



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“FUNCIONALIDAD Y AUTOCUIDADO EN FAMILIAS DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS,
ASISTENTES E INASISTENTES AL CONTROL DE SALUD DEL HOSPITAL DE
PUERTO AISÉN.”**

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

PATRICIA CAROLINA BECERRA PÉREZ
VALDIVIA – CHILE
2007

Profesor Patrocinante:

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

- Firma :

Profesores Informantes

- 1)
 - Nombre : Cecilia Rosas González
 - Profesión : Enfermera
 - Grados : Magíster en Educación.
 - Instituto : Enfermería
 - Facultad : Medicina

 - Firma :

- 2)
 - Nombre : Beate Messing Grube
 - Profesión : Enfermera, Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria
 - Grados : Diplomado Salud Familiar
 - Instituto : Enfermería
 - Facultad : Medicina

 - Firma :

Fecha de examen de grado: 7 de mayo del 2007

II. INDICE

1. Título	01
2. Índice	03
3. Resumen	04
4. Summary	05
5. Introducción	06
6. Marco Teórico	08
7. Objetivos	27
8. Material y Método	28
9. Resultados	33
10. Discusión	46
11. Conclusiones	52
12. Bibliografía	55
13. Anexos	57

III. RESUMEN

Esta investigación utiliza un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, comparativo, que busca caracterizar la funcionalidad familiar, autocuidado, el nivel socioeconómico y demográfico en familias asistentes e inasistentes al control de salud infantil del Hospital de Puerto Aisén.

Los resultados muestran que las familias de los niños adscritos al control de niño sano, presentan diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo a la asistencia. Las familias asistentes poseen mejor capacidad de autocuidado, quedando en evidencia la influencia del control de salud.

Respecto a funcionalidad no existen diferencias estadísticamente significativas. Ambos grupos de familias son funcionales en cohesión y adaptabilidad, pero en las familias asistentes, hay un número considerable que se cataloga como enmarañadas según cohesión, y caóticas, según adaptabilidad. En tanto, entre las familias inasistentes, un importante número, son desligadas según cohesión y caóticas según adaptabilidad. Por tanto existe una tendencia de las familias inasistentes a presentar mayor adaptabilidad que las familias asistentes.

Las características sociodemográficas de estas familias muestra que son de edad adulto joven con un considerable número de familias menores de edad, sus ingresos monetarios son similares, la tendencia es que las familias asistentes tengan un mejor ingreso económico, debido a que hay más mujeres que trabajan fuera del hogar, sin embargo en ambos grupos las mujeres son minoría respecto a trabajo en relación a los hombres; el saneamiento básico es completo en la mayoría de ambos grupos, respecto a previsión, la mayoría es perteneciente a FONASA.

El equipo de salud infantil y en especial las Enfermeras de control de niño sano tienen una importante labor en comprometer a las familias adscritas al control de salud infantil, promoviendo en ellas su autocuidado y funcionalidad. A la vez es importante promover la planificación familiar, previniendo el embarazo adolescente y educando en el embarazo programado en las familias ya constituidas.

Este estudio muestra la importancia de la atención primaria, y lo fundamental del modelo de salud familiar, permite al equipo de salud abordar en forma integral a la familia y trabajar temas como las enfermedades crónicas y hábitos de vida saludable, necesarios para mejorar la calidad de vida familiar. Se hace inminente la necesidad, la importancia y la relevancia de un CESFAM algo que sin duda constituye una herramienta fundamental para lograr metas en salud.

IV. ABSTRACT

For the purpose of this research, a quantitative, descriptive, comparative and cross-sectioned approach is implemented. The research aims to characterize not only family functionality and self care, but also socioeconomic and demographic status of the participating and not participating families in the Child Health Evaluation Program at Puerto Aysen Hospital.

The results show that among the participating families, significant statistical differences can be found. The participating families have a better self care capability, showing the influence of health evaluation.

In terms of functionality, no significant statistical differences exist. Both groups-participating and not participating families- are functional in terms of cohesion and adaptability. Nevertheless, within the assisting families there is a significant number described as enmeshed in cohesion and chaotic in adaptability. Among the not participating families, there is a significant number described as disconnected in cohesion and chaotic in adaptability. Thus, there is a tendency among the not participating families to present more adaptability than the participating families.

The sociodemographic characteristics of these families show that they are in the young adult age with an important number of families aged 20 and less. Their incomes are also similar. The participating families tend to have a higher income due to women working outside their homes; nevertheless, in both groups working women are minority in relation to working men. Basic sanitation is complete in most of both groups. In terms of health insurance, the majority belongs to FONASA.

The child health team and especially the nurses in charge of controlling healthy children have an important work to do, which consists of committing the participating families to Child Health Evaluation and promoting self care and functionality. It is important to promote family planning by preventing teen pregnancy and educating to plan pregnancy in families already formed.

This study shows the importance of both primary care and the family health model. It also allows the health care team to integrally approach families, and work on topics such as chronic diseases and habits for a healthy life. These aspects are important in order to improve the quality of family life. The importance of a Family Health Center is evident since it represents a very useful tool to accomplish health objectives.

V. INTRODUCCION

Mediante este estudio se pretende conocer el grado de funcionalidad a través de la cohesión y adaptabilidad de la familia y el nivel de autocuidado de cada uno de sus integrantes, esto nos permite saber si realmente existe la necesidad de trabajar con las familias de niños inasistentes, o si debemos enfocarnos hacia las familias de los niños asistentes ya que estas pueden requerir una mayor ayuda de acuerdo a su grado de funcionalidad familiar y nivel de autocuidado.

Una forma de abordar estos puntos en la familia es través de una de las más famosas teorías norteamericanas la “Teoría de Autocuidado” de Dorotea Orem, la cual habla de la capacidad individual de ejercer el autocuidado según la agencia de autocuidado, de acuerdo a la capacidad personal de este, será la atención de Enfermería.

En relación al nivel de cohesión y adaptabilidad familiar se medirá a través del instrumento FACES III creado por Olson, el cual evalúa el funcionamiento familiar desde el punto de vista de dos dimensiones, adaptabilidad y cohesión.

Siguiendo la idea del gobierno de prevenir y promocionar la salud, se considera que una de las mejores maneras de abordar este tema es desde la temprana edad, para esto podemos trabajar como equipo de salud y especialmente como enfermeras a través de la salud infantil, lo cual nos brinda una puerta de entrada hacia las familias y la comunidad.

Además para este estudio se trabajara con familias de niños entre los dos y cuatro años, ya que si bien durante toda su infancia experimenta cambios, es en esta etapa donde el niño se vuelve mas inquieto, exploran todo a su alrededor, desean tomar todo con sus manos, su personalidad se vuelve mas dominante y aparecen las rabietas. Hasta este entonces los padres vivían, en su mayoría, una etapa de encantamiento ya que el bebé era ,en cierta manera, manejado por ellos; pero ahora corresponde instaurar reglas que enseñen al niño que no todo puede ser como el quiere, todo esto significa dividir tareas, estar mas atentos, prevenir accidentes, en fin enseñarle el mundo. Esto puede provocar una gran crisis en la familia, sobre todo si hablamos del primer hijo.

Además luego de los dos años de vida disminuye la asistencia a los controles, quizás porque la familia ya no teme tanto de posibles enfermedades, se maneja mejor con el niño, las tareas entre los padres se logran dividir, etc. En fin esas son las razones que se pretenden conocer en este estudio.

Quien mejor que la Enfermera para trabajar en este tema, sobre todo si pensamos que ella es quien desde el primer mes de edad del niño se pone en contacto directo con este y su

familia a través del control de niño sano, por esta razón este estudio se enfoca hacia la importancia de la prevención y promoción a través del autocuidado y funcionalidad familiar.

La población inscrita asistente al control de niño sano permite pesquisar cualquier alteración en el niño y en el adulto crear conciencia de la salud de su hijo, la de él y su familia. Para lograr esto es muy importante tener en claro dos puntos que deben ser considerados en este ámbito, los cuales son: calidad y cantidad, para el primero será responsabilidad de cada profesional mantenerse actualizados en los conocimientos pertinentes. Hoy en día uno de los tantos avances tecnológicos es el Internet, una de las formas mas fáciles de acceder a la información, esta es una gran herramienta que permite conocer lo que esta pasando tanto en nuestro país como en el mundo en materias de salud y también en otros temas.

Esto a la vez nos permite intercambiar y renovar toda la información entregada en la universidad, la que si bien es nuestra gran base teórica, debe ser constantemente actualizada debido a la rápida evolución de la ciencia. Por este motivo como futuros profesionales jóvenes nos debemos en la obligación de actualizar y profundizar nuestros conocimientos al momento de ingresar al campo laboral, con el fin de realizar una buena praxis de la profesión.

Para el segundo punto: la cantidad, es importante conocer el total de la población con la que se trabaja y según estadísticas saber el porcentaje de niños asistentes e inasistentes y conocer cuales son sus características que le dan un enfoque de riesgo el cual los hace prioridad de intervención.

Este estudio se apoya en los estamentos de la reforma de salud que nos dice que debemos cambiar el modelo biomédico a un modelo integral biosicosocial, además de dar prioridad a la promoción y prevención de la salud sin desmerecer por supuesto a la restauración de esta. Esto significa que debemos trabajar fuertemente con la atención primaria, una de las estrategias para trabajar en esta área es el modelo de salud familiar, por esta razón el gobierno viene realizando fuertes cambios en la atención primaria, uno de ellos es la reconversión de hospitales tipo IV en Cesfam y Hospitales comunitarios, cuyo objetivo es disminuir la brecha existente entre la comunidad y la salud.

Finalmente como futura profesional de Enfermería, es importante mencionar que se pretende hacer un aporte a la profesión, forjando el camino hacia una mejor atención y calidad de los cuidados otorgados al usuario, y además dejar una huella empírica para nuestros pares y futuros profesionales.

VI. MARCO TEORICO

6.1 Reforma de Salud

El nuevo modelo de atención en salud tiene como principal componente la promoción de la salud, es decir saber pesquisar y eliminar factores de riesgo de enfermar por diferentes condicionantes tanto ambientales como sociales, para lo cual se requiere modificar conductas que pudiesen agravar la salud; por esto es necesario una atención oportuna y permanente tanto en la promoción de la salud como en la pesquisa oportuna de una enfermedad, para lo cual requiere de una integración en los distintos niveles de complejidad dentro de las redes asistenciales.

6.1.1 Gestión en Redes¹

Para esto es fundamental que la atención primaria sea de carácter resolutive, a través de un equipo de salud familiar y comunitaria sectorizado para una cantidad de familias, es importante contar con el recurso humano y material necesario, para lograr una adecuada coordinación con un nivel de complejidad mayor.

En la actualidad es necesario cambiar el modelo de atención medico con enfoque curativo y hospitalario hacia uno que busque establecer patrones conductuales en el hogar, trabajo y comunidad.

Para lograr la resolutiveidad del nivel primario, los servicios de salud contaran con profesionales que darán cuenta pública de su gestión a toda la red asistencial, con el fin de descentralizar a los servicios de salud, y también para conocer el trabajo de sus autoridades.

“Durante el año 2005 se inicio la implementación de las leyes que dan sustento a la Reforma de Salud, particularmente la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión de la Red Asistencial, por la cual el Director de Servicio de Salud asume como Gestor de Red y la SEREMI como Autoridad Sanitaria Regional. El año 2005 fue creado el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), elaborando en forma participativa Planes Estratégicos con horizonte al año 2010 y organizado la implementación del GES, conformando redes por problema de salud y flujogramas de derivación, identificando brechas de atención y de recursos, y elaborando planes de acción para la reducción de estas”.

¹ Minsal (Chile) “Hacia un nuevo Modelo de gestión en salud” 2002.

El nuevo modelo de atención coloca en el centro las necesidades de la población y busca satisfacerlas a través de sus redes asistenciales, las cuales deben colaborar y complementarse entre si.

El trabajo en red requiere que todos los integrantes del equipo de salud estén al tanto de los objetivos y metas, y roles, es fundamental la comunicación y crear instancias para conversar y lograr acuerdos.

“La Programación en Red es definida como el proceso- liderado por el Gestor de Red en el contexto de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA)- en el cual, todos y cada uno de los actores involucrados, en un marco de interdependencia, ponen en común sus recursos, tareas y aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez del sistema, con la finalidad de asegurar un mejor estado de salud de la población a cargo, en el marco de los recursos que pone a su disposición el Estado.”

“El producto de la Programación en Red será la identificación de brechas para la atención integral de acuerdo a la demanda y la implementación de planes de acción para reducirlas y/o eliminarlas.”

Se entiende por sistema de atención la organización la organización entre los establecimientos de salud, sus diferentes niveles de complejidad y sus carteras de servicios, los cuales operan ordenada y coordinadamente. En la Ley de Autoridad Sanitaria se define este nuevo ordenamiento como:

“Constituyen la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de su territorio, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley N° 2763 de 1979, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población, sin perjuicio de la complementación entre la Red Asistencial de uno y otro Servicios.”

“Es responsabilidad del Director de cada Servicio de Salud velar por la implementación y cumplimiento de los mecanismos de coordinación y complementación asistencial entre los establecimientos de su dependencia, municipales y cuando así lo haya convenido, con instituciones privadas de salud a fin de permitir una fluida y oportuna referencia de los pacientes, lo anterior de acuerdo con las normas que dicte en la materia el Ministerio de Salud y otras normativas de carácter constitucional.”

Respecto a las macro redes son aquellas vinculaciones formales que van mas allá del territorio del servicio de salud o mas allá de una región. El vínculo entre la red y la macro red es de carácter horizontal.

Es posible distinguir la red social, personal, familiar y comunitaria donde existe una relación entre la calidad social y la salud y la familia es un factor protector para la salud; la red institucional que otorgan las prestaciones de salud; y las redes intersectoriales donde la complementariedad y esfuerzo permiten el abordaje integral de factores que impactan a la salud.²

Los establecimientos tienen una programación anual de trabajo, el cual es analizado por el CIRA de cada servicio de salud y ajustar brechas para balancear la oferta y la demanda, entre necesidades y disponibilidades. Es importante que ante este análisis y ajustes se respete las diferencias locales de cada establecimiento, donde se otorgue autonomía y responsabilidad local frente a problemas de salud detectados en los diagnósticos participativos.

6.1.2 Reconversión hospitales tipo IV³

La reforma de salud refuerza la necesidad de transformar los hospitales tipo IV, Consultorios, y centros de salud a Centros de salud familiar (CESFAM) como paso necesario, al poner en los equipos de cabecera la responsabilidad del cuidado continuo de la población.

