



**Universidad de Concepción
Facultad de Medicina - Departamento de Enfermería
Dirección de Postgrado**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL
FUNCIONAMIENTO DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES DEPENDIENTES
ADSCRITOS A LOS CESFAM DE CHILLAN**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

**ROMINA GABRIELA MORAGA JARAMILLO
CONCEPCION- CHILE
2014**

Profesor guía: Dra. Patricia Cid Henríquez
Dpto. de Enfermería, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

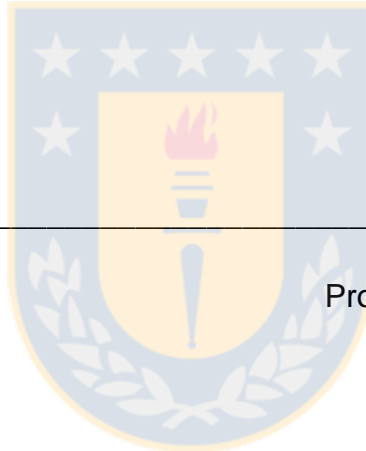
DIRECCION DE MAGISTER

Esta tesis ha sido realizada en el programa de Magister en Enfermería del
Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina

Profesor Guía: _____

Prof. Dra. Patricia Cid Henríquez

Comisión Evaluadora: _____



Prof. Dra. Patricia Witham Kiley

Prof. Magister Néstor Ortiz Rebolledo

Directora Programa Magister: _____

Prof. Dra. Sandra Valenzuela Suazo



*A mis padres por su amor infinito.
A Patricio por su apoyo permanente,
A mis hijos Martín y Agustín.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme brindado salud y bienestar para realizar este sueño.

A mi profesora Dra. Patricia Cid Henríquez, por forjar en mí la perseverancia, por su apoyo incondicional y compañía.

Al Profesor Miguel Ángel Espinoza, por su paciencia y enseñanza metodológica.

A mis compañeras de Magister Sonia y Alicia por su amistad y apoyo brindado.

A mis amigas y colegas del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bio- Bio por su fortaleza y ánimo permanente.

A mi familia por su amor y apoyo incondicional en este proceso.

A todas las personas que hicieron posible este estudio, a las familias encuestadas.

Muchas gracias.....

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I.-INTRODUCCIÓN	3
I.1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA	3
I.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
I. 3 MARCO REFERENCIAL.....	12
I.3.1 FAMILIA	12
I.3.2 TEORIA GENERAL DE SISTEMAS APLICADA A LOS SISTEMAS FAMILIARES	15
I.3.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR	17
I.3.4 MODELO CIRCUNFLEJO: CONSTRUCTO DESARROLLADO POR OLSON, RUSSEL Y SPRENKLE (1979)	18
I.3.5 MODELO DE SALUD FAMILIAR	24
I.3.6 ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR	28
I.4 MARCO EMPÍRICO	32
I.5 OBJETIVOS.....	39
I.6 HIPÓTESIS GENERAL:.....	41
I.7 VARIABLES DEL ESTUDIO:	42
II. MATERIAL Y METODO:.....	43
II.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	43
II.2 UNIVERSO	43
II.3 POBLACION.....	43
II.4 MUESTRA	43
II.5 UNIDAD DE ANALISIS.	44
II.6 CRITERIOS DE INCLUSION	44
II.7 CRITERIOS DE EXCLUSION	45
II.8 RECOLECCION DE DATOS.....	45
II.8.1 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS	45
II.8.2 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	46
II.9 CONTROL DE CALIDAD DEL INSTRUMENTO	48
II.9.1 PRUEBA PILOTO.....	50

II.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	51
II.11 ASPECTOS ÉTICOS	51
III.-RESULTADOS.....	55
III.- 1 ANALISIS DESCRIPTIVO	55
III.- 1.1 PERFIL DE LA MUESTRA	55
III.- 2 ANALISIS CORRELACIONAL	63
III.- 2.1 Relación entre las variables independientes y Cohesión familiar	63
III.- 2.2 Relación entre las variables independientes y Adaptabilidad familiar	76
III.- 2.3 Tipos de funcionalidad familiar en pacientes Dependientes.....	89
III.- 2.4 Tipos de funcionalidad familiar en familiares	90
III.- 3 ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA.....	93
IV.- DISCUSIÓN	97
V.CONCLUSIONES.....	104
VI.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	107
VII.- RECOMENDACIONES.....	107
VIII.- BIBLIOGRAFIA.....	111
IX. ANEXOS.....	119
Anexo A: Definición de las variables	119
Anexo B: Instrumento recolector de datos	126
Anexo C: Solicitud de evaluación por Comité	132
Anexo D: Consentimiento Informado	133
Anexo E: Solicitud Autorización Departamento de Salud Municipal de Chillán. Prueba Piloto.	135
Anexo F: Carta de solicitud de autorización, realización de tesis Departamento de Salud Municipalidad de Chillán.	138

INDICE DE TABLAS

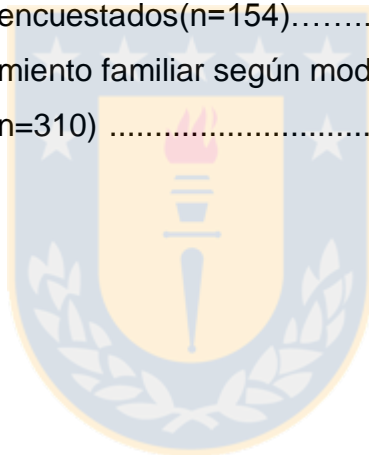
Tabla 1: Niveles o tipos de cohesión familiar.....	20
Tabla 2: Niveles o tipos de adaptabilidad familiar.....	21
Tabla 3: Estratificación estadística de la muestra.....	43
Tabla 4: Coeficientes de la confiabilidad escala FACES III	48
Tabla 5: Análisis de fiabilidad del cuestionario FACES III utilizado en la prueba piloto.	50
Tabla 6: Análisis de fiabilidad del cuestionario de comunicación - FACES IV utilizado en la prueba piloto.....	51
Tabla 7: Características biopsicosociales de los participantes del estudio distribuidos por familiar y paciente.	56
Tabla 8: Datos de la familia, según tipo y etapa del ciclo vital familiar, de los participantes del estudio (n=162)	59
Tabla 9: Antecedentes mórbidos de los participantes del estudio distribuidos por el familiar y el paciente.	60
Tabla 10: Eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad, distribuidos por familiar y paciente.	61
Tabla 11: Eventos familiares protectores distribuidos por familia y paciente.	62
Tabla 12: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a la percepción de paciente dependiente(n=154) y familiar (n=310)	63
Tabla 13: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a las características biopsicosociales del familiar (n=309).....	65
Tabla 14: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a las características biopsicosociales del paciente (n=154).....	67
Tabla 15: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a las características familiares (n=310)	69
Tabla 16: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los antecedentes de salud del paciente (n=154).....	70
Tabla 17: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los antecedentes de salud del familiar (n=310)	71

Tabla 18: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del familiar (n=310).....	72
Tabla 19: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del paciente (n=154).....	73
Tabla 20: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos protectores del familiar (n=310).....	74
Tabla 21: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los factores protectores del paciente dependiente (n=154).....	75
Tabla 22: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a la percepción de paciente dependiente según discapacidad(n=154) y el familiar(n=310)	76
Tabla 23: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a las características biopsicosociales del paciente (n=150).....	77
Tabla 24: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a las características biopsicosociales del familiar(n=310).....	79
Tabla 25: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a las características familiares de los pacientes encuestados (n=154).....	81
Tabla 26: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los antecedentes de salud del familiar (n=154).....	82
Tabla 27: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los antecedentes de salud del paciente (n=154)	83
Tabla 28: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad del familiar (n=310).....	84
Tabla 29: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del paciente(n=154).....	85
Tabla 30: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos protectores del familiar (n=310).....	86
Tabla 31: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos protectores del paciente dependiente (n=154)	87
Tabla 32: Distribución de niveles de funcionalidad familiar percibidos por el paciente dependiente(n=154) y el familiar (n=310)	91

Tabla 33: Distribución de los niveles de funcionamiento familiar de acuerdo a los niveles de comunicación del paciente dependiente(n=154) y del familiar(n=310)	92
Tabla 34: Regresión logística con los pacientes del estudio.....	93
Tabla 35: Regresión logística con los pacientes del estudio	95

Índice de figuras

Figura 1: Caracterización de los sistemas familiares según el nivel de cohesión y flexibilidad.	19
Figura 2: Tipos de funcionamiento familiar según modelo de Olson percepción de los pacientes dependientes encuestados(n=154).....	89
Figura 3: Tipos de funcionamiento familiar según modelo de Olson percepción de los familiares encuestados (n=310)	90



RESUMEN

La familia es la responsable del mantenimiento de la salud y de la calidad de vida de sus miembros. Las familias que poseen un miembro en dependencia, desarrollan una labor de alta exigencia y desgaste. Esta situación es considerada como factor de riesgo familiar, lo que puede producir importantes cambios en el funcionamiento familiar, así como en los roles y hábitos de esta unidad.

