

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS MADRES DE  
NIÑOS EN CONTROL DE SALUD INFANTIL EN EL CONSULTORIO EXTERNO  
VALDIVIA, 2006.**

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

**Katty Gabriela Vera Ojeda  
VALDIVIA – CHILE  
2006**

Profesor patrocinante:

Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma  
Profesión : Enfermero  
Grados : Magíster Salud Pública, Mención Salud Ocupacional

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores informantes:

- 1) Nombre : Sra. Beate Messing Grube  
Profesión : Enfermera  
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina

Firma :

- 2) Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz  
Profesión : Enfermera  
Grados : Magíster en Enfermería, Mención Médico quirúrgica

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina

Firma :

Fecha Examen de Grado : Miércoles, 17 de enero de 2007

## INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	20
DISCUSION	48
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	57

## RESUMEN

En los últimos años ha crecido el interés por el estudio de las “redes sociales”, en parte, debido a los resultados obtenidos por diversas investigaciones, según las cuales, el apoyo social que las redes pueden prestar a los individuos constituye un factor muy significativo en el mantenimiento de la salud física, psíquica y social.

La investigación pretende conocer las características de las redes de apoyo social de las madres de niños en control de salud infantil, durante el período de junio – julio del 2006. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal. Y se decidió trabajar con una muestra, constituida por el 4.3 % de las madres de niños en control de salud infantil, es decir 108 mujeres. Se diseñó, para la recopilación de los datos, una encuesta compuesta por tres ítems, el primero incluye información de la madre, el segundo incluye información del padre, y el tercer ítem incluye información de la familia. Una vez recolectada la información se procedió a crear una base de datos con todas las variables en el programa computacional Microsoft Office, Excel 2003.

De los resultados se concluye, que la mayoría de la población en estudio se concentra en la etapa adulto - joven, vive en pareja, se desempeñan como dueñas de casa, con un nivel socioeconómico medio - bajo, un grado de escolaridad de enseñanza media completa y profesan la religión católica.

La familia es considerada la principal fuente de apoyo de tipo afectivo, mientras que el consultorio fue mencionado por la mayoría de las madres como fuente de apoyo tanto instrumental y cognitivo, de la iglesia y vecinos señalan no recibir ningún tipo de apoyo.

La mayoría de las familias son nucleares biparentales, viviendo la etapa “familias con hijos pre-escolares”, con buena función familiar según Apgar, y aglutinadas – caóticas, según cohesión y adaptabilidad respectivamente.

Las familias monoparentales, con disfuncionalidad severa, no relacionadas según cohesión, rígidas y caóticas según adaptabilidad, se asociaron a una relación de tipo regular y mala hacia su red de apoyo primaria. Las mujeres víctimas de violencia conyugal igual demostraron tener una relación predominantemente regular con su red primaria.

Las parejas de las madres en estudio se concentran en la etapa adulto – joven, sólo el 52% de los padres completó la enseñanza media. La mayoría tiene un trabajo de forma constante y son adherentes a la iglesia católica. El consumo de alcohol y drogas por parte de éstos, se asoció a una relación regular de la madre con su red de apoyo primaria.

## SUMMARY

In the last years the interest for the study of "social networks" has grown, partly, due to results obtained by different investigations, according to which, the social support that the networks can offer the individuals constitutes a significant factor in the maintenance of the physical, psychological and social health.

The investigation tries to expose the characteristics of the social networks for mothers which children are under health control programs, during the period of June - July of the 2006. A cross-sectional descriptive study was made, working with a sample, constituted by 4, 3 % of the mothers of children in control of infantile health, is to say 108 women. For the collection of the data, a survey composed by three items was designed, first information related to the mother, second information related to the father, and the third item includes information about the family. Once collected the information it was created a data base with all the variables in Microsoft Office Excel 2003.

The results of the investigation conclude that most of the population in study are young - adults, they live with a partner, their occupation is as housewife, with a low socioeconomic level, they have completed secondary school and profess the catholic religion.

The family is considered the main source for emotional support, while the medical centre was mentioned by most of the mothers as a source for technical and educational support, they indicate not to receive any kind of support from the church or neighbors.

Most of the families they are nuclear with both of the parents, living the stage of "families with pre scholastic children ", good familiar dynamic according to Apgar, but crowded – chaotic according to cohesion and adaptability respectively.

The families with one of the parents, with severe functionality problems, not related according to cohesion, rigid and chaotic according to adaptability, they were associated with a regular and bad relationship with their primary support network. The women victims of conjugal violence also demonstrated a regular relation with their primary network.

From the mother's partners in study, they are young – adults, only 52% of them completed secondary education, most of them have got a regular work and they are catholics. The use of alcohol and drugs was associated to a regular relation of the mother with its primary support network.

## 1. INTRODUCCION

El concepto de salud – enfermedad ha evolucionado notablemente en la últimas dos décadas. La salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico y social, implica una concepción completamente diferente al concepto de salud basada en la ausencia de enfermedad. En la actualidad hay un claro reconocimiento de que las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas tienen un efecto fundamental en el estado de salud de las personas, su familia y su comunidad.

Los factores psicosociales y estructurales que influyen sobre el estado de salud de las personas, están divididos en dos categorías, por una parte están aquellas características de personas o situaciones que tienen consecuencias negativas o nocivas sobre el estado de salud individual. Estos son denominados agentes o factores de estrés o estresores. En la segunda categoría, se ubican aquellos factores que cumplen una función beneficiosa o de protección del estado de salud personal. Estas son características de personas o circunstancias que protegen o aminoran el efecto de estímulos ambientales nocivos sobre el individuo. Son factores que ayudan al individuo en su adaptación al ambiente físico y social.

En las últimas décadas el concepto de apoyo social ha recibido cada vez más atención, numerosos estudios reflejan el interés por el tema, no sólo como factores decisivos en el estado de salud y bienestar de los individuos sino como protector o atenuantes de los efectos del estrés.

“Una red social se puede definir como el entramado de relaciones identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones. Gracias a la red el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales”. (Fernandez, 1999)

La familia es uno de los componentes básicos de la red o sistema de apoyo social de la cual disponen las personas. A través de esta función, la familia ejerce influencia sobre el curso y pronóstico de las enfermedades de los miembros.

Dentro de la familia, la mujer se convierte en el eje central y lo que a ella le suceda, o lo que ella realice, no solo influirá sino que determina de muchas formas el rumbo de los miembros de su familia. De este modo, el propósito de este estudio es descubrir las características de las redes de apoyo con que cuentan las madres de niños que asisten a control

de salud infantil en el Consultorio Externo Valdivia, abordando aspectos de sus relaciones sociales, es decir, identificación de la composición de la red social a nivel intrafamiliar y extrafamiliar, el tipo de apoyo recibido y la calidad estos.

## 2. MARCO TEÓRICO

Como seres sociales, todos los individuos mantienen, por definición, vínculos sociales entre sí. El concepto de apoyo social, sugiere por una parte, una esfera íntima denotando una relación con fuerte componente emocional. Por otra parte, sugiere el producto o consecuencia de ese tipo de relación social. (Florenzano, 1991)

La relación del apoyo social con el bienestar físico y psicológico del individuo ha sido indicada por muchos intelectuales. Autores como Aristóteles (s.IV a.C.) y Paracelso (s.XVI) ya señalaban esta relación.

La primera evidencia empírica se produce en este siglo y fue desarrollada por Durkheim que estudió el efecto positivo del matrimonio y la religión en la adquisición de comportamientos positivos y la disminución de suicidios. Coob y Cassel fueron los primeros en señalar las relaciones interpersonales como moduladoras de las consecuencias negativas del estrés. Coob, desde una perspectiva clínica estudió la relación entre el apoyo social y el estrés e intentó mejorar la medida de este constructo, Cassel desde una perspectiva epidemiológica consideró que el apoyo social podía reducir gran número de enfermedades y trastornos. (Benages, 2004)

El apoyo social se refiere a los aspectos psicosociales y a la ayuda tangible que provee la red social y que recibe la persona. Se define como el grado en que las necesidades del individuo de socialización, asistencia tangible, conducción cognitiva, reforzamiento social y sustento emocional, son adquiridos a través de la interacción con la red social.

Las redes sociales son la estructura de las relaciones de familiares, amigos, vecinos y otros significativos que proveen apoyo, esto se refiere a aspectos como: tamaño de la red, densidad de ésta, frecuencia de contactos con las personas que la forman, entre otros. (Arechavala, 2003)

Según Duarte, no existe consenso en cuanto a la definición o dimensiones que forman la red social y sostén social. Para el autor, la red social es un concepto estructural, definido como los lazos que unen por una u otra parte individuos y grupos. Se mide por el número de contactos que posee la persona o familia. El término apoyo o sostén social corresponde a la función de la red social, y describe la ayuda que el individuo obtiene de la red de relaciones



sociales en la que está inmerso. Ha sido definido de diferentes modos y de ello han derivado variados métodos para medirlos en estudios empíricos.

Otros autores, como Sydney Cobb definen el apoyo social como la información que conduce a la persona a sentir o creer que es amada; es estimada o valorada; que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas. (Florenzano, 1991)

Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, que se asocia con la salud de los individuos.

En el campo de la salud pública, los estudios sociales sobre familia y red social, han aportado datos sustanciales para comprender los beneficios que el apoyo social tiene en aquellas personas que se consideran parte de una red social y que saben que pueden recibir ayuda. Algunos resultados de investigación con enfermedades crónicas tales como cáncer, diabetes e hipertensión arterial, consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. El tema del apoyo y de la red social también se ha utilizado para abordar otros problemas sociales, como son la mortalidad infantil y la pobreza. Estos estudios reconocen la importancia que tiene la red social, en el momento en que el individuo experimenta sucesos traumáticos que son definatorios en su historia de vida. (Juárez, 2003)

La literatura especializada distingue tres formas de apoyo o de asistencia destinada a facilitar que los individuos enfrenten mejor las situaciones que se les vayan presentando. Estas son el apoyo cognitivo, el afectivo y el instrumental.

El **apoyo cognitivo** se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información (significados) y dar consejos que permiten entender la situación en que se está y encarar mejor los problemas. Esta forma de apoyo contribuye a que los individuos puedan entender el mundo y la situación en que se encuentran, buscar alternativas de soluciones a los problemas que se les presentan y así encararlos mejor, sentirse en situación de controlar lo que les sucede y mejorar su forma de actuar. Lo anterior, demuestra la importancia que tiene la conversación como factor contribuyente al nivel de bienestar, ya que en su transcurso se puede analizar problemas, recibir información sobre opciones posibles y plantear diversas formas de solución.

En el **apoyo emocional**, se pueden mencionar tres variantes principales que enfatizan matices diversos. Una consiste en dar afecto y simpatía. Ello hace sentir al otro que se preocupan por él, que lo toman en cuenta, que es alguien querido y valioso, lo que contribuye

a mantener su autoestima. El sentirse amado, además, puede compensar el dolor y darle un sentido a la vida. Ocurre que a menudo el sentido de la vida, como lo han señalado Erikson y Frankl, se encuentra en el amar y apoyar a otros y en el saberse amado. Otra variante se refiere a dar oportunidades de expresar emociones –especialmente importantes son las negativas como pena, soledad, rabia- y descargar ansiedad. Hacerlo produce alivio. Algo similar es oír al otro cuando habla sobre lo que le preocupa, haciéndolo sentirse comprendido y acompañado. Una última variante consiste en tranquilizar, reconfortar y alentar en los momentos de incertidumbre y dolor. Esto se vincula especialmente con acompañar los duelos y facilitar la aceptación de las pérdidas. Esta forma de apoyo, en cualquiera de sus variantes, lleva a enfatizar la importancia del afecto, el cariño y el valor de las relaciones interpersonales que es donde se produce la ocasión de darlo y recibirlo. Investigaciones realizadas en Chile permiten sostener que este tipo de apoyo compensa, efectivamente, las carencias que sufren los que envejecen y disminuye su vulnerabilidad. Para quienes cuentan con dicho apoyo, la vejez transcurre más bien satisfactoriamente.

El **apoyo instrumental** se refiere a proporcionar bienes y servicios que facilitan la solución de problemas prácticos o que constituyen formas de colaborar en el desempeño de las tareas de la vida cotidiana o que contribuyen a crear condiciones de vida más favorables. (Herrera, 2003)

Por otra parte, las mediciones de la red social y del sostén social se hacen tomando diferentes puntos de referencias. A veces se mide desde el individuo, otras veces se mide desde la familia. Ello significa que en el primer caso la familia, y mas particularmente el cónyuge, pasa a ser parte de la red social y es mencionado e incluso como lo mas importante, mientras que en el segundo caso, la familia no es considerada como parte de la red social. Esto último no tiene mucha importancia si el objetivo es comparar una familia con otra, pero si lo es a la hora de la conceptualización de la red social y del sostén social. Hay una suerte de suposición implícita en la medición de la red social y del sostén social en términos de que un mayor número de contactos o la participación en diferentes instituciones, es decir una red social más amplia, podría significar una calidad mayor de sostén social. Sin embargo, esta relación entre tamaño de la red y calidad del sostén que presta, no esta demostrada. (Duarte, 1992)

No se ha logrado establecer si el apoyo social tiene sólo un efecto protector ante las condiciones de estrés, como se ha visto en algunos casos, pero no en otros, o si la carencia de éste tiene un efecto directo sobre la depresión, como también se ha reportado. De acuerdo con algunos autores es posible que tenga ambos efectos. Entre las diferentes formas de apoyo, se ha investigado el papel que juega contar con alguien en quien confiar. En este sentido, se ha visto que un sólo confidente es suficiente para modular los efectos del estrés, lo que no resulta de un amplio espectro de contactos sociales. En las mujeres, contar con una relación cercana de confianza, protege ante situaciones adversas. (Juárez, 2003)

Cabe destacar, que las relaciones entre apoyo social y bienestar se explican debido a que el apoyo cumpliría funciones expresivas e instrumentales para el individuo. Las expresivas surgen del hecho de sentirse ligado a otros por un sentido de pertenencia y por vínculos de apego o afecto, esto satisface una necesidad fundamental de amar y ser amado. Permite encontrar un sentido a la vida en el amar y apoyar a otros y en saberse amado. En otras palabras, percibir que es alguien significativo para otros afianza la autoestima y lo hace percibir que tiene un lugar en el mundo. Los otros son los espejos que afianzan el yo, mantienen la autoestima y dan un sentido de realización.

En Chile, un estudio sobre “Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región Metropolitana” (Arechabala, 2002), demuestra que las relaciones familiares de los adultos mayores son las más importantes, debido a la intensidad de los vínculos afectivos que existen entre sus miembros, y al hecho de que en la familia recae principalmente la responsabilidad de cuidar de sus miembros.

En México, en un estudio sobre “Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión” (Lara, 2004). La carencia de un confidente, de una persona que ayude en caso de problemas económicos o que pueda proveer de información y la falta de cercanía de la pareja se asociaron con mayor número de síntomas de depresión.

Como se puede observar, existe evidencia empírica de que la escasa calidad de las relaciones sociales se asocia con problemas de salud y de que las personas aisladas socialmente tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad. Además, influye en los indicadores positivos de salud, habiéndose encontrado en diversos estudios que se asocia con bienestar. Pero, pese a existir múltiples investigaciones en las que las diferentes conceptualizaciones y medidas de apoyo social muestran su relevancia en la salud, no se conocen con exactitud los mecanismos a través de los que opera. (Matad, 2003).

Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad

de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, y que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

Otras investigaciones reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, "lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador. Lo que puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud. (Castro, 1997)

La familia es uno de los componentes básicos de la red o sistema de apoyo social de la cual disponen las personas. Desde el punto de vista emocional, la familia es la primera y más importante fuente de afecto y confianza de las personas, sobre las que se desarrollan todos los demás aspectos y recursos para enfrentar las distintas etapas de la vida. Es posible suponer que este ámbito de apoyo constituye la clave para el desarrollo de salud mental de cada uno de sus miembros.

Paralelamente, considerando el aspecto informativo, es la familia la que entrega los datos e informaciones básicas en la más amplia gama de temas que sirven de primera orientación y aproximación al mundo para sus integrantes. En este sentido, es aquí donde se reciben las nociones básicas acerca del cuidado de la salud.

Desde el punto de vista instrumental, dentro de los servicios que se entregan a nivel de las familias, está la ayuda en caso de crisis o enfermedad. Este proceso que comienza con la mayor o menor capacidad para reconocer claves que dan cuenta de un estado sano hasta lo que puede ser considerado como una desviación del estado basal en que se encuentran cada uno de los miembros del grupo familiar.

Gran parte de los recursos que el individuo dispone para definir sus relaciones humanas y sociales provienen en primera instancia de las relaciones establecidas con los miembros y los distintos sub-sistemas de su hábitat familiar. Dentro de los recursos se encuentran las personas, parientes o aquellos percibidos como tales por el individuo, y aquellos de carácter simbólico expresados entre otros por derechos, obligaciones, historias y vivencias compartidas, patrones morales y cognitivos. Estos recursos contribuirían en gran medida a la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requisitos relevantes para el desarrollo integral del ser humano. A su vez, influirían el desarrollo de creencias, hábitos e indicadores de riesgo para el desarrollo de actitudes y conductas frente a la alimentación, las relaciones interpersonales, el entorno social y ambiental, la enfermedad y la muerte, entre otros. (Gubbins, 1999)

Como marco de referencia para estudiar a la familia y sus características, lo constituye la Teoría General de Sistemas. Como sistema social, la familia es una complejidad organizada, compuesta de subsistemas en mutua interacción, lo que hace que el sistema familiar sea más que la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema, se verá afectada vitalmente por cada unidad del sistema.