Cada CESFAM es responsable de su población adscrita, a través de un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar, que además de las prestaciones tradicionales incorpora otras en el ámbito de la familia.

Esta decisión de llevar progresivamente toda la atención primaria hacia centros de salud familiar, implica un compromiso de mejorar la gestión del RRHH y la implementación de mecanismos de evaluación cualitativa y cuantitativa y análisis de resultado e impacto.

La estrategia para llevar desarrollar el CESFAM son:

1.- La incorporación de la familia como unidad de atención es uno de los elementos más relevantes, el cual requiere de sectorización y conformación de un equipo de cabecera.

- Equipo gestor: Cada establecimiento convoca a las personas por motivación o formación, las cuales deben guiar el cambio y acompañar al equipo, resolver dudas, temores y dificultades.

- Sectorización: Es la subdivisión de la población, de acuerdo a criterios geográficos, epidemiológicos, de riesgo o demográficos, para obtener unidades geodemográficas más pequeñas que faciliten la intervención para cada equipo de cabecera.

² Minsal (Chile) “Orientaciones para la programación en red”, Subsecretaría de redes asistenciales

División de gestión de red asistencial, 2006.

³Minsal “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria en Salud”, Departamento de modelo de atención, Unidad de atención primaria, 2006. (Chile)

- Equipos de cabecera: estos serán el conjunto de profesionales y técnicos encargados de la atención directa de una población acotada de familias. Cada CESFAM debe contar con la variedad de profesionales que dé cumplimiento a la cartera de servicio. Cada equipo de cabecera debe contar con su jefe y/o coordinador.
- Equipo transversal: constituido por 2 grupos de tarea, los que apoyan administrativamente todos los procesos del centro y un segundo grupo que realiza actividad asistencial sectorizada. Estos equipos mantienen relación cercana con los equipos de cabecera.
- Registros en salud familiar: ya sea formato papel o electrónico, se debe mantener la información actualizada sobre las familias, de manera de planificar las acciones a seguir según el riesgo.
- Programa de desarrollo del RRHH: es necesario para implementar el nuevo modelo, incrementar el número de funcionarios con las competencias necesarias, para esto se crean programas de formación continuada en ámbitos de la salud familiar.
- Interacción a la comunidad: el CESFAM debe integrarse en forma real con la comunidad, para esto se trabaja con el consejo de desarrollo local, además deberá rendir cuenta pública a la comunidad en forma periódica.

La cartera de servicios que ofrece un CESFAM son: destinadas a la familia, como consejería familiar, visita domiciliaria integral; destinadas a modificar la influencia de las personas sobre el ambiente, como educaciones grupales; destinadas a la pareja, como consejería en salud sexual y reproductiva y control de regulación de fecundidad, control prenatal, control de puerperio, otras consejerías según demanda; destinadas a cada uno de los miembros de la familia, aquí se incluyen control de niño sano, examen de medicina preventiva del adulto, control de salud del adulto mayor, control ginecológico preventivo, control del climaterio, control de salud bucal; y destinadas al seguimiento periódico de aquellos integrantes de la familia que presenten alguna condición de riesgo para la salud, como control de riesgo nutricional, condiciones de riesgo asociadas a la etapa reproductiva, condiciones de riesgo asociadas a trastorno de la salud mental, condiciones riesgo asociadas a problemas sociales o psicosociales, riesgo odontológico, enfermedad aguda, enfermedades crónicas, prevención de enfermedades específicas, actividades de programa nacional de alimentación complementaria.

6.1.3 Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario

Los cambios sociodemográficos y los nuevos estilos de vida, han traído nuevas patologías, las cuales no logran aminorarse con el modelo actual de atención.

Los grandes adelantos tecnológicos aumentan la calidad técnica de las prestaciones, pero no la calidad de la humanización, lo que nos muestra la necesidad de una mirada integradora, orientada a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento de la salud de forma continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Es

en este contexto en donde el modelo de atención de salud con enfoque familiar y comunitario aparece como una de las opciones más pertinentes.⁴

En Chile el modelo de atención es relativamente nuevo, en la década de los ochenta se hace evidente la necesidad de incorporar médicos familiares al nivel primario de atención, esta iniciativa no fue acogida en ese entonces debido al enfoque curativo existente. Luego de instaurados los gobiernos democráticos, se inicia el proceso de Reforma del Modelo de Atención Primaria, planteando nuevas formas de atender y de gestionar, dándose así inicio al proceso de transformación de los consultorios en centros de salud.

En la actualidad el desafío es por tanto implementar un modelo de atención integral, continua y permanente, accesible, resolutive y de calidad, basado en el trabajo de equipo tanto del nivel primario de atención como de los otros componentes de la red.

Los elementos fundamentales de este enfoque son los siguientes⁵:

6.1.3.1 Continuidad de la atención y de los cuidados de salud: En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización), la cual conoce su comunidad en todos sus aspectos, por lo tanto, debe tener las estrategias preventivas y promocionales para esta. Ejemplo de esto: Programa de Mejoramiento: extensiones horarias, línea 800, selector de demanda. SAPU – Urgencia Rural, Sectorización y conformación de Equipos de salud por sector.

6.1.3.2 Prestación de servicios integrados: Se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, informadas respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral. Ejemplo: Plan de promoción de salud comunal, programa de Salud y Pueblos Indígenas

6.1.3.3 Resolutividad: definida como la capacidad del nivel en que se consulte, de dar respuesta a las necesidades de las personas. En el caso de los equipos de salud de atención primaria esta resolutividad se traduce en la capacidad de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Ejemplo: trabajo comunitario, Comuna y escuelas saludables.

⁴ Dr. Regina Barra, 2005 “Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar”, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

⁵ Minsal (Chile) “Orientaciones para la gestión en red” 2006

6.1.3.4 Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes: se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Ejemplo: Evolución de establecimientos a Centros de Salud y de Centros de Salud a Centros de Salud Familiar (CESFAM).

6.1.3.5 Participación social: distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La Participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones. Ejemplo: Diagnóstico de salud participativo, consejo de desarrollo local.

6.1.3.6 Garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera: La gestión de garantías, demanda la información oportuna al usuario sobre sus derechos, mantenimiento de monitoreo y evaluación constantes a través de la red asistencial de estos derechos explícitos en salud. Ejemplo: Enfoque de salud familiar, AUGE.

6.1.3.7 Impacto sanitario: El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista bio-psico-social.

6.2 La Familia

6.2.1 Definición de familia⁶

Según Morandé, (citado por Aylwin y Solar, 2002) la familia combina 3 tipos de relaciones, la filiación, la consanguinidad y la alianza conyugal, según esta autora, la familia es pues básicamente una comunidad de personas que conforma la célula social más pequeña y como tal, y en cuanto tal, es una institución fundamental para la vida de la sociedad.

La Comisión Nacional de la Familia (SERNAM, 1994) considera a la familia como “Un grupo social unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables”. La familia es una alianza sólida entre los géneros, en la cual un hombre y una mujer quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de esa relación.

⁶ Manquilef P., 2004 “ Funcionalidad Familiar en adultos mayores” Tesis magíster en medicina Familiar y comunitaria, Valdivia Universidad Austral de Chile

Para esta investigación se utilizara la segunda definición, ya que finalmente resume que la familia es un núcleo social formado por lazos de amor, cosanguinidad, y filiación que comparten un mismo espacio físico denominado hogar. Cada integrante de esta cumple un rol definido según los patrones culturales.

6.2.2 Epidemiología de la familia⁷

Según los resultados del censo del 2002 la población de Chile es de 15.116.435 habitantes, es decir, casi cinco veces la que tenía el país a comienzos del siglo XX. La distribución por sexo, en la población total muestra que hay un 50,7% de mujeres y un 49,3% de hombres. La pirámide poblacional se ha ido ensanchando hacia arriba siendo un 25,7% de la población menor de 15 años y el 11,4% tiene 60 o más años. Esto se debe principalmente a los cambios demográficos -natalidad, mortalidad y migración-, los que influyen directamente en la estructura de la población por sexo y edades a través del tiempo, cambios que son consecuencia de la incidencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja, de familia y de la sociedad.

En cuanto a ruralidad esta ha ido en constante disminución, siendo el área urbana un 86,6%; en tanto que, en las zonas rurales, vive el 13,4% de la población total, lo que permite ampliar la cobertura en salud.

En cuanto a convivir con la pareja antes de casarse esta aumento en relación al censo 1992 de 5,7 % a un 8,9 % siendo las mujeres conviviente/ pareja mas tempranas que los hombres.

De acuerdo al censo 2002 el promedio de hijos por mujer es 2,3. En los años anteriores a 1960 dicho promedio era de alrededor de cinco, lo que va en relación con la disminución de la tasa de natalidad.

Los antecedentes de 2002, indican que el número medio de hijos entre las mujeres de 15 a 25 años, ha declinado en relación al censo anterior.

En relación a saneamiento básico el último censo muestra un aumento de viviendas que disponen de alumbrado y agua de red pública (incremento de 27,8%, respecto a censo anterior)

A nivel nacional, existe un notorio crecimiento de la jefatura de hogar femenina., predominando el área urbana. En los hogares de hasta 1 persona el 44,8% de los jefes de hogar son mujeres.

La jefatura de hogar masculina es de 68,5% del total de los hogares, predominando en aquellos compuestos por 5 personas (76,5%).

⁷ INE, 2003, "Síntesis de resultados censo 2002" (disponible en www.ine.cl consultado el 27 de agosto 2006)

El hogar nuclear -padre, madre e hijos- sigue siendo predominante (57,0%). Respecto a otros tipos, el censo de 2002 muestra la persistencia de un aumento de los hogares extenso, mientras que se produce un incremento gradual, del hogar unipersonal, de 8,3% en 1992 a 11,6% en 2002.

6.2.3 Tendencias familiares⁸

Hoy en día las familias modernas vienen experimentando fuertes cambios en comparación con años anteriores, las tendencias apuntan hacia un estilo más liberal al momento de formar una familia y criar a los hijos, hay una fuerte influencia de la tecnología, la cual cada vez se presenta más a la mano de todos y nos permite experimentar otros tipos de visiones.

La diversidad de situaciones en relación con el tipo de hogares y familias existentes es una tendencia que se acentúa en la última década. Aunque las familias nucleares continúan siendo las predominantes, estas se han reducido. Esta disminución se explica en parte, por el incremento de los hogares no familiares y en particular los unipersonales.

En el período intercensal 1992-2002, aumentaron las familias monoparentales de un 8.6% a un 9.7%. Existe una tendencia observable en el incremento de familias monoparentales con hijos con jefatura masculina y principalmente con jefatura femenina. La jefatura de hogar femenina ha aumentado la que se produce fundamentalmente en hogares biparentales, en este caso incluyendo nucleares y extensos.

6.2.4 La familia según la teoría general de sistemas⁹

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, será afectada vitalmente por cada unidad del sistema.

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 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.

⁸ Bravo L., 2004 “Tendencias sobre autonomía personal y familiar en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú”

⁹ Molina, C. D., “La teoría general de sistemas como marco para el estudio de la familia” Valdivia, Universidad Austral de Chile.

Una familia debe poder distinguirse ósea tener su identidad propia sino se vera amenazada como sistema.

Sin embargo, el sistema familiar debe ser semipermeable, tener intercambio con su ambiente 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 del sistema familiar, se ha vuelto demasiado aislado del intercambio con su espacio vital, se mueve hacia la desintegración. Al contrario, si el intercambio con su espacio vital es demasiado abierto, su sentido de autoidentidad se ve amenazado y el ambiente puede llegar a destruirlo.

La familia y el suprasistema permanecen en equilibrio ecológico, es decir las funciones de la familia satisfacen las necesidades del sistema familiar y de sus miembros así como las necesidades de la sociedad.

Por ultimo dentro de las funciones familiares existen aquellas que no varían las cuales son las de supervivencia, reproducción e intimidad, y otras son dinámicas y en constante evolución

6.2.5 Los niños entre 2 y 4 años¹⁰

Las destrezas que el niño ha adquirido a los 2 años de edad, le permiten desempeñar un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, busca ser independiente. Después de los 2 años se inicia la etapa preescolar, con el surgimiento de la marcha y el lenguaje. Las principales tareas en esta etapa son el dominio de habilidades neuromusculares, inicio de la socialización, logro de la autonomía temprana, inicio de la tipificación sexual, desarrollo del sentimiento de iniciativa.

Posee conductas propias como caminar, correr, saltar en dos pies, subir y bajar escaleras, abrocha y desabrocha botones, copia figuras geométricas simples. (Desarrollo psicomotor).

En relación al desarrollo cognitivo se observa una creciente facilidad para manejar el lenguaje, comienza a manejar conceptos, sin embargo aun no logra separar lo real de lo irreal, de acuerdo a Piaget esta es la etapa del pensamiento preoperacional, es decir empieza a usar símbolos y su pensamiento es más flexible, su entendimiento se ve limitado por el egocentrismo.

¹⁰ Vergara, M. “Desarrollo psicológico en la edad preescolar” (disponible en www.manualdepediatria.com consultado el 9 de agosto , 2006)

El desarrollo emocional-social se muestra por la consolidación del sentido de autonomía, el lenguaje le permite expresar sus necesidades y pensamientos. Según Ericsson el conflicto a esta edad es el de la iniciativa, que les permite emprender, planear y el ejecutar sus actividades, versus la culpa por las cosas que quieren hacer, esta culpa se debe a la rigidez del súper yo.

A esta edad comienzan a jugar con pares, pero son juegos junto a otros, no con otros, debido a su pensamiento egocéntrico, las relaciones fundamentales son con sus padres. Absorben todo tipo de valores y actitudes de la cultura que los educa, se produce un proceso de tipificación sexual en el cual van captando mensajes de la sociedad sobre como diferenciar a los niños y niñas. Aprende a través de la obediencia y el castigo, de acuerdo a las consecuencias de su propio actuar forma sus primeros criterios morales.

6.2.6 El ciclo vital familiar¹¹

El funcionamiento de una familia sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad, de la cual surgen los diferentes subsistemas. Los roles, subsistemas y funciones varían a lo largo del ciclo vital.

El conocimiento de la secuencia normal de las etapas de desarrollo que conforman el ciclo vital familiar como son la formación, la expansión, la consolidación-mantención y disolución, nos permite colocar en su contexto evolutivo a las familias o integrantes de ella, que consultan. Esto facilita el diagnóstico correcto, la aplicación de modelos educativos-preventivos, así como las intervenciones técnicamente adecuadas en situaciones de crisis familiar.

