveedoras de salud en muchos de los hogares, y que éstas usan diversos métodos para lograr salud y bienestar en sus familias y en ellas mismas; en efecto, Lester (2005) señala que ellas son más propensas a informarse mediante la lectura y relaciones con otras mujeres, así como están más dispuestas a aprender de sus madres y sus abuelas, y buscar maneras eficientes para lograr un estado de bienestar de sus familias.

Una revisión más detallada de la información, permite señalar que:

- El análisis precedente, hace posible concluir que las mujeres policonsultantes de la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico Regional Valdivia del período bajo análisis, tiene mayoritariamente entre 20 y 29 años, son pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, siendo en su mayoría mujeres que buscan la independencia socioeconómica ostentando preparación suficiente para acceder al campo laboral y continuar su desarrollo en este ámbito como entes productivos. Se puede identificar que en su mayoría son mujeres solteras, sin patologías precedentes y cuya principal causa de hospitalización ha sido por procesos asociados a la maternidad.
- Las principales causas que generaron las policonsultas durante el período Octubre de 2003 y Octubre de 2004 en la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia es consecuente con el hecho de los requerimientos que le impone la sociedad actual a las mujeres, mas la ausencia o las insuficientes conductas de Autocuidado en ellas y en sus familias lo que puede generar los principales motivos de policonsultas en estas (alteraciones digestivas y del aparato respiratorio) –independiente de las características del funcionamiento de sus familias y sus relaciones con las redes de apoyo– las lleva a realizar las recurrentes consultas a servicios de alta resolutiveidad que otorgan una solución rápida y de calidad a sus poco complejas alteraciones del bienestar con lo que se entorpece al funcionamiento óptimo de la Unidad y de las redes sanitarias tanto a nivel local como provincial (y nacional por obvias razones).
- Con respecto al tipo de familia se identificó en las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período bajo análisis, que existe una familia Amalgamada y estructurada. Por tanto, y tomando como referente al modelo de Olson (1986 citado en Ochoa, 2003; y en

Pinto *et. al.* 2004), se puede afirmar que este tipo de sistema familiar mantiene un funcionamiento adecuado, clasificándose como un sistema familiar Medio y en donde la mayoría de las mujeres pertenecen a una familia nuclear.

- El Ecomapa general de las familias de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia con edades fluctuantes entre 20 y 40 años demuestra un buen flujo de energía y recursos con la familia paterna, familia materna, los vecinos y la escuela. Es probable que la explicación de ello venga por el lado de que los flujos sean recíprocos, vale decir, que dichas redes sociales estén direccionadas hacia la familia, así como la familia está direccionado con estas redes sociales. Por otro lado, los flujos de energía y recursos de la Iglesia y Trabajo con la familia son regulares. Existe la percepción entre las mujeres policonsultantes que el flujo no es completamente recíproco; es probable que tanto al Trabajo como a la Iglesia se las considere algo estresantes o bien que los flujos direccionados por la familia hacia esas redes sociales sean mayores que las que reciben por parte de ellas.
- La información recopilada permite concluir que ni siquiera la mitad de las mujeres policonsultantes es conciente de su autocuidado personal y solo un 5% del total de las policonsultantes realiza un excelente conjunto de acciones que contribuyen a una buena calidad de vida, mientras que en el otro extremo, un 2% de ellas realiza un bajo o nulo conjunto de acciones.

Este trabajo, desde la óptica de la autora, debiera contribuir al desarrollo de las políticas de la Reforma de Salud, enfocados a la optimización de los recursos involucrados en la Atención de la mujer en los Servicios de Salud, y en las Unidades de Urgencia en particular, a fin de asegurar asistencia a personas en situaciones de salud crítica que requieren atención impostergable, favoreciendo una entrega de cuidados hacia ellos que sea oportuna, eficiente, eficaz y por supuesto de calidad, aportando así a través de la participación ciudadana al desarrollo socio económico, cultural y de la calidad de vida del mayor número de familias que componen nuestra creciente población.

Para esto es necesario contar con Profesionales de Enfermería que no tan sólo cuenten con la mejor preparación en los aspectos técnicos involucrados con los cuidados de un paciente con riesgo vital, sino que también cuenten con una visión promocional del Autocuidado hacia la población y con base sólida de conocimientos relacionados con la cultura de los pacientes que atiende. Todo lo anterior, para orientar los cuidados hacia el restablecimiento de la salud y a los objetivos de la Reforma, y entendiendo a Enfermería como una disciplina que ha desarrollado una visión holística del hombre, persona, y ser humano, realizar una la atención desde una perspectiva socio-psico-biológica y espiritual de cada paciente.

La actual Reforma del sector Salud implica la implementación de estrategias que requieren que el Equipo de Enfermería esté preparado para poner en práctica las medidas diseñadas para el buen funcionamiento del nuevo modelo de atención y gestión del cuidado para pacientes y sus familias, así como para la administración y gestión de los elementos de la

Red Asistencial. Este cambio en la atención de salud que acompaña a los continuos cambios sociodemográficos y epidemiológicos, debe verse como una oportunidad, es decir, con actitud visionaria para el crecimiento y desarrollo de la disciplina.

Finalmente, el futuro de la profesión de Enfermería depende de sus profesionales, el ser protagonistas directos del desarrollo que conviene alcanzar, así como del nivel de Salud profesional que seamos capaces de conseguir para el mayor beneficio de la sociedad a la que intentamos cuidar.

Siguiendo a Murry (2003), las modernas tendencias de la concepción de la salud, no se limitan a brindar servicios al usuario que lo solicita; sino prioritariamente a promover la salud en el entorno social donde el hombre y mujer; vive, trabaja, estudia y asiste a recibir atención, por lo que es necesario generar en el individuo un sentido de responsabilidad por su propia salud, es decir; fomentar el autocuidado a través de las diversas modalidades de enseñanza siendo los actores principales de este proceso el paciente, familia y profesionales de enfermería.

Enfermería consciente de este rol social, debiera contribuir a la iniciativa de innovar permanentemente estrategias educativas para garantizar servicios integrales que respondan coherentemente a las necesidades y expectativas de los usuarios. El factor clave para obtener la participación activa y responsable del usuario y familia, es impartir un proceso educativo previamente planificado y estructurado durante la consulta de urgencia; el mismo que tiene como propósito, promover habilidades, modificar comportamientos y fomentar conductas adecuadas que garanticen no sólo la recuperación física sino que proporcionen condiciones psicológicas y sociales adecuadas para su autocuidado (Espinoza, 2003).

8. BIBLIOGRAFÍA

- Amador, G., Iturrino, M., y A. Lépez. 1985. Análisis Psicosocial del fenómeno de la policonsulta realizado en las Clínicas Periféricas de la CCSS. Universidad de Costa Rica.
- Aylwin, N., y M. Solar. 2002. Trabajo Social Familiar. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Castaño, D., y I. Martínez-Benlloch. 1990. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de psicología*, Vol. 6 (2): 159-168.
- Davidoff, L. 1986. Introducción a la Psicología. Tercera Edición. México, D. F.: McGraw – Hill Interamericana de México, S. A. de C. V.
- De Canales, F. H. 1986. Metodología de Investigación: Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. Edición de 1986, OPS, OMS.
- Departamento de Estadísticas e Información MINSAL, DEIS. 2002. Población por grupo de edad, según servicio de salud y comuna, Censo 2002. Disponible en Internet: http://deis.minsal.cl/deis/pob_censo2002.htm (Accesado en abril 25 y 26, 2006).
- Esparza, K. 2003. Análisis Descriptivo del Perfil sociodemográfico de los Pacientes Portadores de Patologías Crónicas Rehospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto HCRV durante el año 2001. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Espinoza, M. 2003. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins, noviembre 2002. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. San Marcos, Perú.
- Flores, C. 2003. Principales Factores que Motivan la Consulta a la Unidad de Emergencia de Pacientes Adultos con Patologías que no corresponden a esta Unidad. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Hernández, R., C. Fernández, y P. Baptista. 2003. Metodología de la Investigación. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. de C. V.