Tan integral es esta relación que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se verá afectado. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia.

Para que una familia sea funcional, su foco no debe estar sólo en su propio sistema interno, ya que el sistema familiar existe dentro de un suprasistema – espacio vital o ambiente, que a su vez puede ser subdividido en ambiente próximo a la familia: la vecindad y la comunidad y en un ambiente más remoto: la región, nación o el mundo.

El sistema familiar debe ser semipermeable, permitiendo un intercambio vital con su ambiente. Como todos los sistemas y suprasistemas en relación recíproca, la familia y su espacio vital deben ser ecológicos, es decir, cada uno tiene sus necesidades y cada uno impacta al otro. Estos deben equilibrarse si ambos han de seguir siendo funcionales.

Si el límite es demasiado tenso, es decir, si se ha vuelto demasiado aislado del intercambio con su espacio vital, tiende a volverse entrópico, es decir, se mueve hacia la desintegración o a una disfuncionalidad. Al contrario, si el intercambio con su espacio vital es demasiado abierto, su sentido de autoidentidad se ve amenazado y el ambiente puede abatirlo.

Este sistema y el suprasistema permanecen en equilibrio ecológico mediante un intercambio simbiótico de inputs y outputs, es decir, a través del equilibrio de funciones y recursos necesarios para cumplir aquellas funciones que la familia proporciona a la sociedad y viceversa. En otras palabras, las funciones de la familia deben llenar tanto las necesidades del sistema familiar mismo y de los miembros de la familia, como también algunas necesidades de la sociedad, para que la familia sea realmente estructural. (Molina, 2000).

Como se dijo anteriormente, si uno de los individuos flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se verá afectado. En este caso, si una madre presenta un problema o necesidad repercutirá en la familia como grupo, y viceversa, es decir, los cambios de la familia como grupo afectan individualmente a cada uno de sus componentes. Y a la vez, al ser un sistema abierto los cambios que se producen en su entorno también influyen al núcleo familiar y a sus miembros individualmente.

Ante un acontecimiento estresante en los individuos, en este caso, en las madres, se produce una alteración, la que también involucra a la familia, y en función del apoyo social, la crisis puede desembocar en una disfunción familiar.

En definitiva, contar con una red de apoyo social incrementa la seguridad del individuo, favoreciendo la puesta en marcha de las habilidades personales, para afrontar situaciones problema o generadoras de estrés.

### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo general:**

Identificar las características de las redes de apoyo social de las madres de niños en control de salud infantil en el Consultorio Externo Valdivia, durante el período de junio – julio del 2006.

#### **Objetivos específicos:**

3.2.1 Determinar las características sociales de las madres de niños en control de salud infantil en el CEV, según:

- edad
- nivel de escolaridad
- estado civil
- tipo de religión
- ocupación
- tipo de apoyo recibido de sus redes sociales
- calidad de la relación con sus redes de apoyo social

3.2.2 Determinar las características sociodemográficas del padre del niño en control de salud infantil en el CEV, según:

- edad
- nivel de escolaridad
- religión
- ocupación
- antecedentes de alcoholismo y drogadicción

3.2.3 Establecer las características familiares de las madres de niños en control de salud infantil en el CEV, según:

- etapa del ciclo vital familiar
- tipo de familia
- percepción del funcionamiento familiar
- funcionamiento familiar

- presencia de violencia conyugal
- nivel socioeconómico
- ingreso familiar

3.2.4 Describir la asociación entre calidad de la relación con las redes de apoyo tanto primaria como secundaria de las madres de niños en control de salud infantil en el CEV, y:

- estado civil
- ocupación
- tipo de familia
- etapa del ciclo vital familiar
- funcionamiento familiar
- percepción del funcionamiento familiar
- presencia de violencia intrafamiliar
- nivel socioeconómico
- antecedentes de alcoholismo y drogadicción del padre del niño en control de salud infantil.



## **4. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal.

### **4.2 Población en estudio:**

La población en estudio estuvo constituida por madres de niños en control de salud infantil en el Consultorio Externo Valdivia

### **4.3 Diseño muestral:**

#### **4.3.1 Justificación de la muestra:**

Se decidió trabajar con una muestra, constituida por el 4.3 % de las madres de niños en control de salud infantil, es decir 108 mujeres, que representan al universo, en el sentido que se pueden extrapolar los datos obtenidos de esta población, y de esta manera obtener conclusiones significativas y confiables.

Las razones que justifican el trabajo con una muestra son:

- Tamaño de la población
- Tiempo con que se cuenta para realizar el estudio.
- Recursos humanos para desarrollar las entrevistas.
- Escasos recursos financieros

#### **4.3.2 Selección de la muestra:**

Para seleccionar la muestra, se trabajó en conjunto con la Unidad Estadística del CEV, donde se obtuvo un listado del total de pacientes en control de salud infantil, que correspondían a 2488 niños.

El tipo de muestreo utilizado corresponde a muestreo aleatorio simple, donde se eligió al azar uno de cada 23 personas.

#### **4.4 Técnica de recolección de información:**

Los datos necesarios para llevar a cabo el estudio fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento en el domicilio de las madres de los niños que asisten a control de salud en el Consultorio Externo Valdivia.

El instrumento está compuesto por 3 ítems:

- Primer ítem incluye información relacionada con antecedentes de la madre, incorporando en esta etapa del instrumento el ECOMAPA.
- Segundo ítem incluye información relacionada con antecedentes del padre.
- Tercer ítem incluye información relacionada con antecedentes de la familia, conteniendo los instrumentos tales como FACES III y APGAR FAMILIAR.

#### **Ecomapa:**

Adaptado del Modelo de Hartman, que busca aspectos relacionados con tamaño y percepción por parte de la persona entrevistada, sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo existente. Dicho instrumento, incluye las cuatro categorías de la percepción del entrevistado en relación a cada una de las relaciones representadas en el ecomapa: mala (color rojo), regular (amarillo), buena (verde), no hay relación (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.

#### **Cuestionario FACES III (Olson 1979):**

Este modelo facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Consiste en 20 afirmaciones, 10 de las cuales miden cohesión y los otros 10 miden adaptabilidad. A cada afirmación se le debe asignar un puntaje que va de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia en que dicha afirmación corresponde (1: casi nunca, 2: de vez en cuando, 3: a veces, 4: frecuentemente y 5: casi siempre).

El puntaje que tiene que ver con cohesión se realizó mediante la suma de todas las afirmaciones impares. El de adaptabilidad es la suma de todos los ítems pares.

De acuerdo al puntaje obtenido, se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido por la familia, según esto se clasifica a la familia dentro de los tipos familiares descritos por Olson.

#### **Apgar familiar (Smilkstein, 1985):**

Busca evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en cinco dimensiones: ayuda de la familia frente a un problema, expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones.

Consta de 5 preguntas y a cada una se le asigna un puntaje, en donde: 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 casi siempre.

El resultado se obtiene sumando los 5 ítems, los cuales pueden dar como resultado:

- 8 – 10 puntos: sugiere buena función familiar.
- 4 – 7 puntos : sugiere disfuncionalidad familiar.
- 0 – 3 puntos : sugiere disfuncionalidad severa.

#### **4.5 Plan de tabulación y presentación de resultados:**

Una vez recolectada la información se procedió a crear una base de datos con todas las variables en el programa computacional Microsoft Office Excel 2003, a través de la cual, se confeccionaron tablas y gráficos de asociación de variables.

#### **4.6 Definición nominal y operacional de variables:**

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición nominal</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Redes de apoyo social</b>	Grupo, individuos y/o instituciones que brindan apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de contactos</li> <li>▪ Calidad de la red:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mala (color rojo)</li> <li>- Regular (color amarillo)</li> <li>- Buena (color verde)</li> <li>- Sin relación (color azul)</li> </ul> </li> </ul>

Variables independientes	Definición nominal	Definición operacional
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 – 19 años</li> <li>▪ 20 – 24 años</li> <li>▪ 25 – 29 años</li> <li>▪ 30 – 34 años</li> <li>▪ 35 – 39 años</li> <li>▪ 40 – 44 años</li> <li>▪ 45 – 49 años</li> <li>▪ 50 años y más</li> </ul>
<b>Escolaridad</b>	Nivel de enseñanza educacional alcanzada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin educación: persona que nunca ha recibido educación formal.</li> <li>▪ Educación básica completa: haber cursado sus estudios hasta 8º año básico.</li> <li>▪ Educación básica incompleta: no haber cursado la enseñanza básica en forma completa.</li> <li>▪ Educación media completa: haber cursado sus estudios hasta 4º año medio.</li> <li>▪ Educación media incompleta: no haber cursado la enseñanza media en forma completa.</li> <li>▪ Educación superior completa: haber cursado sus estudios en una Universidad privada o estatal.</li> <li>▪ Educación superior incompleta: no haber cursado la enseñanza universitaria en forma completa.</li> <li>▪ Educación técnico – profesional completa: haber cursado sus estudios en un Instituto Técnico Profesional.</li> <li>▪ Educación técnico – profesional incompleta: no haber cursado la enseñanza técnico-profesional en forma completa.</li> </ul>

<b>Religión</b>	Doctrina religiosa, creencia o fe que posee el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Católica</li> <li>▪ Evangélica</li> <li>▪ Luterana</li> <li>▪ Otra</li> </ul>
<b>Ocupación</b>	Actividad, oficio o profesión, que realice el individuo actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cesante: persona sin trabajo actual.</li> <li>▪ Dueña de casa: persona que realiza actividades dentro de su propio hogar y que no recibe remuneración.</li> <li>▪ Jubilada (o): persona que ya no trabaja y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.</li> <li>▪ Trabajadora (o) esporádica: persona que desempeña un trabajo de manera ocasional y por el cual recibe remuneración.</li> <li>▪ Empleada (o) fiscal o particular: persona que desempeña un trabajo estable y por el cual recibe remuneración.</li> <li>▪ Estudiante: persona que cursa sus estudios en un centro educacional.</li> </ul>
<b>Nivel socioeconómico</b>	Clasificación según la cantidad de ingresos. Utilizado en el Consultorio Externo Valdivia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo el nivel de pobreza: Aquellas familias cuyos ingresos son inferiores a \$ 25.000</li> <li>▪ Sobre el nivel de pobreza: Aquellas familias cuyos ingresos son superiores a \$ 25.000</li> </ul>
<b>Ingresos</b>	Cantidad aproximada de dinero con que cuenta la familia mensualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menor a \$25.000</li> <li>▪ Entre \$ 25.000 y \$ 127.500</li> <li>▪ Entre \$ 127.500 y \$ 186.150</li> <li>▪ Mayor \$ 186.150</li> </ul>

<p><b>Estado civil</b></p>	<p>Condición conyugal de la persona en el momento de la aplicación de la encuesta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltera: persona que no se ha unido en matrimonio.</li> <li>▪ Casada: persona unida a una pareja en matrimonio.</li> <li>▪ Separada: persona unida a una pareja en matrimonio, pero separada de ésta.</li> <li>▪ Divorciada: persona separada por la ley de su pareja.</li> <li>▪ Viuda: persona cuyo cónyuge ha fallecido.</li> <li>▪ Conviviente: persona unida a una pareja sin estar casado.</li> </ul>
<p><b>Ciclo vital familiar</b></p>	<p>Ubicación de la familia dentro de una secuencia de etapas, que tienen sentido y continuidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formación de pareja e inicio de la familia</li> <li>▪ Etapa de crianza inicial de los hijos</li> <li>▪ Familia con hijos pre-escolares</li> <li>▪ Familia con hijos escolares</li> <li>▪ Familia con hijos adolescentes</li> <li>▪ Período medio y terminal de la familia</li> </ul>
<p><b>Tipo de familia</b></p>	<p>Clasificación desde el punto de vista de la composición familiar que pone de relieve categorías como la parentalidad, conyugalidad, y la consanguinidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nuclear, monoparental: con el padre o la madre ausente y uno o más hijos.</li> <li>▪ Nuclear, biparental: padre, madre y uno o más hijos.</li> <li>▪ Extensa, monoparental: uno de los miembros de la pareja, uno o más hijos y otros parientes.</li> <li>▪ Extensa, biparental: pareja con hijo (s) y otros parientes.</li> </ul>

<p><b>Funcionamiento familiar</b></p>	<p>Proceso interactivo que se da entre los miembros de una familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cohesión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desligada</li> <li>- Separada.</li> <li>- Conectada</li> <li>- Enmarañada o aglutinada</li> </ul> </li> <li>▪ Adaptabilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rígida</li> <li>- Estructurada</li> <li>- Flexible</li> <li>- Caótica</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Percepción del funcionamiento familiar</b></p>	<p>Percepción de un miembro de la familia del grado de funcionalidad de su familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 - 10 puntos: sugiere buena función familiar.</li> <li>▪ 4 - 7 puntos: sugiere disfuncionalidad familiar.</li> <li>▪ 0 - 3 puntos: sugiere disfuncionalidad severa.</li> </ul>
<p><b>Tipo de apoyo</b></p>	<p>Clasificación de los apoyos que puede recibir un individuo según sus necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo emocional: es el que pone énfasis en la entrega de actitudes de confianza, preocupación, agrado y amor.</li> <li>▪ Apoyo instrumental: referido a la donación de bienes y servicios como dinero, medicamento, equipos, entre otros.</li> <li>▪ Apoyo cognitivo: Se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información (significados) y dar consejos que permiten entender la situación en que se está y encarar mejor los problemas.</li> </ul>
<p><b>Presencia de violencia conyugal</b></p>	<p>Episodios en las cuales las mujeres han sufrido agresiones físicas o psicológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>

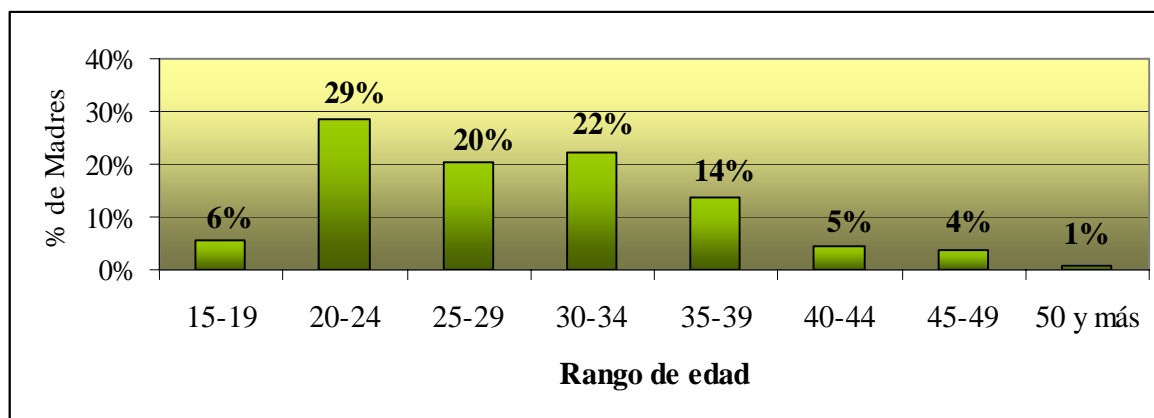
<b>Tipo de violencia conyugal</b>	Clasificación de la violencia sufrida por la mujer, según el tipo de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Físico</li> <li>▪ Psicológico</li> <li>▪ Ambas</li> </ul>
<b>Consumo de Alcohol</b>	Presencia de ingesta de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>
<b>Periodicidad en la ingesta de alcohol</b>	Intervalo de tiempo entre una ingesta y otra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diariamente</li> <li>▪ Semanalmente</li> <li>▪ Mensualmente</li> </ul>
<b>Consumo de drogas</b>	Ingesta, inhalación e inyección de sustancias químicas de forma habitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>
<b>Tipo de drogas que consume</b>	Clasificación de las drogas según sus características químicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marihuana</li> <li>▪ Cocaína</li> <li>▪ Pasta base</li> <li>▪ Neoprén</li> <li>▪ Otras sustancias</li> </ul>



## 5. RESULTADOS

Con el fin de aclarar y simplificar los datos obtenidos tras la asociación de variables dependientes e independientes, se decidió clasificar las redes de apoyo sociales en primaria y secundaria. La red de apoyo primaria está constituida por los recursos familiares tales como: padre, madre, pareja, hermanos, familia paterna, familia materna, y la red de apoyo secundaria está compuesta por: amigos, trabajo, consultorio, escuela, iglesia, vecinos.

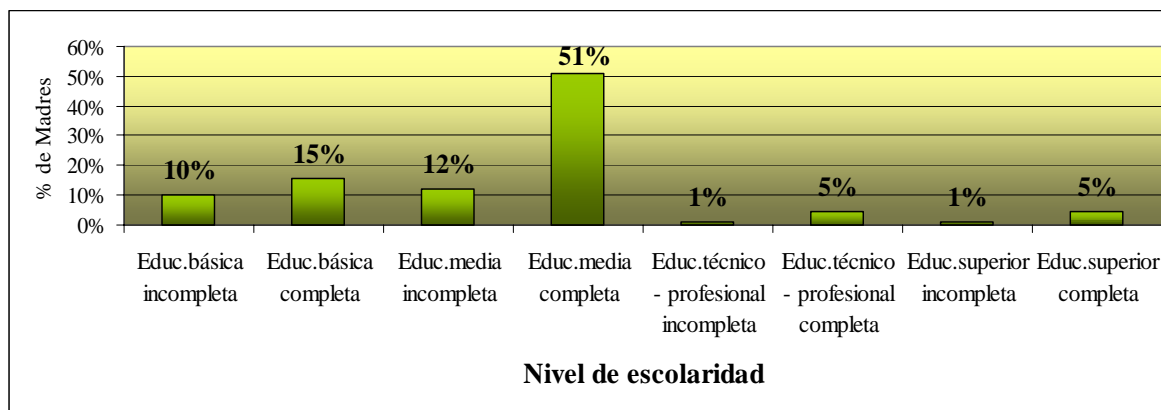
**Gráfico N° 1: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según edad. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Características de las redes de apoyo social de las madres de niños en control de salud infantil.