El propósito del estudio fue identificar cómo influyen los factores biopsicosociales, factores de riesgo y protectores en el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad en las familias que tienen un integrante en dependencia adscritos a los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Metodología: corresponde a un estudio de diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. El instrumento recolector de datos estuvo conformado por un cuestionario semiestructurado, las escalas FACES III y FACES IV para medir las variables del estudio.

Conclusión: Los resultados permiten concluir que las familias que viven con un paciente dependiente, presentan alteración en la funcionalidad familiar y que la comunicación es un elemento que favorece la dinámica familiar. Esta información contribuye a entregar un cuidado de enfermería acorde con las necesidades específicas de estas familias en el contexto del modelo de Salud Familiar.

Palabras claves: Funcionamiento Familiar- Cohesión- Adaptabilidad- Comunicación.

ABSTRACT

Family is responsible for keeping health and life quality of its members. Family involvement in taking care of its members, especially when there are long dependency-by-prostration family relationships, are prolonging in time and becoming increasingly prevalent. This situation is considered as a risk factor or vulnerability for the family, and it can produce significant changes in family dynamics, as well as the roles and habits of this unit. In Chile, a variety of instruments had been used to determine interrelationships and the dynamic inside the family. They are mainly used as a diagnosis support method and not as a screening method for targeting biopsychosocial interventions.

Objective: To identify how biopsychosocial, protection and risk factors, affect family functioning, specifically about cohesion and adaptability, in families with a member in dependence of the Family Health Centers in the city of Chillan during 2014 .

Methodology: quantitative, descriptive and cross-sectional, correlational design Study. The data collecting instrument consist of: FACES III Biopsychosocial Survey and FACES IV Communication Scale.

Conclusion: The results suggest that families living with a dependent patient , have impaired family functioning and that communication is a factor influencing family dynamics. This information that helps to improve nursing care according to the specific needs of these families in the context of the new model of family health.

Keywords: Family Functioning - Adaptability -Communication

INTRODUCCIÓN

I.1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

La familia es la institución más antigua de la humanidad; está conformada por diversos grupos de individuos, cuyos rangos de edad pueden extenderse hasta dos o más generaciones. En las diferentes sociedades y culturas ha sufrido transiciones que se relacionan con diversas situaciones de orden social, económico, político, cultural, entre otros; las que imprimen una rápida dinámica de transformaciones en sus relaciones, estructuras y funciones. De esta manera los procesos de modernización y globalización han afectado a la institución familiar en los países de América Latina.^{1,2}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración acepta como miembro de la familia “a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica” lo que por hecho amplía su definición y conformación. Esto trae como consecuencia que la dinámica y el funcionamiento de las familias estén en constante cambio. Además es considerada como piedra angular para los procesos en salud, es quien entrega parámetros en salud y puede tener la capacidad de influir positivamente sobre los comportamientos de sus integrantes de modo que crezcan como individuos saludables y puedan enfrentar los cambios que se presentan en los diferentes ciclos de la vida.³

Al referirse al término familia, es prudente decir que la definición se da según el contexto histórico, sociológico y jurídico; conservando elementos importantes como la unidad básica de la sociedad, satisfacción de necesidades, agente socializador y propagador de la especie y desarrollo emocional; por lo tanto, es deber del Estado y la sociedad garantizar la protección de la familia. De igual manera las relaciones familiares se basan en la igualdad de derecho y deberes de la pareja, y en el respeto recíproco de todos sus integrantes⁴. Sin embargo, no hay coherencia entre la extrema importancia asignada a las familias por parte de los gobiernos, las instituciones religiosas, los individuos y la atención que efectivamente se les otorga en las políticas públicas sobre todo en las relacionadas con salud⁵. Los estudios y análisis familiares desde diferentes ópticas

y disciplinas se han desarrollado para lograr un mejor entendimiento y abordaje integral de la familia. Esto genera un centro de atracción, investigación e intervención, con el fin de conseguir evoluciones positivas tanto en ella misma, el individuo y la sociedad a la cual influye directamente.⁶

La función que desempeña la familia en la salud de sus integrantes fue señalada por la OMS y la OPS en la 37ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo en marzo del 2003: “La familia no es solo la unidad básica de la organización social, sino la más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas y terapéuticas”⁷. La importancia del rol de la familia en el proceso de atención de la salud ha estado vigente en las distintas miradas profesionales que convergen en la atención comunitaria. Sin embargo el Ministerio de Salud (MINSAL), desde comienzos de la década de los noventa, reorienta sus políticas incluyendo de forma prioritaria a la familia en los programas de gobierno. En ese entonces, el Ministerio de Salud en forma estratégica, se suma a la iniciativa de la Universidad de Chile de formar médicos especialistas en Medicina Familiar, y además inicia las primeras experiencias piloto de atención con enfoque familiar en organizaciones no gubernamentales. En 1993, como consecuencia de la publicación del documento “De Consultorio a Centro de Salud”, comienza a surgir, en la atención primaria equipos de salud que lentamente muestran en su diario quehacer, características propias del modelo que allí se describe. Fue a partir de 1998, cuando se puso un mayor énfasis en la necesidad de poner a la familia como marco de referencia en el cuidado de la salud del individuo y también en considerar a la familia como unidad de cuidados. Finalmente en el año 2001 con la Reforma sectorial, el modelo de atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario es legalmente sancionado como la nueva forma de atención y se establecen las bases de una gestión en torno a redes asistenciales.⁸

En la transformación del modelo, el desafío ha sido permanente. Uno de los elementos fundamentales es consolidar una relación que ponga al usuario y su familia en el centro del quehacer, con respeto, empatía y compromiso entre usuarios e integrantes del equipo de salud. Desde entonces la Atención Primaria

se ha comprometido a llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir nuevos espacios a la participación ciudadana y establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas locales⁹. Bajo esta mirada, la salud y la enfermedad no son solamente la responsabilidad de cada persona, es también la responsabilidad de la comunidad y específicamente de la familia¹⁰.

Ciertamente, cada una de las familias tiene distintos aspectos para ser evaluados, sin embargo merece especial atención las familias que poseen uno o más miembros en Dependencia o postración. El impacto epidemiológico y de Salud pública que esto ha demarcado debe ser valorado por los profesionales de la salud. De igual forma los cambios en la estructura social y económica ocurridos durante los últimos cien años han tenido un efecto fundamental en la salud de la población, modificando sustancialmente el perfil epidemiológico y las condiciones de la salud y enfermedad¹¹. Según estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el número de personas mayores de 60 años en el mundo pasará de 600 millones en el 2000 a 1.200 en el 2025 y a casi 2.000 millones en 2050. Durante esos 50 años se espera que la proporción de personas de 60 años y más se duplique en el mundo, y se pase de un 10% actual a cerca del 21%, mientras en los países en vía de desarrollo este porcentaje crecerá de forma más acelerada. En Chile, en relación a los índices de discapacidad, estos han impactado nuestra realidad, es así como el 12,9% de la población chilena vive con alguna discapacidad, 1 de cada 8 chilenos tiene discapacidad y de ellos el 2,5% tienen una discapacidad severa. Por lo anterior, la población tendrá mayor esperanza de vida y junto a ello la prevalencia de enfermedades degenerativas cardiovasculares, osteoarticulares y de salud mental, aumentando en muchas de estas complicaciones los índices de dependencia a nivel domiciliario.^{12,13}

La discapacidad tiene diferentes causas y puede afectar a distintos grupos etéreos; puede ser que un postrado sea adulto o niño; a su vez según su nivel de invalidez será categorizado como postrado leve, moderado o severo. Al respecto el Instituto Nacional de Estadística refleja que uno de cada tres hogares chilenos

tiene al menos un miembro con postración y más del 75% se atiende en el sistema público de salud. ¹⁴