Las crisis son desencadenadas por eventos externos o internos y son uno de los elementos más concretos para medir el stress familiar. Hay eventos “normativos” y eventos “no normativos”. El normativo debería producir menor impacto por ser esperado. Los eventos normativos y los no normativos originan crisis normativas y no normativas respectivamente.

Duvall describe el ciclo vital familiar en 8 etapas, las cuales han sido modificadas o refundidas por algunos autores, estas etapas se describen a continuación:

6.2.6.1. Formación de pareja y crecimiento de la familia:

Formalmente la familia se constituye con el matrimonio. En este periodo sin hijos la pareja se afianza, adquiere autonomía, compromiso y planifica su futuro. Según Rapport existe en esta etapa tareas intrapersonales como asumir el rol de marido o mujer, adaptarse a la vida en

¹¹Messing, B., 2003, “El ciclo vital familiar” Valdivia, Universidad Austral de Chile

común; e interpersonales como la formación de una identidad de pareja, la cual requiere de negociaciones definiendo sus relaciones sociales, familiares, en el trabajo, etc.

6.2.6.2. Etapa de crianza inicial de los hijos:

El nacimiento del primer hijo produce un cambio estructural de la familia, desde una relación diádica a una triádica. Este paso implica tareas nuevas para la pareja, renegociando espacios de tiempo y de roles. La dedicación excesiva de la madre al hijo crea a veces sentimientos de celos en el padre. Muchas veces hay un impacto negativo en la vida sexual debido al cambio físico en la mujer, junto al cansancio y stress natural, hace cambiar a veces el perfil de la libido.

6.2.6.3. Familia con hijos pre-escolares:

El niño adquiere mayor iniciativa e independencia, los padres deben aprender a tolerarla y fomentarla, pero al mismo tiempo protegerlo de los peligros que ésta puede generar. Se establecen mecanismos de control, recompensa y castigo, así como normas.

Comienza la relación con la escuela y se negocia el número de hijos. Además, adquiere mayor relevancia la preocupación económica. El padre está en una de las etapas laborales más productivas y tiende a descuidar otros aspectos familiares y su desarrollo personal. La mujer tiende a proteger sus expectativas de autorrealización.

6.2.6.4. Familia con hijos escolares:

En este punto se quiebra con frecuencia el matrimonio al colocarse en la balanza aspectos positivos y negativos.

En esta etapa casi todo va entorno a negociación externa porque los aspectos internos están más balanceados. La relación con la escuela pone a prueba los procesos de crianza y socialización logrados. El hijo se relaciona más con sus pares y otras familias, y los padres comienzan a disponer de más tiempo para desarrollar otros intereses.

La relación de pareja se reafirma gradualmente si existe comunidad de intereses fuera de los hijos.

6.2.6.5. Familia con hijos adolescentes:

En esta etapa se produce una mayor apertura de la familia, se vuelve permeable, ya que los hijos traen amigos, pololos, etc. Los sistemas valóricos y estilos de vida se ven a menudo cuestionados por los hijos que buscan su propia identidad. Se produce el “choque

generacional”. Debe renegociarse las reglas y el manejo de la autoridad y aceptar el derecho de los hijos a decidir muchas cosas por sí mismos.

Por su parte la pareja revisa en esta etapa sus objetivos y logros en todas las esferas y percibe con frecuencia aquello que no logró.

6.2.6.6. Familia en plataforma de lanzamiento:

Etapa prolongada hoy en día, se concreta en ella la separación de los hijos al elegir un trabajo que los aleja geográficamente o al casarse y formar una familia propia.

Esta etapa se asocia a crisis en aquellas familias que toleran mal el alejamiento de los hijos y que pueden recurrir a presiones abiertas o sutiles para impedir la separación.

6.2.6.7. Familia en edad media:

Desde que el último hijo abandona el hogar la pareja permanece sola, iniciando la segunda mitad de su vida en pareja. Aparece con frecuencia el “síndrome del nido vacío” que corresponde a síntomas depresivos sobre todo en mujeres que por cumplir un rol esencialmente de madres en las etapas previas, no perciben ahora un sentido claro para su existencia.

La pareja nuevamente sola debe encontrarse nuevamente y buscar actividades e intereses comunes, período de tranquilidad para darse gustos personales y lograr satisfacciones postergadas. Aparece la enfermedad crónica y debe aceptar la involución física así como la proximidad de la jubilación.

6.2.6.8. Familia anciana:

Comenzando con la jubilación, la familia debe enfrentar el vacío que se presenta especialmente en el hombre (semejante a aquel del “nido vacío” en la mujer) cuando deja de trabajar. El deterioro psicológico tiende a ser sobredimensionado. La gran mayoría de los adultos mayores permanecen autovalentes por tiempos prolongados, a medida que ha aumentado la expectativa de vida. El ser abuelos es una actividad útil y gratificante para muchos.

6.3 Gestión del Cuidado en Salud Infantil

6.3.1. Abordaje salud infantil

El programa Infantil está orientado a actividades de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del daño; que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

Sus objetivos generales se enfocan a la cobertura de las actividades del programa, con énfasis en el fomento y la prevención de la salud del niño, disminuir la incidencia y/o prevalencia de las enfermedades más frecuentes y de los factores de riesgo que la determinan, y disminuir la mortalidad infantil.¹²

El programa de salud del niño esta compuesto por distintos programas destinados a cumplir los objetivos, estos son control de salud del niño sano, evaluación del desarrollo psicomotor, control de malnutrición, control de lactancia materna, educación a grupos de riesgo, consulta nutricional, consulta por morbilidad, control de enfermedades crónicas, consulta por déficit del desarrollo, consulta kinesica, consulta de salud mental, vacunación, programa de alimentación complementaria y atención a domicilio.¹³

De estos debemos destacar el programa de control de niño sano (CNS), el cual atiende a niños de 0 a 6 años de edad, la atención es otorgada en su gran mayoría por enfermería, además del resto del equipo, el cual tiene una gran responsabilidad en la salud infantil.

La atención en el control de niño sano esta enfocada a promover la salud del niño, educar a los padres entregándoles las herramientas necesarias para cuidar a sus hijos y promover estilos de vida saludable en ellos. Además debemos pesquisar diversos problemas en la salud de los niños que a futuro pudiesen traerles consecuencias que no le permitan un buen desarrollo.

El programa de CNS, se relaciona directamente con los programas PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), el cual debe cubrir las necesidades de inmunización de toda la población infantil, especialmente los menores de 1 año. También el CNS incluye la evaluación del desarrollo psicomotor, el control de la malnutrición y la entrega de la alimentación complementaria de acuerdo a la edad del niño.

Todos estas medidas constituyen el abordaje infantil en el cual enfermería tiene una gran participación, la cual debe ser oportuna, eficaz y por supuesto de calidad, además no se debe olvidar la importancia del trabajo en equipo ya que este ámbito requiere de un equipo cohesionado para poder lograr los objetivos propuestos

¹²Minsal “Salud del Niño” 2002 (Chile)

¹³ JIMENEZ DE LA J, Jorge. Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. *Rev. chilena. pediatría.*, set. 2000, vol.71, no.5, p.377-379. ISSN 0370-4106.

6.3.2 Teoría del déficit de autocuidado

El Autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

La Teoría de Orem está compuesta por otras 3 teorías relacionadas:

- Teoría del Autocuidado, describe y explica el autocuidado.
- Teoría del Déficit de Autocuidado, describe y explica dicho déficit y las razones por las que la Enfermería puede ayudar a las personas.
- Teoría de los Sistemas de Enfermería

Orem categoriza el autocuidado según 3 tipos de requisitos:

Requisitos Universales de Autocuidado.

Son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, el agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción del desarrollo de las actividades humanas.

Requisitos de Autocuidado relativos al desarrollo.

Se relacionan con circunstancias relativas al proceso de maduración de la persona en sus distintas etapas (del nacimiento a la muerte) y los elementos que la perjudican o mitigan sus efectos.

Requisitos de Autocuidado relacionados con desviaciones de la Salud. Se refiere a la capacidad de las personas con alteraciones de la Salud para aplicar los conocimientos necesarios y oportunos para lograr su propio cuidado o Autocuidado.¹⁴

6.3.2.1 Agencia de autocuidado¹⁵

Definida por Orem como la "compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo."

¹⁴ Marriner, T., A., 1999 "Modelos y teorías en enfermería", teoría del autocuidado, 4º edición, Ed. Mosby, cap. 14.

¹⁵ Guirao-Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21 2003; 2.

Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm> consultado el 15 de octubre 2006)

La agencia de autocuidado se conceptualiza como la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer; y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

La agencia de autocuidado puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tienen y usan para ocuparse de una gama de conductas específicas.

De acuerdo a esto el sistema de agencia de Enfermería se compondrá por¹⁶:

- Acción de Enfermería sistema totalmente compensador acción del paciente; Realiza el cuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado. Apoya y protege al paciente.
- Sistema parcialmente compensador: Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente, compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado, ayuda al paciente en lo que necesite. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado. Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.
- Sistema de apoyo – educativo: Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de Autocuidado. La persona realiza el Autocuidado.

Esta investigación pretende conocer el autocuidado dentro de la familia, para esto se utilizara un instrumento de confección propia, el cual aborda los tres tipos de requisitos según Orem mencionados anteriormente.

6.3.3. Funcionamiento familiar

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad.

FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) es un instrumento creado por Olson y cols, que fue creado en el año 1985, el que ha sido validado en numerosos estudios, este instrumento no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y

¹⁶Foros de discusión, 2005 “ ciencia y filosofía de la Enfermería” (disponible en www.portalnursite consultado el 16 de agosto 2006)

adaptabilidad), según el puntaje las familias son consideradas como balanceadas, en rango medio, y extremas.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo.

La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia.¹⁷

El Modelo Circunflejo, se basa en dos dimensiones centrales de la vida familiar: Cohesión y Adaptabilidad. El primero es el lazo emocional que tiene cada miembro respecto del otro, ubicándose en un extremo de la escala la alta cohesión con sobreidentificación y autonomía limitada individual, y el otro extremo límites abiertos, rígidos con falta de comunicación familiar. En cuanto a la adaptabilidad se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y sus reglas de relaciones en respuesta a stress situacional.

La adaptabilidad muy baja indica poca capacidad de adaptarse a requerimientos externos o internos dando origen a familias rígidas, en que no se mueve una norma o acuerdo y no hay espacios de disensión ni cambio de roles.¹⁸

La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo del equipo de salud más integral de los daños a la salud.

6.4 Puerto Aisén

6.4.1 Geografía

La parte norte de la Patagonia Chilena, corresponde a la enorme Región de Aisén, la tercera región en superficie del país y la menos poblada, con una densidad de 0,8 habitantes por metro cuadrado.

¹⁷ Gomez – Clavelina , FJ., 2003, “Fases III: Alcances y limitaciones” , departamento medicina familiar, UNAM.(disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html consultado el 8 de agosto 2006)

¹⁸ Messing, B., 2003, “Funcionamiento Familiar”, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

En el sector oriental de esta región se ubica la singular comuna de Aisén, con aproximadamente 20.000 habitantes. Puerto Aisén se ubica a 65 kilómetros de la Capital Regional, Coyhaique, y a solo 15 kilómetros de Puerto Chacabuco, principal puerto y punto de entrada a la Región de Aisén por vía marítima. De acuerdo al último censo, Puerto Aisén tiene 17.391 habitantes y Puerto Chacabuco 1.442.

Los climas de Puerto Aisén y de Puerto Chacabuco son del tipo templado lluvioso con promedios anuales alrededor de 3.000 milímetros y una temperatura media anual de 8 grados Celsius, con una mínima de -6 grados Celsius en invierno y una máxima de 25 grados Celsius en verano.

La economía de Puerto Aisén y de Puerto Chacabuco se desarrolla básicamente en torno a la pesca, al cultivo marino y algo de turismo, particularmente al ecoturismo y pesca deportiva.¹⁹

6.4.2. Demografía²⁰

Las familias de Aisén, respecto a funcionalidad interna poseen como características que cada vez el inicio de ingesta alcohólica es a edades más tempranas, en los últimos 5 años se ha visto un franco aumento de embarazo adolescente y también se ha registrado un aumento en violencia intrafamiliar, habiendo un 27% de familias que declara que los conflictos con los hijos los resuelven a golpes, un 47% reconoce que resuelve los conflictos con los hijos a gritos.

Un dato importante es que el 11,6% de las mujeres, son jefas de hogar solas con bajo nivel de ingresos.

¹⁹ Municipalidad de Puerto Aisén (disponible en www.aysencomuna.cl consultado el 30 de agosto 2006)

²⁰Servicio Salud Aisén, 2005 “¿Cómo es la población que compone la familia de Aisén?”.

6.4.2.1. Algunos Indicadores básicos de Salud de la Región de Aisén ²¹

Indicadores socioeconómicos	Población total 99.312	hombres 52.329	mujeres 46.983
	Población rural 17,4	Esperanza de vida (2000-2005) 77,1	
	Taza global de fecundidad (quinquenios) 2,3	Taza de desocupación (agosto 2005) 5,6	
Indicadores de riesgo de salud	Nacidos vivos con bajo peso al nacer (%) 4,5	Embarazadas < de 20 años en control (%) 25,1	
	Nutrición en embarazadas (déficit) 7,7	Nutrición en embarazadas (exceso) 62,3	
	Nutrición < de 6 años (déficit) 3,4	Nutrición < de 6 años (exceso) 32,6	
Distribución según sistema previsional de salud (%)	Sistema publico 68,6	Isapre 13,4	Particular y otros 18,0

6.4.3. Red Aisén

La red Asistencial cubre toda la región de Aisén y está compuesta por un Hospital Regional tipo II en Coyhaique, un Hospital tipo IV en Puerto Aisén, un Hospital tipo IV en Puerto Cisnes, un Hospital tipo IV en Chile Chico, un Hospital tipo IV en Cochrane, dos Consultorios Generales Urbanos en Coyhaique; Alejandro Gutiérrez, Víctor Domingo Silva y 30 Postas de Salud Rural emplazadas a lo largo de la Región.²²

Actualmente el Hospital de Puerto Aisén se encuentra en una etapa transición, debido a los cambios impuestos por la reforma, se exige que los hospitales tipo IV, con el fin de dar mayor acercamiento a la comunidad, se transformen en Cesfam, y/o hospitales comunitarios. Hasta este momento se ha constituido el equipo gestor y se esta trabajando para sectorizar a la población a atender, además se esta implementando el recurso humano y a la ves capacitándolo.²³

Hasta ahora el Hospital de Puerto Aisén ofrece prestaciones a la comunidad, como: Servicio de Hospitalizados, Servicio de Pediatría, Servicio de Urgencia y pabellón, además del policlínico (adulto y adulto mayor, materno infantil), cabe destacar que para cada una de estas

²¹ DEIS, Gobierno de Chile, indicadores básicos de salud, 2005.