Como se observa, el grupo estudiado se caracteriza por ser una población joven, este resultado era esperable, considerando que son madres de niños en control de salud infantil, menores de seis años, donde un 29% se encuentran entre los 20 a 24 años, y un 22% entre los 30 y 34 años. Los porcentajes restantes van disminuyendo a medida que aumenta la edad, a excepción del 6% que corresponde a madres adolescentes.

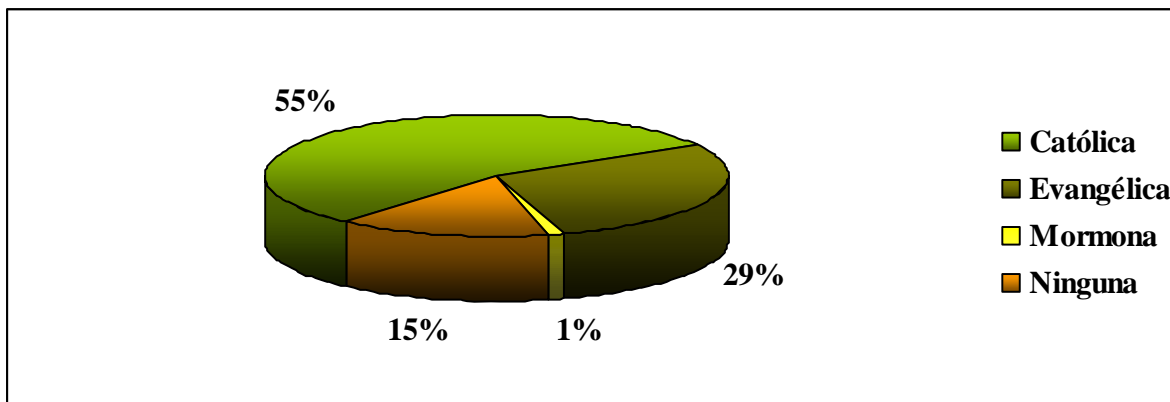
**Gráfico N°2: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según nivel de escolaridad. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De lo anterior se desprende que un 63% de las encuestadas logró completar la enseñanza media, de esto un 10% presenta títulos de nivel superior, tanto técnico como profesional. Un 37% no completó la enseñanza media. Se piensa que la causa de esto es debido a los embarazos a temprana edad, motivo por el cual abandonan los estudios, teniendo que optar por el cuidado o crianza de su hijo, o por algún tipo de trabajo.

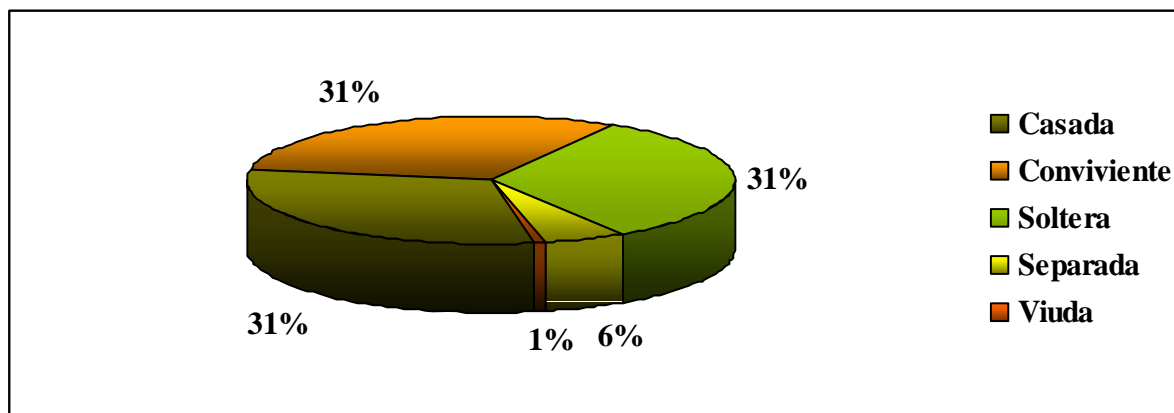
**Gráfico N°3: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según religión. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De acuerdo a lo expuesto, se puede decir que la religión católica es la que posee mayor cantidad de adherentes entre las encuestadas, con un 55%. En un segundo lugar, con un 29% se encuentran aquellas madres que profesan la religión evangélica, con un 15% aquellas que señalan no pertenecer a ninguna religión.

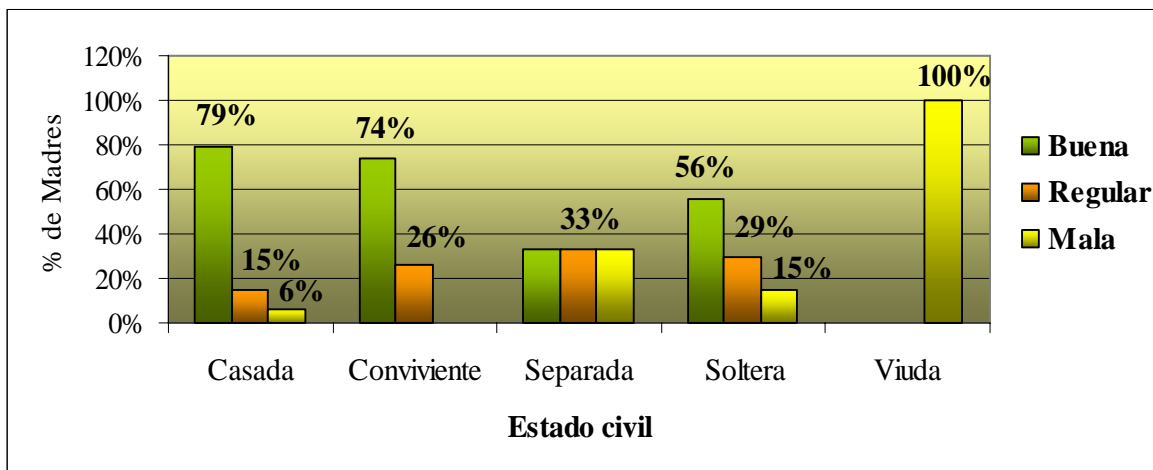
**Gráfico N° 4: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según estado civil. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De lo anterior se desprende, que la mayoría de las encuestadas tienen una pareja, llamando la atención el porcentaje de convivientes que se equipara al de las casadas, situación que va de la mano con la tendencia nacional de los últimos años, donde el porcentaje de personas conviviendo ha ido en aumento. Las encuestadas sin pareja corresponden a 38%.

**Gráfico N° 5: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y estado civil. Valdivia. Junio – julio. 2006.**

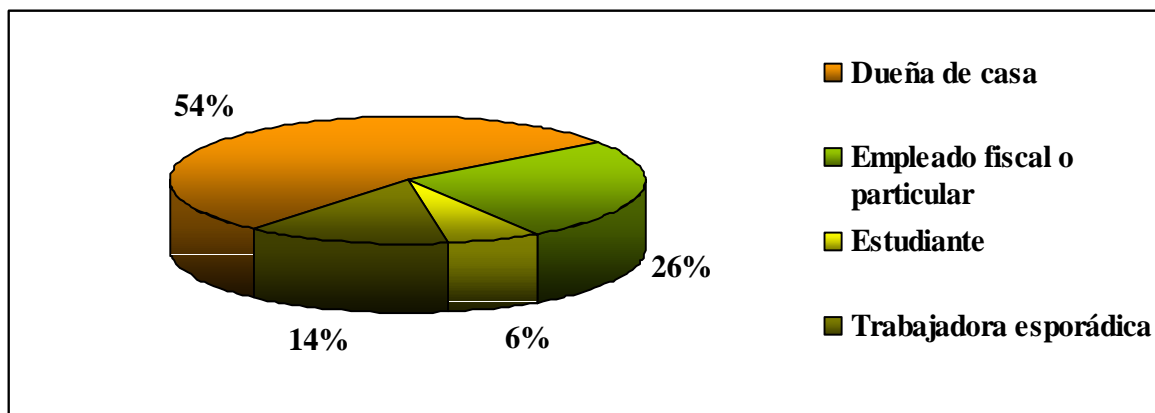


Fuente: Idem

Se observa, que las casadas y convivientes tienen una buena relación con su red de apoyo primaria, al parecer, el tener una pareja influye directamente en la calidad de la relación con su red. Si bien las solteras tienen una buena relación, también hay un aumento de la calidad regular y mala. La madre viuda corresponde al 1% del total de encuestadas y refiere tener una relación mala con su red de apoyo.

Con la red de apoyo secundaria se aprecia que en general la calidad de la relación es buena, independiente del estado civil, ver anexo 9.3 grafico n° 1.

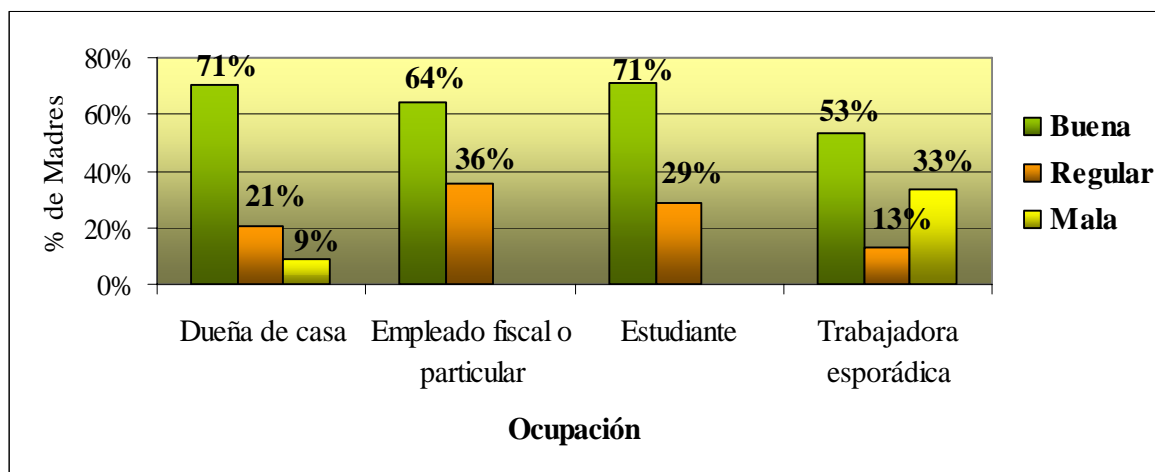
**Gráfico N° 6: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según ocupación. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Se puede observar, que el 54% de las madres no realiza ninguna actividad remunerada, desempeñándose como dueñas de casa, manteniendo la tendencia de nivel nacional donde más del 50% de las mujeres mayores de 25 años la actividad se concentra en el trabajo doméstico no remunerado (INE, 2002). El 26% trabaja como empleada fiscal o particular, el 14% tiene trabajo pero solo de forma esporádica.

**Gráfico N° 7: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y ocupación. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De las madres que se desempeñan como dueñas de casa el 71% tiene una buena relación con su red. Igualmente en las trabajadoras esporádicas aunque predomina una buena relación con un 53%, existe un 33% que resultó tener una red mala. En las empleadas fiscales o particulares y estudiantes predomina una red buena y no se observa ningún porcentaje catalogado como malo, pero sí mayores porcentajes de madres que perciben la relación con su red como regular.

Con la red de apoyo secundaria la calidad de la relación es buena en general, y para todas, independiente de la ocupación, se observan porcentajes similares en cuanto a la calidad de su relación, ver anexo 9.3 gráfico n° 2.

**Tabla N°1: Distribución numérica y porcentual del tipo de apoyo recibido de las redes de apoyo sociales primaria y secundaria, según la opinión de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V. Valdivia, junio – julio 2006.**

REDES DE APOYO SOCIAL	TIPO DE APOYO							
	SI						NO	
	Afectivo		Instrumental		Cognitivo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Familia</i>	107	99	86	80	53	49	0	0
<i>Familiares</i>	83	77	51	47	36	33	11	10
<i>Amigos</i>	59	55	25	23	41	38	34	31
<i>Junta de vecinos</i>	7	6	9	8	15	14	85	79
<i>Iglesia</i>	30	28	9	8	19	18	66	61
<i>Consultorio</i>	4	4	72	67	71	66	4	4
<i>Sala cuna o jardín infantil</i>	34	31	22	20	51	47	44	41
<i>Trabajo</i>	8	7	29	27	10	9	72	67

- Las redes sociales pueden entregar más de un tipo de apoyo, arrojando valores superiores al número total de encuestadas a la hora de sumar los resultados presentados.

Fuente: Idem

Se puede observar, que el tipo de apoyo mayormente entregado por parte de las familias y familiares es el afectivo, esto nos dice que la mayoría de ellas se siente querida y valorada.

De la red de apoyo secundaria, el 55% de las encuestadas percibe un apoyo de tipo afectivo por parte de sus amistades. La mayoría de las madres opina que los vecinos o junta de vecinos e iglesia no le entregan ningún tipo de apoyo. Un 67% cree que el consultorio le entrega un apoyo de tipo instrumental, o sea proporción de bienes o servicios que facilitan problemas prácticos o que contribuyen a crear condiciones de vida más favorables. Para el 47% de las mujeres, la sala cuna o jardín infantil le entrega un apoyo de tipo cognitivo, esto es, entrega de información y consejos, ayudando a estas madres a encarar sus problemas y situaciones en que se está. Y un 27% de las madres que trabajan opinan que su institución le entrega un apoyo de tipo instrumental.

**Tabla N°2: Distribución numérica y porcentual de la calidad de la relación con las redes de apoyo sociales primaria y secundaria, según la opinión de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V. Valdivia, junio – julio 2006.**

RED SOCIAL	CALIDAD DE LA RELACION									
	Buena		Regular		Mala		Sin Relación		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Padre</i>	54	50	8	7	4	4	42	39	108	100
<i>Madre</i>	79	73	13	12	4	4	12	11	108	100
<i>Pareja</i>	63	58	24	22	4	4	17	16	108	100
<i>Familia Paterna</i>	51	47	25	23	5	5	27	25	108	100
<i>Familia Materna</i>	70	65	23	21	3	3	12	11	108	100
<i>Hermanos</i>	84	78	14	13	0	0	10	9	108	100
<i>Amigos</i>	74	69	0	0	0	0	34	31	108	100
<i>Trabajo</i>	40	37	3	3	0	0	65	60	108	100
<i>Vecinos</i>	63	58	13	12	2	2	30	28	108	100
<i>Iglesia</i>	38	35	14	13	3	3	53	49	108	100
<i>Consultorio</i>	71	66	34	31	3	3	0	0	108	100
<i>Escuela</i>	72	67	7	6	0	0	29	27	108	100

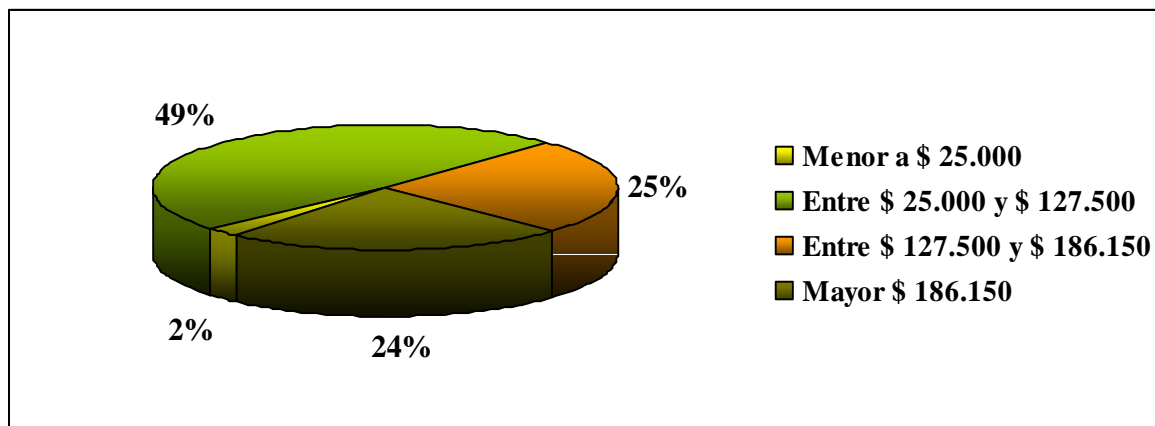
Fuente: Idem

Las madres refieren tener una buena relación con su red de apoyo primaria, con su madre (73%), hermanos (78%) y la pareja (58%). Un 16% equivalente a 17 madres señalan no tener relación con el padre de su hijo.

En relación a la red de apoyo secundaria (amigos, trabajo, vecinos, iglesia, consultorio, escuela), todas las encuestadas que tienen amigos refieren una buena relación con ellos. Con la escuela y consultorio la mayoría de las mujeres tienen una buena relación, cabe destacar que un 60% no tiene trabajo.