Frente a esta problemática epidemiológica, hacia el año 2004 se instaura en Chile el programa de Cuidados domiciliarios de pacientes con discapacidad, tendientes a dar atención de enfermería a personas que requerían de algún tipo de prestación en domicilio por incapacidad de desplazamiento temporal (alta hospitalaria precoz, post operatorios tempranos, alivio del dolor, etc.) y definitivo. Posteriormente, hacia el año 2006 se instruyen 36 medidas donde se incluye el cuidado y mayor atención a los cuidadores de pacientes postrados. Este es el inicio del programa como actualmente se desarrolla, dirigido a pacientes con discapacidad moderada o severa, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada en su domicilio, incluyendo capacitación permanente a la familia que cuida e intentando aliviarla, a través de un apoyo monetario con el objetivo final de impedir la institucionalización del integrante dependiente. Sin embargo, el seguimiento o evaluación del real estado de salud o riesgos específicos de estas familias parecen ser insuficientes. A esto se le puede sumar el impacto y la crisis que presentan las familias al momento en que uno de sus miembros ingresa a un estado de dependencia ¹⁵. Las Familias que poseen un miembro dependiente, desarrollan una labor de alta exigencia y desgaste, como es la de cuidar permanente e incondicionalmente a un paciente postrado, definido según Ministerio de Salud en el programa de atención domiciliaria de pacientes con dependencia severa como: “aquella persona que requiere ayuda total para realizar las actividades de la vida diaria, actualmente categorizado por el Índice de Barthel (bañarse, vestirse, alimentarse, contener esfínteres, usar inodoros y trasladarse) y necesariamente asumen también un costo social, familiar y personal difícil de aceptar. Otro de los factores que agudiza el problema son los cambios importantes en el modelo familiar, tales como la disminución de las familias extensas, que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros. Este cambio en la institución familiar está motivado por el incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios debilitando así las redes de solidaridad familiar. ¹⁶

En relación a la identificación del riesgo o vulnerabilidad familiar, este es definido como una probabilidad de que la familia sufra daños o los efectos de un fenómeno no deseado, considerando que esto puede iniciarse a partir del riesgo de uno de sus miembros. Desde este punto de vista puede considerarse familia en riesgo a la que posee antecedentes o tiene predisposición a una alteración; o aquella que presenta daño o disfunción. En el trabajo comunitario, tanto la enfermera como el resto del equipo de salud, aplica en primera instancia una encuesta a todas las familias circunscritas al per cápita poblacional que corresponda a su circunscripción o delimitación demográfica. Esta encuesta contiene información relevante desde el punto de vista de conformación familiar, tipo de familia, genograma, ingresos económicos, saneamiento básico e identifica mediante un listado los distintos factores de riesgos que podría presentar la familia tales como: presencia de enfermedades invalidantes o que causen dependencia o postración, neoplasias, enfermedades crónicas sin tratamiento ni control, episodios de violencia Intrafamiliar, abuso de drogas o alcohol, delincuencia, embarazo adolescente, duelo reciente. De igual manera se identifican factores protectores tales como: redes de apoyo familiar, comunitario, nivel educacional, entorno ambiental saludable, estructura familiar y adherencia a la atención de salud.¹⁷

Entonces, se considerará familia en riesgo o vulnerable, quien a partir de un caso índice, presenta a lo menos uno o más factores de riesgo tales como: Alcoholismo, drogas con dependencia, cáncer terminal avanzado, esquizofrenia o enfermedad psicótica, postración permanente, embarazo no deseado, violencia intrafamiliar, conductas adictivas y /o depresión severa confirmada en nivel secundario.

De esta manera, tanto las familias consultantes como los profesionales tratantes, se enfrentan con una amplia gama de estrategias de diagnóstico y de tratamiento, no permitiendo un diagnóstico real y específico, limitando las estrategias de intervención más adecuadas para cada caso.

Respecto a la comprensión de los sistemas familiares, a finales de los setenta, los estudios iniciados por David H. Olson trataban de mostrar los aspectos más

relevantes del funcionamiento familiar la que se puede concebir en función de las variables cohesión y adaptabilidad, siendo la comunicación familiar un tercer componente de este constructo que facilitaría la dinámica de las familias. El Modelo Circunflejo desarrollado por Olson y Cols (1979) es uno de los más utilizados para evaluar el funcionamiento familiar. Con base en este modelo se desarrolló el Faces III (Family Adaptability and Cohesion Scales), instrumento que mide dos de las dimensiones: la cohesión y adaptabilidad. La comunicación es una tercera dimensión que podría favorecer la mayor flexibilidad y adaptación del sistema familiar, por lo que resulta relevante identificar el nivel de comunicación, escala incluida en FACES IV. A través de estos instrumentos, se puede hipotetizar que las familias sin problemas son familias equilibradas, mientras que las familias con problemas son familias cuyas puntuaciones en la escala se sitúan en los extremos. Sin duda, una valiosa orientación en el trabajo terapéutico. ¹⁸

El funcionamiento familiar saludable posibilita a la familia cumplir exitosamente con las funciones que le están histórica y socialmente asignadas, para lo cual se hace necesario el desarrollo de una dinámica familiar apropiada. Al hablar de dinámica familiar, esta se refiere al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entonces una familia funcional será aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar; entendiendo en este caso, una familia que cuida un paciente en condición de dependencia o postración. ¹⁹

Por otra parte, cuando una familia no cumple o no logra las tareas antes descritas Surge el concepto de “disfuncionalidad”, que hace referencia al funcionamiento relacional deficiente a lo largo del tiempo, el cual no permite el desarrollo de las funciones culturalmente establecidas para ella afectando significativamente tanto al grupo familiar como al desarrollo individual de sus miembros. ²⁰

Bajo la visión de enfermería, desde siempre hemos involucrado al paciente y su familia como parte fundamental de nuestra labor profesional y ha estado explícito en la docencia de pregrado en las competencias del futuro profesional; este enfoque holístico y biopsicosocial entregado en los años de formación ha impulsado permanentemente nuestra gestión y nos entrega las herramientas para generar calidad de cuidados en el usuario y su familia en grupos etarios específicos. Sin embargo, con todo lo construido, aún son escasos los estudios e investigaciones de enfermería que aporten evidencia de nuestra Salud Familiar. Se hace necesario generar mayor conocimientos en esta área permitiendo el crecimiento trascendente de nuestra Disciplina Ciencia y Profesión.

Identificar las características biospsicosociales de las familias que viven con un integrante dependiente y conocer su funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad, desde el punto de vista del paciente y la familia; y como la comunicación entre sus miembros puede favorecer este funcionamiento, resulta una herramienta práctica para la disciplina de enfermería y otras áreas de la salud, ya que nos permiten mostrar evidencia científica para el diseño y continuidad de programas de salud familiar con la valoración de riesgos por grupos de edad, biológico-familiares del medio ambiente, de prácticas y de servicios de salud; permitiendo de esta manera planear acciones anticipatorias para disminuir riesgos.

Problema de investigación.

Enfermería ha enriquecido sus conocimientos en distintos temas que aportan al quehacer de nuestra Disciplina, principalmente en el área del cuidado de enfermería como parte fundamental de la recuperación y estado de salud de nuestros usuarios. Hemos incorporado una mirada biopsicosocial y holística, abarcando las necesidades psicológicas y espirituales del paciente. Sin embargo, el modelo de Salud Familiar, nos invita a intervenir con propuestas innovadoras y efectivas en el núcleo principal del cuidado y atención que es la familia. Aplicando instrumentos que nos ayuden a valorar el riesgo Familiar en situaciones de vulnerabilidad como aquellas variables que incrementan la susceptibilidad a los efectos negativos de los factores de riesgo, tales como tener uno o más miembros

en dependencia, o padecer enfermedades crónicas e invalidantes, situaciones que pueden vulnerar el funcionamiento de la familia.

En el ámbito de Enfermería son escasos los estudios en Chile que profundicen en el funcionamiento familiar; a su vez los instrumentos para diagnóstico familiar son diversos y abarcan las dimensiones de la persona y su familia en forma generalizada. Excepción a esto, es la valoración de factores biopsicosociales del niño y familia realizada en los primeros controles Infantiles y formularios de visita e intervención familiar a temprana edad.