²² Gobierno de Chile, servicio de salud Aisén (disponible en www.ssaysen.cl consultado el 30 agosto 2006)

²³ Entrevista Dra. Luisa Ojeda, directora Hospital de Puerto Aisén, Agosto 2006.

prestaciones cuenta con gran variedad de profesionales pero en poca cantidad, siendo el área de Enfermería la mas falente.²⁴

²⁴ Datos aportados por Cristina Chaura (2006), Enfermera Jefe Hospital de Puerto Aisén

VII. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL:

7.1.1 Determinar el grado de funcionalidad y autocuidado en familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano en el hospital de Puerto Aisén.

b. OBJETIVO ESPECIFICO:

- i. Caracterizar el perfil socioeconómico de las familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano del hospital de Puerto Aisén.
- ii. Identificar el perfil demográfico las familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano del hospital de Puerto Aisén.
- iii. Comparar el nivel de adaptabilidad entre las familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano del hospital de Puerto Aisén.
- iv. Comparar el nivel de cohesión entre las familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano del hospital de Puerto Aisén.
- v. Determinar la capacidad de autocuidado en relación a los requisitos universales de autocuidado, requisitos de desarrollo y de desviación de la salud, en familias de niños de 2 y 4 años asistentes e inasistentes a su control de niño sano del hospital de Puerto Aisén.

VIII. MATERIAL Y METODO

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo, de corte transversal, realizado a las familias de niños entre los 2 y 4 años asistentes e inasistentes al Control de Niño Sano del Hospital de Puerto Aisén, registrados en la base de datos de dicho centro asistencial.

8.2 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

Se utilizó el universo de niños adscritos al Hospital de Puerto Aisén, de los cuales se extrajo una muestra de los niños entre 2 y 4 años asistentes e inasistentes al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisen (XI, Chile), cada niño representó a una familia la que se deseaba caracterizar según las variables a estudiar. Esto se llevó a cabo durante el Primer semestre del 2006.

Dichas familias tuvieron como criterio de exclusión de ser estudiadas, que fuesen familias monoparentales, con el fin de estandarizar a las familias en este aspecto y de facilitar la aplicación del instrumento; que fuesen de sectores rurales, por la dificultad del acceso; y que sean familias con hijos con alguna enfermedad catastrófica ya que esto provoca cambios fuertes en una familia. Como criterio de inclusión, los inasistentes debían tener más de 1 año de inasistencia.

8.3 PLAN DE MUESTREO.

La metodología para obtener la muestra fue la siguiente:

Se extrajo la población infantil entre los 2 y 4 años adscrita al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén, por medio del programa computacional “maestro paciente”, el cual es usado en todos los Hospitales de la región, a través de este programa se obtuvo una población de 1032 niño.

Este universo de 1032 niños se trabajó en el programa computacional “Visual Basic”, del cual se extrajo una muestra aleatoria correspondiente al 10 % del universo de niños, luego a través de las cartolas con la información familiar que posee cada niño inscrito en el control de niño sano y que separa a los niños asistentes de los inasistentes al control; se vieron las características familiares que poseía cada niño, con el fin de sacar a los que poseían algunos de los criterios de exclusión. Debido a que algunos no cumplían con los criterios del estudio se debió obtener otra muestra aleatoria en Visual Basic para finalmente completar el

numero de familias a encuestar que represento al 10% del universo es decir 51 familias asistentes y 51 familias inasistentes. Además se dejaron 10 familias más para cada grupo en caso de que la familia no quisiese participar del estudio o no se encontrase en la dirección.

8.4 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Después de tener las muestras a estudiar se realizó una visita domiciliaria donde se les aplicaron los instrumentos FACES III (Anexo 1) para medir funcionalidad y el de capacidad de autocuidado. (Anexo 2) en presencia de ambos padres idealmente, y también se completaron las características socioeconómicas que faltaban. Los cuestionarios fueron llenados por el encuestador, idealmente en presencia de ambos padres.

Las características socioeconómicas fueron observadas por el investigador, y también por datos aportados por la familia.

8.5. TABLA DE VARIABLES.

Independientes

Generales	Variable Independiente	Definición operacional	Definición nominal	Verificación
<u>Características de la familia</u>	Saneamiento básico	-completo -incompleto -no posee	Hogar que cuenta con luz, agua, y alcantarillado.	Visita domiciliaria
	Edad	Grupo etáreo descrito en decenios - menor de 20 años - 21 a 30 años - 31 a 40 años - 40 o mas	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del Instrumento y clasificada según grupo etáreo preestablecido.	Tarjetero infantil, Visita domiciliaria
	Estado civil	-casados -convivientes	Pareja que contrajo o no el vínculo del matrimonio por medio del registro civil y/o iglesia.	Tarjetero infantil, Visita domiciliaria

Nivel Socioeconomico	-Tramo A: Indigente -Tramo B: hasta - \$115.648 -Tramo C: desde \$115.649 a \$168.847 -Tramo D: desde \$168.848 y más.	Se consideró para esta variable, los tramos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) según nivel de ingreso.	Tarjetero infantil, Visita domiciliaria
Previsión	FONASA A -FONASA B -FONASA C - FONASA D - OTROS	Dicese de la cobertura en salud con que cuenta la persona para satisfacer sus requerimientos.	Tarjetero infantil, Visita domiciliaria
Cohesión	- Desligada - separadas - Conectadas - aglutinadas	Se define como la unión emocional de los distintos miembros de una familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta dentro de su grupo familiar.	Análisis de instrumento aplicado
Adaptabilidad	-caóticas -flexibles -estructuradas -rígidas	Se refiere a la habilidad del sistema familiar para posibilitar cambios en su estructuras de poder, cambios de liderazgo y roles, normalización de relación entre sus miembros en respuesta a situaciones de stress y desarrollo	Análisis de instrumento aplicado

	Autocuidado	IX. buena capacidad de autocuidado: Puede cuidarse a sí misma. y a su entorno. -regular: tiene déficit para cuidar de si y/o de su entorno. -Mala: No es capaz de cuidar de si mismo ni de su entorno.	Actividad del individuo que realiza y dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.	Análisis de instrumento aplicado
--	-------------	---	---	----------------------------------

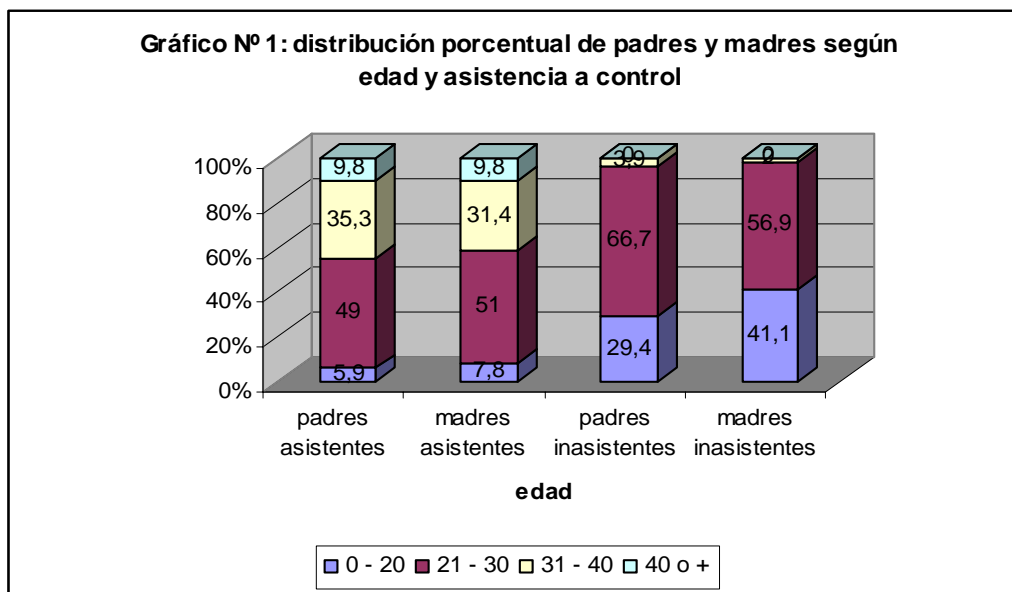
Dependiente

- Asistencia a control de niño sano: se considera asistente a su control de salud, aquel niño que lleva al día su esquema de controles de salud infantil. Se considera inasistente aquel niño que no se ha presentado a sus controles de salud infantil en donde esta inscrito, esto es según la edad del niño, en el caso de los preescolares estos llevan más de un año inasistentes a su control.

IX. PROYECCIONES DE ENFERMERIA

- 9.1 Visualizar con mayor claridad el rol de la Enfermera en centros de atención primaria, y en especial Control de Niño Sano, quién posee para aportar, en conjunto con otros profesionales, conocimientos, destrezas y habilidades, en lo que se refiere al abordaje salud infantil.
- 9.2 Destacar la importancia de abordar en profundidad estos contenidos en los estudios profesionales como es, la funcionalidad familiar y autocuidado, para ser un real aporte al modelo de salud familiar y Atención Primaria.
- 9.3 Visualizar con mayor claridad como se comportan las familias ante los sucesos de un hijo en una etapa importante como lo es entre los 2 y 4 años, y como es su nivel de autocuidado, con la finalidad que los profesionales de Enfermería logren identificar las causas de las inasistencias a los Controles de Niño Sano y conocer hacia donde enfocar y priorizar la atención.
- 9.4 Estimular a que los profesionales de la Enfermería moderna dediquen sus esfuerzos en promover conductas saludables y un buen nivel de autocuidado en los niños y sus familias, congruentemente con las características de cada familia fomentando así una buena calidad de vida y previniendo futuras enfermedades.

X. RESULTADOS



n: 102

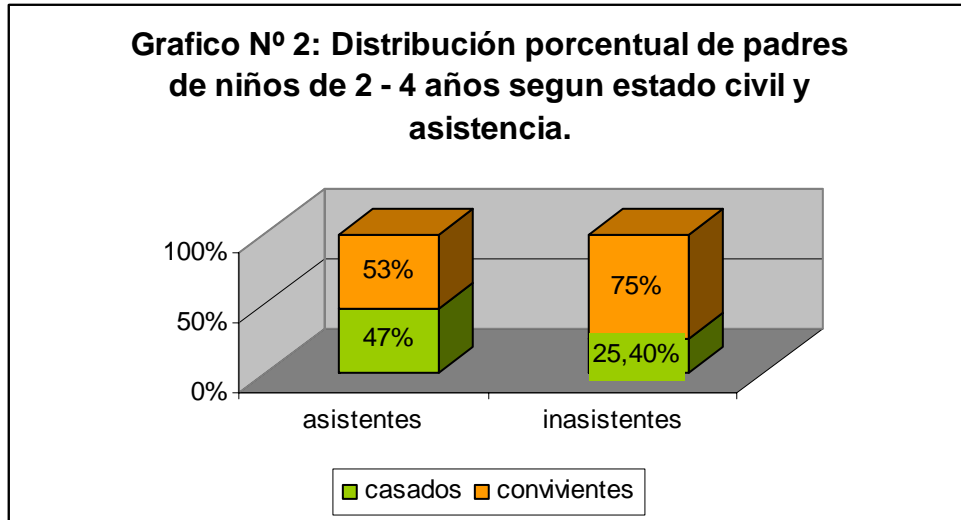
Fuente de datos: Tarjetero Infantil H.P.A, Visita domiciliaria

Las edades de los padres de niños inasistentes y asistentes son adultos jóvenes. Se observa que tanto en el grupo de padres inasistentes como de madres inasistentes existe una proporción mucho mayor de menores de 20 años que en los grupos de padres y madres asistentes, de hecho, la proporción en el grupo de inasistentes se quintuplica en ambos sexos.

La inexperiencia de estos padres puede redundar en el déficit de autocuidado y/o en la funcionalidad familiar (tema que será visto mas adelante en este estudio), y por lo tanto en inasistencia a control, ya que estos padres tampoco viven con sus respectivas familias de origen.

Por lo anterior podemos inferir que hay una clara relación entre la edad de los padres y la asistencia a los controles de sus hijos. Pueden existir factores que influyan en esto como por ejemplo el asumir una paternidad responsable, lo cual es algo difícil de lograr en menores de edad, o quizás el abordaje del equipo de salud no ha sido el más adecuado ya que no se logra atraer y comprometer a familias jóvenes en su salud.

Grafico Nº 2: Distribución porcentual de padres de niños de 2 - 4 años segun estado civil y asistencia.

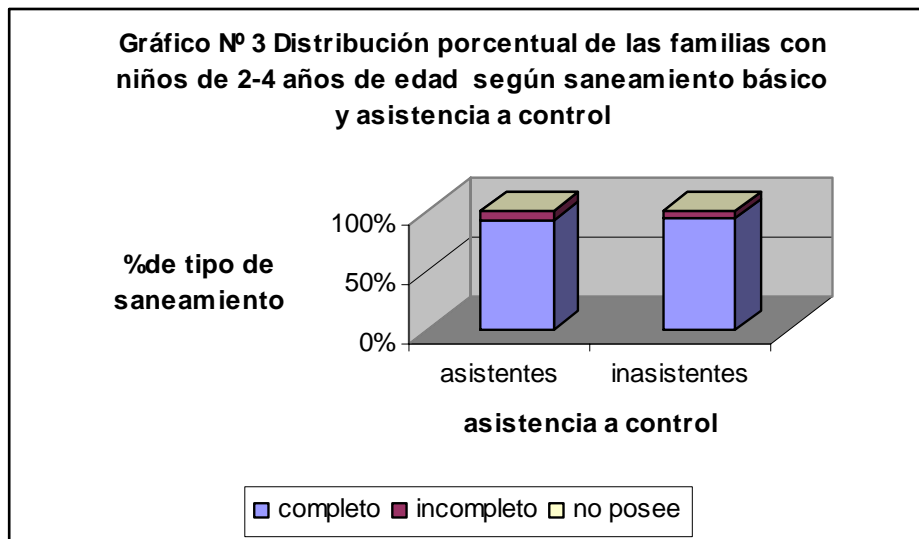


n: 102

Fuente de datos: Tarjetero Infantil, Visita domiciliaria

Tanto las familias asistentes como inasistentes son la mayoría convivientes, esto es más predominante en el grupo de inasistentes, los cuales tienen mayor número de familias menores de edad, es decir existe una tendencia a juntarse precozmente con la pareja y formar una familia sin tener la experiencia necesaria. El estado civil no es un factor que incida en la asistencia a los controles de salud infantil.