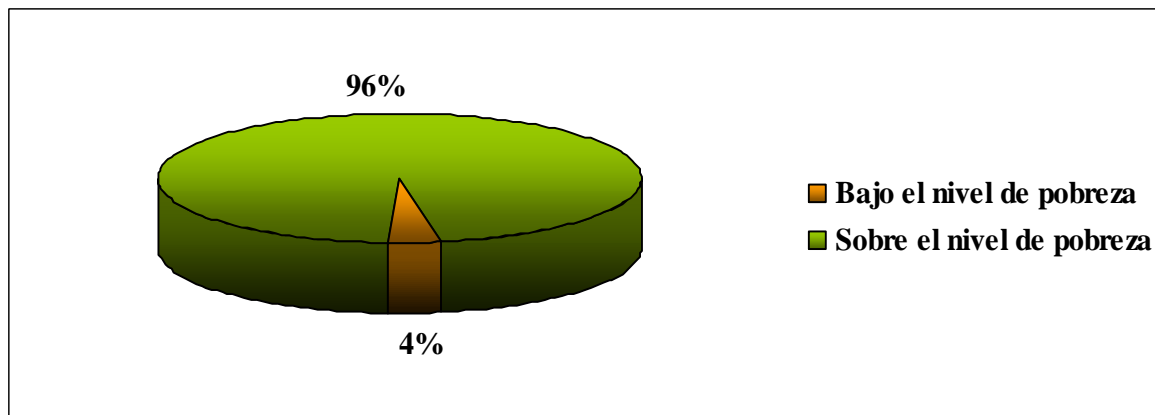
**Gráfico N° 8: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según ingreso familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Se observa que alrededor de la mitad de las encuestadas tiene una entrada familiar inferior al sueldo mínimo, mientras que un 25% tiene un ingreso económico entre \$127.500 y \$ 186.150, por otro lado, el 24% tiene un ingreso superior a \$186.150.

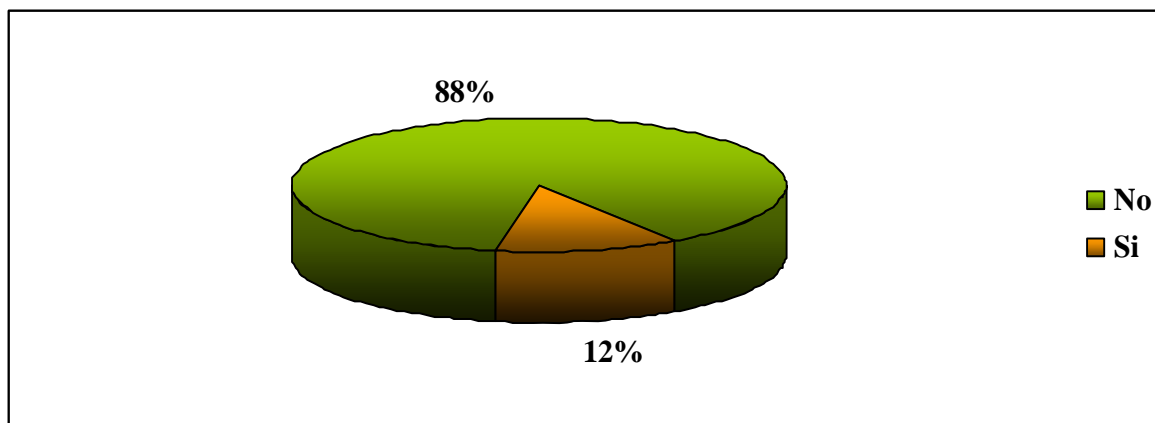
**Gráfico N° 9: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según nivel socioeconómico. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La mayoría de las madres se encuentra sobre el nivel de pobreza, esto quiere decir que tienen un ingreso mensual sobre los \$25.000. El 4% refiere un ingreso menor a \$25.000, correspondiendo a mujeres donde tanto ellas como sus parejas tienen trabajos esporádicos o inestables.

**Gráfico N° 10: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según presencia de violencia conyugal. Valdivia. Junio – julio. 2006.**

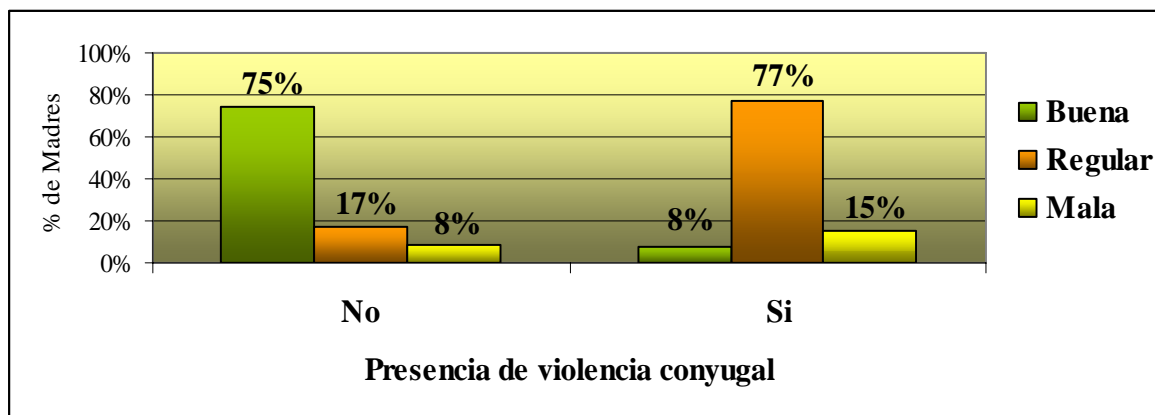


Fuente: Idem

Se observa que del total de encuestadas un 12% refiere presencia de violencia por parte de su pareja ya sea de tipo físico, psicológico o ambas. A nivel nacional esta cifra aumenta, donde más del 50% de las chilenas reconoce haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja. (INE, 2002).

De las madres que son víctimas de violencia, el 54% refiere que ésta es de tipo física - psicológica y el 46% refiere que es de tipo psicológica, ver anexo 9.3 gráfico n° 3.

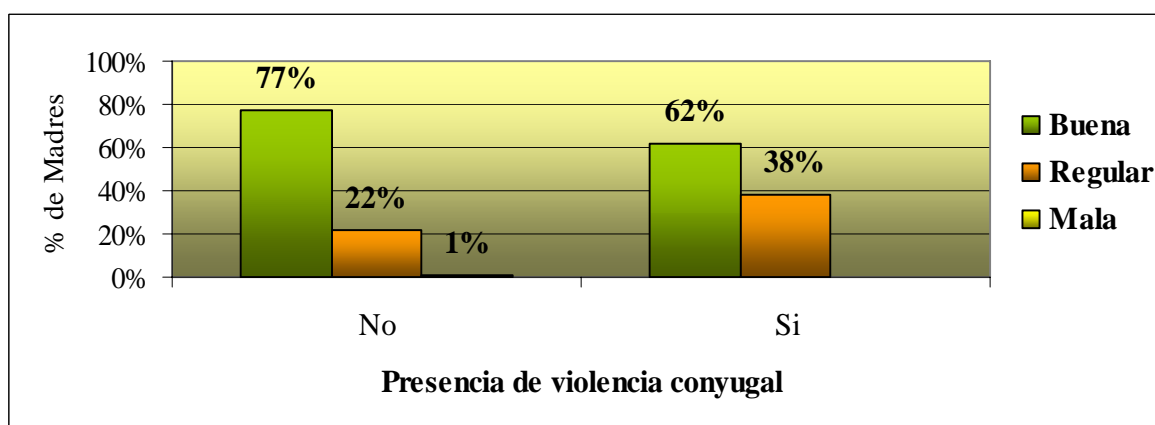
**Gráfico N° 11: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y presencia de violencia conyugal. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Las madres que son víctimas de violencia por parte de sus parejas tienen predominantemente una relación regular con su red de apoyo primaria, el 15% de estas madres refiere una red mala. Esto coincide con otros estudios (*“Apoyo social en la mujer maltratada por su pareja”* Matad, 2003), en donde una red de apoyo deficiente es considerada como factor de riesgo para la violencia. Lo contrario sucede en aquellas encuestadas que relatan no ser víctimas de violencia.

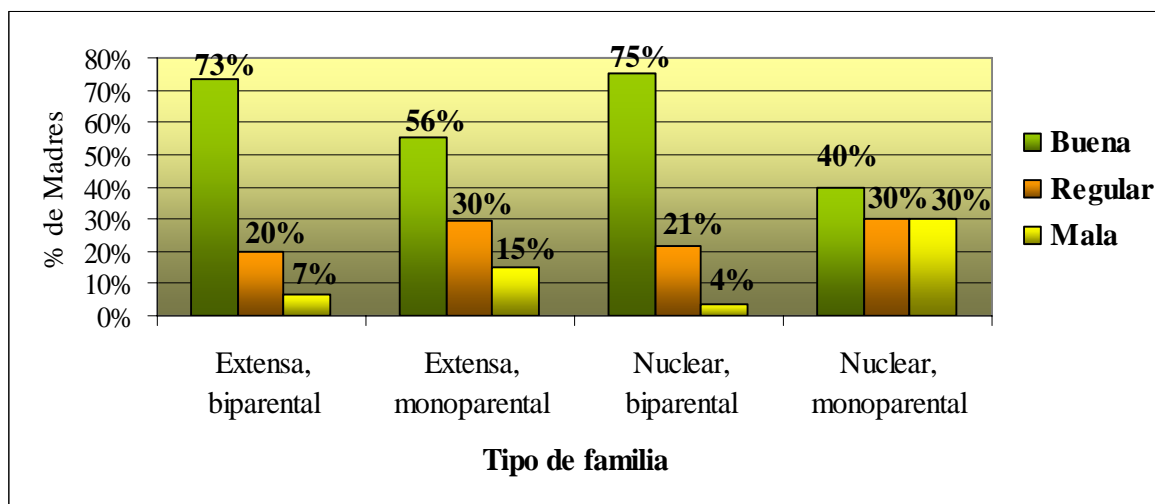
**Gráfico N° 12: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y presencia de violencia conyugal. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Aquellas encuestadas que refieren ser víctimas de violencia conyugal resultaron tener una relación buena con su red, no dejando de lado un 38% que la considera regular.

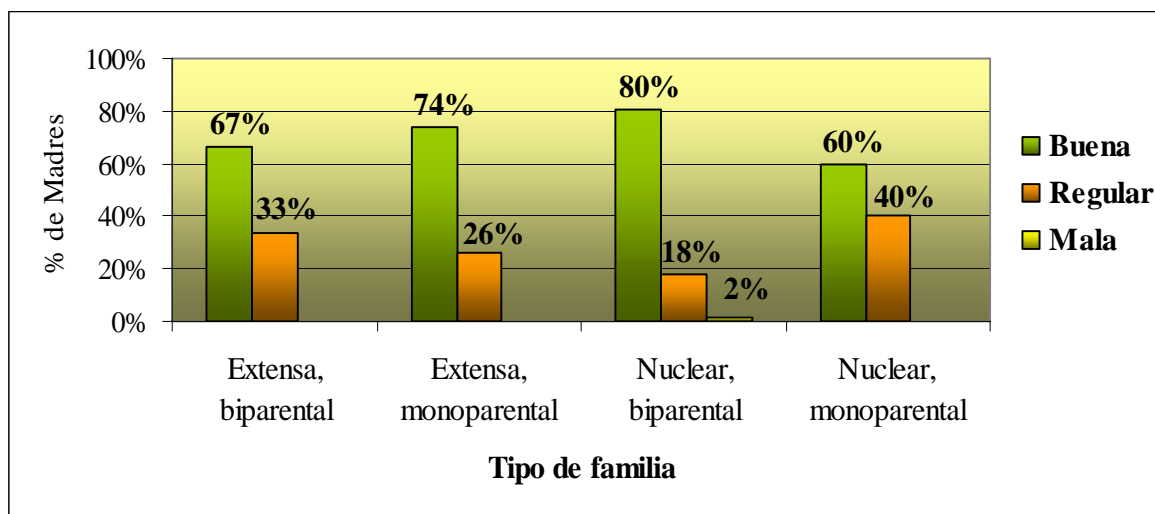
**Gráfico N° 13: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y tipo de familia. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Se puede observar que en las familias biparentales existe una buena relación con su red de apoyo primaria, como se dijo anteriormente, la presencia de una pareja parece influir en la calidad de la relación con su red, es a este tipo de familia que pertenece la mayoría de las encuestadas. Por el contrario en la nuclear monoparental existe un 30% con una relación mala e igual porcentaje regular.

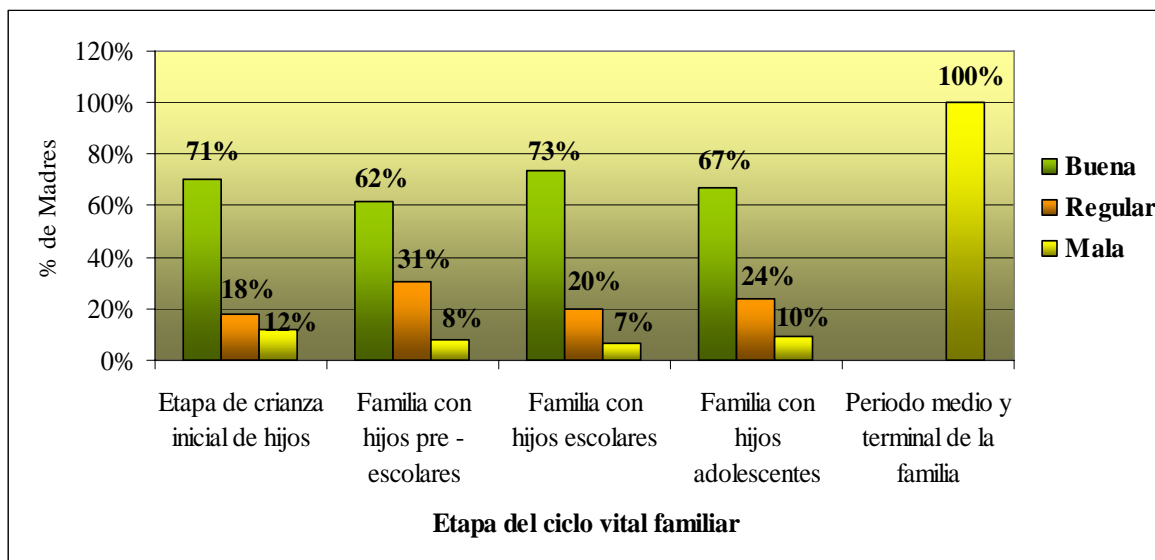
**Gráfico N° 14: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y tipo de familia. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La relación con su red de apoyo secundaria es en general buena, sólo un 2% en familias nuclear biparental, refiere tener una relación mala. Por el contrario en la nuclear monoparental, destaca un 40% que señala tener una relación tipo regular.

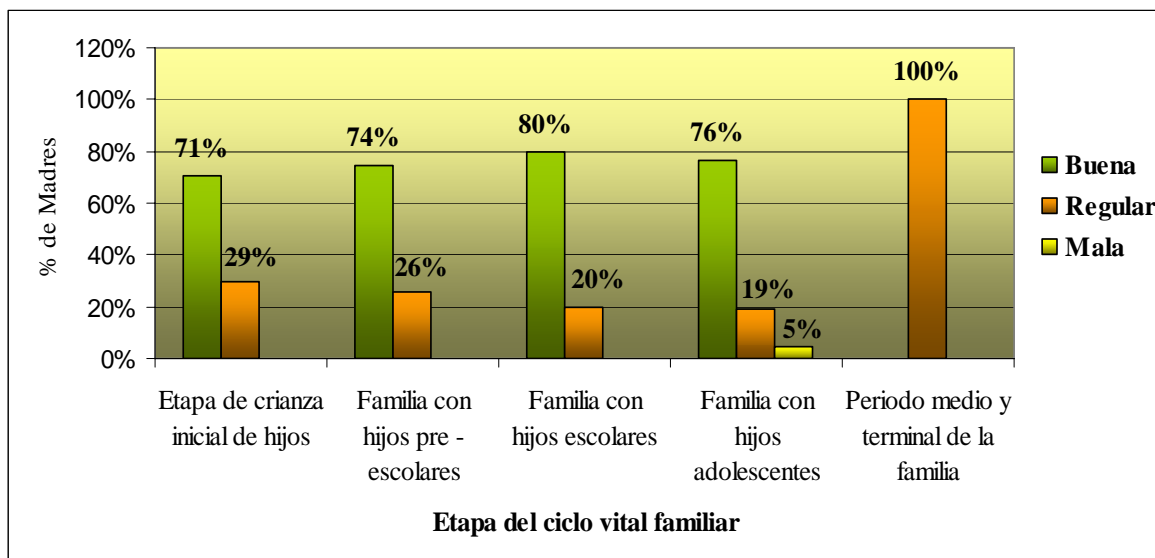
**Gráfico N° 15: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad con la red de apoyo primaria y etapa del ciclo vital familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La mayoría de las familias se encontraba en la etapa “Familia con hijos pre-escolares”. En todo el ciclo se observa una buena relación con su red de apoyo, a excepción de una madre que se encuentra en el período medio y terminal de la familia que resultó tener una red mala.