- Horovitz, J. 2000. Los Siete Secretos del Servicio al Cliente. Madrid, España: Pearson Educación, S. A.
- Horwitz, N. 1986. Consideraciones Sociológicas acerca de la relación entre Familia y Atención Primaria de Salud. Salud Familiar, División Ciencias Médicas Facultad de Medicina Universidad de Chile, CPU Santiago de Chile.
- Ilustre Municipalidad de Valdivia. 2005. Cuenta pública de Gestión municipal, Año 2005. Disponible en Internet: <http://www.munivaldivia.cl> (Accesado en abril 24, 2006).
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE. 2006. Índices de Vejez, Chile. Disponible en Internet: <http://www.ine.cl> (Accesado en mayo 10, 2006).
- _____. 2002. Instituto Nacional de Estadísticas, INE. 1995. Mujeres y Hombres en Chile: Cifras y realidades. Editora: Telma Galvez y otras. Santiago.
- Lester, B. 2005. A health promotion model for facilitation of self-care of women in midlife to support them in the attainment of wholeness. Thesis Submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor of Literature and Philosophy in the subject of Health Studies. University of South Africa, South Africa.
- Leddy, S., y J. Pepper. 1985. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Primera Edición en español. Ediciones OPS.
- Manquilef, P. 2003. Documento tesis sin título. Trabajo no publicado.
- Márquez, L. 2002. Como enfrentan la lactancia materna las madres que trabajan fuera del hogar. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Marriner y Tomey. 1994. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros.
- Maturana, H., y F. Varela. 1998. El Árbol del Conocimiento. Décimo Cuarta Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Ministerio de Salud, MINSAL. 2006. Orientaciones para la Programación en Red – 2006. Disponible en Internet: <http://www.minsal.cl> (Accesado en mayo 15, 2006).
- _____. 1985. Ley No. 18.469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Departamento Asesoría Jurídica, Ministerio de Salud, Santiago.
- Ministerio del Interior. 1980. Constitución Política de la República de Chile. Santiago.

- Morales, C. 2003. Factores que Inciden en el Mal Control de Presión Arterial en la Población Hipertensa del Consultorio de río Bueno, durante el mes de Septiembre del año 2002. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Murrell, A., y E. James. 2001. Gender and Diversity in Organizations: Past, Present, and Future Directions. Sex Roles, Vol. 45, Nos. 5/6 (September): 243-257.
- Murri, A. 2000. Cuidados de Enfermería.
- Ochoa, P. 2003. Cohesión, Adaptabilidad Familiar y Red Social en Pacientes con Cáncer Gástrico: Un Estudio Descriptivo, Valdivia, Chile 2002. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. 2002. Políticas de Empleo: Salarios y Género en Chile. Editores: Laís Abramo, Ricardo Infante, Andrés Marinakis, María Elena Valenzuela y Jacobo Velasco. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo.
- Orem, D. 1993. Modelo de Enfermería: Conceptos de Enfermería en la Práctica.
- Papalia, D. E. 1985. Desarrollo Humano. Segunda Edición. México, D. F.: McGraw –Hill Interamericana, S. A. de C. V.
- Peiró, J. 2004. Estrés y factores de riesgo psicosocial. Perspectiva individual y colectiva. Conferencia presentada en el Congreso Internacional de Estrés, Salud y Calidad de Vida. Castellón, Febrero 6-8.
- Pérez, C. 2004. Criterios de salud en mujeres de diferentes edades. Policlínico Docente "Mario Escalona Reguera", Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina General Integral, Col. 20 No. 1 (Enero-Febrero). Disponible en Internet: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_1_04/mgi03104.htm (Accesado en abril 28, 30 y mayo 02, 2006).
- Picado, L. 2004. La policonsulta y su impacto en los costos de los EBAIS concentrados del área de salud ALAJUELA sur durante el año 2001. Investigaciones de estudiantes graduados del Sistema de Estudios de Postgrado (SEP). Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, Universidad Estatal a Distancia (UNED), Costa Rica. Disponible en Internet: <http://www.uned.ac.cr/SEP/recursos/investigaciones/masss/documents/TFGLuisAlonsoPicado.pdf> (Accesado en abril 28, 2006).
- Pinto, F., Martínez, V., Ortiz, M., Camacho, O., y H. Isidoro. 2004. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Revista Umbral de Investigación Vol. I (1): 55-66. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UNFV.

- Rosas, C. 2002. Apuntes Modelo de necesidades humanas de Astorquiza. Apuntes Bases teóricas de la Disciplina II - ENFA 132. Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Rueda, S. 1997. Habitabilidad y calidad de vida. Disponible en Internet: <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html> (Accesado en mayo 04, 2006).
- Sánchez, S. 2002. El analfabetismo como riesgo en salud: estudio comparativo en pacientes hipertensos del Centro de Salud Río Bueno 2002. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Segura, H., y H. Vargas. 1978. Estudio de la Consulta Externa en la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. CSUCA.
- Servicio de Salud Valdivia. 2006. Porcentaje de población por grandes grupos etáreos de ambos sexos. Servicio de Salud Valdivia, Tendencia del Decenio 1993–2003. Disponible en Internet: <http://www.ssv.cl> (Accesado en mayo 08, 2006).
- Soto, C. 2002. Inasistencias al programa de Estimulación del Desarrollo psicomotor; una problemática a resolver. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Torres, C. 2005. Apuntes de programación en red. Apuntes ramo Administración de Servicios de Salud II. Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Ulloa, N. 2003. Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados, Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Universidad Austral de Chile, UACH. 2006. ¿Tienes Hábitos de Vida Saludable? Dirección de Asuntos Estudiantiles, Centro de Salud Universitario. Universidad Austral de Chile, Valdivia. Disponible en Internet: <http://www.uach.cl/direccion/asuntosestudiantiles/unidades/salud/cuestionario2.htm> (Accesado en mayo 06, 2006).
- Uribe, C. 2006. Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes. Unidad de emergencia Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia.

- Uribe, P. 1992. Programa de Educación continua; Redacción de referencias Bibliográficas en Educación. Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Vera, J., y C. Miranda. 2004. Análisis de la predisposición para adoptar al teletrabajo como modalidad de trabajo a titulados de la Carrera de Ingeniería Comercial de la Universidad Austral de Chile: Período 2000-2003. Tesina presentada como requisito para optar al Grado de Licenciado en Administración. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Vera, J. 2004. Discriminación de precios de tercer grado en las consultas médicas de urgencia para pacientes sin previsión en el Hospital Regional de Valdivia, período 1992-2002. Trabajo no publicado.
- _____. 2005. Análisis de discriminación laboral desde una perspectiva de género: caso de dos instituciones bancarias en la Comuna de Santiago, Región Metropolitana. Proyecto de Investigación. Trabajo no publicado.
- Webster, A. 2000. Estadística aplicada a los negocios y economía. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S. A.
- Wikipedia.org. 2006. Calidad de Vida. Disponible en Internet: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida (Accesado en mayo 04, 2006).
- Yodanis, C. 2000. Constructing Gender and Occupational Segregation: A Study of Women and Work in Fishing Communities. Qualitative Sociology, Vol. 23, No. 3: 267-290.

9. GLOSARIO

- Atención: Asistencia de salud que recibe un paciente por personal competente.
- Calidad: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.
- Calidad de la Atención de Salud: La calidad de la atención en salud constituye una responsabilidad y un compromiso ineludible de los equipos de salud y debe traducirse en acciones concretas más que en un discurso formal. Las acciones en calidad deben ser evaluadas con el fin de conocer el estado de los programas e identificar áreas a ser mejoradas.
- Calidad de los Cuidados de Salud: Según el Instituto de Medicina, “el grado en el que los servicios médicos para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de que se obtengan los resultados de salud deseados y son consistentes con los conocimientos profesionales actuales”.
- Calidad de Vida: Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida en un contexto cultural y de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el entorno. Engloba el conjunto de experiencias, estados, percepciones y esferas de pensamiento relacionados con la vida de un individuo o una comunidad. La calidad de vida puede incluir dimensiones culturales, físicas, psicológicas, interpersonales, espirituales, financieras, políticas, temporales y filosóficas, tanto objetivas como subjetivas. La calidad de vida supone un juicio de valor en las experiencias de comunidades, grupos o individuos.
- Estilos de Vida: Determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la acción está dirigida a cambiar estilos de vida, no debe ir dirigida sólo al individuo, sino también a las condiciones de vida que interactúan para producir y mantener estos comportamientos
- Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Efectos de una intervención estudiados en condiciones experimentales (por ejemplo, ensayos clínicos con fármacos).
- Eficiencia: Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. Efectos de una intervención en función de los recursos utilizados. Su determinación es el objetivo último de una evaluación económica.