Gráfico Nº 3 Distribución porcentual de las familias con niños de 2-4 años de edad según saneamiento básico y asistencia a control

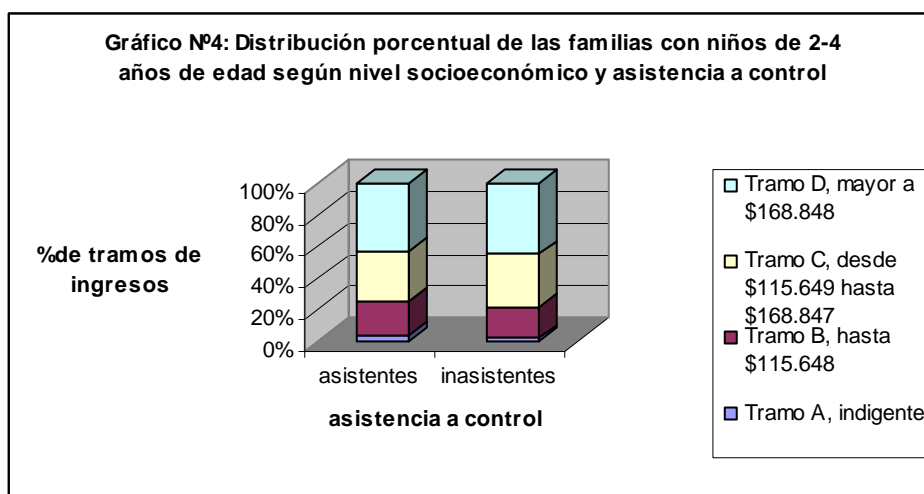


n: 102

Fuente de datos: Tarjetero Infantil H.P.A., Visita domiciliaria

La gran mayoría de las familias adscritas al control de niño sano, tanto asistentes como inasistentes, poseen saneamiento básico completo, es decir cuentan con luz, agua y alcantarillado. Es importante decir que el desarrollo de esta ciudad ha ido en ascenso, ya que no hay familias que no cuenten con ningún servicio básico y si los hay en la ciudad son los mínimos.

El saneamiento básico es igual en ambos grupos por lo cual no constituye un factor influyente en la capacidad de autocuidado y funcionalidad familiar ya que en su mayoría poseen este servicio.



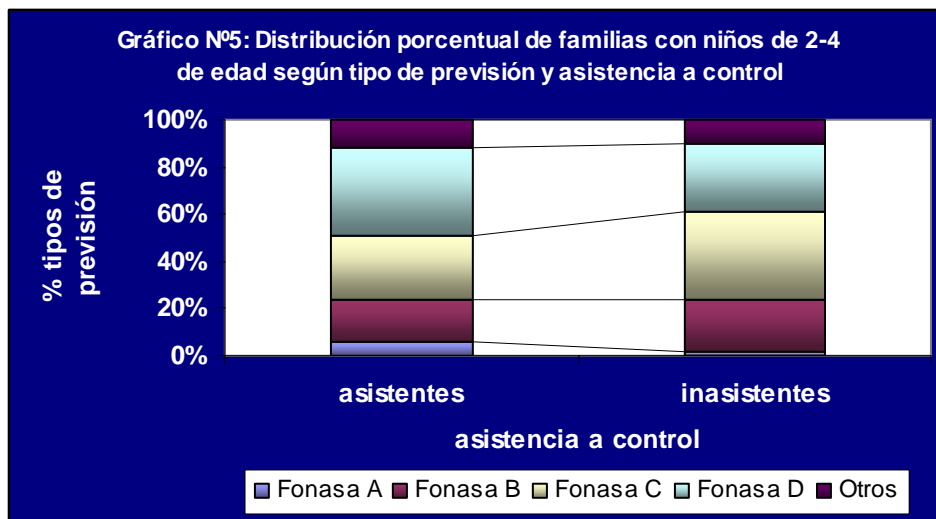
n: 102

Fuente de datos: Tarjetero Infantil H.P.A., Visita domiciliaria.

Tanto las familias asistentes como las inasistentes al control de niño sano de sus hijos tienen un nivel socioeconómico similar, por lo tanto esto no incide en la asistencia a los controles de salud.

Ambos grupos se consideran en su mayoría en el tramo D, es decir un ingreso superior a \$ 168.848, lo cual es un buen aporte para vivir en la región de Aisén, ya que esta por ser una región aislada y por su geografía y clima propio, tiene un mayor costo de vida, se gasta mas en calefacción, la comida es mas cara, ropa, etc. por lo que una familia difícilmente podría vivir con un sueldo mínimo.

Las familias indigentes en ambos grupos de estudio son muy pocas, el porcentaje de cesantía en la región es bajo según la población de ésta, las mayores ofertas de trabajo están en las pesqueras, por lo cual la falta de ingresos en estas familias puede estar asociado a otras razones.



n: 102

Fuente de datos: Tarjetero Infantil H.P.A.

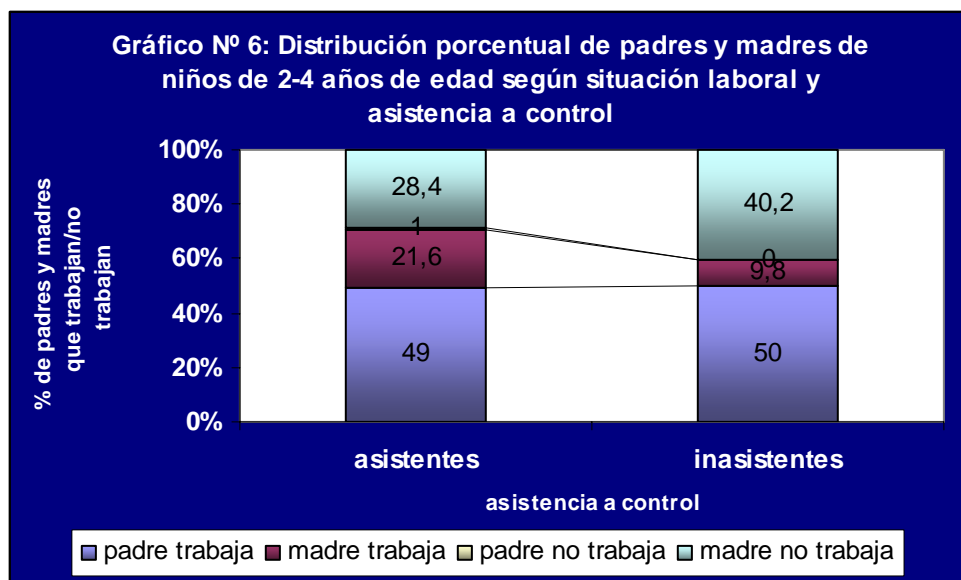
Tanto las familias asistentes como inasistentes en su mayoría se atienden en el sistema público y por lo tanto están afiliadas al fondo nacional de salud (FONASA).

Las familias asistentes se concentran mayormente en el grupo fonasa D, es decir tienen mejores ingresos y por las atenciones tienen un menor descuento del arancel mensual que recibe la familia.

En tanto las familias inasistentes se concentran la mayoría en el tramo C, es decir como tienen un menor ingreso se les hace un mayor descuento en las atenciones de salud.

Si consideramos el gráfico anterior donde ambos grupos de familias tienen ingresos económicos similares, lo lógico hubiese sido que los grupos previsionales también hubiesen sido parecidos, pero esto no se muestra así en los datos obtenidos.

Esto puede contrarrestar el resultado anterior, y a lo mejor pensar que según esto, las familias asistentes podrían tener un mayor ingreso económico no detectado en este estudio, si además lo asociamos al hecho que en las familias asistentes las madres trabajan más que las madres en las familias de inasistentes.



n : 102

Fuente de datos: Tarjetero Infantil H.P.A, Visita domiciliaria.

Sólo uno de los padres de familias asistentes e inasistentes al control de niños entre 2 y 4 años no trabaja actualmente.

La mayoría de las madres de ambos grupos no trabajan fuera del hogar. En ambos grupos de familias es mayor el número de madres que no trabajan fuera del hogar, siendo más predominante esta situación en las madres de familias inasistentes. Así la fuerza laboral de las madres de niños asistentes más que duplica la de las madres de niños inasistentes.

Es difícil entender la inasistencia de los niños de estas familias, si la mayoría de estas madres no trabajan fuera de sus hogares. Si se considera que deberían tener mayor tiempo para asistir a los controles de sus hijos, asociado a que hay un número considerable de padres menores de edad, quizás podemos suponer que éstos se desligan en cierta forma del hospital y no ven a éste como un apoyo, ya que son los que menos experiencia tienen en el cuidado de sus hijos. Quizás estos padres se apoyan en los abuelos de sus hijos.

A continuación se muestra datos obtenidos con FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), instrumento creado por Olson y Cols (1985), para conocer la funcionalidad familiar, a través de cohesión y adaptabilidad.

TABLA N° 1: Distribución numérica y porcentual según adaptabilidad y cohesión familiar de niños entre 2 y 4 años inasistentes al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén, durante el 2° semestre 2006.

Funcionalidad	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada	Total
Rígida	3	2	2	0	7 13,7%
Estructurada	1	1	4	3	9 17,6%
Flexible	5	5	9	4	23 45,0%
Caótica	1	5	6	0	12 23,5%
TOTAL	10 19,6%	13 25,4%	21 41,1%	7 13,7%	51 100%

N:51

Fuente de datos: Análisis instrumento Faces III

Nota: Según se ve de la prueba estadística “Chi cuadrado”, el cual arrojo un valor de $P=0,33$ la cual resulta no ser significativa por lo tanto no existe relación entre la cohesión y adaptabilidad con la asistencia a los controles de salud infantil de este grupo. De acuerdo a la prueba estadística aplicada revela que la variable asistencia no se relaciona con la funcionalidad familiar de estas familias, por lo tanto no podemos aseverar que la asistencia influye en la funcionalidad de estas familias.

De las 51 familias de niños inasistentes a control sólo 19 (37,3%) son clasificables como **balanceadas** según Olson (con rojo en la tabla). Hay 4 familias francamente **disfuncionales** (las 3 rígidas desligadas y la desligada caótica (con azul) y 28 familias en **rango medio** (una variable en el centro y la otra en el extremo).

Según Cohesión (columnas), las familias se encuentran balanceadas y/o funcionales en su mayoría (66,5%), en los extremos de la cohesión son importantes los porcentajes existentes de familias desligadas 19, 6% y enmarañadas 13, 7% las cuales no logran un nivel adecuado de cohesión familiar.

Destaca en estos extremos las familias desligadas, como ya es sabido muchas de estas familias son jóvenes menores de edad, que no tienen la experiencia necesaria para afrontar su

rol dentro de la familia y sentirse lo necesariamente perteneciente a esta, ya que todavía están viviendo la etapa de la adolescencia y no se han desligado de sus respectivas familias.

Según adaptabilidad (filas), el cuadro muestra que la mayoría (62,6%) de las familias son funcionales según adaptabilidad es decir se encuentran balanceadas (estructuradas y flexibles), aun así el porcentaje de familias en los extremos de la adaptabilidad también es bastante considerable, ósea un número importante de familias no logra la adaptabilidad ante situaciones y/o ciertos eventos de vida.

La edad podría ser un factor influyente ya que en este grupo se encuentran un mayor numero de menores de edad (grafico N° 1), los cuales por el grado de madurez todavía no se encuentran preparados para afrontar y asumir los distintos eventos y situaciones que día a día tiene una familia, en especial la llegada de un hijo, asumir el rol de padres es fundamental, ser capaz de crear una armonía de manera de poder preocuparme por mi propio autocuidado y el de mi familia.

Tabla N° 2: Distribución numérica y porcentual según adaptabilidad y cohesión familiar de niños entre 2 y 4 años asistentes al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén, durante el 2° semestre 2006.

Funcionalidad	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada	Total
Rígida	0	1	2	2	5 9,8%
Estructurada	2	4	7	0	13 25,4%
Flexible	3	1	8	2	14 27,4%
Caótica	2	5	6	6	19 37,2%
TOTAL	7 13,7%	11 21,5%	23 45,0%	10 19,7%	51 100%

N:51

Fuente de datos: Análisis instrumento Faces III

Nota: Según se ver de la prueba estadística “Chi cuadrado”, el cual arrojó un valor de $P=0.21$ la cual resulta no ser significativa por lo tanto no existe relación entre la cohesión y adaptabilidad con la asistencia a los controles de salud infantil de las familias asistentes. De acuerdo a la prueba estadística aplicada revela que la variable asistencia no se relaciona con la variable funcionalidad familiar de este grupo, por lo tanto no podemos aseverar que la asistencia influye en la funcionalidad.

Según cohesión (columnas) al igual que el grupo inasistente también aquí la mayoría (52,8%) es funcional o balanceadas según este punto, es decir se distribuyen entre conectada y separada, el porcentaje de cohesión (66,5%) es mayor que el de adaptabilidad ósea las familias asistentes son más balanceadas según cohesión que adaptabilidad.

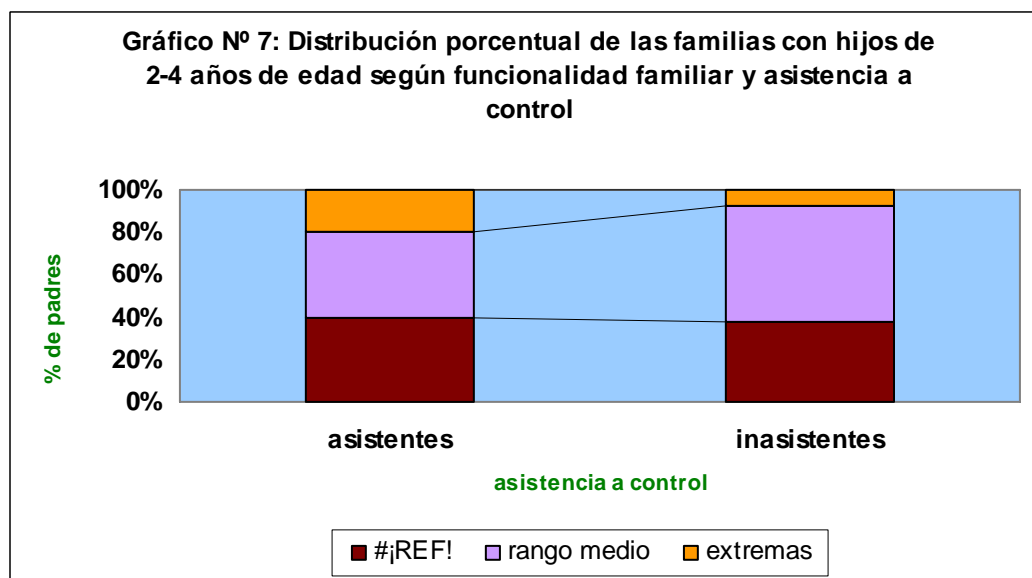
En relación con los extremos de la cohesión se da lo contrario de lo que pasa con el grupo de inasistentes, es decir es mas alto el número de familias enmarañadas (19,7%) que desligadas (13,7%), también podemos asociar esto a la edad, en este grupo si bien las familias también son adultos jóvenes se distribuyen más en los grupos mayores de 21 años, es decir hay una mayor madurez por parte de los padres, que les permite de cierta forma desligarse como corresponde de sus familias de origen y también terminar mejor la etapa de la adolescencia y lograr comenzar una nueva etapa de mejor manera y que les permite formar una familia, teniendo un mayor sentido de pertenencia, en algunas ocasiones pasa que el sentido de pertenencia es demasiado alto, ósea no se logra distinguir entre la cohesión normal con la familia y el grado de independencia que también necesita cada integrante de la familia.