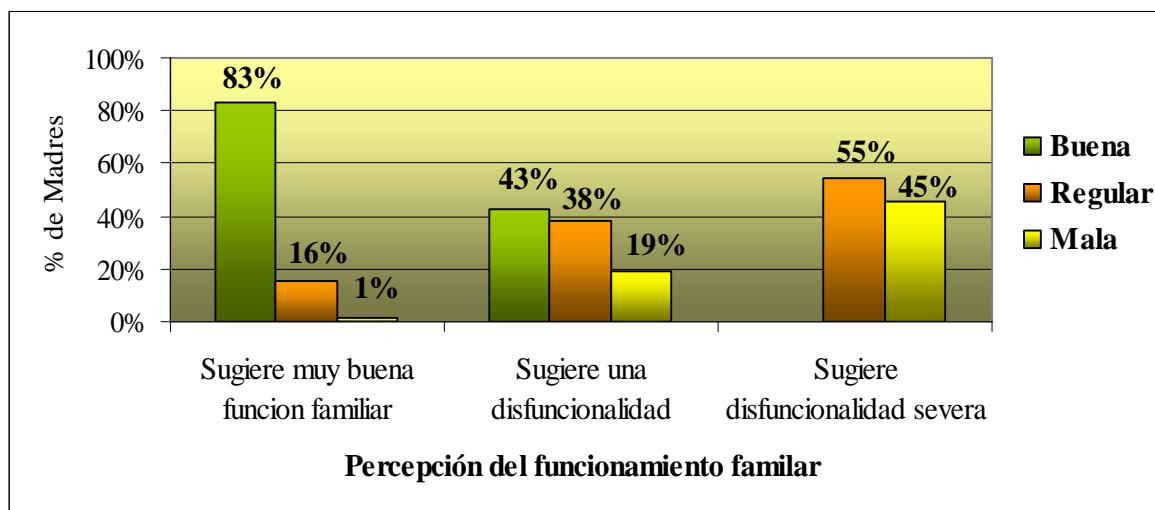
**Gráfico N° 16: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y etapa del ciclo vital familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

En todas las etapas del ciclo vital familiar se observa una buena relación con la red de apoyo secundaria. Se puede decir, que a medida que se avanza en las etapas, los porcentajes que tienen una calidad regular con su red disminuyen, a excepción de una madre que se encuentra en la etapa medio y terminal de la vida.

**Gráfico N°17: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y percepción del funcionamiento familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**

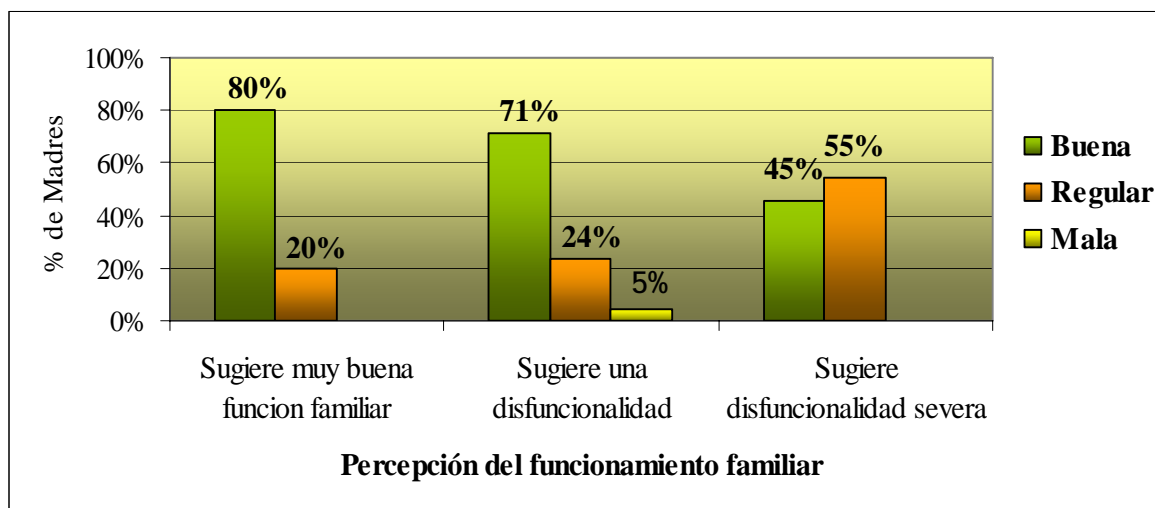


Fuente: Idem

Es esperable que a mayor disfuncionalidad disminuya la calidad de la relación con su red de apoyo primaria. De las madres que sugieren tener una muy buena función familiar, el 83% tienen una buena relación con su red de apoyo. Por el contrario, la mayoría de las madres que sugieren una disfuncionalidad severa tienen una relación regular, considerando a un 45% que señala la relación como mala.



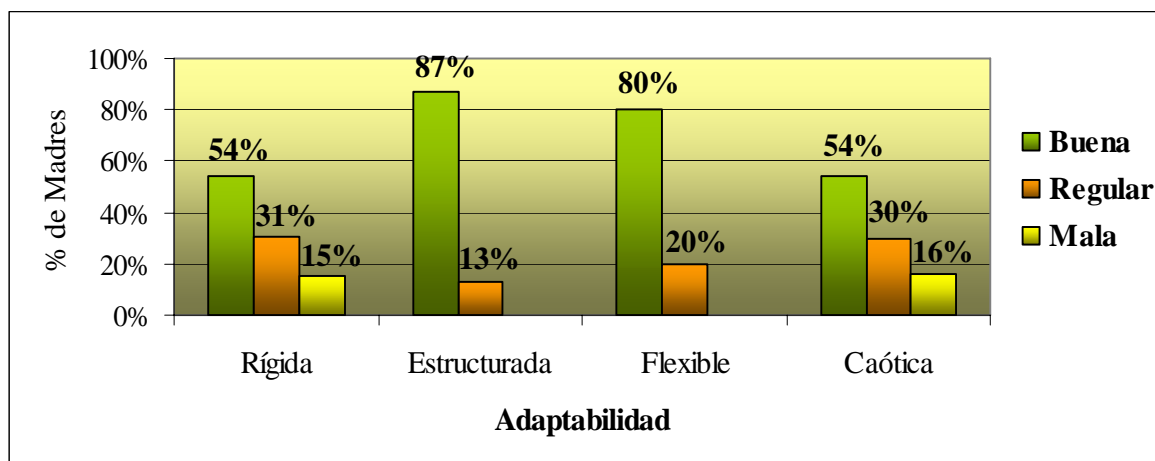
**Gráfico N°18: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y percepción del funcionamiento familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Como se ha dicho anteriormente, la relación que tienen las encuestadas con su red de apoyo secundaria es en general buena, a excepción de aquellas que sugieren una disfuncionalidad severa, donde se observa que la mayoría tiene una relación de calidad regular.

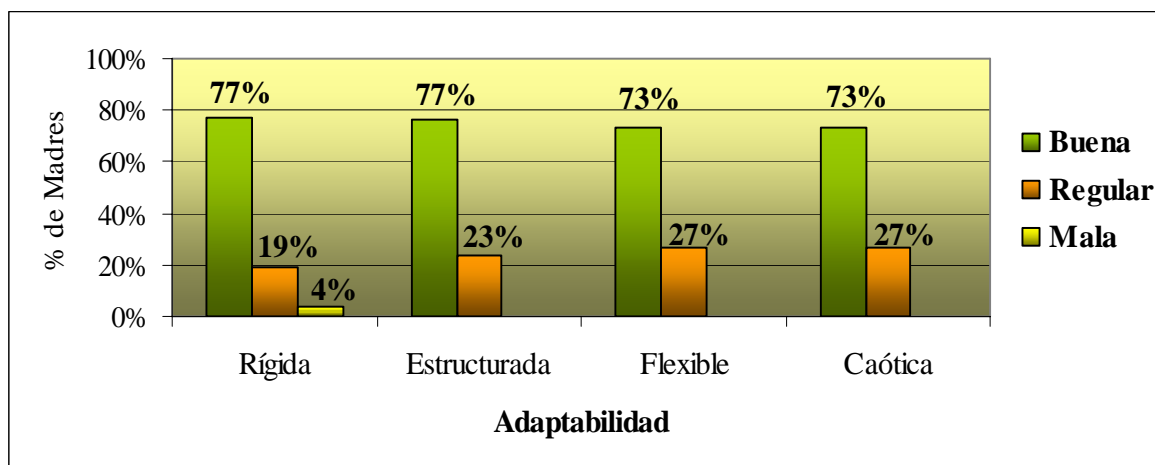
**Gráfico N°19: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y adaptabilidad familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De lo anterior se desprende, que aunque en las familias extremas (rígida y caótica), predomina una buena relación con red de apoyo primaria, existen también altos porcentajes que refieren tener una red regular (31%) y mala (16%), representándose con porcentajes muy similares en ambas casos, como sabemos estas familias no tienen habilidades para mantenerse estables ante situaciones de estrés “normal y anormal”, lo que va de la mano con una red de apoyo deficiente. Por el contrario, las familias flexibles y estructuradas presentan predominantemente una buena relación con su red.

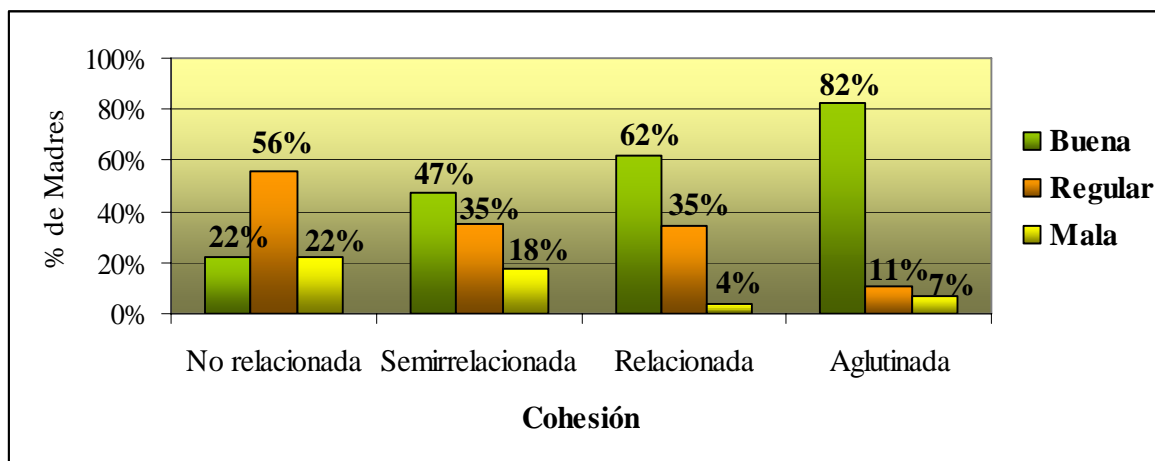
**Gráfico N° 20: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y adaptabilidad familiar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La mayoría de las madres tienen una buena relación con su red de apoyo secundaria. De las madres pertenecientes a familias rígidas un 4% relata tener una mala relación con su red de apoyo secundaria.

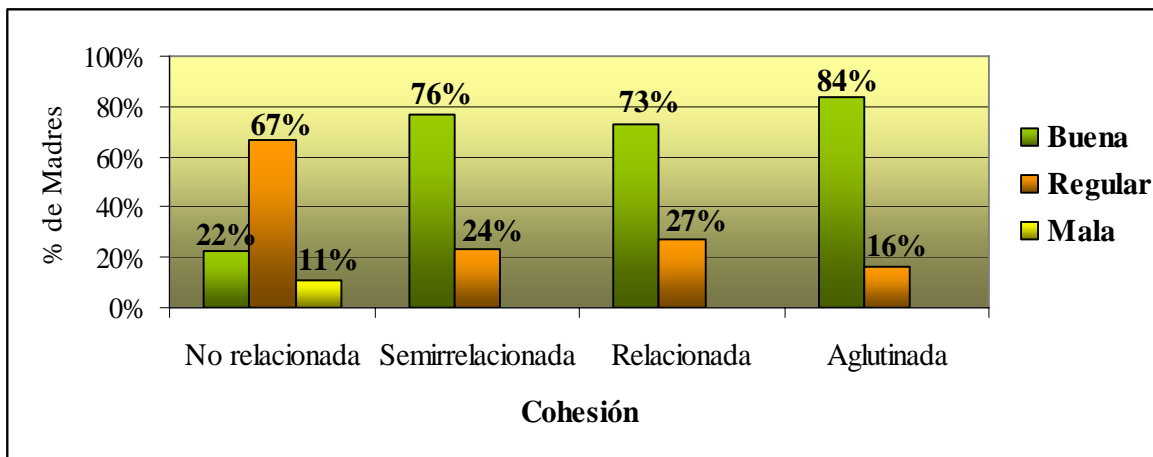
**Gráfico N° 21: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y cohesión. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Para la mayoría de las madres pertenecientes a familias aglutinadas se observa una buena relación con su red de apoyo primaria, cabe mencionar que en la población en estudio predominan las familias aglutinadas ocupando un 52% del total, es en estas familias donde la autonomía individual es limitada y la ligazón es extrema. En el lado opuesto, las familias no relacionadas tienen predominantemente una relación regular, en estas familias los límites son abiertos, hay falta de comunicación y las funciones protectoras son deficientes.

**Gráfico N° 22: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y cohesión. Valdivia. Junio – julio. 2006.**

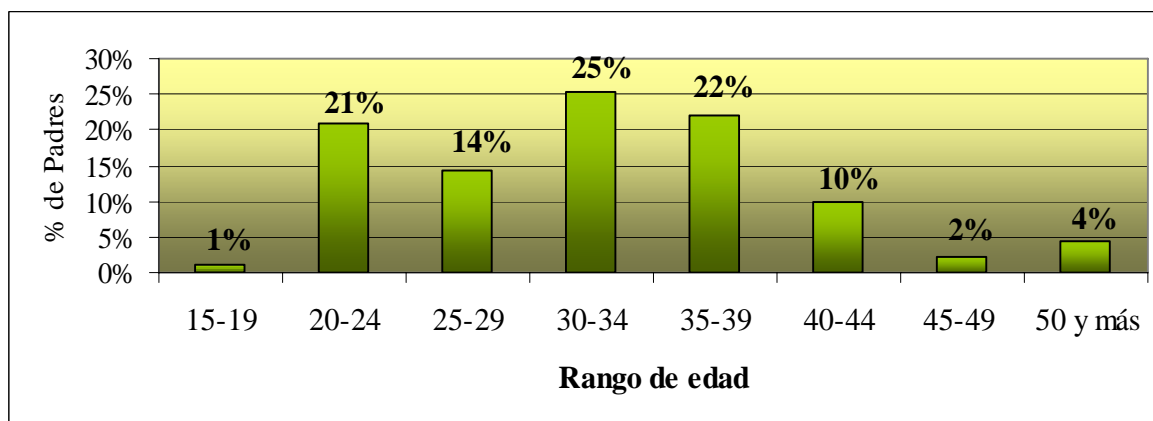


Fuente: Idem

La relación que tienen las encuestadas con la red de apoyo secundaria es en general buena, a excepción de las madres que pertenecen a familias no relacionadas donde destaca una relación de regular calidad con su red.

En relación a los datos del padre, se obtuvo información de 91 de ellos, ya que de los restantes, las encuestadas no manejaban antecedentes debido a que nunca asumieron su paternidad. Por otra parte, ninguna de estas madres refirió tener una nueva pareja estable, con quién pudieran rehacer sus vidas.

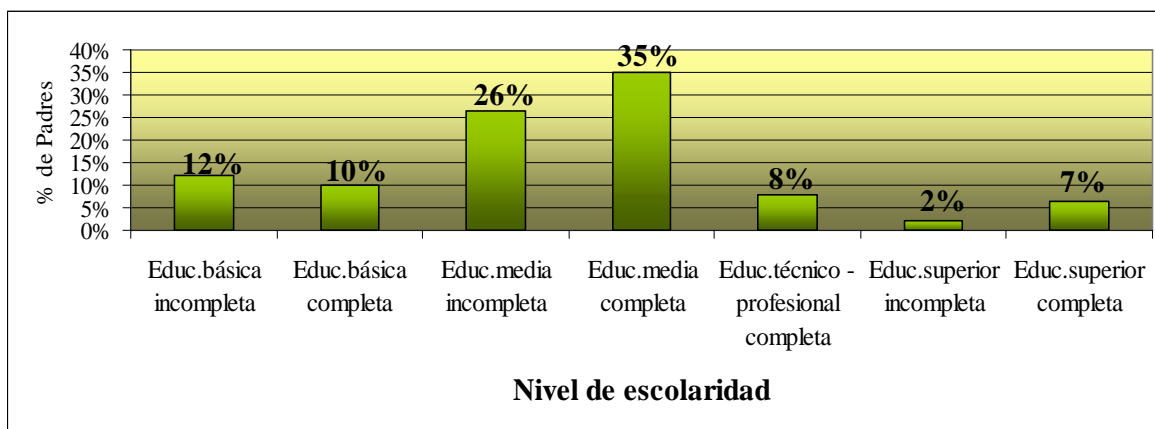
**Gráfico N° 23: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según edad. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La edad predominante de los padres fluctúa entre los 30 – 34 años, caracterizándolos como adulto- joven, en un segundo lugar con un 22% están las edades 35 – 39 años. Solo 1 padre tiene entre 15 – 19 años y un 4% tiene o supera los 50 años.

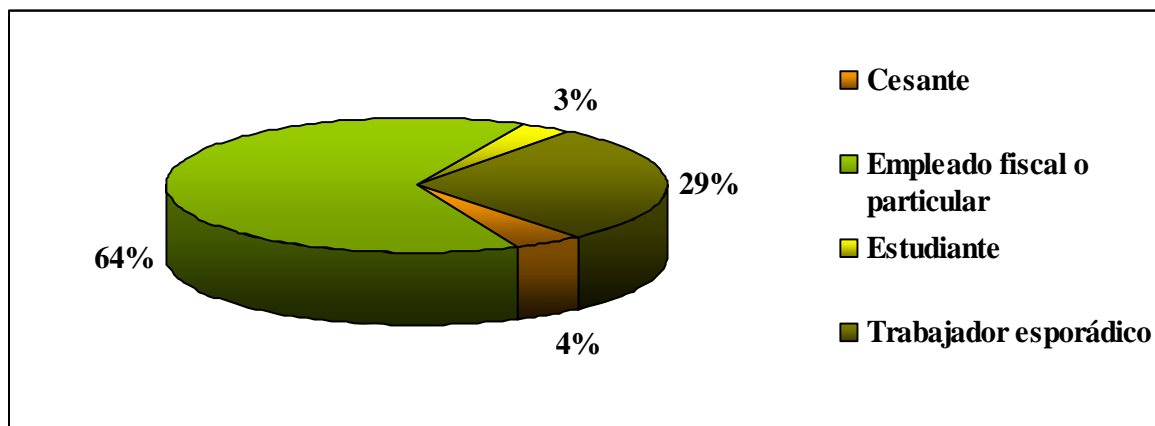
**Gráfico N° 24: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según nivel de escolaridad. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

El 52% de los padres completó la enseñanza media, de estos el 15% presenta títulos de nivel superior, tanto técnico como profesional. El 48% no completó la enseñanza media, en muchos casos abandonando o postergando sus estudios para ingresar al campo laboral.