- Efectividad: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Efectos de una intervención en las condiciones habituales de uso. Se diferencia de la eficacia, entre otros factores, en que en ésta los sujetos del estudio están sometidos a un mayor control y los criterios de selección son más restringidos.
- Holístico: Es el estudio del todo, relacionándolo con sus partes, pero sin separarlo del todo. Es la filosofía de la totalidad (ricardo.alfaro@udp.cl). Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.
- Perfil: Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo. Miramientos en la conducta o en el trato social.
- Perfil Bio-Psicosocial: Espectro multidimensional del ser humano se entiende que es extremadamente difícil establecer distinciones marcadas entre las características heredadas (biológicos) y los hábitos adquiridos (psicosocial). Desde luego, ambos juegan un papel importante y difícil de determinar.
- Perfil de Salud: Instrumento de medida de la salud que incluye dos o más dimensiones de calidad de vida.
- Red: Agrupación de individuos u organizaciones, en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa con base al compromiso y la confianza.
- Red Social: Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización de las comunidades para afrontar los acontecimientos y condiciones de vida adversos, ofreciendo un recurso positivo para mejorar la salud y la calidad de vida.
- Salud: La Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. La salud es un recurso para la vida. Permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente activa. Posee prerequisites o condicionantes relacionados a factores sociales, económicas y culturales, entorno físico y estilos de vida.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1. CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES A TRAVES DEL “TRIAGE”

La categorización se realiza en diferentes y rápidas etapas, muchas veces desde la ventanilla de admisión: el registro del motivo de consulta, los signos vitales y la entrevista profesional, pero este procedimiento debería ser aplicado por un profesional enfermera o médico entrenados y quienes lo realizan no están suficientemente protegidos ante errores u omisiones. Por esta razón, el sistema ha sido resistido en su implementación.

Después de este proceso, el paciente se clasifica en 4 grupos por gravedad según la “Propuesta de Priorización Unificada para Consultas de Urgencia del Adulto (MINSAL, 2006).

Cuadro No. 4: Técnicas y Criterios de Categorización de Pacientes en UEH (MINSAL, 2006)

Paciente C1	Requiere de reanimación inmediata por riesgo vital inminente. Pasará a unidad o box de reanimación, donde será estabilizado y recibirá las acciones terapéuticas según protocolos (médicas y quirúrgicas). Habitualmente estos pacientes, una vez estabilizados, tendrán que ser hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC).
Paciente C2	De alta complejidad o que por carácter de su patología requerirá de acciones diagnósticas y/o terapéuticas que determinan un periodo de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta
Paciente C3	De complejidad media que por el carácter de su patología requerirán de acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un periodo de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta
Paciente C4	De baja complejidad o pacientes de patología banal que debería ser resuelta en un SAPU o Policlínico de Atención Primaria. Se les hará un diagnóstico, se les hará una receta y/o se les remitirá directamente a atención primaria a continuar tratamiento, con documento que acredite el haber sido evaluado en la Unidad de Emergencia Hospitalaria

Fuente: MINSAL, 2006.

10.2. ANEXO 2. MODELO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIO

El modelo de atención se basa en los siguientes conceptos.

La llamada que comunica una situación de emergencia, se realiza a través del 131, esta llega a una central telefónica ubicada en el Centro Regulador, y aquí es recepcionada por un operador telefónico capacitado en regulación telefónica, radiocomunicación y atención pre-hospitalaria.

El operador determina si la llamada es válida o no, y la registra. Determinando datos básicos de la llamada, interroga al solicitante con un cuestionario pre-establecido, destinado a detectar gravedad y compromiso vital inmediato o potencial.

Si en la llamada se identifica compromiso vital se traspasa a un profesional regulador, si no tiene compromiso vital puede activar intervención de un móvil básico (M1) de la base SAMU que corresponda según circunscripción del hospital de origen de la misma.

El profesional regulador supervisa el conjunto de la actividad del centro regulador, captura la llamada traspasada por el operador regulador, realizando un interrogatorio breve y preciso, que le permita establecer una apreciación diagnóstica para asignar recursos y/o dar consejería telefónica. Es función del mismo, otorgar una clave de salida a la intervención que estará dada por la gravedad de la situación, disponiendo de los móviles y equipos interventores activando distintas Base SAMU dispuestas en la Región, según necesidad, independiente de la circunscripción de los hospitales de origen de las mismas.

El Centro Regulador al ordenar la salida de los móviles debe entregar la información recopilada al equipo de intervención, comunicar el evento a instituciones de apoyo y coordinar acciones si es necesario.

En caso de requerir la salida de algún móvil, el operador se comunica por radio o teléfono con la base seleccionada y activa la salida del móvil, indicándole el lugar al que se debe dirigir y el tipo de procedimiento según clave.

El móvil y su personal de intervención debe mantenerse en permanente comunicación con el Centro Regulador, recepcionando información capturadas por el regulador, avisando horario de salida y llegada de móvil de la base, sitio del evento y otros datos que requiera el Centro Regulador. La ubicación en la que permanecen los vehículos y los equipos de rescate, en espera de la llamada que desencadena la respuesta del sistema, debe considerar, como variables más importantes, la densidad poblacional y el tiempo que el vehículo se tarda en llegar hasta el punto más distante de su radio de acción. Esto significa considerar el estado físico de las vías, accesibilidad (terrestre, aérea, marítima o fluvial) así como las condiciones de tráfico. Obviamente, todo esto determina que la ubicación de los equipos y vehículos de rescate tenga una concentración diferente en ciudades que en carreteras y zonas rurales.

El personal del SAM debe entregar un informe preliminar de la situación general de la emergencia, realizando una evaluación del paciente y estableciendo un diálogo técnico con el regulador, solicitando apoyo y refuerzo si la situación lo amerita.

En el móvil se debe estabilizar al paciente y trasladarlo a la Unidad de Emergencia que el Centro Regulador determine, informando continuamente las condiciones del paciente y el tiempo estimado de arribo a las mismas.

El personal del móvil debe confeccionar una ficha de atención y debe entregar el paciente a la Unidad de Emergencia junto con su ficha de atención pre-hospitalaria a la Enfermera y/o Médico de turno.

El Centro Regulador al mando del profesional regulador, recibe del equipo de intervención la apreciación diagnóstica y entrega apoyo técnico, si es necesario.

Decide el destino del paciente considerando los antecedentes entregados por el equipo interventor y la disponibilidad de recursos. El Centro Regulador se comunica con la Unidad de Emergencia determinada y avisa envío de paciente para activar su correcta recepción.

El proceso de atención pre-hospitalaria prosigue con la entrega del paciente en el establecimiento asistencial, donde seguirá su atención de acuerdo a sus condiciones específicas de salud y a los protocolos médicos que se hayan establecido.

El proceso de atención pre-hospitalaria culmina con la reposición del material utilizado y reordenamiento del móvil para dejarlo listo para un nuevo despacho.

10.3. ANEXO 3. COMPROMISO DE GESTION No. 6: DESARROLLO DE LA RED DE URGENCIA

10.3.1. Modelo de Atención de Urgencia – Emergencia

10.3.1.1. Objetivos Generales.

- Recepcionar, priorizar y resolver los pacientes referidos desde el nivel primario de atención y otras UEH.
- Recepcionar, priorizar y contraderivar los pacientes de consulta espontánea en categoría C4.
- Implantar y fortalecer un modelo de atención en red para pacientes referidos desde otros niveles de atención.

10.3.1.2. Estrategias. El Modelo de Atención a implementar se basan en dos estrategias fundamentales:

- Recepción de PACIENTES REFERIDOS del nivel primario, secundario y de otras UEH. Como excepción recepción de consulta espontánea. Este tipo de Unidad de Emergencia Hospitalaria se definirá como UNIDAD DE EMERGENCIA REFERIDA (UER).
- PRIORIZACIÓN AVANZADA, la que se realizará al ingreso de todos los pacientes que consulten espontáneamente y deambulando.

10.3.1.3. Clasificación Pacientes. Los pacientes de la UER se identifican de acuerdo a la siguiente tipología, según clasificación y origen:

- Paciente Referido para Consulta Especializada, es decir, desde APS (SAPU, SAPUR)
- Pacientes de los servicios de menos complejidad (Hospitales tipo IV)
- Paciente derivado desde la Atención Prehospitalaria (SAMU)
- Paciente de Consulta Espontánea

Es así como los servicios de urgencia se orientan a la atención del trauma, patologías graves y a personas que requieren procedimientos diagnósticos disponibles sólo en ese nivel y que estén debidamente protocolizados.

10.3.1.4. Requisitos De Derivación.

Beneficiarios del Sistema Público:

- Los pacientes deben venir priorizados de acuerdo a instructivo MINSAL en C1-C2 o C3.
- Se deben derivar las patologías que puede resolver en HCRV
- Los pacientes deben venir con identificación, previsión, resumen de atención, categorización, hipótesis diagnóstica y exámenes realizados.
- Para las derivaciones de otras UEH se debe contar con acuerdo telefónico previo.