La medición de la dinámica familiar se hace complejo debido a los múltiples factores internos y del medio ambiente que influyen y determinan su evolución. En relación a la identificación de factores de riesgo familiar, el profesional de atención Primaria aplica una ficha de reconocimiento familiar en domicilio, identificando aspectos tales como: estructura familiar, tipo de familia, ingreso familiar, aspectos de saneamiento básico, patologías crónicas, factores de riesgo y factores protectores familiares. De este modo, se identifica el riesgo o vulnerabilidad familiar, sin embargo la medición de aspectos tales como cohesión, adaptación y comunicación es evaluada por separado con distintos instrumentos, mayormente utilizados en Chile: Apgar familiar de Smilkteins (1987), instrumento muy general que evalúa satisfacción con la vida familiar a través de cinco preguntas que exploran la percepción de la ayuda que recibe de su familia. Otro instrumento muy utilizado es el Genograma para graficar y representar a los miembros de una familia y su relación en tres generaciones. Un instrumento bastante conocido es el Test “Como es su familia” y “Cómo es Tu familia” de utilidad para padres y adolescentes.²¹

Sin embargo, su utilización en la práctica clínica no es generalizada y solo se aplica a familias susceptibles y en casos particulares de análisis familiar; argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa. Por lo anterior, identificar el funcionamiento de estas familias en riesgo, en sus dimensiones de Cohesión y Adaptación, a la vez conocer el tipo de comunicación percibida por la familia y por

el paciente en dependencia, nos evidencia la dinámica de esta familia para cumplir exitosamente las funciones de cuidado preventivo y terapéutico.

Detectar grupos o familias vulnerables de presentar problemas de salud o disfuncionalidad con la generación de un sistema de evaluación válido y multidimensional, permitiría reflejar la complejidad de los factores que vamos a intervenir; logrando mayor impacto en la protección de dicho núcleo, optimizando de este modo los recursos disponibles.

Investigar a las familias en nuestro país constituye un importante aporte; no debemos olvidar que la familia que cuida a un integrante en condición de dependencia por postración se convierte en una fuente de apoyo o de vulnerabilidad, conformando una variable significativa, a ser tomada en cuenta por el equipo de Enfermería y los profesionales de la salud en el proceso de recuperación de sus miembros. La importancia de la enfermera en el análisis de los factores de riesgo y factores protectores de la familia es gravitante para establecer un diagnóstico que permita evaluar el grado de vulnerabilidad que ésta presenta, y así determinar estrategias de intervención en los distintos niveles de prevención, además de identificar los mecanismos que la familia utiliza para mantener la estabilidad y armonía dentro del grupo familiar.

I.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

De esta manera, el problema de investigación se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es el nivel del Funcionamiento familiar, en sus dimensiones de cohesión, adaptabilidad percibida por el familiar y el paciente dependiente adscrito a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Chillán?

Qué factores biopsicosociales influyen en el funcionamiento familiar de las familias con un integrante dependiente adscrito a los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Chillán?

¿Cómo influye la comunicación en el funcionamiento familiar?

I. 3 MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se hará referencia al fundamento teórico que guía el presente estudio: Familia, Funcionamiento familiar, Modelo Circunflejo de Olson y Cols, Modelo de salud familiar, Enfoque de Riesgo Familiar y Programa de atención domiciliaria de pacientes dependientes.

I.3.1 Familia

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos. Algunas de sus funciones son las biológicas, educativa-socializadora, económica, solidaria, función protectora (psicológica), es decir, cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales.²²

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1998), artículo 16.3 que “la familia es el elemento natural o fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado”. En la Conferencia Internacional de Doha para la Familia (2004) se hace alusión a ésta como agente de desarrollo social, económico y cultural. En la V Conferencia Interamericana de la Familia (2000), promovida por la Organización Mundial para las Familias (OMF), se definió el término como “la unidad básica de la sociedad que realiza funciones sociales esenciales, y sirve como fuente de estabilidad, continuidad y desarrollo”.²³

Existen múltiples definiciones para “familia”, las que varían de acuerdo con la época histórica, como el ambiente cultural que la circunda. Actualmente, en la

cultura occidental, la familia es considerada como la agrupación de marido, mujer e hijos, que tiene como finalidad proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarle apoyo emocional y físico. De esta manera, se constituye en la unidad básica de toda estructura social, y por ende, en su unidad epidemiológica.

No existe una sola definición de familia aceptada por todos. Así, cuando hablamos de “familia” cada Institución o autor puede tener su propia concepción del término. Sin embargo, la diversidad de concepciones en relación a la familia, sumada a la evolución experimentada con el paso del tiempo, le ha permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, ha traído como consecuencia el desarrollo de diferentes definiciones de familia:

- La Organización de Naciones Unidas (ONU) define a la familia como un : Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la familia como” A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.
- Para el Instituto Nacional de Estadística (INE) la familia son las Personas que forman parte de un mismo lugar (durante el mes pasado permanecieron por lo menos la mitad del tiempo en el), entendido como un espacio físico delimitado y consumen los alimentos preparados de una misma fuente.
- Para el Ministerio de Salud la familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se fundamenta en la unión entre hombre y mujer, en el amor entre ellos y en la manifestación del mismo hacia los hijos. Es el ámbito donde la persona se sabe amada, y es capaz de amar. La familia es pues la base de toda comunidad de personas, amor y vida, donde todos sus miembros están llamados al desarrollo humano pleno. Desde un punto de vista práctico, la definición más aceptada por los equipos es “Conjunto de personas unidas por

lazos de parentesco o relación afectiva, que viven bajo un mismo techo y que comparten recursos y/o responsabilidades”. Desde la perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quien la describe. Es decir, cada persona dice cuál es su familia. En esta sentido, entonces podría ser que el número de miembros excediera a los que “viven bajo un mismo techo”.

La familia es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. De este modo, para los profesionales de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud. La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (padre y madre), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), y el cumplimiento o no de sus funciones básicas (Funcional o Disfuncional) Este último aspecto siendo el más importante según diversos autores.²⁴

Desde la perspectiva de la Teoría Sistémica se concibe a la familia como un sistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social. Por sus características, la familia es la unidad fundamental del gran sistema social representado por la comunidad, el cual se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando subsistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia.

Cualquiera de los aspectos mencionados, implica considerar a la familia como sistema en el que están insertos los individuos y por tanto los define, de modo que se requiere incorporar una metodología clínica para poder evaluarla desde la perspectiva de su estructura, funcionamiento, cumplimiento de objetivos, existencia de riesgos y/o eventos estresantes, sus recursos, etc. Abordar un problema de salud también implica generar intervenciones con enfoque sistémico y considerar el impacto de las intervenciones considerando que:

- La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, tales como hábitos y estilos de vida.
- Las tensiones que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas.
- Los síntomas somáticos pueden cumplir una función adaptativa en el seno de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiares.
- Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.²⁵

I.3.2 Teoría general de sistemas aplicada a los sistemas familiares

La Teoría de Organización Sistémica de ML Friedemann (1995), se basa en la identificación y análisis de las dimensiones y metas del sistema familiar. Desde su perspectiva el mundo se concibe como un microsistema abierto compuesto de subsistemas, tales como las familias y las personas, la familia es vista como un sistema social expresado en transmitir cultura a sus miembros.

El entorno, las personas y las familias son sistemas abiertos en permanente movimiento y se esfuerzan por lograr la congruencia, que se refiere al estado dinámico de sistemas y subsistemas que están perfectamente sincronizados unos con otros; hay sistemas que promueven un sentido de bienestar pero hay otros que cambian y producen tensión.²⁶

Los postulados propuestos por Friedemann con respecto a la familia son:

La familia dentro del sistema civil transmite cultura, la totalidad de patrones y valores del sistema humano. La familia comparte la responsabilidad de dar seguridad y suplir las necesidades físicas, enseñar habilidades sociales a sus miembros, brindar crecimiento personal, permitir la unión de los miembros familiares y promover un propósito para la vida y darle significado a través de la espiritualidad, también satisface las necesidades de sus miembros a través del control de su ambiente y los guía para encontrar su lugar en la red de sistemas por medio de la espiritualidad.

Las estrategias familiares caen en las cuatro dimensiones del proceso de Friedemann: Mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e

individuación. Las dimensiones son independientes entre sí. Todos los procesos familiares incluyen comportamientos coordinados que buscan regular las condiciones de los cuatro sistemas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad familiar. El proceso de búsqueda de congruencia se enfoca en cuatro objetivos o metas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad. Estas cuatro metas interactúan entre sí para lograr un equilibrio dinámico a través del cual el sistema –cuando es saludable– se acomoda hasta encontrar la congruencia. Para ser organizadas, las familias deben practicar en la vida cotidiana algunas conductas relacionadas con las cuatro dimensiones del proceso. El énfasis para cada dimensión puede variar entre las familias. Friedemann (1995) hace énfasis en la congruencia de la familia como sistema, su relación con el entorno y la interacción entre los miembros. La congruencia se concibe como el equilibrio entre el control de la ansiedad y el bienestar de las personas que componen la familia, es propiciada por la interacción de las metas entre sí y el entorno. La visión expuesta por la autora respecto a la familia como sistema que a su vez interactúa con sistemas ambientales y sus propios subsistemas, permite ampliar el concepto sobre familia, siendo mucho más que la suma de las partes. Cada una de las dimensiones se encuentran interrelacionadas unas con otras, siendo realmente difícil separarlas. Es así como la cohesión es un requisito para la individuación pero a su vez tiene como blanco la espiritualidad. En los subsistemas ambientales, los humanos ajustan su propio ritmo y patrón para permitir la conexión con otras unidades de su escogencia, tales como el sistema de amistad y de trabajo; a través de estas unidades las personas desarrollan sus talentos, lo cual les permite ganar entendimiento y lograr el crecimiento.