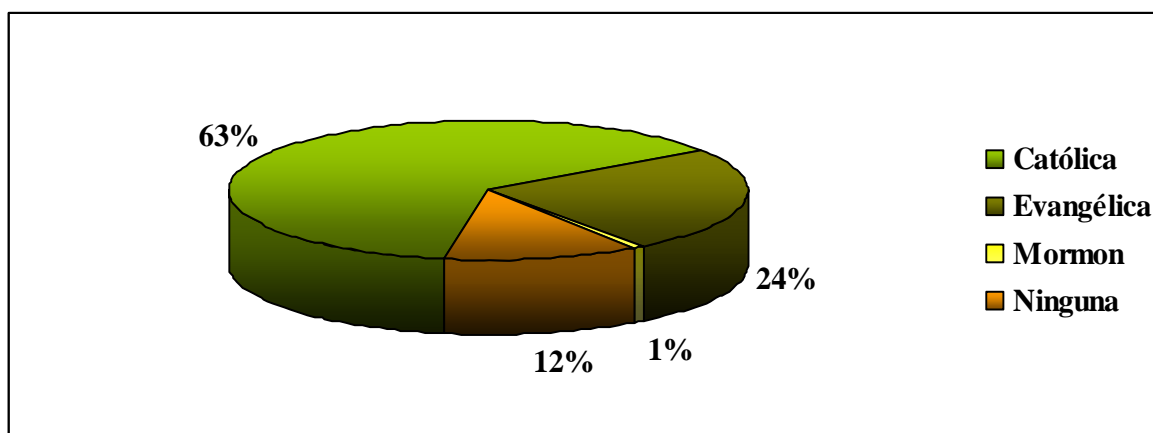
**Gráfico N° 25: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., ocupación. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

El 64% de los padres tiene un empleo remunerado ofreciéndoles estabilidad económica a sus familias, el 29% posee un trabajo de forma esporádica y un 3% corresponde a padres que se encuentran estudiando, recibiendo ayuda de su red de apoyo primaria.

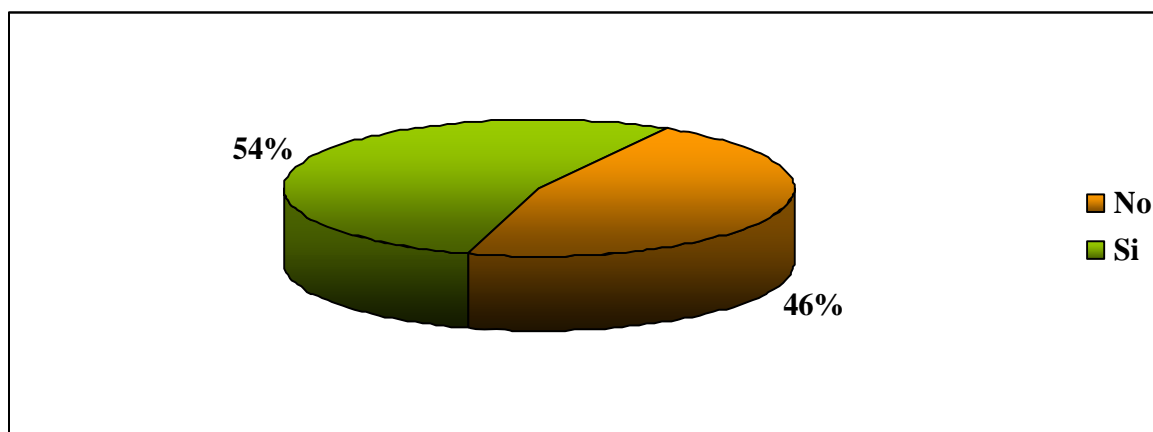
**Gráfico N° 26: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según religión. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

De acuerdo a lo graficado, se puede comentar que al igual que las madres, la mayoría de los padres son católicos representándose con un 63%, el 24% es adherente a la religión evangélica y un 12% refiere no pertenecer a ninguna religión.

**Gráfico N° 27: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., consumo de alcohol. Valdivia. Junio – julio. 2006.**

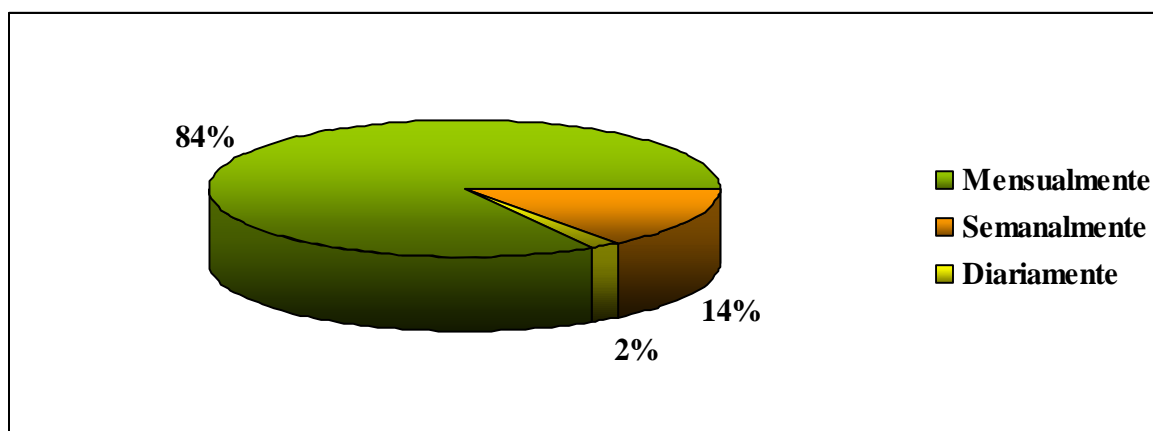


Fuente: Idem

De lo anterior se desprende, que 54% de los padres consume alcohol, contra un 46% que no lo hace. A nivel nacional, su uso supera por mucho el de cualquier droga ilícita. De hecho, un 73,08% de los encuestados en el cuarto estudio nacional sobre uso de drogas en población general, realizado el año 2000 por el CONACE, declaró haber consumido alcohol.



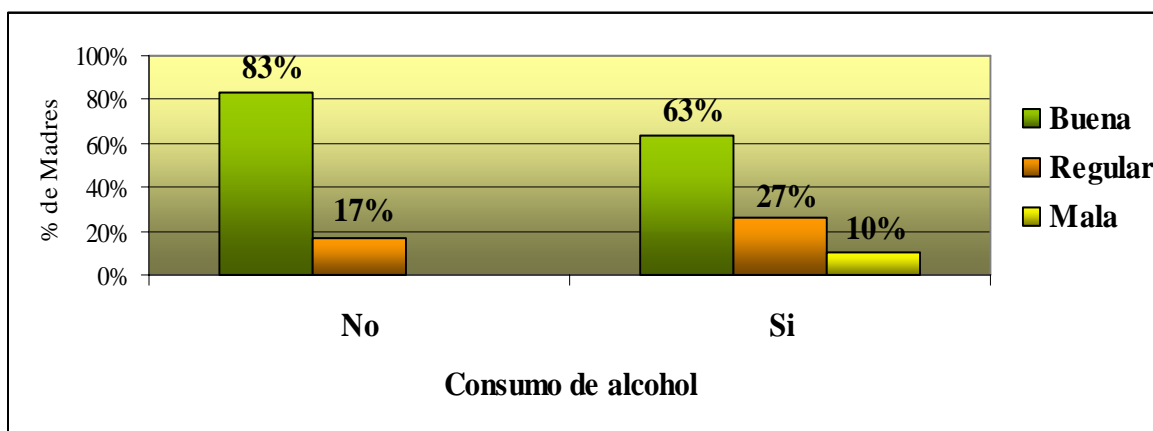
**Gráfico N° 28: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según frecuencia de consumo de alcohol. Valdivia. Junio – julio. 2006**



Fuente: Idem

Según la opinión de las madres, existe un 84% de los padres que consume mensualmente alcohol, un 14% que lo realiza de forma semanal y un 2% diariamente. En nuestro país, la mayoría de las personas bebe en forma moderada, constituyendo alrededor del 60% de los adultos chilenos, el 15% son bebedores excesivos, y la frecuencia del alcoholismo alcanza al 5 por ciento de los mayores de 15 años. (CONACE, 2003)

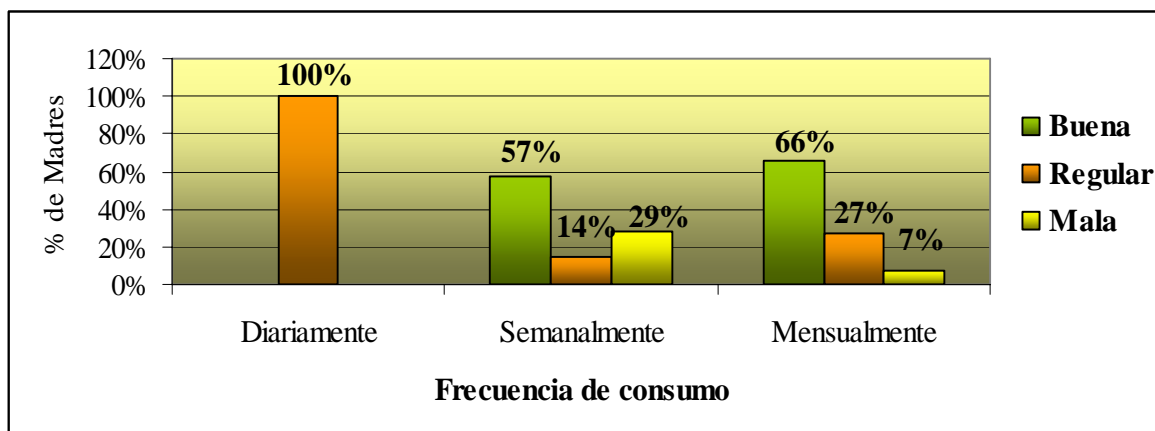
**Gráfico N° 29: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y consumo de alcohol de la pareja. Valdivia. Junio – julio. 2006**



Fuente: Idem

Se observa que el consumo de alcohol se asocia a un menor porcentaje de madres con una buena relación con su red, el 27% refiere tener una red regular y el 10% mala. De los que no consumen alcohol el 83% comenta tener una buena relación con su red.

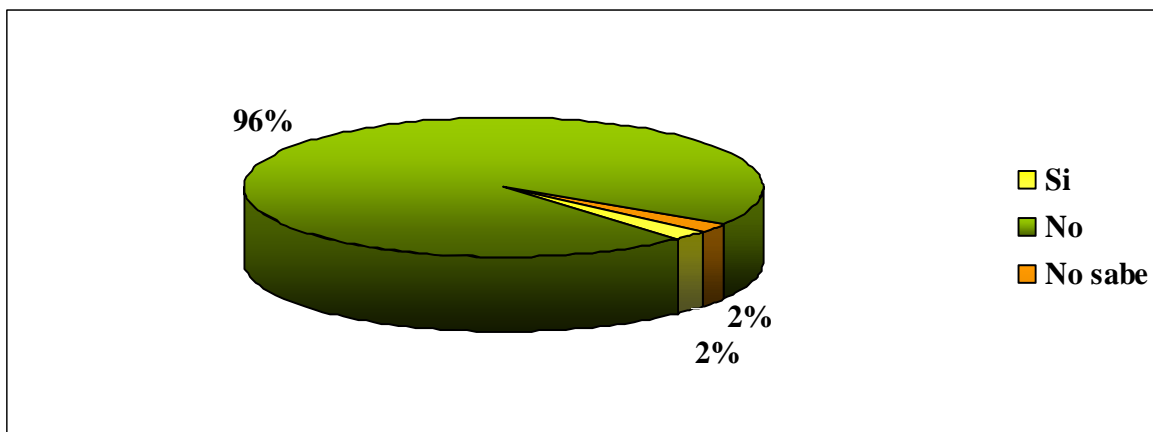
**Gráfico N° 30: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y frecuencia de consumo de alcohol por la pareja. Valdivia. Junio – julio. 2006**



Fuente: Idem

De lo anterior se desprende, que de las encuestadas cuyas parejas consumen alcohol en forma diaria la relación con su red primaria es de calidad regular, esto es esperable, ya que como sabemos, una consecuencia de este problema es la desintegración de los hogares, que va desde el desajuste hasta la disgregación familiar. Aquellas que sus parejas consumen semanalmente, un 57% tiene una buena relación, seguido de un 29% que la considera como mala y un 14% regular. Con la red de apoyo secundaria la relación en general es buena, ver anexo gráfico n° 4

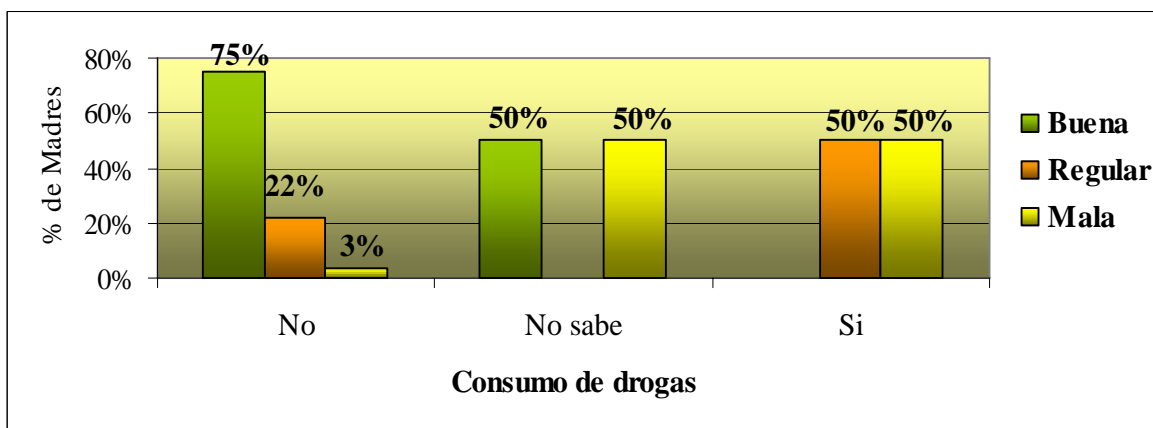
**Gráfico N° 31: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según consumo de drogas. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

Se desprende que el 96% de las parejas de las encuestadas no consume drogas, existe un 2% que refiere no saber si sus parejas consumen drogas y 2% que si consumen.

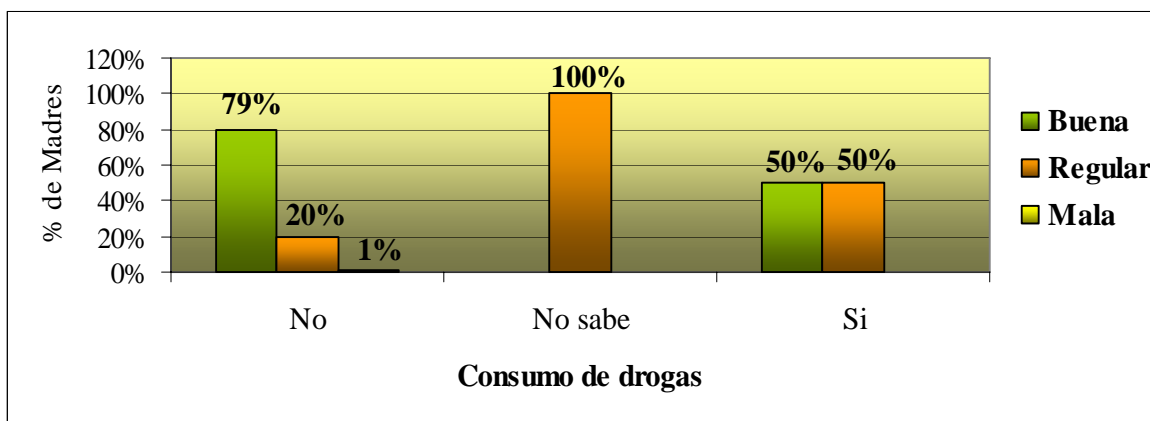
**Gráfico N° 32: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y consumo de drogas de la pareja. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La red de apoyo primaria de las madres que sus parejas consumen drogas es percibida como regular y mala con un 50% respectivamente. Y de las que no saben si sus parejas consumen existe un 50% que tiene una buena relación y un 50% que tiene una mala relación.

**Gráfico N° 33: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad con la red de apoyo secundaria y consumo de drogas de la pareja. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

La relación con la red de apoyo secundaria cambia para las madres que sus parejas consumen drogas, existe un 50% que tiene una buena relación y otro 50% que la considera regular. Las madres que sus parejas no consumen drogas tienen predominantemente una buena relación con su red de apoyo secundaria.

## 6. DISCUSION

Los cambios ocurridos en las familias chilenas, se reflejan en: disminución del tamaño de los hogares, el descenso de la tasa de fecundidad y el aumento de la participación laboral femenina, son fenómenos que tienen relación con el nuevo papel que ha ido asumiendo la mujer en el desarrollo nacional.