Ventajas:

- Utilizar un Modelo de Atención que prioriza al paciente más grave
- Racionalizar recursos humanos especializados y de planta física
- Utilizar racional y consensuadamente la Red
- Realizar educación sanitaria a la población para que demande en el nivel adecuado
- Satisfacer al usuario y familiares al saber éstos prontamente su situación de salud.
- Estrategias De Implementación
- Comparar la UE con el modelo tradicional de atención de emergencia.
- Consenso de los planes (Ministerio, Servicios de Salud y Red de Referencia)
- Definición de protocolos (Referencia, contrarreferencia, intrahospitalarias)
- Apoyo institucional (político y económico)
- Amplia difusión del cambio (Red de Referencia)
- Evaluación del resultado)

10.3.2. Compromiso De Gestión

El desarrollo de la red de urgencia es uno de los compromisos de gestión que deben cumplir todos los Servicio de Salud, de acuerdo con los lineamientos del ministerio del ramo entre otras.

Los compromisos de gestión son el principal referente para la evaluación del desempeño de los servicios de salud por parte del ministerio

10.3.2.1. Objetivo general. Fortalecer la efectividad de las Redes Locales de Urgencia en la orientación de la consulta urgencia / emergencia de acuerdo al Modelo de Atención de Urgencia – Emergencia.

10.3.2.2. Objetivos específicos.

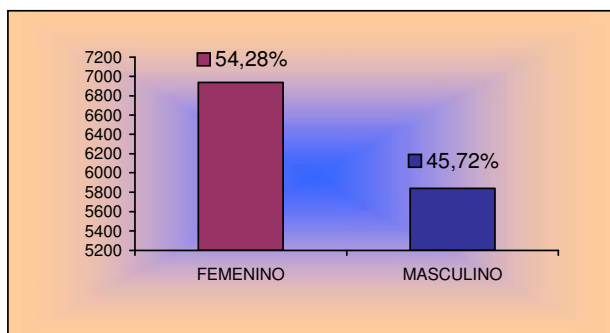
- Elaborar, ejecutar y evaluar el Plan de Trabajo 2006 acordado en la Red Local de Urgencia.
- Mejorar la oportunidad de la atención en la UEH
- Lograr el re direccionamiento de las consultas de pacientes C 4 y su inscripción en APS, de acuerdo al modelo de atención de urgencia – emergencia.

10.3.2.3. Orientaciones:

- Mejorar la oportunidad de la atención en la UEH y Disminución de los tiempos de espera para pacientes C2 en los hospitales tipo 1 y 2
- Es una meta de continuidad
- Medición una vez al mes, Registro en formulario similar al usado el año 2005 y enviado al DEIS.
- Objetivo, formalizar y mejorar sistema de registro
- Uso de esta información para mejorar la oportunidad de atención en las UEH.
- Disminución de la consulta no pertinente en las UEH de los Hosp. tipo 1 y 2
- Meta también de continuidad, Registro en formulario similar al usado el año 2005 y enviado al DEIS.
- Redireccionamiento de las consultas de urgencia
- Inscripción en Centros de Salud de pacientes no inscritos
- Consultantes de SAPU
- Policonsultantes en UEH

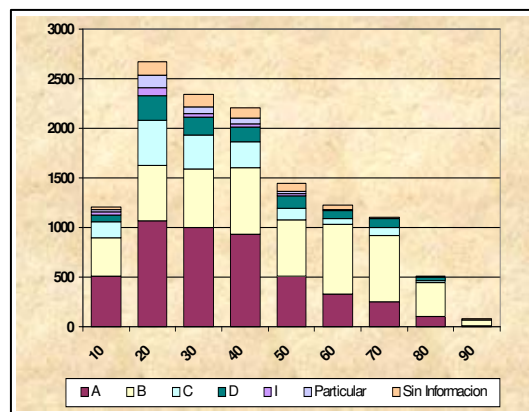
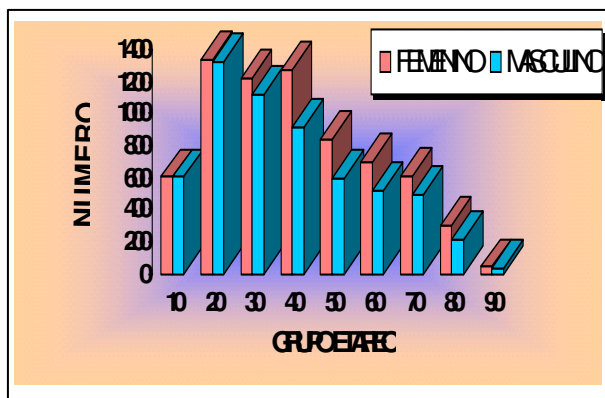
10.4. ANEXO No. 4: Distribución Porcentual de Pacientes Policonsultantes, U.E.H. del H.C.R.V. según Sexo, 2003- 2004

Distribución según Sexo y Grupo Étareo de Pacientes Policonsultantes, U.E.H. del H.C.R.V. 2003- 2004



El 54, 28% de mujeres policonsultantes es más que la relación que existe entre hombres y mujeres en Chile, que no supera los dos puntos porcentuales. Cabrá preguntarse si esta relación es diferente entre los monoconsultantes. Las mujeres consultan más también en los establecimientos de nivel primario, por lo que se puede suponer que como conoce el sistema se mueve con más facilidad en él. Por otro lado, la necesidad de preocuparse por los hijos y la familia, hace que está más sensibilizada con el cuidado de la salud y puede detectar mejor las enfermedades.

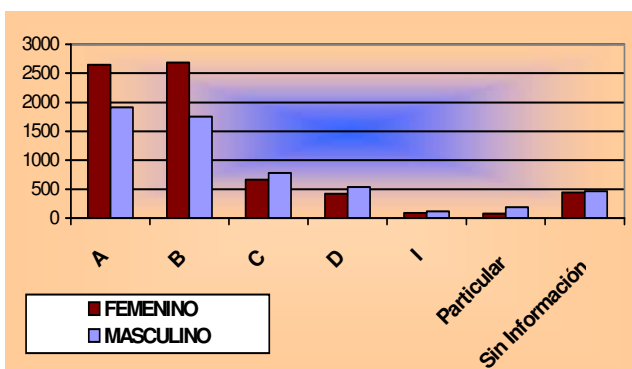
Distribución Numérica, según tipo de Previsión y Sexo de Pacientes Policonsultantes, U.E.H. del H.C.R.V. 2003-2004



La cantidad de mujeres policonsultantes es mayor que la de los hombres en todos los grupos de edad y la mayoría se agrupa entre los 20 y los 40 años. Los policonsultantes no tienen la misma distribución poblacional de Chile. Los policonsultantes no son adultos mayores, que son las edades con más carga de enfermedad.

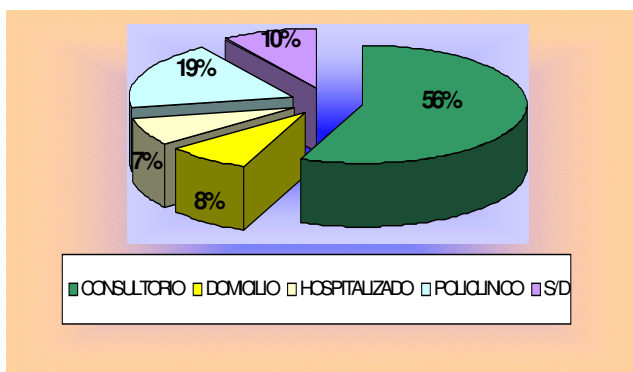
Son mayores las mujeres policonsultantes en los tramos FONASA A y B que son los que otorgan gratuidad y en cambio, los FONSA C y D y Particular son hombres. Como estos tramos cancelan su atención, puede inferirse que poseen trabajos más estables y mejor remunerados que las mujeres en Chile.

Distribución Numérica, según tipo de Previsión y Grupo Étareo de Pacientes Policonsultantes, U.E.H. del H.C.R.V. 2003- 2004



Los grupos etéreos entre 20 y 40 años, los tramos FONASA A y Particular son mayores que en los otros grupos de edad. Esto puede explicarse en una población que no tiene resuelta su situación provisional Como se observa, estos disminuyen en los otros grupos etéreos y se incrementan los FONASA B, que poseen previsión estable, pero bajo ingreso.

Distribución Porcentual, según Derivación de pacientes Policonsultantes, U.E.H. del H.C.R.V. 2003-2004



Si la gran mayoría de atenciones prestadas son derivadas a centros primarios de atención, se infiere que ellas corresponden patologías menores y/o crónicas que requieren una atención de menor complejidad (56%) o continuidad (19%), e incluso no necesiándola cuando son derivados a su domicilio (8%).

Se destaca también los bajos índices de hospitalización ante las consultas efectuadas por los Policonsultantes, dada la baja complejidad que caracteriza la asistencia de este grupo a la UEH de Valdivia.

10.5. ANEXO 5: Instrumento 1: Encuesta sobre hábitos de vida Saludable

¿Tienes Hábitos de Vida Saludable?

Esto significa que la salud y la enfermedad se encuentran influidas por nuestra forma de vivir, de alimentarnos, de trabajar, de descansar, de asumir determinados riesgos, de relacionarnos con los demás, etcétera.