La congruencia se concibe como el equilibrio entre el control de la ansiedad y el bienestar de las personas que conforman la familia, es el resultado de la interacción de las metas entre sí y el entorno, lo cual significa salud en el marco de la familia como organización sistémica. Es así como las familias saludables pueden tener un nivel alto de organización y un nivel de satisfacción que continuamente intenta crear nuevas formas de restablecer y encontrar congruencia dentro de los sistemas y el entorno.²⁷

I.3.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

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. Podría ser un error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y utiliza los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.²⁸

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro puntal importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación. La permeabilidad es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos. Finalmente el apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones.

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. 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 cuidados dirigidas a un manejo más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la salud familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.²⁹

I.3.4 MODELO CIRCUNFLEJO: CONSTRUCTO DESARROLLADO POR OLSON, RUSSEL Y SPRENKLE (1979)

El Modelo Circunflejo de los Sistemas Marital y Familiar fue desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle en 1979 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre investigación, teoría y práctica (Olson, Gorall y Tiesel, 1989 en Olson, 2000).

El modelo es dinámico e integra las dimensiones que repetidas veces se han encontrado como relevantes en distintas teorías y abordaje clínico en familia: cohesión y adaptabilidad, siendo la comunicación un elemento facilitador de la dinámica familiar. Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que estudia.

La dimensión *cohesión* es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. Sus indicadores específicos incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos

familiares, pudiéndose identificar familias desligadas, separadas conectadas y enmarañadas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de cohesión (familias o parejas separadas o conectadas) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos de cohesión excesiva (familias o parejas desligadas o enmarañadas) implicarían un funcionamiento más problemático, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros (ver Figura 1). En el extremo opuesto, los sistemas desvinculados estimulan un alto grado de autonomía: los miembros de la familia "hacen cada uno lo suyo" y tienen un apego o compromiso limitado hacia ella. En el área central que se corresponde con los modelos separados y conectados los miembros pueden experimentar la independencia de la familia y la conexión con ella, de maneras equilibradas.³⁰

Figura 1: Caracterización de los sistemas familiares según el nivel de cohesión y flexibilidad.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAOTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Fuente: basado en el modelo de Olson Spenkle y Russel 1983.

Tabla 1: Niveles o tipos de cohesión familiar.

Nombre del nivel	Descripción del nivel
Desligada	Ausencia de unión afectiva y lealtad. Alta independencia personal con primacía del individuo por sobre la familia.
Separada	Moderada unión afectiva entre los miembros de la familia. Presencia moderada de lealtad e interdependencia. Existen lazos que construyen un “nosotros”
Conectada	Unión afectiva, fidelidad, e interdependencia entre sus miembros. Tendencia hacia la dependencia. Primacia de la familia sobre el individuo.
Enmarañada o enredada	Máxima unión afectiva entre los familiares, que exige fuerte lealtad y fidelidad hacia la familia. Alto dependencia familiar en toma de decisiones

Fuente: basado en el modelo de OlsonSpenkley y Russel 1983.

La dimensión *flexibilidad* es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia. Sus indicadores específicos incluyen: liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de rol y reglas relacionales.

Existen 4 niveles de flexibilidad identificándose familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de flexibilidad (familias o parejas estructuradas o flexibles) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte los niveles extremos (familias o parejas rígidas o caóticas) implicarían un funcionamiento más problemático (ver Figura 1).³¹

Tabla 2: Niveles o tipos de adaptabilidad familiar.

Nombre del nivel	Descripción del nivel
Rígida	Liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta, ausencia de cambios
Estructurada	Liderazgo y roles ocasionalmente compartidos. Cierta grado de disciplina democrática y cambios cuando son necesarios
Flexible	Liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.
Caótica	Ausencia de liderazgo, cambios aleatorio de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

Fuente: basado en el modelo de OlsonSpenkle y Russel 1979.

Por último, la *Comunicación* es considerada como una dimensión facilitadora dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores. Se define por las destrezas de comunicación del sistema, que involucra la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos. Se refiere básicamente a la comunicación positiva, facilitadora, por ejemplo la empatía, la escucha reflexiva, los comentarios de apoyo que permiten a los miembros compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo la comunicación negativa como son los dobles mensajes, las críticas. En una modalidad de comunicación fragmentada, entrecortada, cargada de interrupciones o cambios de temas abruptos, que sume a los participantes, principalmente a los hijos, en un desconcierto total.³²

Distintos niveles de mensajes en la comunicación formal (lo que se dice) y la informal (lo que se hace o se da a entender) se anulan mutuamente. En definitiva

situaciones no claras respecto de roles y funciones en los distintos miembros, suelen producir una desorientación generalizada frente a las tareas al desconocerse el qué y el cómo se espera de cada uno. La estructura, interacción y comunicación dentro de la familia superorganizada, lo opuesto a la anterior, muestra una excesiva preocupación y ansiedad. Los adultos, aquí padres, están sobreinvolucrados o tienen características de sobreprotección respecto de los hijos, lo cual produce o exacerba la conducta de oposición. El hijo en general es visto como "débil o perezoso", se priorizan los resultados o el rendimiento en general, lo cual genera o sostiene un negativismo o conducta de oposición pasiva frente a tareas y logros generales. El hijo en estas circunstancias es visto (y probablemente se siente) como "incompetente" y lo expresa con una conducta distante, apática y negligente. Un grupo familiar débilmente organizado o suborganizado, en el cual predomina una comunicación cortada, poco clara, genera y multiplica mensajes opuestos, o dobles, no orienta claramente hacia la tarea, no mantiene el foco de atención y tiende a producir fragmentación. Obviamente una comunicación positiva, flexible, en un grupo familiar que confía en sus propios recursos, con una pareja conyugal fuerte y satisfecha con el matrimonio y la vida familiar potencia las fuerzas de orgullo y acuerdos familiares, que parecen servir de amortiguadores ante los sucesos estresantes de la vida. Cualquier perspectiva positiva debe naturalmente ser nutrida por un contexto alentador, las condiciones de vida tienen que presentar recompensas accesibles y predecibles. De esta manera, se sostiene que la *cohesión*, la *flexibilidad* y la *comunicación* son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar.³³

El Modelo Circumplejo permite identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares dividiendo las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en cuatro niveles. La dimensión comunicación se considera un facilitador del Modelo y no es medida en Faces III. Los 16 tipos pueden ser agrupados en tres tipos más generales: balanceadas, intermedias y extremas. Los tipos balanceados son las cuatro áreas centrales que son balanceadas en ambas dimensiones. Los tipos intermedios son aquellas que son extremas en una dimensión pero balanceadas

en la otra y los tipos familiares extremos son los que tienen puntuación extrema, en ambas dimensiones. Olson, Sprenkle y Russell (1979) relacionan esta dimensión de adaptabilidad con los conceptos de morfoéstasis y morfogénesis de la Teoría General de Sistemas. La familia como un sistema sociocultural, es un sistema viable en la medida que se adapta a su medio. Los mecanismos de retroalimentación negativa y positiva, morfoéstasis y morfogénesis respectivamente, proveen el balance necesario para la adaptación de los sistemas. Los mecanismos morfoestáticos dan estabilidad al sistema, mientras la retroalimentación positiva provee al sistema familiar con comportamientos constructivos y potenciadores de crecimiento, creatividad, innovación y cambio. Las familias funcionales mantienen un equilibrio entre estos dos procesos, mientras que las disfuncionales muestran una tendencia excesiva a la estabilidad o al cambio. Olson y cols. (1979) plantean que la morfogénesis y morfoéstasis son los extremos de la dimensión de adaptabilidad.³⁴

Se hipotetiza que ambas dimensiones se relacionan en forma curvilínea con el funcionamiento familiar. Un funcionamiento óptimo, lo alcanzan las familias que se encuentran en los niveles moderados de ambas dimensiones, en cambio las que se encuentran en los niveles extremos, presentarían disfuncionalidad familiar.