Las familias en situación de pobreza están expuestas a condiciones precarias que atentan contra su salud física y mental. En el presente estudio se encontraron familias con un nivel socioeconómico medio - bajo, donde en muchos casos, el hacinamiento y las malas condiciones físicas de la vivienda, sumado a el allegamiento (compartir la vivienda o sitio, y familias extensas) constituye un factor de amenaza por la imposibilidad de que la familia tenga espacios que faciliten compartir la vida familiar.

Las mujeres en estudio se caracterizan por haber sido madres a temprana edad, esta situación o problema psicosocial adquiere cada vez más importancia en nuestro país, especialmente en los sectores de menor nivel socioeconómico.

Como consecuencia del temprano embarazo, se presenta una interrupción de la escolaridad de manera definitiva o un reingreso tardío con las nuevas limitaciones y escasa disponibilidad de tiempo. De esta forma, estas madres se ven obligadas a ejecutar trabajos de baja remuneración e inestables. En este estudio, el 37% de las encuestadas no completó la enseñanza media, como se decía anteriormente, en muchos casos como consecuencia de un embarazo, abandonando sus aspiraciones personales para optar por el cuidado de sus hijos o algún trabajo con el fin de satisfacer las necesidades básicas de éstos.

Respecto a la participación laboral remunerada de las mujeres en Chile, es importante mencionar la masiva incorporación de la mujer al trabajo, aunque aún se mantiene la tendencia de ser más escasa en los estratos más pobres que en los más ricos. En más del 50% de las mujeres mayores de 25 años la actividad se concentra en el trabajo doméstico no remunerado (INE, 2002). Dato que coincide con el estudio donde la mayoría de las mujeres se desempeña como dueñas de casa.

En Chile los hogares nucleares biparentales, son la principal forma de organización familiar, lo que coincide con el estudio realizado donde la mayoría de las familias son nucleares. El tipo de familia nuclear monoparental se asoció con una relación de tipo regular -

mala hacia su red de apoyo primaria, este tipo de familia constituida sólo por la madre e hijo(s) son consideradas tradicionalmente de mayor riesgo, esto se explica por la sobrecarga en estas mujeres, las cuales deben actuar como padre y madre a la vez. Al contrario, las familias biparentales ya sean extensas o nucleares presentan una relación buena con red primaria, se puede pensar que la presencia de una pareja influye al momento de clasificar la calidad de su relación con su red.

Como se ha mencionado, la red social está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. Las funciones más importantes que cumplen son la de compañía social, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información y apoyo instrumental. En este estudio la mayoría de las encuestadas refiere tener una buena relación con su red de apoyo social tanto primaria como secundaria.

Como sabemos, la familia es uno de los componentes básicos de la red o sistema de apoyo social de la cual disponen las personas. Entre las encuestadas, la familia es considerada como la red más proveedora de apoyo afectivo. Por lo anterior, podemos señalar, que la mayoría de las encuestadas sienten que se preocupan por ellas, que las toman en cuenta, que son personas queridas y valiosas, contribuyendo de esta manera a mantener su autoestima.

Según Argyle, los amigos cumplen una función distinta dentro del apoyo social. Se ha demostrado que constituyen una importante fuente de apoyo instrumental y afectivo, y facilitan en un alto grado la integración social (Arechabala, 2002). En este estudio, los tipos de apoyo difieren en parte de lo anteriormente mencionado, los amigos fueron proveedores en primer lugar de un apoyo de tipo afectivo, en segundo lugar el cognitivo y tercer lugar instrumental.

El consultorio fue mencionado por la mayoría de las madres, como fuente de apoyo instrumental y cognitivo, en donde le proporcionan bienes y servicios que facilitan la solución de problemas prácticos o ayudan para crear condiciones de vida más favorables, por lo tanto, pueden recibir información y consejos permitiéndoles entender mejor la situación en que se está (Herrera, 2003).

Se sabe, que las redes sociales de las familias maltratadas son precarias y limitadas, encontrándose en un estado de aislamiento. Tienden a ser familias encerradas en un círculo de privacidad tan grueso, que funciona como una barrera frente al mundo externo. Estas son cerradas y rígidas, y no cuentan con las informaciones y los intercambios de energía necesarios para garantizar la vida de todos sus miembros (Hidalgo, 1999). En este estudio, las madres que refirieron ser víctimas de violencia por parte de su pareja, resultaron tener una relación predominantemente regular con su red primaria, esto coincide con otros estudios

donde tener una red de apoyo deficiente es considerada como un factor de riesgo para la violencia. (Matad, 2003.).

Se sabe que frente a un factor estresante a nivel individual se producen una serie de respuestas, y cuando estas son inadecuadas se originan cambios de salud. A nivel familiar, éste se desestabiliza dando lugar a una crisis y cuando las redes de apoyo o los apoyos son deficientes, la crisis desembocará en una disfunción familiar. (González, 2005). En el presente estudio se observó que en aquellas familias que presentan una disfuncionalidad severa, coinciden tener una red de apoyo regular (55%) y mala (45%). Lo contrario sucede en aquellas familias donde presentan una muy buena función familiar las cuales demuestran una buena relación con su red de apoyo primaria.

Al analizar cohesión y calidad de la relación con las redes, se observó, que las madres pertenecientes a familias desligadas presentaban una relación de calidad regular – mala, como sabemos estas son familias donde existe falta de comunicación, donde no existen límites y donde las funciones protectoras son deficientes. La adaptabilidad se refiere a la habilidad para mantenerse funcionalmente estable ante situaciones de estrés “normal y anormal” (González, 2005). Como se sabe una de las formas de manejarla es a través del apoyo social. Las encuestadas pertenecientes a familias extremas se caracterizaron por una relación de baja calidad con su red de apoyo primaria. Por el contrario, las familias equilibradas reflejaron una buena relación con su red.

El nivel de escolaridad para el 48% de los padres es enseñanza media incompleta, resulta un porcentaje relativamente alto, teniendo en cuenta que son personas jóvenes, en relación a esto, se puede decir y se concuerda con Letelier y Radrigan (1989) que hace mención que el principal causal de la deserción escolar es la precocidad laboral a la cual se encuentran sometidas estas personas, además de la falta de recursos económicos de los padres para cubrir la demanda de la educación, también familias disfuncionales y/o consumo de drogas.

Los miembros de las familias que tienen un miembro adicto describen al ambiente familiar como apagado, sin afecto y sin alegría. Las emociones más intensas a menudo provienen de situaciones de violencia. Dentro de las complicaciones y consecuencias familiares, se encuentra la desintegración de los hogares, la que se sistematiza en una progresiva escala desde el desajuste hasta la disgregación familiar, cruzado permanentemente por un sentimiento de incertidumbre hacia condiciones futuras, tanto en la pareja como en los hijos (Riquelme, 2002). En la población en estudio, el consumo de alcohol y drogas en forma diaria por parte de la pareja, se asoció a una relación regular y mala de la madre con su red de apoyo primaria.

## 7. CONCLUSIONES

La población en estudio se concentra en la etapa adulto - joven, donde la mayoría se desempeña como dueña de casa, vive en pareja, con un nivel de socioeconómico medio – bajo, y con un grado de escolaridad de enseñanza media completa.

El tipo de religión que caracteriza a las mujeres en estudio es la religión católica, le sigue en importancia numérica la religión evangélica con un 29%.

La familia es considerada la principal fuente de apoyo de tipo afectivo. Mientras que el consultorio fue mencionado por la mayoría de las madres, como fuente de apoyo tanto instrumental y cognitivo. De la iglesia y vecinos señalan no recibir ningún tipo de apoyo.

La mayoría de las familias son nucleares biparentales, vivenciando la etapa “familias con hijos pre-escolares”, con buena función familiar según APGAR, y aglutinadas – caóticas, según cohesión y adaptabilidad respectivamente.

El 62% de las encuestadas tiene una pareja (31% casadas y 31% convivientes), las cuales presentaron una relación de mejor calidad con su red de apoyo primaria, sucediendo lo contrario en las que carecen de una.

El 12% de las encuestadas refiere haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja ya sea de tipo físico, psicológico o ambas. Estas mujeres resultaron tener una relación predominantemente regular con su red primaria.

Por otro lado, las familias monoparentales se asociaron a una relación de tipo regular (30%) y mala (30%) con su red de apoyo primaria, sucediendo lo contrario en las familias biparentales ya sean extensas o nucleares.

Según la etapa del ciclo vital familiar no se encontraron diferencias en cuanto a la calidad de la relación con sus redes de apoyo. Se observó que en general tenían una buena relación tanto con la red primaria y secundaria.



Las madres que pertenecen a familias con disfuncionalidad severa resultaron tener una relación regular (55%) y mala (45%) con su red de apoyo, sucediendo lo contrario en las madres que sus familias presentan una buena función familiar.

Según cohesión, las encuestadas con familias no relacionadas resultaron tener una de calidad regular y mala en su relación con la red de apoyo primaria. Según adaptabilidad, familias extremas se caracterizaron por una relación de baja calidad con su red de apoyo primaria. Al contrario de las familias equilibradas que reflejaron una buena relación con su red.

Las parejas de las madres en estudio se concentran en la etapa adulto – joven, sólo el 52% de los padres completó la enseñanza media. La mayoría tiene un trabajo de forma constante y son adherentes a la iglesia católica.

El consumo de alcohol y drogas por parte de la pareja, se asoció a una relación regular de la madre con su red de apoyo primaria.

## **7.1 PROYECCIONES PARA ENFERMERIA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado el fortalecimiento de las redes sociales y del apoyo social como una estrategia de promoción de la salud. Es por esta razón, que los resultados en esta línea de investigación son trascendentales para el equipo de salud, ya que nos permitiría conocer no sólo la importancia que le conceden los usuarios a los apoyos sociales, si no también la calidad y cantidad de éstas, además de la estructura y composición de dichas redes.

El Modelo de Atención de Salud, basado en un enfoque familiar es una estrategia de acción muy útil y eficaz para Enfermería, debido a que esta profesión tiene una posición privilegiada, cercana al paciente y a los familiares, donde este enfoque nos permite de forma sistemática prevenir problemas de salud en la familia, los que si no se tratan con rapidez, pueden tener consecuencias desastrosas.

El profesional de Enfermería debe proponerse retos para conseguir atender a la familia de forma integral, lo cual no se conseguirá si no estamos formados en todos los temas que afectan a la familia y si no se realiza un trabajo en equipo. Además de ofrecer a estos individuos, familias y comunidad en general, las herramientas necesarias para mejorar y desarrollar sus estilos de vida mediante la prevención, promoción y educación.

Bajo este contexto, se puede realizar un aporte significativo en salud, con la identificación de potenciales fuentes de apoyo y la planificación posterior de actividades que las movilicen, llevará probablemente a modificar situaciones y por ende a mejorar conductas y la percepción del estado de salud de las personas. Ya que resulta más fácil fortalecer las redes de apoyo social que proteger a las personas del estrés biológico y psicosocial que es causado por las diferentes relaciones del individuo con el ambiente y sociedad.

## 8. BIBLIOGRAFIA

DUARTE, D. 1992. Salud y Familia. Santiago de Chile. Corporación de Promoción Universitaria. 102p.

FERNANDEZ, P. 1999. Problemas de Salud Infantil: Intervención de Enfermería. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica. pp 23.

FLORENZANO, R. 1991. Temas de Salud Mental y Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile. Corporación de Promoción Universitaria. pp152 - pp153.

HIDALGO, C. 1999. Salud Familiar; un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Ediciones Universidad Católica de Chile. pp 156 – pp186.

LETELIER M. – RADRIGÁN M. 1989. Estudios de las características sicosociales de la familia marginal. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad de Valparaíso. Editorial Edral. pp20.

MOLINA, C. 2000. Apunte “La teoría General de Sistemas como marco para el estudio de la familia”. Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. 1-2p.

URIBE, P. 1992. Redacción de referencias bibliográficas en educación. Valdivia, Chile. Talleres de la Central publicaciones, UACH. 26p.

### **Referencias electrónicas:**

ARECHABALA, M. 2002. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. [Sitio en Internet] Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000100007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000100007&script=sci_arttext&tlng=es).  
Acceso el 18 de abril del 2006.

ARECHAVALA, M. 2003. Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5202-apoyo2.htm>. Acceso el 13 de abril del 2006.

BENAGES, S. 2004. Apoyo social como modulador del riesgo coronario. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/apoyo.pdf> . Acceso el 10 de abril del 2006.

CASTRO, R. 1997. La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101997000400012&lng=es&nrm=iso/&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000400012&lng=es&nrm=iso/&tlng=es). Acceso el 11 de abril del 2006.

CONACE, 2003. Quinto estudio nacional de drogas en población general de Chile. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Quinto\\_Estudio\\_Nacional\\_Drogas\\_Poblacion\\_General\\_Chile2003.pdf](http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Quinto_Estudio_Nacional_Drogas_Poblacion_General_Chile2003.pdf). Acceso el 29 de octubre del 2006.

GONZÁLEZ, C. 2005. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela. [Sitio en Internet] Disponible en: [www.saber.ula.ve/.../pubelectronicas/medula/Vol12num14/articulo5.pdf&term\\_termino\\_3=&Nombrebd=saber](http://www.saber.ula.ve/.../pubelectronicas/medula/Vol12num14/articulo5.pdf&term_termino_3=&Nombrebd=saber). Acceso el 29 de agosto del 2006.

GUBBINS, V. 1999. Promoción de la salud y el rol de la familia. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.cide.cl/familia/promocion\\_salud\\_cide\\_gubbins\\_romero\\_venegas.doc](http://www.cide.cl/familia/promocion_salud_cide_gubbins_romero_venegas.doc). Acceso el 29 de agosto del 2006.

HERRERA, M. 2003. Percepción de apoyo social y su relación con el bienestar sicosocial de los adultos mayores en el gran santiago. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.puc.cl/sociologia/pdf/ponencia.pdf> .Acceso el 10 de abril del 2006.

INE, 2002. Mujeres chilenas tendencia en la última época. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.ine.cl/ine/canales/chile\\_estadistico/calidad\\_de\\_vida/mujeres/mujeres.php](http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida/mujeres/mujeres.php). Acceso el 28 de agosto del 2006.

JUÁREZ, R. 2003. Las redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/arsrosario/JuarezRamirez.pdf>. Acceso el 11 de abril del 2006.

LARA, M. 2004. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342004000500004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342004000500004&script=sci_arttext&tlng=es). Acceso el 10 de abril del 2006.

MATAD, M. 2003. Apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-81.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-81.pdf). Acceso el 24 de abril del 2006.

RIQUELME, N. 2002. Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. [Sitio en Internet] Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100006&script=sci_arttext) - 66k -. Acceso el 29 de octubre del 2006.

## 9. ANEXOS

### 9.1 INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

N° de caso:

#### PRIMER ITEM: DATOS DE LA MADRE

I Edad:

1.  15 – 19 años
2.  20 – 24 años
3.  25 – 29 años
4.  30 – 34 años
5.  35 – 39 años
6.  40 – 44 años
7.  45 – 49 años
8.  50 años y más

II Nivel de escolaridad:

1.  Educación básica completa
2.  Educación básica incompleta
3.  Educación media completa
4.  Educación media incompleta
5.  Educación superior completa
6.  Educación superior incompleta
7.  Educación técnico – profesional completa
8.  Educación técnico – profesional incompleta
9.  Sin educación

III Estado civil:

1.  Soltera
2.  Casada
3.  Separada
4.  Divorciada
5.  Viuda
6.  Conviviente

IV Religión:

1.  Católica
2.  Evangélica
3.  Luterana
4.  Otra. ¿Cuál?.....

V Ocupación:

1.  Cesante
2.  Dueña de casa
3.  Jubilada
4.  Trabajadora esporádica
5.  Empleado fiscal o particular
6.  Estudiante

VI ¿Ha consumido usted alguna vez drogas?

1.  Sí
2.  No

VII ¿Qué tipo de droga ha consumido?

1.  Marihuana.
2.  Cocaína
3.  Pasta base
4.  Neopren
5.  Otras sustancias. ¿Cuales?.....

VIII ¿Con que frecuencia consume drogas?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

IX ¿Usted consume alcohol?