¿Tienes un estilo de vida fantástico? Te invitamos a contestar el siguiente cuestionario para que lo averigües. Contesta las preguntas recordando tu vida en el último mes.

Familia y amigos

¿Tengo con quién hablar de las cosas que son importantes para mí?

- **Casi Siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo doy y recibo cariño

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Actividad Física

Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín):

- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido)

- **4 o más veces por semana (2)**
- **1 o 3 veces por semana (1)**
- **Menos de una vez por semana (0)**

Nutrición

Mi alimentación es balanceada:

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra con mucha grasa

- **Ninguna de éstas (2)**
- **Alguna de éstas (1)**
- **Todas estas (0)**

¿Estoy pasado/a de mi peso ideal?

- **No estoy pasado/a o lo estoy en hasta 4 kilos de más (2)**
- **5 a 8 kilos de más (1)**
- **Más de 8 kilos de más (2)**

Tabaco

Yo fumo cigarrillos:

- **No en los últimos cinco años (2)**
- **No en el último año (1)**
- **He fumado en este año (0)**

Generalmente fumo por día:

- **Ninguno (2)**
- **0 a 10 (1)**
- **Más de 10 (0)**

Alcohol

Mi número promedio de tragos por semana es:

- **0 a 7 tragos (2)**
- **8 a 12 tragos (1)**
- **Más de 12 tragos (0)**

Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:

- **Nunca (2)**
- **Ocasionalmente (1)**
- **A menudo (0)**

Manejo el auto después de beber alcohol:

- **Nunca (2)**
- **Sólo rara vez (1)**
- **A menudo (0)**

Sueño y estrés

Duermo bien y me siento descansado/a:

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida:

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Tipo de Personalidad

Parece que ando acelerado/a:

- **Casi nunca (2)**
- **Algunas veces (1)**
- **A menudo (0)**

Me siento enojado/a o agresivo/a

- **Casi nunca (2)**
- **Algunas veces (1)**
- **A menudo (0)**

Introspección

Yo soy un pensador positivo u optimista

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo me siento tenso/a o apretado/a

- **Casi nunca (2)**
- **Algunas veces (1)**
- **A menudo (0)**

Yo me siento deprimido/a o triste:

- **Casi nunca (2)**
- **Algunas veces (1)**
- **A menudo (0)**

Conducción, trabajo

Uso el cinturón de seguridad:

- **Siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades:

- **Casi siempre (2)**
- **A veces (1)**
- **Casi nunca (0)**

Otras drogas

Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:

- **Nunca (2)**
- **Ocasionalmente (1)**
- **A menudo (0)**

Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:

- **Nunca (2)**
- **Ocasionalmente (1)**
- **A menudo (0)**

Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína:

- **Menos de 3 por día (2)**
- **3 a 6 por día (1)**
- **Más de 6 por día (0)**

Suma tu puntaje, multiplica el resultado final por dos: ¿Qué significa tu puntaje?

85 a 100: Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico

70 a 84: Buen trabajo, estás en el camino correcto.

60 a 69: Adecuado, estás bien.

40 a 59: Algo bajo, podrías mejorar.

0 a 39: Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

10.6. ANEXO 6: Instrumento 2: Modelo Circumplejo en los Sistema Familiar y Marital

FACES III.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

Describe a su familia:

- ___ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- ___ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- ___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- ___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- ___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- ___ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- ___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- ___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- ___ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.
- ___ 11. Nos sentimos muy unidos.
- ___ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- ___ 13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- ___ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- ___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- ___ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- ___ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- ___ 18. En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad.
- ___ 19. La unión familiar es muy importante.
- ___ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

10.6.1. Análisis de Validez del Instrumento FACES III

Mediante el paquete estadístico NCSS® 2004, se calculó el Alpha de Cronbach, medida estadística que permite evaluar la validez del instrumento FACES III.

Tabla No. 23: Alpha de Cronbach Instrumento FACES III

Indicador	Valores del indicador		Si el Indicador es omitido				R ² Otros Ítems
	Promedio	σ^2	Promedio Total	σ^2 Total	Coef. Alpha	Correlación Total	
1	4,116279	0,956	62,04651	5,066	0,5365	0,2937	0,5949
2	3,55814	1,098	62,60465	4,875	0,5080	0,4159	0,5773
3	3,837209	0,815	62,32558	5,121	0,5375	0,3041	0,4615
4	3,395349	1,003	62,76744	5,070	0,5412	0,2666	0,4677
5	3,976744	0,801	62,18605	5,292	0,5698	0,0909	0,5303
6	2,023256	1,123	64,13953	4,887	0,5132	0,3898	0,5140
7	4,255814	0,759	61,90698	5,322	0,5727	0,0650	0,4406
8	2,209302	1,013	63,95349	5,188	0,5648	0,1423	0,5668
9	4,139535	0,774	62,02325	5,239	0,5582	0,1694	0,5112
10	2,906977	0,811	63,25581	5,053	0,5232	0,3952	0,5237
11	4,395349	0,695	61,76744	5,223	0,5505	0,2293	0,5706
12	2,860465	0,861	63,30233	5,134	0,5433	0,2628	0,5000
13	3,813953	0,732	62,34884	5,299	0,5671	0,1030	0,5936
14	1,790698	0,675	64,37209	5,459	0,5925	-0,1141	0,3531
15	4,744186	0,441	61,41861	5,341805	0,5621	0,1474	0,4618
16	2,023256	0,672	64,13953	5,217103	0,5482	0,2503	0,4719
17	3,465116	0,797	62,69767	5,435925	0,5948	-0,0876	0,5864
18	1,697674	0,708	64,46512	5,404358	0,5846	-0,0370	0,6181
19	4,883721	0,324	61,27907	5,364458	0,5630	0,1559	0,2638
20	2,069767	0,936	64,09303	5,186126	0,5588	0,1703	0,4836
Total			66,16279	5,424504	0,5685		

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta FACES III, 2006.

Si se considera que el Alpha de Cronbach aceptable de 0,65 planteado en el marco metodológico²⁸ es una proporción poblacional π , y que el Alpha de Cronbach muestral p es 0,5685, entonces a un nivel de significancia del 5% ¿podemos concluir que el instrumento es válido? Las hipótesis a evaluar son:

$$H_0: \pi = 0,65$$

$$H_1: \pi \neq 0,65$$

²⁸ Siempre y cuando el instrumento posea una estructura de datos unidimensional, ya que si no es así, el Alpha de Cronbach debería ser bajo.

$$\text{El error estándar es: } \sigma_p = \sqrt{\frac{0,65 \cdot (1 - 0,65)}{43}} = 0,073$$

$$\text{Entonces, } Z = \frac{0,5685 - 0,65}{0,073} = -1,116$$

Por tanto, dado que si se considera no rechazar H_0 si Z está entre $\pm 1,96$, el valor del estadístico de prueba $Z = -1,116$ está en la zona de no rechazo. La evidencia de la muestra confirma la hipótesis de que $\pi = 0,65$. Por tanto, como se puede apreciar, el coeficiente estimado es aceptable, lo que permite suponer que los datos tienen una estructura unidimensional. Con este resultado, se puede inferir que este instrumento integra ítems que miden una sola estructura subyacente, reafirmado por los niveles aceptables en sus correlaciones medias.

Considerando que el instrumento integra preguntas múltiples que apoyan al objetivo que se persigue en la presente investigación, este instrumento queda validado.

10.6.2. Aleatoriedad del Proceso de muestreo, instrumento FACES III

Antes de utilizar herramientas estadísticas para sacar inferencias con la información recopilada a través del instrumento de medición denominado FACES III, se hizo necesario comprobar la aleatoriedad del proceso de muestreo, con la finalidad que dichas inferencias resulten confiables. Para ello, se utilizó la prueba no paramétrica denominada Prueba de Rachas.

Así, se procedió a agrupar las observaciones (medianas del conjunto muestral para cada indicador) en categorías A y B, tomándose como valor de referencia a la mediana teórica que es igual a tres en este caso, encontrándose las siguientes secuencias:

Tabla No. 24: Agrupamiento de las observaciones muestrales

BBBBB	A	B	A	BBB	A	B	AA	B	A
5	1	1	1	3	1	1	2	1	1

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta FACES III, 2006.

Como se puede apreciar, existen 10 rachas cada una de las cuales consta de una o más observaciones. Ahora bien, ¿existe o no un patrón que produce un número inusualmente grande de 10 rachas independientes que implica una ausencia de aleatoriedad?, o ¿las selecciones no están lo suficientemente combinadas, produciendo un patrón sistemático que implica una ausencia de aleatoriedad?

Pues bien, para responder a la interrogante, se procederá a evaluar el siguiente conjunto de hipótesis:

H_0 : Existe aleatoriedad en la muestra.