Con los indicadores de adaptabilidad, se puede hacer una valoración utilizando las variables de asertividad, liderazgo, disciplina, estilo de las negociaciones, relación de roles, reglas y la retroalimentación del sistema. Una vez realizada la valoración de las variables, se asignan valores a cada una de ellas. Las familias con adaptabilidad baja se describen como rígidas, aquellas moderadamente bajas como estructuradas, las moderadamente altas como flexibles y las muy altas como caóticas. Los extremos caótico y rígido son típicamente más problemáticos para el funcionamiento familiar e individual.³⁵

Existen varias hipótesis que se derivan de este modelo, entre ellas se encuentran las familias o parejas con cohesión y adaptabilidad equilibradas (dos niveles centrales), que por lo general funcionarán de manera más adecuada a lo largo del ciclo vital que aquellas que ocupan los extremos de estas dimensiones. No obstante, los sistemas no balanceados pueden ser funcionales y los sistemas

familiares funcionales pueden ser no balanceados en ciertas ocasiones. Los sistemas balanceados pueden comportarse como no balanceados cuando están bajo altos niveles de estrés. Otra hipótesis, se refiere a que los tipos familiares balanceados tienen un repertorio de conductas más extenso y más capaz de cambiar que los sistemas familiares no balanceados. Esto se refiere básicamente a los cambios, en que las familias balanceadas pueden adaptarse a las situaciones de estrés, como en el caso de diagnóstico de enfermedad terminal.

También existe la hipótesis de que las familias equilibradas modificarán su cohesión y adaptabilidad para manejar las situaciones de estrés y el cambio evolutivo, en tanto que las familias extremas se resistirán al cambio o saltarán al otro extremo del nivel. Un supuesto importante del modelo es que los tipos de familia son dinámicos y pueden cambiar para enfrentar el estrés. Incluso pueden adoptar uno de los extremos, aglutinarse, por períodos breves para contrarrestar el estrés. Es posible pasar a un nivel de mayor cohesión en un evento no normativo, como por ejemplo, al recibir un diagnóstico de cáncer; o evolucionar a un sistema menos cohesionado de acuerdo al ciclo vital familiar, tal como familias con hijos adolescentes. Otra hipótesis se refiere a que las familias balanceadas tendrán más habilidades de comunicación positiva que las familias extremas. Estas incluyen habilidades de comunicación congruente, mensajes directos, capacidad de empatía y apoyo emocional, habilidades efectivas de escucha. Las habilidades de comunicación facilitan a los sistemas balanceados, el cambio en sus niveles de cohesión y adaptabilidad, comparados con los sistemas no balanceados.³⁶

I.3.5 MODELO DE SALUD FAMILIAR

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), hace referencia a la salud de la familia como una interacción dinámica entre la salud y las características familiares; la estructura y la función de la familia repercuten en la salud y a su vez, la salud repercute en la estructura y la función de la familia”. Esto lo identifica como un campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y

reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna. “La visión de salud familiar conlleva un reconocimiento social de los problemas de salud, y en este contexto, se reconoce la indivisibilidad de la madre, el padre y el niño en el proceso de las intervenciones de salud, por lo que la intervención en un miembro de esta unidad familiar conlleva a situarse en su contexto de vida social, para comprender mejor los efectos biológicos”.³⁷

Esto define la influencia de la familia en la salud y en la enfermedad de sus miembros. De igual manera, la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto. Esta relación se ha expresado como la existencia en la familia de características que pueden ser factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones en la salud, en determinadas pautas de conducta, en la forma cómo la familia reacciona frente a la enfermedad, como cuidadora, como conceptualiza la salud o cómo se organiza el funcionamiento familiar frente a la enfermedad o evento adverso.³⁸

El modelo de Salud Familiar en Chile, nace hacia el año 1997, producto del modelo existente en la década del setenta en Inglaterra, Canadá y Estados Unidos. El nuevo enfoque de salud familiar, busca resolver en forma más integral los problemas de salud, aportando significativamente a una resolución más global y multidisciplinaria en donde la familia adquiere una mayor importancia, pues en éste transcurre el desarrollo biológico y psicosocial del individuo³⁹. Bajo esta mirada, implicar a toda la familia en el tratamiento es una idea que puede parecer lógica, sin embargo es bastante nueva y no fácil de implementar en la atención de salud.

Se pone en marcha un nuevo cambio conceptual y operativo: los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este nuevo enfoque basado en el modelo biopsicosocial se centra en la familia y pretende dar respuesta a las necesidades de ésta como usuaria de los Centros de Salud, teniendo como foco de intervención al individuo. Este cambio político tiene gran importancia, en la medida que pretende dar respuesta a las necesidades de las familias, mejorando la satisfacción de los usuarios y la capacidad resolutoria de los Centros, a través de equipos motivados,

comprometidos y técnicamente capacitados en el enfoque familiar de salud. En el enfoque de atención centrado en la familia la comprensión del proceso salud enfermedad se hace desde el modelo biopsicosocial generando de esta manera una visión integral de la situación de salud de individuos y familias. La comprensión diferente de la situación salud enfermedad, necesariamente debe traducirse en la búsqueda de respuestas más integrales, tanto desde el sistema de cuidado familiar como desde el equipo de salud. La posibilidad de abrirse a respuestas innovadoras es mucho mayor.

Entre los ámbitos relevantes del ser humano se reconoce a la familia como el que genera las mayores y más permanentes influencias. En el Modelo de Atención Integral propuesto se releva como foco de atención la familia. De esta manera, se entenderá que la familia influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros. Así mismo la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto. Esta relación se ha expresado como la existencia en la familia de características que pueden ser factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones en la salud, en determinadas pautas de conducta, en la forma cómo la familia reacciona frente a la enfermedad, como cuidadora, como conceptualiza la salud o cómo se organiza el funcionamiento familiar frente a la enfermedad.⁴⁰

De este modo, se entiende por enfoque familiar la práctica clínica que recoge información sobre la estructura familiar, las relaciones familiares, las pautas de conducta relacionadas con la salud, las conexiones emocionales y los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto. A partir de esta comprensión se logrará una mejor organización de las respuestas con los recursos familiares. Por otra parte al incorporar la familia como unidad de cuidados, se está reconociendo y ayudando a la misma familia a reconocer, que muchas situaciones necesitan de la participación de la familia como sistema, para incrementar la efectividad de la intervención. Cada contacto con los individuos, familias, organizaciones e instituciones se visualiza como oportunidad para efectuar acciones promocionales y preventivas. Los aspectos curativos son enfrentados con un enfoque integrador de manera de minimizar el impacto de los problemas de salud, disminuir su recurrencia y lograr la adherencia de las

personas al plan consensuado. El equipo de salud, requiere introducirse en el contexto social, comunitario y familiar para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la comunidad a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar, comunitario y social. Para esto, se deben conformar equipos de salud multidisciplinarios a cargo de poblaciones pequeñas, facilitando el acercamiento. La comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida, por lo tanto, establecer una relación equipo-comunidad es de gran importancia enfatizando en la responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. De igual manera, la comunidad es un componente más de las distintas redes con las que cuentan las familias. El enfoque de atención centrada en la familia, implica: 1.- Que el sistema incluye a la familia como marco de referencia, para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo. Es decir, la familia influirá sobre la salud de sus miembros, y de esta manera afectará al sistema familiar. Trabajar con la familia como sistema, implica aprender a evaluarla desde la perspectiva de su estructura, sus riesgos, los eventos estresantes, sus recursos, su organización, generando intervenciones sistémicas.