La región de Aisén de acuerdo a sus condiciones climáticas y otras, provoca que las familias se encierren mucho en su círculo propio y no tiene mayor socialización con otra gente y/o grupos sociales, esto a la larga afecta tanto a la familia como a cada integrante de esta y como consecuencia disminuir la capacidad de autocuidado

Según adaptabilidad (filas), al igual que el grupo inasistentes, en esta tabla se muestra que las familias asistentes encuestadas son la mayoría funcionales, es decir se distribuyen entre estructuradas y flexibles.

El porcentaje de familias caóticas es bastante alto, estas son consideradas como disfuncionales según este punto de vista, es decir hablamos de un grupo importante de familias que si bien tienen un mayor grado de madurez, no logran adaptarse ante ciertas situaciones, esto pueda estar relacionado con que también son familias que están demasiado cohesionadas es decir enmarañadas y/o aglutinadas lo que no les permite tener definido ante cierta situaciones los roles y funciones de cada integrante de la familia, es tanto el sentido de pertenencia y dependencia que no logran controlar eventos dentro de la familia y fuera de esta, y lo que provoca que se pasen a llevar ciertas normas y/o reglas necesarias para poder afrontar situaciones.

En relación a ambos puntos, la dinámica se muestra bastante variada siendo, el número de familias funcionales tanto en adaptabilidad y cohesión (marcado con rojo) prácticamente no alcanza la mitad de las familias encuestadas, siendo por lo tanto la mayoría de las familias disfuncionales en ambos puntos, el grupo mas prevalente son las familias caóticas/conectadas y caóticas/enmarañadas.



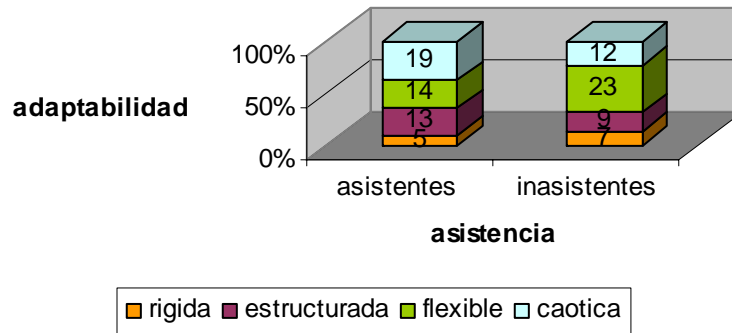
N: 102

Fuente de datos: análisis instrumento FACES III.

Este gráfico muestra como es la funcionalidad familiar según la asistencia a los controles de salud, en cuanto a las familias balanceadas el porcentaje es similar en ambos grupos, asistentes (39%), inasistentes (37%); en cuanto al rango medio, es decir una variable en el centro y la otra en el extremo, hay una diferencia notoria en ambos grupos, el grupo inasistente, tiene mayor porcentaje de familias de rango medio (55%) en relación al grupo de asistentes (41%), algo diferente a lo que se podría pensar considerando que las familias inasistentes tienen un mayor número de menores de edad y menor apego con el hospital.

Finalmente en la categoría de familias extremas el grupo inasistente posee menor número de este tipo de familias que el grupo de familias asistentes.

Grafico N° 8: Distribución porcentual de padres de familias de niños de 2 - 4 años según asistencia y adaptabilidad familiar

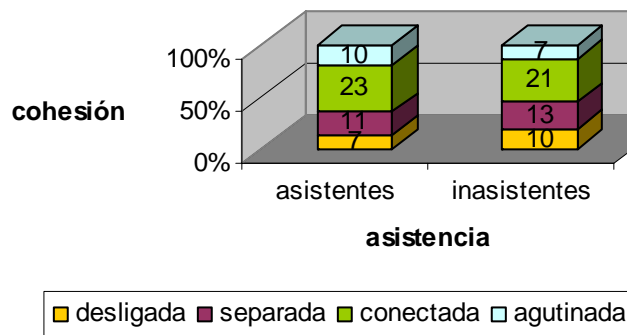


N: 102

Fuente de datos: Análisis instrumento Faces III

Este grafico desglosa la funcionalidad según adaptabilidad, donde se compara la funcionalidad según este punto en ambos grupos (asistentes e inasistentes) según los datos obtenidos se desprende y permite corroborar lo anteriormente dicho, la tendencia muestra que las familias inasistentes poseen mejor adaptabilidad ya que poseen mayor numero de familias que se clasifican como estructuradas y flexibles.

Grafico N° 9: Distribución porcentual de padres de niños 2 - 4 años según asistencia y cohesión familiar.



N: 102

Fuente de datos: Análisis instrumento FACES III

Este gráfico compara la funcionalidad desde el punto de vista de la cohesión en el grupo asistente e inasistente, en el cual se muestra que ambos grupos tienen la misma cantidad de familias funcionales es decir que se distribuyen entre separada y conectadas. Respecto a cohesión los grupos se asemejan, a diferencia de la adaptabilidad.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con instrumento autocuidado, “¿TIENES UN ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO?” aplicado en Chile para estudio de calidad de vida, el cual permitió posterior enfoque promocional en salud, sacado de página Universidad Austral de Chile, el cual fue modificado para este estudio bajo el enfoque de la teoría de autocuidado.

TABLA N° 3: Distribución numérica y porcentual según capacidad de autocuidado en familias de niños entre 2y 4 años inasistentes y asistentes al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén, durante el 2º semestre 2006.

AUTOCUIDADO	INASISTENTES		ASISTENTES	
	Nº	%	Nº	%
Buena capacidad de autocuidado	32	62.7%	39	76.4%
Regular capacidad de autocuidado	13	25.4%	12	23.5%
Mala capacidad de autocuidado	6	11.7%	0	0%
Total	51	100%	51	100%

N: 102

Fuente de datos: Análisis instrumento de autocuidado modificado “¿Tienes un estilo e vida fantástico?”

Nota: Según se puede ver de la prueba estadística “Chi cuadrado”, el cual arrojó un valor de $P < 0,01$ lo que resulta ser altamente significativo, es decir existe una relación entre la asistencia y el autocuidado de las familias estudiadas, esto puede ser porque la atención de enfermería podría ser un factor influyente en la promoción de la salud de las personas, en relación al autocuidado.

Las familias inasistentes en su mayoría tienen una buena capacidad de autocuidado, aun así no es menor el número de familias que se distribuyen con una capacidad regular y mala de autocuidado. Como dice la prueba estadística ésta es una buena razón para seguir incentivando y reforzando a las familias, durante el control de niño sano, en el autocuidado y a la vez debemos comenzar a promover más la salud familiar de éstas.

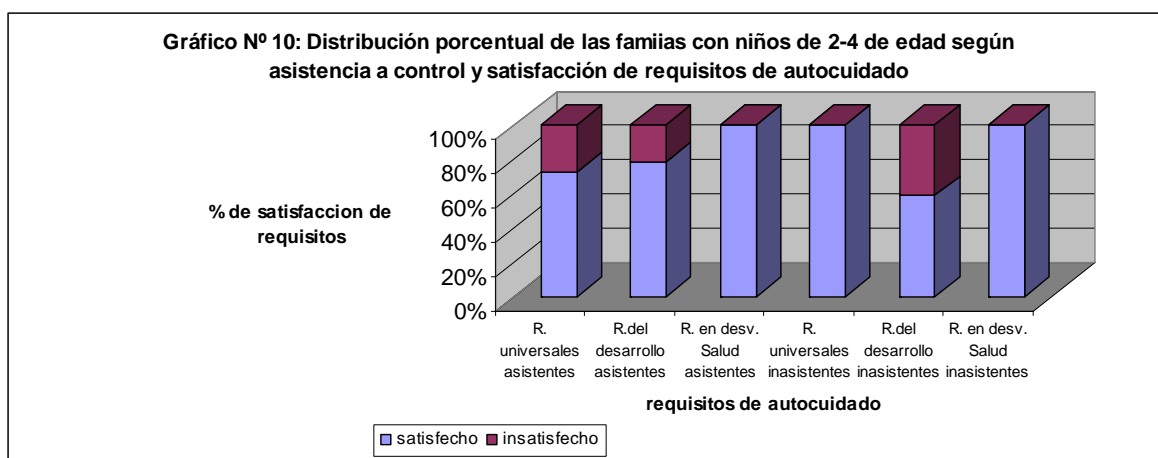
Esto se asocia también, como en otros casos a las edades de estas familias, muchas menores de edad, las cuales no poseen una madurez necesaria, para afrontar el rol dentro de la familia y el tratar de llevar este rol provoca un descuido en el autocuidado personal y familiar, en cierta forma se podría decir que lograr un nivel de autocuidado bueno llevando una familia por delante, sin la madurez necesaria, es difícil.

Otro punto importante que afecta el autocuidado es que muchas de estas familias no están formadas por el vínculo de amor sino por diversas situaciones siendo una de las principales, el acto sexual de forma irresponsable el cual tiene como consecuencia la llegada de un hijo, por lo que siendo muy jóvenes deben formar y asumir una familia. Esta también puede ser una razón que provoque que estas familias sean predominantemente convivientes, es decir no hay una mayor programación en lo que cada uno quiere sino que abruptamente se ven dentro de una familia.

Las familias asistentes tienen la mayoría buena capacidad de autocuidado, un menor porcentaje tiene regular capacidad de autocuidado, a diferencia del otro grupo aquí no hay familias que tengan mala capacidad de autocuidado. Es decir ha habido dentro de todo una buena intervención de enfermería en este grupo.

Este grupo, además, tiene factores que influyen en la mejora del autocuidado, como la edad, el mejor nivel socioeconómico, mayor número de parejas casadas.

La edad es un factor muy importante ya que tener una mayor edad les significa un mayor grado de madurez para afrontar las diversas eventualidades de la vida de mejor forma. Como es sabido uno de los tres requisitos de Orem (Marriner, T., A., 1999) está relacionado con el desarrollo, que habla del grado de maduración de la persona en las distintas etapas de la vida.



n: 102

Fuente de datos: análisis instrumento ¿tienes un estilo de vida fantástico?

Las familias de niños entre 2 y 4 años inasistentes al control de niño sano presentan cierto grado de insatisfacción en los requisitos relativos al desarrollo, los demás requisitos son cubiertos en su totalidad.

Como ya se dijo, según Orem, los requisitos relativos al desarrollo se asocian a la madurez de la persona en cada una de sus etapas, está claro que este grupo presenta familias menores de edad y en general más jóvenes que el otro grupo de familias, lo cual claramente podría incidir en este requisito, provocando en muchos insatisfacción de este, ya que como se dijo, son personas que no están preparadas para asumir una familia, para ser madre o padre y esposa/o, además el hecho de ser padres precozmente no permitiría el cierre normal de una etapa como es la adolescencia. Esta podría ser una de las principales causas de porque en este grupo hay familias con mala capacidad de autocuidado. Esta inmadurez claramente también influye en la funcionalidad desde el punto de vista de la cohesión, ya que en cuanto a adaptabilidad, los datos dicen que a pesar de la inmadurez que estas familias tienen presentan mejor adaptabilidad que las familias asistentes.

Es importante decir que a pesar de todos los factores que de cierta manera juegan en contra del autocuidado de este grupo, tienen satisfechos los requisitos de desviación de la salud y los universales de autocuidado, es decir a pesar de la inasistencia a los controles se refleja en cierta forma una preocupación por la salud propia y familiar. A pesar de esto se ve que se mejoraría su nivel de autocuidado si estos tuvieran mejor asistencia a los controles de salud.

En relación a los requisitos universales de autocuidado refiere que estas familias tienen las necesidades básicas de una persona satisfechas, como por ejemplo la alimentación, la recreación, actividad física.

Las familias asistentes al control de niño sano presentan mayor insatisfacción en los requisitos universales de autocuidado y los relativos al desarrollo. En cuanto al relativo al desarrollo, refleja la tendencia hoy en día de muchos jóvenes a prolongar la etapa de la adolescencia, y por consecuencia desligarse más tarde de sus familias de origen.

En relación a los requisitos universales de autocuidado, a diferencia del otro grupo, este si presenta algún grado de insatisfacción en relación a este punto, asociado directamente al tipo de alimentación, recreación, actividad física, si lo relacionamos con la edad, al parecer a mayor edad mayor aumenta el nivel de sedentarismo, la alimentación es de menor calidad o menos balanceada, disminuye la recreación quizás asociado a que ya hay un mayor compromiso con el trabajo el que muchas veces se puede llevar al hogar y dejar de la lado las actividades de recreación.

Todos estos factores pueden influir finalmente en la salud de cada persona, esto nos permite darnos cuenta de la real importancia de la promoción y la prevención de la salud y de la importante labor que tiene la atención primaria en prevenir las enfermedades crónicas que día a día va en aumento en nuestro país.

XI. DISCUSIÓN

El proceso salud-enfermedad en cada persona es un proceso individual, que varía a lo largo de la vida y que está influido externamente por la familia y los sistemas de protección que la sociedad se ha dado. En estos participan los profesionales de la salud, entre ellos Enfermería, con la responsabilidad de apoyar a las familias y personas de modo que puedan lograr adecuados equilibrios en cada fase de dicho proceso a partir de también adecuados niveles de autocuidado.