H_1 : No existe aleatoriedad en la muestra.

Para probar la hipótesis, se determinará si el número de rachas (r) es demasiado grande o demasiado pequeño utilizando un nivel de confianza del 95%. Si existen $n_1 = 11$ medianas por sobre la teórica, y $n_2 = 6$ medianas por debajo de la teórica, entonces la regla de decisión nos indica el no rechazar la hipótesis nula cuando $4 < r < 13$.

Como se puede apreciar, el valor $r = 10$ nos indica que al nivel de significancia del 5% el número de rachas existente sustenta la hipótesis de aleatoriedad. Por tanto, las conclusiones a las que se lleguen con las herramientas estadísticas a utilizar no son cuestionables.

10.6.3. Prueba de Signo

Indicador 1:

Para lograr que a nivel poblacional tenga validez esta afirmación, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo). Las hipótesis a probar son:

H_0 : Mediana = 4,0

H_1 : Mediana $\neq$ 4,0

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 17 tienen medianas mayores a 4,0 y 8 poseen medianas menores a ese valor; así, obtenemos:

$$\mu = 0,50 \cdot n = 0,50 \cdot 43 = 21,5$$

$$\sigma = \sqrt{0,25 \cdot \mu} = \sqrt{0,25 \cdot 21,5} = 2,318$$

Con $x = 17$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{17 - 21,5}{2,318} = -1,94$$

Se usó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que -1,96 o mayor que +1,96. Como el estadístico $z = -1,94$, existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para

el indicador 1 es 4,0 es cierta a nivel poblacional, vale decir, la conclusión dada anteriormente en base a datos muestrales se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El resultado anterior deja de hacerse extensible a toda la población, si el nivel de significancia fuera igual a $\alpha = 0,0524$.

Indicador 2:

Para lograr que a nivel poblacional tenga validez esta afirmación, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo). Las hipótesis a probar son las mismas que las utilizadas para el indicador 1:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 10 tienen medianas mayores a 4,0 y 20 poseen medianas menores a ese valor; y tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para el indicador 1 ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$) Con $x = 10$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{10 - 21,5}{2,318} = -4,96$$

Se usó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico $z = -4,96$, existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para el indicador 2 es 4,0 no es cierta a nivel poblacional, vale decir, la conclusión dada anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor es igual a 0.

Indicador 3:

Al igual que para los indicadores 1 y 2, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para lograr que a nivel poblacional tenga validez la afirmación realizada. Las hipótesis a probar son las mismas que las utilizadas para el indicador 1 y 2:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 10 tienen medianas mayores a 4,0 y 16 poseen medianas menores a ese valor; y tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para el indicador 1 y 2 ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$). Además, el estadístico

de prueba es igual al utilizado en el indicador 2, debido a que con $x = 10$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{10 - 21,5}{2,318} = -4,96$$

Se usó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico $z = -4,96$, existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para el indicador 3 es 4,0 no es cierta a nivel poblacional, vale decir, la conclusión dada anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004.

Indicadores 4 y 10:

Siguiendo con el procedimiento no paramétrico descrito para los indicadores anteriores, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para lograr que a nivel poblacional tenga validez las afirmaciones realizadas. Las hipótesis a probar para los indicadores 4 y 10 son:

Indicador 4:

H_0 : Mediana = 4,0

H_1 : Mediana $\neq$ 4,0

Indicador 10:

H_0 : Mediana = 3,0

H_1 : Mediana $\neq$ 3,0

La muestra en ambos casos corresponde a 43 mujeres, donde para el indicador 4, 5 tienen medianas mayores a 4,0 y 21 poseen medianas menores a ese valor, mientras que para el indicador 10, 9 tienen medianas mayores a 3,0 y 13 poseen medianas menores a ese valor. Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para los indicadores 1, 2 y 3 ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$).

El estadístico de prueba para el indicador 4, con $x = 5$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{5 - 21,5}{2,318} = -7,12$$

El estadístico de prueba para el indicador 10, con $x = 9$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{9 - 21,5}{2,318} = -5,39$$

En ambos casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como los estadísticos z son iguales a $-7,12$ y $-5,39$ para los indicadores 4 y 10 respectivamente, se puede señalar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos casos, por tanto el supuesto nulo de que la mediana para los indicadores 4 y 10 es $4,0$ y $3,0$ respectivamente no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. Buscando el valor del estadístico de prueba en la distribución normal, podemos ver que aún cuando optemos por un nivel de significancia $\alpha = 0$, las conclusiones basadas en datos muestrales no se mantienen.

Indicador 5:

Para evaluar si a nivel poblacional esta afirmación tiene validez, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo). Las hipótesis a probar son las mismas que las utilizadas para los indicadores 1, 2, 3 y 4:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 11 tienen medianas mayores a $4,0$ y 10 poseen medianas menores a ese valor; y tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para todos los indicadores del instrumento FACES III ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$). Con $x = 11$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{11 - 21,5}{2,318} = -4,53$$

Al igual que en los indicadores antes evaluados, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico $z = -4,53$, existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para el indicador 5 es $4,0$ no es cierta a nivel poblacional, vale decir, la conclusión dada anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor igual a 0 reafirma esta conclusión.

Indicadores 6 y 18:

Se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) al igual que en los indicadores anteriores para lograr que a nivel poblacional tenga validez las afirmaciones realizadas. El formato de las hipótesis a probar para los indicadores 6 y 18 son invariantes, y de la forma (nótese que es porque ambas medianas son iguales):

$$H_0: \text{Mediana} = 2,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 2,0$$

La muestra en ambos casos corresponde a 43 mujeres, donde para el indicador 6, 5 tienen medianas mayores a 2,0 y 21 poseen medianas menores a ese valor, mientras que para el indicador 18, 9 tienen medianas mayores a 2,0 y 13 poseen medianas menores a ese valor. Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para los indicadores 1, 2 y 3 ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$).

El estadístico de prueba para el indicador 6, con $x = 5$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{5 - 21,5}{2,318} = -7,12$$

El estadístico de prueba para el indicador 18, con $x = 9$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{9 - 21,5}{2,318} = -5,39$$

En ambos casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como los estadísticos z son iguales a $-7,12$ y $-5,39$ para los indicadores 6 y 18 respectivamente, se puede señalar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos casos, por tanto el supuesto nulo de que la mediana para los indicadores 6 y 18 es 2,0 en ambos casos no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. Además, aún cuando optemos por un nivel de significancia $\alpha = 0$, las conclusiones basadas en datos muestrales no se mantienen.

Indicador 7:

Para evaluar si a nivel poblacional esta afirmación tiene validez, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo). Las hipótesis a probar son las mismas que las utilizadas para los indicadores 1, 2, 3, 4 y 5:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 19 tienen medianas mayores a 4,0 y 8 poseen medianas menores a ese valor. La media poblacional como el error estándar son

iguales a los utilizados para todos los indicadores del instrumento FACES III ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$). Con $x = 19$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{19 - 21,5}{2,318} = -1,078$$

Se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico $z = -1,08$, no existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para el indicador 7 es 4,0 es cierta a nivel poblacional, vale decir, la conclusión dada anteriormente en base a datos muestrales se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor igual a 0,2802 reafirma esta conclusión.

Indicador 8 y 14:

Se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para evaluar si a nivel poblacional esta afirmación tiene validez. Las hipótesis a probar son invariantes para ambos indicadores, y de la forma (nótese que es porque ambas medianas son iguales):

$$H_0: \text{Mediana} = 2,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 2,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 12 tienen medianas mayores a 2,0 y 9 poseen medianas menores a ese valor para el caso del indicador 8; y 6 tienen medianas mayores a 2,0 y 15 poseen medianas menores a ese valor para el caso del indicador 14. La media poblacional como el error estándar son iguales a $\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$.

Con $x = 12$ para el indicador 8 (la cantidad de signos positivos), el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{12 - 21,5}{2,318} = -4,098$$

Con $x = 6$ para el indicador 14 (la cantidad de signos positivos), el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{6 - 21,5}{2,318} = -6,69$$

En ambos casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico z para el indicador 8 es $-4,098$ y para el indicador 14 es $-6,69$, se puede señalar que

existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos caso, por tanto el supuesto nulo de que la mediana tanto para el indicador 8 como para el indicador 14 es 2,0 no es cierta a nivel poblacional, o sea, la afirmación señalada en base a datos muestrales al inicio del análisis no se puede hacer extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor es 0, por tanto queda reafirmada la conclusión dada.