La visión de salud familiar conlleva un reconocimiento social de los problemas de salud, y en este contexto, se reconoce la indivisibilidad de la madre, el padre y el niño en el proceso de las intervenciones de salud, por lo que la intervención en un miembro de esta unidad familiar conlleva a situarse en su contexto de vida social, para comprender mejor los efectos biológicos. Horwitz, Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis. La salud familiar puede considerarse entonces, como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar. Incluye el estado de salud física y mental individual, y el nivel de interacción entre los miembros de la familia.⁴¹

I.3.6 ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR

Junto al nacimiento del Modelo de Salud Familiar en Chile, se inicia la caracterización de las familias, siendo un punto de investigación en el área de cuidado familiar desde 1997. Sin duda, esto ha contribuido con el conocimiento de la realidad de las familias a la disciplina de enfermería. Podemos decir que existen herramientas para valoración y diagnóstico preliminar de la situación de salud familiar. De igual manera, la condición de riesgo biopsicosocial se ha definido aplicando pautas de factores de riesgo social y de factores protectores. Los factores considerados por los equipos de salud han sido a) biomédicos: embarazo adolescente, riesgo de desnutrición en menores de un año, síndrome bronquial obstructivo frecuente y enfermedades crónicas (alcoholismo, hipertensión arterial severa y diabetes descompensada), b) violencia intrafamiliar, adicciones, conductas delictuales y condiciones de pobreza.⁴²

El Riesgo se reconoce como la probabilidad estadística de que un acontecimiento afecte la salud en el futuro; y dado que estos se pueden conocer, medir y cuantificar se constituyen en indicadores de intervención, lo que quiere decir, que si se investiga se puede crear la posibilidad de prevenir, disminuyendo el daño a la salud. Por lo tanto, el riesgo familiar “es la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración”. La familia podría presentar parámetros de riesgo individuales de cada uno de los miembros que componen la familia y los riesgos comunes a la unidad familiar tales como los de tipo biológicos, demográficos y ambientales; se describen los riesgos socioeconómicos, el ambiente físico de vivienda y el vecindario, el ambiente psicoafectivo familiar, el estilo de vida de la familia, las prácticas de salud y la disponibilidad de los servicios sociales y de salud.⁴³

Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares

utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social de salud permanente.

De esta manera los factores de riesgo pueden clasificarse en tres aspectos:

1. Características biológicas o hereditarias (algunas características genéticas incrementan el riesgo de determinadas enfermedades y dolencias)
2. Los factores físicos, sociales, familiares, económicos, y ambientales (por ejemplo las poblaciones menos favorecidas tienen un mayor riesgo de sufrir un problema de salud)
3. Los patrones de comportamiento y el estilo de vida (muchas de las causas principales de morbilidad son determinadas por patrones en el estilo de vida, tales como la dieta, el tabaco, el ejercicio, el alcohol y el consumo de drogas).

Cuando se realiza un análisis familiar con enfoque de riesgo, se debe describir a la familia de acuerdo a la configuración, lo que comprende: ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolares, familia con adolescentes, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica), estructura o composición familiar (edad, sexo, número de personas), tipología familiar (nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida, extensa, modificada, pareja y atípica), y los riesgos a los que se expone tanto la familia como el individuo. El riesgo, se encuentra totalmente “relacionado con la presencia de factores que pueden desencadenar consecuencias adversas para la salud de la persona, la familia o grupo determinado. Por lo tanto, puede ser definido como “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o un grupo de personas que se conoce como asociada a la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido”.⁴⁴

De modo fundamental, el riesgo familiar es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de características biológicas demográficas, ambientales, socioeconómicas, psicoafectivas, prácticas de salud y de servicios de salud. Además, incluye la trayectoria de los miembros de la familia. Desde este punto de vista, una familia

con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención. Bajo este concepto no existen las familias sanas o enfermas, sino que cada familia se encuentra en un nivel particular de riesgo, que la pone en un mayor o menor riesgo de enfermar, tanto sus miembros como la familia como unidad. Esto demuestra que es muy importante que tanto la familia como la enfermera identifiquen los riesgos, para desarrollar intervenciones en forma temprana y oportuna; transformándose en una herramienta que permita determinar los elementos que actúan y contribuyen al desvanecimiento de la salud familiar.⁴⁵

Bajo la mirada del Ministerio de salud, los criterios de Riesgo Familiar se refieren a los factores psicológicos, sociales, biológicos y ambientales que inciden en una persona o grupo familiar, y que alteran su estado de bienestar biopsicosocial y determinan daño y/o disfunción en la familia. Dan cuenta de las condiciones de vulnerabilidad y exposición al daño en familias que están bajo la responsabilidad del equipo de salud familiar. Los factores de riesgo se pueden clasificar en mayores, intermedios y menores y entre los más frecuentemente identificados se cuentan: familias uniparentales, madre jefa de hogar, familia nuclear incompleta, violencia intrafamiliar, adulto mayor maltratado, madre adolescente, embarazo no deseado, paciente crónico, maltrato infantil, alcoholismo, bajos ingresos económicos y extrema pobreza, nivel escolaridad (analfabetismo) y sociocultural, crisis no normativas, cesantía ocasional y permanente, patología psiquiátrica grave o minusvalía física de algún miembro de la familia, promiscuidad, delincuencia de uno o más miembros, subsistema familiar cerrado, ausencia de padre o madre, hacinamiento, duelo reciente, enfermedad grave reciente, focos cercanos de contaminación, patologías crónicas, inadecuado saneamiento básico, insatisfacción laboral o estrés laboral⁴⁶

De esta forma, el Individuo en riesgo es la persona que tiene probabilidad o está expuesta a sufrir daños, factores de riesgo o los efectos de un fenómeno no deseado, tanto biológico como psicosocial. Además puede estar imposibilitado de

ejerger mecanismos protectores porque no los tiene o su medio es tan adverso que no los puede practicar. Entre los ejemplos destacan: individuos con conductas adictivas, embarazo adolescente no deseado, enfermedad crónica, enfermedad de salud mental, individuo con la percepción de pocas redes de apoyo o con antecedentes de mayor alteración de su equilibrio. Por lo anterior, la familia en riesgo será aquella familia que tiene probabilidad o sufre daños o los efectos de un fenómeno no deseado, considerando que esto puede iniciarse a partir del riesgo de uno de sus miembros. Puede considerarse familia en riesgo a la familia uniparental que posee antecedentes o tiene predisposición a una alteración; o aquella que presenta daño o disfunción. Según la experiencia de los centros de salud familiar, a través de una ficha de valoración, se identifican los principales riesgos o factores protectores de ella. De este modo, se considera como riesgo mayor a la que, a partir de un caso índice, presenta a lo menos 3 variables como: embarazada adolescente y/o soltera, embarazo no deseado, cesantía, violencia intrafamiliar, conductas adictivas, enfermedades crónicas y/o agudas y/o postración, abandono, depresión o depresión psicosocial, enfermedades respiratorias recurrentes y tuberculosis. Entonces, la familia que presenta uno o más factores de riesgo o conductas de riesgo, genera una probabilidad aumentada de dañar su rol en la familia ⁴⁷. La presencia de estos factores no necesariamente son negativas o la máxima expresión de un problema, sino también la oportunidad de crecimiento y superación en el desarrollo familiar. El hecho de atravesar una crisis no es necesariamente causa de disfunción familiar, sí puede constituir un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no ante la misma va a depender del impacto de los acontecimientos, de su capacidad de adaptabilidad y de los recursos protectores con que cuente la familia en su interior y en el entorno social. ⁴⁸

I.4 MARCO EMPÍRICO

En este capítulo se presentan estudios relacionados a esta Investigación, específicamente Funcionamiento familiar.

Algunas revisiones en México, revelan la investigación de Mendoza, Soler, Sainz et al. quienes analizan la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. De esta manera, en el año 2004 identifican algunas características biopsicosociales en 103 familias adscritas a la Unidad de Medicina del IMSS de Xalapa. En cuanto a tipología familiar, destaca las familias integradas y nucleares 82%, siguiendo por las tradicionales. Con respecto a la dinámica familiar, el 65% presento comunicación directa, el 64% los límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. Los resultados del FACES III demostraron un 43% de familias en rango medio, 41% balanceadas y 16% familias extremas. La comunicación, el afecto, la adjudicación de roles y la satisfacción sexual, fue evaluada el instrumento de Subsistema Conyugal. Al analizar el tipo de comunicación, se detecta predominio de comunicación directa en familias balanceadas, mientras que la comunicación enmascarada se observó en familias de rango medio y la comunicación desplazada en las familias extremas. Finalmente se concluye, que los más destacados factores relacionados a la funcionalidad son: la comunicación directa y límites claros.⁴⁹

Maglio AL, y Molina examinaron el funcionamiento familiar de los diferentes miembros de la familia de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) al inicio del tratamiento psicoterapéutico y analizaron las diferencias respecto de su percepción, desde el enfoque del Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares en centro de tratamiento especializado de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). De la misma forma, se identifican factores biopsicosociales en una investigación sobre 170 personas que conformaban 20 grupos de familias de adolescentes con Trastornos alimenticios (padre, madre, adolescente y hermano/a más cercano en edad) y 26 grupos familiares controles. Fueron evaluados con la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y el Inventario de Comunicación Adolescente-Padre. Las familias con

adolescentes con trastornos alimenticios, presentaron menor cohesión, menos comunicación abierta y más problemas en la comunicación. Los hermanos/as percibían menor cohesión que el resto de la familia y también referían tener un patrón comunicacional negativo con sus padres. La percepción del funcionamiento familiar difiere entre los distintos miembros de una misma familia, por lo que la visión de uno de los miembros no resulta generalizable a todo el grupo familiar. Esto podría impedir, tal como predice el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares, que la familia modifique los niveles de cohesión y flexibilidad familiar, para adaptarse a los cambios que imprime la patología alimentaria en uno de sus miembros. Otro aspecto que se sugiere, es que la inclusión de los hermanos/as, aporta una visión distinta y permite detectar factores ambientales familiares no compartidos por la adolescente con trastornos alimenticios.⁵⁰