Para abordar el proceso salud-enfermedad es importante trabajar con la persona a través de las familias, la literatura da cuenta de los fuertes cambios que afectan la estructura familiar: relaciones de autoridad, presencia o ausencia de los padres, entre otras (Comisión Nac. De la Familia, 1993; Valenzuela, 1995), que pueden transformarse en riesgos que exponen a los niños a la violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, deserción escolar, drogadicción, delincuencia, por ejemplo. Estos cambios socioculturales, afectan fuertemente los estilos de vida, generando mayores desafíos a la familia (Florenzano, 1995)²⁵

La familia, como célula básica de la sociedad, cumple funciones vitales el desarrollo de los individuos que forman parte de ella y es principal de ente socializador (Florenzano, 1995, Hidalgo y Carrasco, 1999)²⁶. Este sistema llamado familia es un factor muy influyente en el proceso salud – enfermedad, porque este proceso se altera por factores físicos y también por factores psicológicos y sociales.

Como se ha establecido en el objetivo general, este estudio centra su atención en la funcionalidad y autocuidado de familias adscritas al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén, y de las cuales tengan hijos entre 2 y 4 años, y donde además se observen ciertas variables como la edad, estado civil, saneamiento básico, ingresos económicos, etc.

Se pretende caracterizar la dinámica familiar a través de una escala que mide funcionalidad familiar (FACES III) y una encuesta que caracteriza estilos de vida (FANTASTICO) y que ha servido de base para enfoques de promoción en salud. Esta encuesta se adaptó en función de la teoría de Orem (Marriner, T., A., 1999), que focaliza su interés en el autocuidado, fundamento disciplinar de Enfermería.

La salud familiar es uno de los pilares del nuevo modelo de salud que promueve el gobierno de Chile y con ello enfatiza un enfoque promocional y preventivo, que aborde

²⁵tesis “Funcionamiento familiar una mirada desde los hijos/ estudiantes enseñanza media de la provincia de Concepción”. Chamblás, I., Mathiesen, M.E., Mora, O., Navarro,G., Castro, M. año 2000

²⁶ tesis “Funcionamiento familiar una mirada desde los hijos/ estudiantes enseñanza media de la provincia de concepción”. Chamblás, I., Mathiesen, M.E., Mora, O., Navarro,G., Castro, M. año 2000.

factores como el tipo de alimentación familiar que influye en los altos índices de obesidad de la población, o como relaciones intrafamiliares y maritales que se relacionan con la violencia intrafamiliar y las conductas adictivas. De este modo, promover nuevos patrones conductuales más adecuados para una vida sana y saludable.

El control de niños sano, instituido hace 40 años en el sistema público de salud en Chile, es una herramienta disponible para influir en los nuevos patrones conductuales, por lo que la asistencia a ellos y la adhesividad que se logre a las recomendaciones entregadas es fundamental. Tradicionalmente, esta actividad ha estado bajo la responsabilidad de Enfermería.

La asistencia a un control de salud, marca la importancia que le da la persona a su salud. En el caso de los niños, el control de niño sano es fundamental si es una madre adolescente o primípara, de escasos recursos económicos, o que presente otros factores de riesgo, ya que estos niños son más vulnerables, y el control representa una herramienta de equidad. Cuando un niño proveniente de una familia con algún factor de riesgo, permanece inasistente, el equipo de salud invierte recursos en recuperarlo para los controles.

Más, qué pasa con el grupo de asistentes, si se demuestra que estas familias tienen un mejor nivel de autocuidado, pero que mantienen una funcionalidad familiar, enmarañada y caótica. ¿No será que en cierta forma han creado un grado de dependencia? Una respuesta a esta interrogante implica conceptualizar bajo otro prisma los factores de riesgo.

La asistencia a los controles es importante, pero cuando la familia tiene más experiencia y si el niño es preescolar, la familia debería haber adquirido manejo en el proceso salud enfermedad del hijo y considerar al control de salud como una herramienta para incrementar el equilibrio de dicho proceso, ampliando la prevención y la promoción de la salud de toda la familia.

Respecto al funcionamiento familiar de los grupos estudiados, se obtiene que la mayoría de ambos grupos son familias del tipo rango medio de la funcionalidad en cuanto a cohesión y adaptabilidad, siendo las inasistentes las que poseen un mayor número de este tipo de familias a diferencia de las familias asistentes; les sigue el tipo de familias balanceadas que es similar el número en ambos grupos, y en los tipos de familias extremas es mayor el número de familias de este tipo en el grupo asistente. Al desglosar las variables podemos ver que la cohesión es parecida en ambos grupos estudiados, aun así se ve que dentro de las familias asistentes hay un número no menor de familias que son enmarañadas.

Es decir, las familias que asisten a los controles pertenecen a grupos etareos no tan jóvenes, que pueden evolucionar y volverse muy apegadas con el tiempo. En esta característica, puede influir el aislamiento y mal clima propio de la región, que influye en los reducidos espacios de recreación fuera de la casa y por tanto, crea lazos de dependencia vinculados a la intensa convivencia cotidiana.

Las familias inasistentes al control, son familias más jóvenes y menos consolidadas, en las que se está creando el sentido pertenencia a la familia, ya que muchas se han reunido por la llegada de un hijo y no por el deseo de tener una familia que perdure en el tiempo.

Respecto a la adaptabilidad familiar los datos son interesantes ya que si bien las familias asistentes han experimentado cambios y han logrado consolidarse, la tendencia es que estas presenten menor adaptabilidad en relación a las familias inasistentes, siendo familias más caóticas, debido a diversos factores como la excesiva cohesión que dificulta identificar los roles propios de cada integrante de la familia.

No es menor la brecha hacia la funcionalidad familiar. Una familia inestable puede ejercer un fuerte y persistente efecto sobre los niños y adolescentes (Craig, 1997). La preocupación por la armonía familiar es primordial y se manifiesta a, todo nivel, algunos trabajos dan cuenta que para los adolescentes es una de las cosas a las que le asignan mayor importancia para vivir mejor esta etapa de su vida (Peláez; 1993), niños, jóvenes y adultos, hombres y mujeres declaran que la familia para ellos representa una necesidad básica, siendo muchas veces el núcleo central que da sentido a sus vidas (Hidalgo y Contreras, 1999).²⁷

Ahora, el autocuidado es bueno en la mayoría de ambos grupos, sin embargo, es mayor el número de familias inasistentes que tienen mala y regular capacidad de autocuidado.

¿Cuáles son los factores influyentes en estos resultados?, como principal factor se obtiene la edad de estas familias, de las cuales ambos grupos son adultos jóvenes. Aun así el grupo inasistentes presenta muchas familias menores de edad, lo que comparado con la encuesta casen 2003, en la cual la población entre 15 y 29 años representaba un 6,7% de la población total de la región de Aisén, en este estudio son familias menores de 21 años lo que toma menor población, a pesar de esto el porcentaje es más alto que los datos de casen 2003.

Según ciclo vital familiar, las familias estudiadas se encuentran en la etapa de familias con hijos preescolares, donde el niño se vuelve más independiente, deja de ser el chiche ya comienza a dar más preocupaciones, se mueve, hay mayores peligros, por ejemplo.

En el caso de las familias inasistentes muchas de ellas no vivieron las primeras etapas del ciclo vital familiar, la etapa de formación de pareja y crecimiento de la familia, en donde se conforma el matrimonio, la pareja se afianza sin los hijos, adquieren autonomía y compromiso, planifican su futuro, asumen sus roles de pareja, etc. son bastantes cosas que son pilares fundamentales para las etapas posteriores.²⁸

²⁷Tesis "Funcionamiento familiar una mirada desde los hijos/ estudiantes enseñanza media de la provincia de concepción". Chamblás, I., Mathiesen, M.E., Mora, O., Navarro, G., Castro, M. año 2000

²⁸ Messing, B., 2003, "El ciclo vital familiar" Valdivia, Universidad Austral de Chile.

La precocidad en la formación de la familia asociado a factores como la llegada abrupta de un hijo, por ejemplo, provoca un déficit del autocuidado. Orem da a la agencia del autocuidado la cual dice que este es una compleja capacidad desarrollada que nos permite discernir o controlar factores que regulen nuestro propio funcionamiento y cuidado esta en directa relación con el proceso de maduración de la persona²⁹.

Los satisfacción de los requisitos de autocuidado varían en una familia y otra; según la edad las familias inasistentes tienen mayor déficit de satisfacción en los requisitos relacionados con el desarrollo según la teoría de Orem (Marriner, T., A., 1999) con los procesos de maduración, hay factores que influyen en esto como por ejemplo la formación de una familia por la llegada de un hijo en forma no programada. Un 12.3% de las jóvenes entre 15 y 19 años declara tener hijos, es decir, este segmento de mujeres, que alcanza a 77.291, se encuentra experimentando biográfica y socialmente la condición de maternidad juvenil (censo 2002).

En las familias asistentes, se destaca el déficit en los requisitos universales de autocuidado, relacionado con la alimentación, la actividad física, la recreación, por ejemplo, dichos factores relacionados con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, que incluyen enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y otras enfermedades de la nutrición, enfermedades mentales y otras, las cuales emergen, como principal problema de Salud. Estas además inciden en grupos etarios de productividad máxima. La National Health Survey³⁰ en Estados Unidos (1935-36) reveló que, en conjunto, la mitad de los enfermos crónicos son menores de 45 años y más del 75 por ciento están entre 15 y 64 años de edad. Es decir a mayor edad las familias en cierta forma se van volviendo más monótonas y rutinarias, se recrean menos, ya que también el compromiso con el trabajo crece y se deben cubrir el aumento de las necesidades.

Las características sociodemográficas de las familias estudiadas, revelan un progreso en el desarrollo de la región, aun así no comparable con el resto de las regiones de Chile.

El nivel socioeconómico se presenta mejor en las familias asistentes al control, en donde también el número de mujeres que trabajan fuera del hogar es mayor, estas familias son de edades un poco mayores que el otro grupo, por lo que también son más consolidadas, en donde muchas las necesidades materiales van en aumento, por lo que podría provocarse una despreocupación por la salud propia y la de la familia. Estas razones pueden llevar a dejar de ver al control de salud como una herramienta para trabajar en conjunto por la salud de sus hijos y la de su familia y por el contrario dejar al equipo de salud como único responsable en la salud de la familia. Todas estas cosas son las que un CESFAM busca cambiar, trabajar en conjunto con iguales responsabilidades.

²⁹Marriner, T., A., 1999 "Modelos y teorías en enfermería", teoría del autocuidado, 4ª edición, Ed. Mosby, cap. 14.

³⁰ Disponible en www2.udec.cl/~ssrevi/numero4/articulofamilia.htm (consultado en diciembre 2006)
http://mazingher.sisib.uchile.cl/repositorio/lb/ciencias_quimicas_y_farmaceuticas/armijor/cap12/2cap12.html

Ambos grupos de familias cuentan en su mayoría con saneamiento básico completo, coincidiendo con los datos del censo 2002, dato muy relevante para el desarrollo y urbanización de la región de Aisén, si bien aun hay factores como adelantos tecnológicos, infraestructura urbana, acceso a otros lugares del país, costo de la alimentación, por ejemplo, los cuales aun a sido difícil de cambiar, por lo cual la brecha es significativa para nivelarnos con el resto del país y el mundo.

La tipología familiar se muestra constituida por padre y madre es decir biparental nuclear, la jefatura del hogar predomina en los hombres, tendencia que a diferencia de lo que se ve en otras regiones, el aumento de las jefaturas de hogar femeninas en los hogares con niños se registra en todas las regiones del país, con excepción de la Región de Aisén³¹. La región de Aisén, conserva la tendencia a mantener la jefatura masculina., al igual que los datos de la encuesta CASEN³² del 2003 donde en todos los tipos de hogares de la región la mayoría son jefes de hogar masculino.

El tipo de previsión, es para la mayoría FONASA, similar a nivel nacional (MIDEPLAN, encuesta casen2003). Los tramos más predominantes son tramo C para inasistentes coincidiendo con sus ingresos y tramo D para los asistentes, quienes reciben un mayor ingreso monetario.. El numero de indigentes de la región es parecido a los datos de la encuesta casen 2003, donde los indigentes representaban solo el 4,6%.

El estado civil no presenta diferencias en ambos grupos, finalmente se muestra una tendencia a la convivencia en especial en los grupos etareos mas jóvenes, la encuesta casen 2003 muestra una convivencia en la región de un 37%. Por lo que hay un notorio incremento en los últimos años en convivir con la pareja, restándole importancia al compromiso legal y religioso.

En la actualidad el desafío para la atención primaria, es por tanto implementar un modelo de atención integral, continua y permanente, accesible, resolutive y de calidad, basado en el trabajo de equipo tanto del nivel primario de atención como de los otros componentes de la red³³. Si bien el gobierno de Chile viene trabajando en este tema, es algo que aun no esta consolidado.

Los consultorios, en su mayoría, se han transformado en CESFAM, lo cual a sido una tarea mas difícil para los hospitales tipo IV, como ocurre actualmente con el Hospital Puerto Aisén, donde a pesar del gran trabajo en equipo, la transformación, se pone cuesta arriba debido a la falta de recursos, es decir en cierta forma se impone un cambio el cual es claro un adelanto en la salud familiar, pero que pasa con la otra parte de la atención en esta ciudad que

³¹ Estudio: Los hogares con niños, niñas y adolescentes en Chile: la evolución entre 1990 y 2003, MIDEPLAN.

³² Disponible en www.encuestacasen.cl, consultado en diciembre 2006

³³ Dr. Regina Barra, 2005 “Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar”, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

esta en constante crecimiento, será necesario eliminar la atención cerrada. Lo ideal sería contar con CESFAM y un Hospital, o si esto no es posible contar con un SAPU el cual presente una avanzada y muy rápida forma de traslado, ambas ideas significan dinero, lo cual al parecer es lo que falta.

Si bien muchos CESFAM funcionan como tal, es meritorio conocer si el nuevo modelo de atención se logra aplicar en su totalidad. Se habrá logrado el cambio tanto en organización como en la mentalidad de cada profesional. Debe quedar claro, además, que los resultados de este estudio son pertenecientes a una población de un hospital tipo IV, el cual esta en una reciente transformación a CESFAM, sería interesante conocer estas mismas variables estudiadas en familias atendidas bajo el modelo de salud familiar.

En el control de niño sano de la Enfermera la tendencia es hacer un control específico al niño, un examen mayoritariamente físico, donde se pone énfasis a lo biológico, dejando de lado la parte psicológica y social del niño y de su familia. Esto es algo que el enfoque familiar no permite, la idea es hacer un control integral, la pregunta es, ¿será posible todo esto con los recursos existente, tomando en cuenta las metas y rendimiento que debe cumplir cada establecimiento?