Indicador 9:

Similar a lo realizado en los anteriores indicadores, se realizará una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para evaluar si a nivel poblacional esta conclusión tiene validez. Las hipótesis a probar son:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 16 tienen medianas mayores a 2,0 y 10 poseen medianas menores a ese valor. La media poblacional como el error estándar son iguales a todos los indicadores ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$). Con $x = 16$, la cantidad de signos positivos, el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{16 - 21,5}{2,318} = -2,37$$

Del mismo modo que en los anteriores indicadores, se utiliza una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que -1,96 o mayor que +1,96. Como el estadístico $z = -2,37$, existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo de que la mediana para el indicador 9 es 4,0 no es cierta a nivel poblacional, o sea, la afirmación señalada en base a datos muestrales no se puede hacer extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. Sin embargo, si el nivel de significancia fuera inferior a $\alpha < 0,0178$, entonces existiría evidencia suficiente para no rechazar la hipótesis de mediana igual a 4,0 a nivel poblacional, haciéndose válidas las conclusiones planteadas al inicio del análisis de este indicador.

Indicadores 11 y 19:

Se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) al igual que en los indicadores anteriores para lograr que a nivel poblacional tenga validez las afirmaciones realizadas. El formato de las hipótesis a probar para los indicadores 11 y 19 son invariantes, y de la forma (nótese que es porque ambas medianas son iguales):

$$H_0: \text{Mediana} = 5,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 5,0$$

La muestra en ambos casos corresponde a 43 mujeres, donde para el indicador 11, 0 tienen medianas mayores a 5,0 y 21 poseen medianas menores a ese valor, mientras que para el indicador 19, 0 tienen medianas mayores a 5,0 y 4 poseen medianas menores a ese valor. Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para todos indicadores ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$).

El estadístico de prueba tanto para el indicador 11 como para el 19, con $x = 0$ (la cantidad de signos positivos) en ambos casos es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{0 - 21,5}{2,318} = -9,28$$

En ambos casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como los estadísticos z en ambos casos son iguales a $-9,28$, se puede afirmar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos casos, por tanto el supuesto nulo que la mediana para los indicadores 11 y 19 es 5,0 en ambos casos no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor igual a 0 reafirma esta conclusión para dichos indicadores.

Indicadores 12, 13 y 17:

Al igual que en los indicadores anteriores, se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para lograr que a nivel poblacional tenga validez las afirmaciones realizadas. Las hipótesis a probar para los indicadores 12, 13 y 17 son:

Indicadores 12 y 17 (Invariante):

$$H_0: \text{Mediana} = 3,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 3,0$$

Indicador 13:

$$H_0: \text{Mediana} = 4,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 4,0$$

La muestra en estos casos corresponde a 43 mujeres, donde para los indicadores 12 y 17, 6 y 20 tienen medianas mayores a 3,0 respectivamente y 14 y 4 poseen medianas menores a ese valor respectivamente, mientras que para el indicador 13, 8 tienen medianas mayores a 4,0 y 16 poseen medianas menores a ese valor. Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para los indicadores ya expuestos ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$).

El estadístico de prueba para el indicador 12, con $x = 6$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{6 - 21,5}{2,318} = -6,69$$

El estadístico de prueba para el indicador 13, con $x = 8$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{8 - 21,5}{2,318} = -5,82$$

El estadístico de prueba para el indicador 17, con $x = 20$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{20 - 21,5}{2,318} = -0,647$$

En los tres casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$.

Como los estadísticos z son iguales a $-6,69$ y $-5,82$ para los indicadores 12 y 13 respectivamente, se puede señalar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos casos, por tanto el supuesto nulo de que la mediana para los indicadores 12 y 13 es 3,0 y 4,0 respectivamente no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor igual a 0 reafirma las conclusiones.

Para el caso del indicador 17, el estadístico $z = -0,65$. Por tanto, al 5% de nivel de significancia no existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo que la mediana poblacional es 3,0 no se rechaza. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004, salvo si el nivel de significancia es superior a 0,5156.

Indicador 15:

Se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) al igual que en los indicadores anteriores para lograr que a nivel poblacional tenga validez las afirmaciones realizadas. El formato de las hipótesis es:

$$H_0: \text{Mediana} = 5,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 5,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 0 tienen medianas mayores a 5,0 y 11 poseen medianas menores a ese valor. Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales a los utilizados para todos indicadores ($\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$). El estadístico de prueba, con $x = 0$ (la cantidad de signos positivos) es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{0 - 21,5}{2,318} = -9,28$$

Se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico z es igual a $-9,28$, se puede afirmar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 , por tanto el supuesto nulo que la mediana para este indicador es 5,0 no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p-valor igual a 0 reafirma esta conclusión para dichos indicadores.

Indicadores 16 y 20:

Se procederá a realizar una prueba no paramétrica (Prueba de signo) para evaluar si a nivel poblacional estas afirmaciones tienen validez. Las hipótesis a probar son invariantes para ambos indicadores, y de la forma (nótese que es porque ambas medianas son iguales):

$$H_0: \text{Mediana} = 2,0$$

$$H_1: \text{Mediana} \neq 2,0$$

La muestra corresponde a 43 mujeres, donde 8 tienen medianas mayores a 2,0 y 8 poseen medianas menores a ese valor para el caso del indicador 16; y 10 tienen medianas mayores a 2,0 y 11 poseen medianas menores a ese valor para el caso del indicador 20. La media poblacional como el error estándar son iguales a $\mu = 21,5$ y $\sigma = 2,318$.

Con $x = 8$ para el indicador 16 (la cantidad de signos positivos), el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{8 - 21,5}{2,318} = -5,82$$

Con $x = 10$ para el indicador 20 (la cantidad de signos positivos), el estadístico de prueba es:

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{10 - 21,5}{2,318} = -4,96$$

En ambos casos, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$. Como el estadístico z para el indicador 16 es $-5,82$ y para el indicador 20 es $-4,96$, se puede señalar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 en ambos casos, por tanto el supuesto nulo de que la mediana tanto para el indicador 16 como para el indicador 20 es $2,0$ no es cierta a nivel poblacional, o sea, la afirmación señalada en base a datos muestrales al inicio del análisis no se puede hacer extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004. El p -valor es 0, por tanto queda reafirmada la conclusión dada.

10.7. ANEXO 7: Instrumento 3: Ecomapa (Adaptado del Modelo de Harrman, Social Casework, 1978)

10.7.1. Objetivo

Obtener aspectos relacionados con tres medidas: tamaño, estructura y percepción por parte del entrevistado (a) sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo.

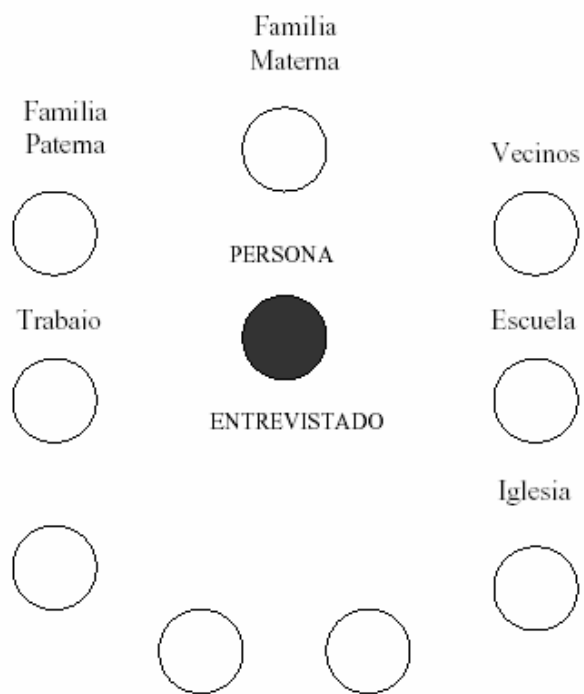
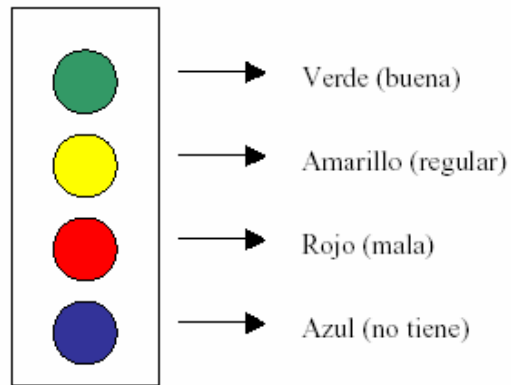
10.7.2. Descripción del Instrumento

El Ecomapa contiene un conjunto de figuras simbólicas que representan las relaciones con las redes de tipo primaria y secundaria, las cuales están previamente identificadas dejando tres sin identificación para que sea llenado (a) por el entrevistado (a), en el caso que existan otras redes que no están identificadas en el instrumento. Se diseñará un dibujo similar a un semáforo en que lleva las cuatro categorías de la percepción del entrevistado (a) en relación a cada una de las relaciones representadas en el “ecomapa”: mala (rojo), regular (amarillo), buena (verde) y no hay (azul). De esta manera cada entrevistado trabajará en forma autónoma marcando con un color el tipo de relación que tiene con cada red de apoyo social.