1.  Sí
2.  No

X ¿Con que frecuencia consume alcohol?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

XI Tipo de apoyo recibido:

**Afectivo:** La alientan, la animan a seguir a delante, se preocupan por usted, le entregan afecto y confianza.

**Instrumental:** Se refiere a proporcionar bienes y servicios que facilitan la solución de problemas prácticos

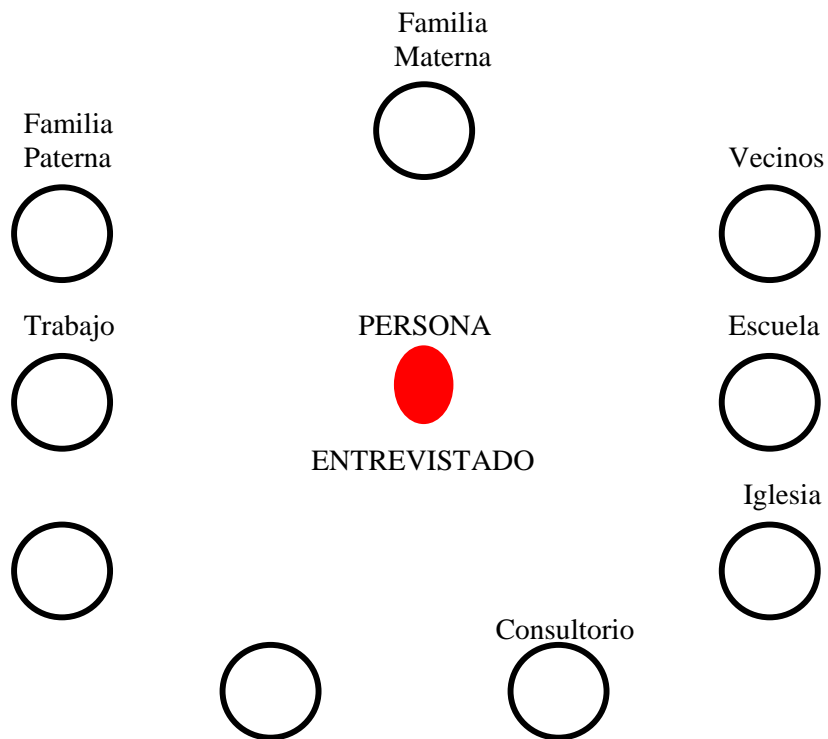
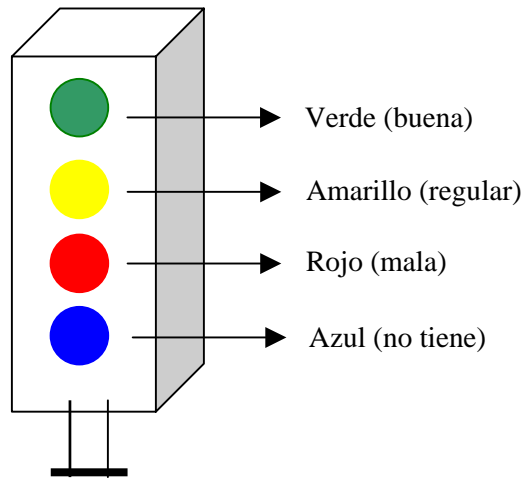
**Cognitivo:** Se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información (significados) y dar consejos que permiten entender la situación en que se está y encarar mejor los problemas

REDES DE APOYO SOCIAL	TIPO DE APOYO			
	SI			c. NO
	a. Afectivo	b. Instrumental	c. Cognitivo	
1. Familia				
2. Familiares				
3. Amigos				
4. Junta de vecinos				
5. Iglesia				
6. Consultorio				
7. Sala cuna o Jardín infantil				



## XII Ecomapa

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.



## SEGUNDO ITEM: DATOS DEL PADRE

### I Edad:

1.  15 – 19 años
2.  20 – 24 años
3.  25 – 29 años
4.  30 – 34 años
5.  35 – 39 años
6.  40 – 44 años
7.  45 – 49 años
8.  50 años y más

### II Nivel de escolaridad:

1.  Educación básica completa
2.  Educación básica incompleta
3.  Educación media completa
4.  Educación media incompleta
5.  Educación superior completa
6.  Educación superior incompleta
7.  Educación técnico – profesional completa
8.  Educación técnico – profesional incompleta
9.  Sin educación

### III Religión:

1.  Católica
2.  Evangélica
3.  Luterana
4.  Otra. ¿Cuál?.....

### IV Ocupación:

1.  Cesante
2.  Jubilado
3.  Trabajador esporádico
4.  Empleado fiscal o particular
5.  Estudiante

### V ¿Sabe si ha consumido drogas?

1.  Sí
2.  No

VI ¿Qué tipo de droga consume?

1.  Marihuana.
2.  Cocaína
3.  Pasta base
4.  Neopren
5.  Otras sustancias. ¿Cuales? -----

VII ¿Con que frecuencia consume drogas?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

VIII ¿El consume alcohol?

1.  Sí
2.  No

IX ¿Con que frecuencia consume alcohol?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

### TERCER ITEM: DATOS DE LA FAMILIA

#### I Ingreso:

1.  Menor a \$25.000
2.  Entre \$ 25.000 y \$ 127.500
3.  Entre \$ 127.500 y \$ 186.150
4.  Mayor \$ 186.150

#### II Nivel socioeconómico:

1.  Bajo el nivel de pobreza
2.  Sobre el nivel de pobreza

#### III Tipo de familia:

1.  Nuclear, monoparental
2.  Nuclear, biparental
3.  Extensa, monoparental
4.  Extensa, biparental

#### IV Etapa del ciclo vital familiar:

1.  Formación de pareja e inicio de la familia
2.  Etapa de crianza inicial de los hijos
3.  Familia con hijos pre-escolares
4.  Familia con hijos escolares
5.  Familia con hijos adolescentes
6.  Período medio y terminal de la familia

#### V ¿Existe presencia de violencia conyugal en su hogar?

1.  Si
2.  No

#### VI ¿De que tipo?

1.  Físico
2.  Psicológico
3.  Ambas

## VII FACES III

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS 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.

### Dimensiones de evaluación de la familia a través de FACES III

Dimensión	Familias	Puntuación
Cohesión	No relacionadas	<input type="checkbox"/> 10 - 34*
	Semirrelacionadas	<input type="checkbox"/> 35 - 40**
	Relacionadas	<input type="checkbox"/> 41 - 45**
	Aglutinadas	<input type="checkbox"/> 46 - 50*
Adaptación	Rígidias	<input type="checkbox"/> 10 - 19*
	Estructuradas	<input type="checkbox"/> 20 - 24**
	Flexibles	<input type="checkbox"/> 25 - 28**
	Caóticas	<input type="checkbox"/> 29 - 50*

\* Familias extremas. \*\* Familias balanceadas (equilibradas).

### VIII Cuestionario Apgar Familiar

Lea el presente cuestionario. Si tiene dudas consulte con confianza. Enseguida conteste sinceramente cada ítem, marcando con un X una sola respuesta en cada frase en el caso de ser autoaplicado. Además, puede aplicarse durante una entrevista.

	Casi siempre	A veces	Casi nunca
1 Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta <u>Comentario:</u>			
2 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo <u>Comentario:</u>			
3 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas <u>Comentario:</u>			
4 Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor <u>Comentario:</u>			
5 Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero <u>Comentario:</u>			

Puntaje:

- Casi siempre : 2 puntos
- A veces : 1 punto
- Casi nunca : 0 punto

- Apgar  8 - 10 puntos : Sugiere muy buena función familiar.  
 4 - 7 puntos : Sugiera una disfuncionalidad.  
 0 - 3 puntos : Sugiere disfuncionalidad severa.

## 9.2 ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “Características de las redes de apoyo social de las madres de niños en control de salud infantil en el Consultorio Externo Valdivia 2006”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesoristas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile con el objetivo de conocer las características de las redes de apoyo social de las madres de niños en control de salud infantil en el Consultorio Externo Valdivia.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo en mi domicilio.

Yo entiendo que esto no implica riesgo para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Su identidad es confidencial y los datos obtenidos pueden ser publicados.

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Persona que aplicó el cuestionario y con quién se conversó el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

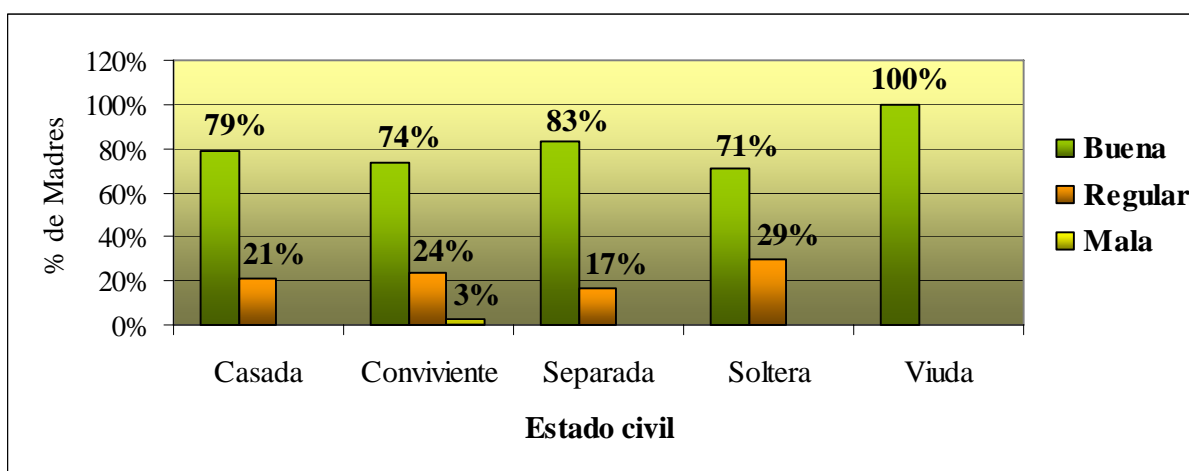
Firma : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_



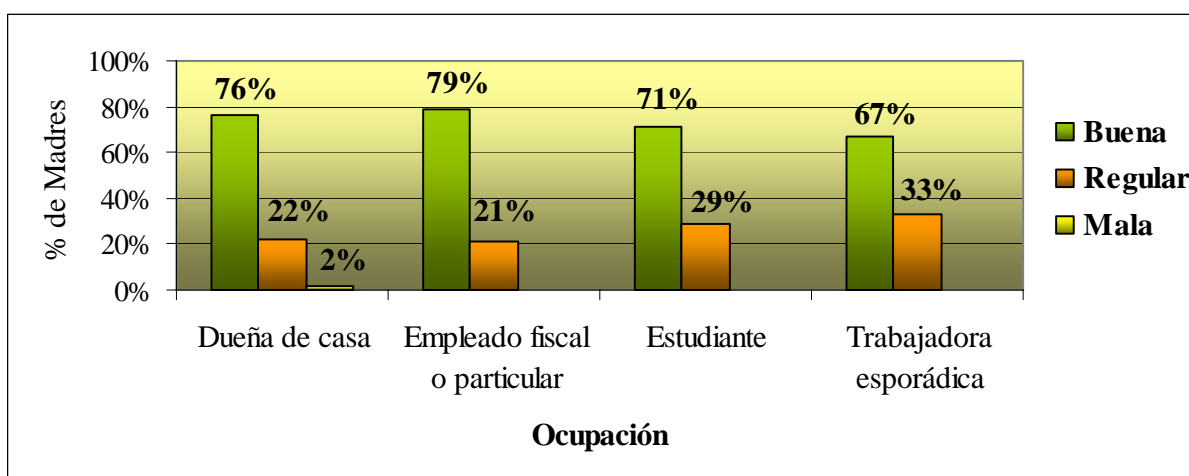
### 9.3 GRAFICOS

**Gráfico N° 1: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y estado civil. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



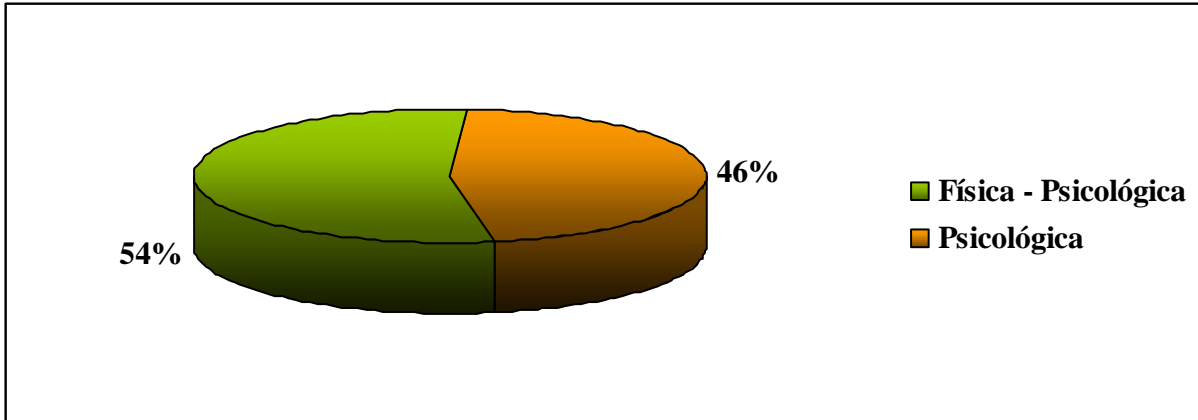
Fuente: Idem

**Gráfico N° 2: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y ocupación. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



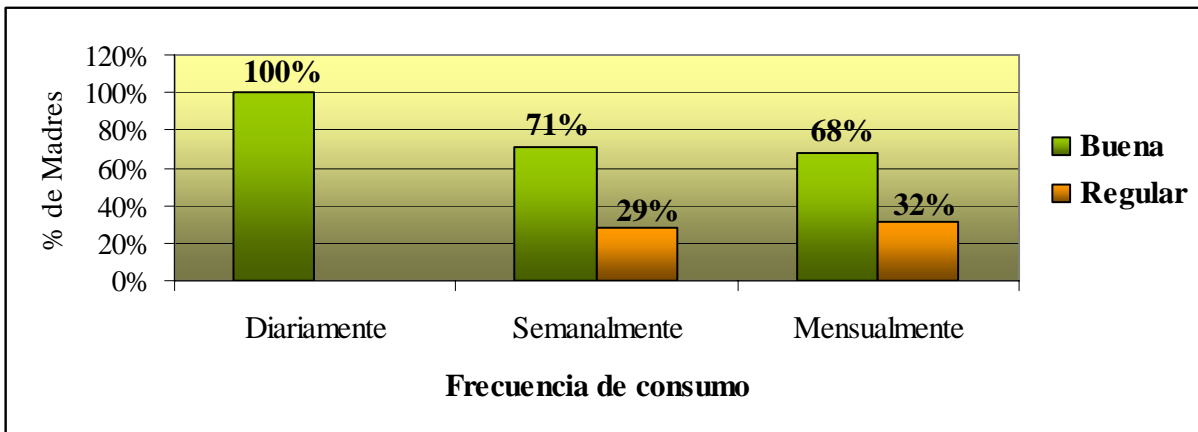
Fuente: Idem

**Gráfico N° 3: Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según tipo de violencia intrafamiliar. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



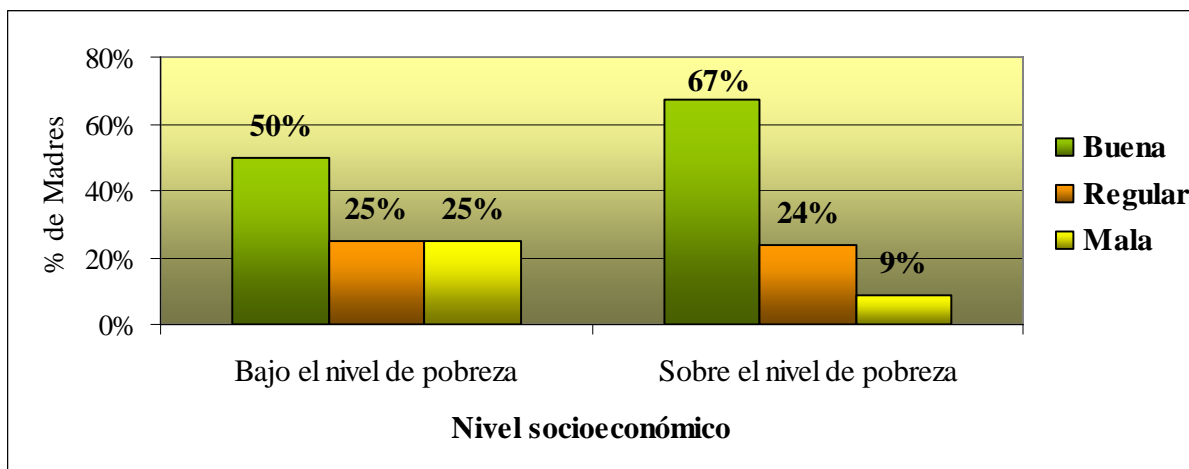
Fuente: Idem

**Gráfico N° 4: Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y frecuencia de consumo de alcohol de la pareja. Valdivia. Junio – julio. 2006**



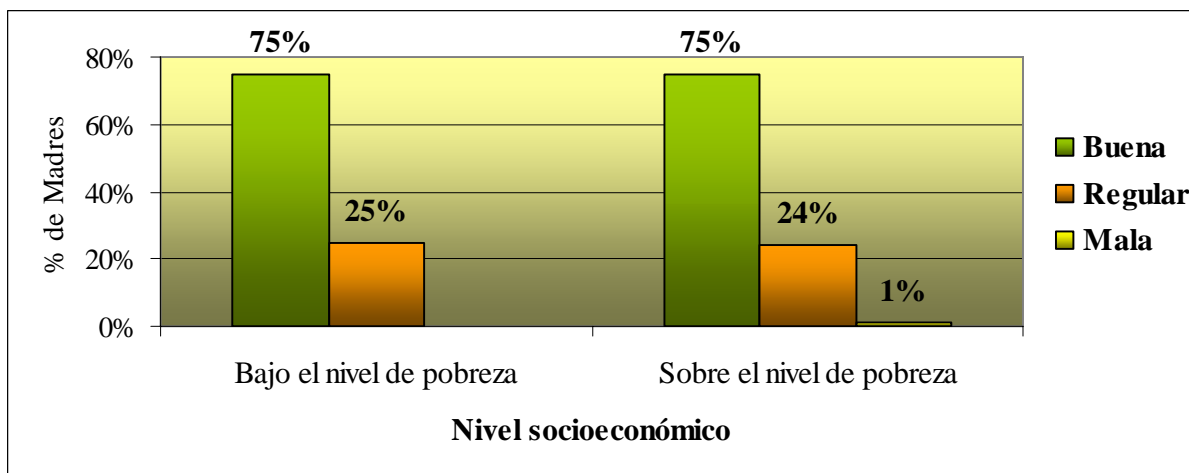
Fuente: Idem

**Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo primaria y nivel socioeconómico. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

**Distribución porcentual de las madres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y nivel socioeconómico. Valdivia. Junio – julio. 2006.**



Fuente: Idem

**Distribución porcentual de los padres de niños en control de salud infantil C.E.V., según calidad de la relación con la red de apoyo secundaria y consumo de alcohol. Valdivia. Junio – julio. 2006**