La inasistencia a los controles es un tema a trabajar, al parecer la edad influye en esto, las familias jóvenes no se identifican con su hospital, y las familias de mayor edad ven a su hospital como único responsable de la salud de sus hijos.

Es importante conocer hasta donde se ha trabajado por las familias, que se hace más allá del control propio del niño, cuales son las opiniones de las familias respecto al control, es importante no caer en la monotonía, para que la familia vea su control como una herramienta para su salud y no como la oportunidad de la vacuna y la entrega de leche.

Al parecer Orem y sin dejar de nombrar a Astorquiza (1977) con su modelo de necesidades humanas, tuvieron una proactiva visión, al captar la importancia y relevancia del autocuidado. Como teorías propias de Enfermería y en razón de las tendencias en la salud actual, debe darse énfasis en la formación de cada profesional el autocuidado y promover este con un enfoque familiar.

Son muchos los desafíos que este estudio plantea, un fuerte trabajo con las familias en cuanto a su funcionamiento y autocuidado, además de los factores que influyen en este, como la edad para la formación familiar, la planificación de un embarazo, educación sexual, por decir.

Finalmente, se hace necesario reenfocar las prioridades de atención, por una parte es importante que la Enfermera y su equipo atraigan a las familias inasistentes para poder promover en estas su capacidad de autocuidado, tan importante para prevenir y promover su salud, en tanto en los asistentes debemos trabajar porque estos logren una mayor capacidad de compromiso con su salud y la de su familia. Finalmente en cada familia es fundamental un enfoque holístico e integral.

XII. CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados cuantitativos obtenidos a través de esta investigación de familias asistentes e inasistentes al control de niño sano del Hospital de Puerto Aisén podemos concluir que:

Respecto a las familias asistentes:

- Poseen buen funcionamiento familiar según adaptabilidad y cohesión, encontrándose la mayoría como familias balanceadas (39%) y de rango medio (41%) y en menor porcentaje familias extremas (20%). de acuerdo a las cifras y en comparación con el otro grupo, se observa que este grupo no presenta igual o mejor funcionamiento familiar que el grupo inasistente. Además es importante destacar que este grupo tiene un mayor número de familias extremas en comparación con las familias inasistentes.
- En cuanto a autocuidado, este grupo presenta mejor autocuidado (76,4%) que el grupo de familias inasistentes (62,7%), asociado a los requisitos de autocuidado se muestra que estas familias viven esta etapa acorde a su madurez personal, por lo que también pueden manejar mejor el tema del autocuidado, sin embargo este grupo presenta algunos déficit en este aspecto relacionados con los requisitos universales de autocuidado (27,4% insatisfechos en este requisito), ya que son familias que tienen poca recreación, muy relacionado con los pocos espacios de recreación existentes en la ciudad de Puerto Aisén, también mala calidad de la alimentación, etc. mientras tanto las familias inasistentes no presentan déficit en cuanto a este requisito.

Respecto a las familias inasistentes:

- Tienen en su mayoría un buen funcionamiento familiar según cohesión y adaptabilidad, encontrándose la mayoría como familias balanceadas (37%), y en rango medio (55%), y solo un mínimo porcentaje (8%) en el rango de familias extremas o disfuncional. Se observa notoriamente que este grupo presenta mejor funcionamiento familiar que el grupo asistente, algo interesante según las características de este grupo.
- En relación al autocuidado, estas familias en su mayoría tienen buen autocuidado (62,7%), pero en menor número que los asistentes, además según capacidad de autocuidado, es considerable el número de familias que tienen

regular (25,4%) y mala (11,7%) capacidad de autocuidado, asociado a la mayor insatisfacción de los requisitos relacionados con el desarrollo.

De ambas familias:

- Las familias adscritas al control de niño sano del hospital de Puerto Aisén, son familias en su mayoría adultos jóvenes, sin embargo de las familias inasistentes se desprende que estas tienen un porcentaje considerable de familias menores de edad (35.2%), lo cual incide en su autocuidado y funcionalidad.
- Las familias adscritas al control de niño sano del hospital de puerto Aisén, son en su mayoría convivientes (63,7%), lo que demuestra la tendencia de las parejas a convivir sin necesidad de un compromiso formal.
- Según saneamiento básico, existe un progreso respecto al desarrollo de la región de Aisén, ya que las familias adscritas al control de niño sano del hospital de puerto Aisén, en su gran mayoría poseen saneamiento básico completo (93,1%).
- El aporte socioeconómico de estas familias en general es bueno ya que la mayoría (44,1%) recibe un ingreso mayor a \$168.848.
- Según la situación laboral de estas familias en ambas familias los padres trabajan fuera del hogar (99%), en cuanto a las madres en ambos grupos es mayor el número de madres que no trabajan fuera del hogar (68,6%). Las madres de familias asistentes tienen una proporción mayor que se encuentran trabajando fuera del hogar (21.5%) en comparación con las madres de familias inasistentes (9.8%), este punto influye en el mejor ingreso de las familias asistentes.
- Respecto a la previsión de salud, las familias adscritas al control, pertenecen en su mayoría (89,2%) al fondo nacional de salud (fonasa), siendo las familias asistentes al control de salud las que se encuentran mayormente en el grupo D (37,2%) y las familias inasistentes mayormente en el grupo C (37,2%).
- Es importante tener en cuenta, que estos resultados están sujetos a sesgos metodológicos como la ausencia de Enfermera en algunos meses en el control, ya que hay una constante rotación externa de enfermera, ya que por las condiciones climáticas y geográficas de la región, es poco tentador para profesionales de otras regiones, además esto a la vez no permite un compromiso de trabajo con los problemas del programa, debido al poco tiempo de estadía. Otro sesgo a considerar es en la aplicación de los instrumentos, la

presencia de ambos padres por un lado puede permitir una respuesta mas completa, por otra parte puede ser que la persona que contesta lo haga en función de lo que pareja desee o lo que debiese ser.

Finalmente existen algunas variables que para estudios posteriores y profundizar en este tema, es importante tomar en cuenta como la escolaridad de los padres, los tipos de familias, por decir algunas.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- Barra, R., 2005 “Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar”, Valdivia, Universidad Austral de Chile.
- Bravo L., 2004 “Tendencias sobre autonomía personal y familia en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú” (disponible en <http://www.humanas.cl/documentos/autonomiapersona.pdf> consultado el 16 de agosto 2006).
- Chamblás, I., Mathiesen, M. E., Mora, O., Navarro, G., Castro, M. año 2000 Tesis “Funcionamiento familiar una mirada desde los hijos/ estudiantes enseñanza media de la provincia de Concepción”.
- DEIS, Gobierno de Chile, indicadores básicos de salud, 2005. Encuesta CASEN, disponible en: www.mideplan.cl/casen/ (consultado en diciembre 2006).
- Foros de discusión, 2005 “ciencia y filosofía de la Enfermería” (disponible en www.portalnursite consultado el 16 de agosto 2006).
- Gomez – Clavelina, FJ., 2003, “Fases III: Alcances y limitaciones”, departamento medicina familiar, UNAM. (disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html consultado el 8 de agosto 2006).
- Gobierno de Chile, Servicio de salud Aisén (disponible en www.ssaysen.cl consultado el 30 agosto 2006).
- Guirao-Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21 2003; 2.Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm> consultado el 15 de octubre 2006).
- Hernández, R. 2003. Metodología de la Investigación México, Editorial Mc Graw Hill.
- INE, 2003, “Síntesis de resultados censo 2002” (disponible en www.ine.cl consultado el 27 de agosto 2006)
- Manquilef P., 2004 “Funcionalidad Familiar en adultos mayores” Tesis magíster en medicina Familiar y comunitaria, Valdivia Universidad Austral de Chile.

- Marriner, T., A., 1999“Modelos y teorías en enfermería”, teoría del autocuidado, 4º edición, Ed. Mosby, cap. 14.
- Messing, B., 2003, “El ciclo vital familiar” Valdivia, Universidad Austral de Chile.
- MIDEPLAN, división social, Santiago 2005, Estudio: Los hogares con niños, niñas y adolescentes en Chile: la evolución entre 1990 y 2003.
- Minsal “Hacia un nuevo Modelo de gestión en salud” 2002. (Chile)
- Minsal “Orientaciones para la programación en red”, Subsecretaria de redes asistenciales, división de gestión de red asistencial, 2006. (Chile)
- Minsal “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria en Salud”, Departamento de modelo de atención, Unidad de atención primaria, 2006. (Chile)
- Molina C. Apunte “La teoría general de sistemas como marco para el estudio de la familia”.
- Revista National Health Survey, disponible en www.udec.cl/~ssrevi/numero4/articulofamilia.htm (consultado en diciembre 2006).
- Vera, C., L., 1999, “Normas para la redacción de referencias bibliograficas Uach”, Valdivia, Universidad Austral de Chile.
- Vergara, M. “Desarrollo psicológico en la edad preescolar” (disponible en www.manualdepediatria.com consultado el 9 de agosto 2006).

XIV. ANEXOS

¿Como esta nuestro Autocuidado?

De acuerdo a su realidad familiar contesta las siguientes preguntas:

Requisitos Universales de Autocuidado

1.- Nuestro hogar posee saneamiento básico completo (agua potable, alcantarillado, electricidad)

- a) SI, completo
- b) Medianamente completo
- c) No poseo

2.-Nuestra alimentación es completa y balanceada:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Casi nunca

3.- Durante la semana realizamos algún tipo de actividad física (ejemplo: caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, salir a correr, andar en bicicleta, etc.):

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Casi nunca

4.- Durante la semana realizamos algún tipo de actividad recreativa en familia:

- a) siempre
- b) A veces
- c) casi nunca

5.- Como es la relación de nuestra familia con los demás grupos sociales (ejemplo amigos, colegio, iglesia, vecinos, etc.)

- a) tenemos una buena relación con otros grupos
- b) medianamente buena
- c) no nos relacionamos con ningún grupo social

Requisitos de Autocuidado relativos al desarrollo.

6.- Consideramos que nuestra familia fue formada por:

- a) el vínculo del amor
 - b) por otras circunstancias que nos obligaron a formar una familia
- 7.- Creen ustedes que al formarse como familia, ambos se encontraban preparados y maduros:

- a) SI, ambos teníamos la madures suficiente
- b) Uno de los dos era mas maduro que el otro
- c) No, no estábamos preparados ni teníamos la madures suficiente.

8.- La llegada de su hijo/a fue:

- a) Programada
- b) No fue programada

9.- Consideran que su rol como padres a sido bien cumplido:

- a) SI, ambos realizamos bien nuestra labor de padres
- b) Uno de los dos no realiza bien su labor de padre
- c) NO, no realizamos bien nuestra labor de padres.

Requisitos de Autocuidado relacionados con desviaciones de la Salud.

10.- Ante alguna enfermedad o síntoma de esta, nos preocupamos tanto de nuestra salud individual como de nuestra familia:

- a) SI, consultamos inmediatamente a un hospital y/o profesional de la salud
- b) Esperamos unos días por si pasan los síntomas, y luego consultamos
- c) No consultamos, algún día el dolor tiene que pasar

11.- Como padres nos preocupamos que nuestro hijo asista a todos sus controles de salud:

- a) SI, nos preocupamos que de ninguna forma falte a sus controles
- b) A veces puede faltar si las condiciones del tiempo no son buenas y/o tenemos alguna actividad mas importante
- c) Solo lo llevamos a algunos controles, ya que nuestro hijo esta más grande y nosotros sabemos cuidarlo bien.

12.- Dentro de la familia existe alguien que fume y/o beba alcohol:

- a) SI, y en exceso
- b) SI, pero en forma moderada
- c) NO, nadie fuma ni bebe alcohol.

CRITERIOS DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO

<p>Buena capacidad de autocuidado: Puede cuidarse a sí misma. y a su entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos universales de autocuidado: 4 ítems satisfechos. - Requisitos relativos al desarrollo: 3 ítems satisfechos. - Requisitos relacionados con desviaciones de la salud: 2 ítems satisfechos
<p>Regular capacidad de autocuidado: tiene déficit para cuidar de si y/o de su entorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos universales de autocuidado: de 2 a 3 ítems satisfechos. - Requisitos relativos al desarrollo: 2 ítems satisfechos. - Requisitos relacionados con desviaciones de la salud: 1 ítems satisfecho.
<p>Mala capacidad de autocuidado: No es capaz de cuidar de si mismo no de su entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos universales de autocuidado: menos de 2 ítems satisfechos. - Requisitos relativos al desarrollo: 1 o ningún ítems satisfechos. - Requisitos relacionados con desviaciones de la salud: ningún ítems satisfechos.

FACES III

Instrucciones: Lea cuidadosamente y marque con un X el casillero con la alternativa que le parece más adecuada a su realidad familiar

Faces III	Nunca 1	Casi Nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
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 con relación a 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 difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN FACES III:

Procedimiento de puntuación.

1.- Puntajes de **COHESION**: suma de todos los ítemes impares:

a.- Para adultos en cualquier estadio del ciclo familiar:

35 puntos o menos: DESLIGADA

36 puntos a 40: SEPARADA

41 puntos a 46: CONECTADA

47 puntos o más: ENMARAÑADA O AGLUTINADA

2.- Puntajes de **ADAPTABILIDAD**: suma de ítemes pares:

a.- Para adultos en cualquier estadio del ciclo familiar:

19 puntos o menos: RÍGIDA

20 a 23 puntos: ESTRUCTURADA

24 a 29 puntos: FLEXIBLE

30 puntos o más: CAÓTICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... He sido informado/a por la Srta. Patricia Carolina Becerra Pérez Estudiante de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que desarrolla un trabajo de investigación, acerca de la “Funcionalidad y Autocuidado en familias de niños de 2 a 4 años asistentes e inasistentes al control de salud del Hospital de Puerto Aisén.”, es por ello que yo:

1. He sido debidamente informado/a del objetivo y la metodología de esta investigación.
2. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo contestando los instrumentos en el tema de investigación.
3. Permito que la Srta. Patricia Carolina Becerra Pérez, utilice la información sin dar a conocer mi identidad, y que modifique nombres o situaciones del texto, según sea el caso, que pudieran permitir conocer mi identidad.
4. He podido hacer las preguntas que he estimado necesarias acerca de las razones de este estudio.
5. Acepto que la Srta. Patricia Carolina Becerra Pérez tenga acceso a mi identidad, la que será revelada por ella, sólo si fuera necesario para mi beneficio.
6. He sido informado/a que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento, sea previo o durante la entrevista.
7. Si tengo alguna duda, o consulta puedo dirigirme a la Srta. . Patricia Carolina Becerra Pérez.

FIRMA