10.7.3. Materiales

Instrumento y lápices rojo, verde, amarillo y azul.

ECOMAPA



10.7.4. Análisis de Validez del Instrumento

Mediante el paquete estadístico NCSS® 2005 se estimó el Alpha de Cronbach para cada uno de los indicadores presentes en el instrumento Ecomapa aplicado a cada una de las mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia (con edades fluctuantes entre 20 y 40 años). La idea de este análisis es validar la fiabilidad y consistencia de los ítems.

Tabla No. 25: Alpha de Cronbach Instrumento Ecomapa

Indicador	Valores del indicador		Si el Indicador es omitido				R ² Otros Ítems
	Promedio	σ^2	Promedio Total	σ^2 Total	Coef. Alpha	Correlación Total	
1	1,674	1,063	10,047	2,768	-0,059	0,159	0,238
2	1,930	1,242	9,791	2,8498	0,078	0,009	0,203
3	1,744	1,115	9,977	2,773	-0,037	0,129	0,428
4	1,884	1,199	9,837	2,894	0,098	-0,012	0,049
5	2,256	1,399	9,465	2,501	-0,189	0,217	0,407
6	2,233	1,3599	9,488	3,158	0,334	-0,243	0,108
Total			11,721	3,119	0,070		

Fuente: Elaboración propia en base a Instrumento Ecomapa, 2006.

Como se puede apreciar, el coeficiente estimado es bajo (0,070339), lo que permite suponer que los datos tienen una estructura multidimensional. Con este resultado, se puede inferir que este instrumento integra ítems que miden varias estructuras subyacentes, reafirmado por los niveles bajos en sus correlaciones medias.

Si se considera que el Alpha de Cronbach aceptable de 0,65 planteado en el marco metodológico²⁹ es una proporción poblacional π , y que el Alpha de Cronbach muestral p es 0,070339, entonces a un nivel de significancia del 5% ¿podemos concluir que los datos siguen manteniendo una estructura multidimensional a nivel poblacional?

Las hipótesis a evaluar son:

$$H_0: \pi = 0,65$$

$$H_1: \pi \neq 0,65$$

El error estándar es:

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{0,65 \cdot (1 - 0,65)}{43}} = 0,073$$

²⁹ Siempre y cuando el instrumento posea una estructura de datos unidimensional, ya que si no es así, el Alpha de Cronbach debería ser bajo.

Entonces,

$$Z = \frac{0,070339 - 0,65}{0,073} = -7,94$$

Por tanto, dado que si se considera rechazar H_0 si Z no está entre $\pm 1,96$, el valor del estadístico de prueba $Z = -7,94$ está en la zona de rechazo. La evidencia de la muestra confirma la hipótesis que $\pi \neq 0,65$. Por lo tanto, al ser el coeficiente estimado bajo, se puede inferir que los datos poseen una estructura multidimensional. Considerando que el instrumento integra preguntas múltiples que apoyan al objetivo que se persigue en la presente investigación, este instrumento queda validado

El formato de las hipótesis para cada red social, se presentan en la tabla No. 26.

Tabla No. 26: Formato de Hipótesis

Red Social	H_0 :	H_1 :
Familia Paterna	Mediana = 1,0	Mediana $\neq$ 1,0
Familia Materna	Mediana = 1,0	Mediana $\neq$ 1,0
Vecinos	Mediana = 1,0	Mediana $\neq$ 1,0
Escuela	Mediana = 1,0	Mediana $\neq$ 1,0
Iglesia	Mediana = 2,0	Mediana $\neq$ 2,0
Trabajo	Mediana = 2,0	Mediana $\neq$ 2,0

Fuente: Elaboración propia.

La muestra en todos los casos es 43 mujeres, donde:

1. Familia Paterna: 16 tienen medianas mayores a 1,0 y 0 poseen medianas menores a ese valor.
2. Familia Materna: 19 tienen medianas mayores a 1,0 y 0 poseen medianas menores a ese valor.
3. Vecinos: 17 tienen medianas mayores a 1,0 y 0 poseen medianas menores a ese valor.
4. Escuela: 19 tienen medianas mayores a 1,0 y 0 poseen medianas menores a ese valor.
5. Iglesia: 16 tienen medianas mayores a 2,0 y 21 poseen medianas menores a ese valor.
6. Trabajo: 15 tienen medianas mayores a 2,0 y 20 poseen medianas menores a ese valor.

Tanto la media poblacional como el error estándar son iguales en todas las redes sociales:

$$\mu = 0,50 \cdot n = 0,50 \cdot 43 = 21,5$$

$$\sigma = \sqrt{0,25 \cdot \mu} = \sqrt{0,25 \cdot 21,5} = 2,318$$

Los estadísticos de prueba son:

1. Familia Paterna: Con $x = 16$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{16 - 21,5}{2,318} = -2,37$$

2. Familia Materna: Con $x = 19$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{19 - 21,5}{2,318} = -1,079$$

3. Vecinos: Con $x = 17$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{17 - 21,5}{2,318} = -1,94$$

4. Escuela: Con $x = 19$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{19 - 21,5}{2,318} = -1,079$$

5. Iglesia: Con $x = 16$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{16 - 21,5}{2,318} = -2,37$$

6. Trabajo: Con $x = 15$ (la cantidad de signos positivos):

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma} = \frac{15 - 21,5}{2,318} = -2,80$$

Para cada red social, se utilizó una prueba bilateral con nivel de significancia $\alpha = 0,05$, y se evaluó rechazar H_0 si el estadístico z era menor que $-1,96$ o mayor que $+1,96$.

Así, para el caso de la familia materna, vecinos y escuela, los estadísticos z son iguales a $-1,08$, $-1,94$ y $-1,08$ respectivamente, por lo tanto se puede afirmar que al 5% de nivel de significancia existe evidencia suficiente para no rechazar H_0 . El supuesto nulo que la mediana para estas redes sociales son es 1,0 es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones

realizadas anteriormente en base a datos muestrales para dichas redes sociales se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004.

Por otro lado para el caso de la familia paterna, iglesia y trabajo, los estadísticos z son iguales a -2,37, -2,37 y -2,80 respectivamente, por lo tanto se puede afirmar que existe evidencia suficiente para rechazar H_0 . El supuesto nulo que la mediana para estas redes sociales son es 1,0, 2,0 y 2,0 respectivamente no es cierta a nivel poblacional. Las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales para dichas redes sociales no se hace extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004 utilizando un 95% de nivel de confianza. Sin embargo, si relajáramos el nivel de significancia para dichas redes a un valor menor a 1,78% para el caso de la familia paterna e iglesia, y un valor menor a 0,52% para el caso del trabajo, entonces las afirmaciones realizadas anteriormente en base a datos muestrales para dichas redes sociales se haría extensible a la totalidad de mujeres policonsultantes del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Regional de Valdivia, con edades fluctuantes entre 20 y 40 años para el período Octubre 2003 – Octubre 2004.

10.8. ANEXO 8: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERFIL SOCIO – PSICO – BIOLOGICO DE LAS MUJERES DE ENTRE 20 Y 40 AÑOS, POLICONSULTANTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA, Octubre 2003 a Octubre 2004”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se encuentran realizando Tesis de la Universidad Austral de Chile.

Al participar de este estudio, tengo presente que debo contestar con sinceridad una entrevista en profundidad, como también los siguientes aspectos:

- Yo entiendo de que esto no implica un riesgo ni para mí, ni mi familia.
- Al participar en el estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en mi domicilio.
- Mi participación es totalmente voluntaria, por lo que puedo negarme a responder alguna pregunta y retirarme de este estudio cuando lo desee.
- He podido hacer las preguntas y he aclarado todas mis dudas acerca de las razones de este estudio.
- Mis respuestas podrían ser grabadas, serán completamente Anónimas, por lo que puedo dar libremente mi opinión o negarme a contestar algunas preguntas.
- Los datos son confidenciales y los resultados pueden ser publicados.
- Los posibles beneficios que obtendré serán una mayor información tanto para mí, como para mi familia.
- Mi participación, es de gran ayuda para mi sociedad y para lograr un mejor funcionamiento de las instituciones de Salud.
- Si tengo alguna duda o consulta puedo dirigirme a la Srta. Romina Troncoso Gallardo, Tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile cuyo fono es 09 7916749.

YO _____

Nombres

Apellidos

DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO.

Dirección _____

Firma _____

Fecha: ____/____/____

Romina Troncoso Gallardo
Tesis de la Escuela de Enfermería
Universidad Austral de Chile

Fecha: ____/____/____