Anteriormente, Schmidt (2001-2002) de la Universidad de Buenos Aires (UBA) realizó estudios con familias de drogodependientes, familias de discapacitados y familias controles, identificando diferentes tipos de sistemas familiares. Para su validación, en la población Argentina, se aplica FACES III en 785 padres y 600 hijos adolescentes de la ciudad autónoma de Buenos Aires, demostrando que una estructura de dos factores no resulta del todo adecuada y propone un modelo de tres factores. Cohesión, Flexibilidad 1 y flexibilidad 2 .⁵¹

Otros investigadores, para el año 2006, en México analizan la depresión y el Funcionamiento familiar en 252 estudiantes adolescentes. En este estudio, destaca la frecuencia aumentada de depresión en el sexo masculino asociada a tipo de familia rígidamente dispersa. En los adolescentes sin depresión, se observan las familias flexibles y aglutinadas. Esto demostraría la importancia de identificar estructura y funcionalidad familiar en la incidencia de la depresión en adolescentes.⁵²

Ornellas- Aguirre y Sanchez- Castro (2011) en México, realizaron un estudio a 82 mujeres epilépticas y 181 mujeres sanas como grupo control, identificando variables biopsicosociales tales como tipología familiar, nivel socioeconómico, sector urbano- rural, nivel de cohesión y adaptabilidad familiar utilizando en

instrumento FACES III, demostrando estadísticamente que existen diferencias de funcionalidad familiar según lugar de residencia urbano- rural, la adaptabilidad en familias urbanas sigue un patrón de tipo Caótica, donde prevalece un liderazgo limitado y disciplina relajada. Las familias rurales, en cambio eran de tipología Flexible destacándose por un liderazgo igualitario y cambio en roles de la familia en forma participativa y decisiones consensuadas. En cuanto a la Adaptabilidad, no se encontraron diferencias en el patrón de desarrollo. Finalmente, la investigación concluye que las familias que viven con una mujer con epilepsia presentaría mayor deterioro psicosocial, demostrando alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar. No presenta relación estadística los antecedentes biopsicosociales ni el tipo de familia.⁵³

Salgueiro H, López M, en el año 2009 en Brazil, realizaron un estudio correlacional, transversal identificando la relación entre la dinámica familiar y el cuidador de un familiar anciano o dependiente. El objetivo fue analizar el funcionamiento de la familia cuidadora, relacionando el nivel de dependencia del familiar anciano y la edad de los cuidadores con la dinámica familiar. Se estudió a 80 familias y 143 cuidadores. En su estudio, definieron la hipótesis que: 1.- a mayor nivel de dependencia de las personas mayores será menor cohesión familiar; 2.-cuanto mayor sea el nivel de dependencia de las personas mayores será menor capacidad de adaptación de la familia. 3.-que a mayor edad del cuidador principal será menor cohesión.

En sus resultados, identifican familias de tipo nuclear y extensa mono y biparental. El cuidador principales son mujeres esposas e hijas; el funcionamiento familiar es de tipo equilibrada funcional, donde existen límites claramente definidos y un sentimiento de pertenencia a la unidad familiar. La adaptabilidad es de tipo caótica, es decir una alta capacidad de enfrentar eventos estresantes en la familia. Concluyeron que el nivel de dependencia del anciano no altera la cohesión y adaptabilidad familiar, con todo, la edad avanzada del cuidador afectaría la dinámica familiar induciendo un potencial patológico.⁵⁴

La revisión literaria en Chile, identifica una investigación que caracteriza el perfil de riesgo en un grupo de familias inscritas en el Centro de salud familiar San Pablo de Mirasol de Puerto Montt 2007. En esta investigación se identifica la dinámica familiar, factores de riesgo en un total de 283 familias a través de los instrumentos “Como es su familia y FACES III. En sus resultados, predominan las familias nucleares biparentales, y nucleares monoparentales, mayormente con hijos adolescentes, más de la mitad refiere contar con red social permanente, los conflictos familiares considerados por ellos mismos son leves, cuya solución es relativamente fácil y depende exclusivamente del grupo familiar o de uno de sus integrantes, solo un 11% presenta conflictos severos o graves cuya solución muy difícilmente es controlada por el grupo familiar, necesitando en la mayoría de los casos ayuda externa a éste.

En el 17 % de las familias que participaron del estudio uno o más de sus miembros poseen algún tipo de discapacidad que les impide el normal desempeño de sus actividades cotidianas. De ellos el 47 % corresponde a discapacidad de tipo mental, siendo ésta la más frecuente; el 35 % corresponde a discapacidad física, el 12 % de las familias tienen en el grupo familiar un miembro con discapacidad no especificada en la encuesta, y el 6 % sufren discapacidad física – mental. En relación al funcionamiento familiar según el nivel de Cohesión, dos tercios de la población encuestada son familias que tienden mucho más hacia una cohesión fuerte que hacia la separación entre sus miembros, el grupo con menor porcentaje corresponde a las familias desligadas (11 %). Algunos factores de riesgo tales como cesantía crónica, bebedor problema, Violencia Intrafamiliar y embarazo no deseado se dan en un porcentaje importante de familias cuyo nivel de cohesión es mínimo. En cuanto a la Adaptabilidad familiar, las familias balanceadas (estructuradas y flexibles) suman el 65 %, y las extremas el 35 %. La asociación con los factores y conductas de riesgo no muestra variaciones importantes, lo cual sugiere una mayor habilidad adaptativa de las familias en eventos situacionales o del desarrollo que una mayor capacidad de relación y unión de los miembros hacia el grupo familiar.⁵⁵

Palma C. Garrido G. y Zicavo N, hacia el año 2011 realizan la validación del Instrumento FACES III, en relación a la Adaptabilidad y Cohesión en una total de 200 padres, madres y apoderados de ambos sexos, representantes de un mismo número de grupos familiares correspondientes a un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán. El objetivo de los investigadores fue identificar si existían diferencias significativas en el estilo de funcionamiento familiar percibido entre familias nucleares y ensambladas. Con base en el análisis comparativo, se pudo observar que en las familias estudiadas no existen diferencias estadísticamente significativas tanto en cohesión como en adaptabilidad, entre los tipos ensambladas y nucleares. Con base en los resultados, se pudo señalar que la configuración ensamblada posee una mayor apertura al cambio y una mayor capacidad de flexibilizar normas y reglas, de acuerdo con los requerimientos a los que se vea enfrentado a la familia. De esta manera, dichos sistemas familiares se percibieron a sí mismos como equilibrados, lo cual indica capacidad de conciliar adecuadamente las necesidades propias de la familia y satisfacerlas adecuadamente, sin que esto repercuta de manera significativa en la vida personal de sus integrantes.

El estilo de funcionamiento familiar para las familias ensambladas corresponde a tipología de rango medio, mientras que las familias nucleares presentan un funcionamiento familiar rango medio y extremo. Las familias nucleares perciben la cohesión (en mayor medida) como disfuncional, predominando el tipo aglutinada. De igual manera tanto las familias nucleares como las ensambladas presentan tendencias a percibir un tipo de cohesión aglutinado, lo cual se asocia a una mayor dificultad para constituir límites entre sus miembros sin que haya sido posible establecer diferencias significativas en este aspecto entre ambas configuraciones familiares.⁵⁶

En Uruguay, Costa D, González M et al.(2008) realizan la primera etapa del proceso de adaptación y traducción del FACES IV, donde participaron 584 sujetos de ambos sexo de Montevideo (Uruguay), repartidos en cuatro estudios piloto consecutivos. Actualmente, trabajan en su segunda etapa, realizando los estudios psicométricos, en especial de la validez de constructo a través de un Análisis

Factorial Confirmatorio, La fiabilidad provisoria para las escalas que conforman el FACES IV son: Cohesión balanceada =0.71; Flexibilidad balanceada =0.64; Desligada =0.77; Enmarañada =0.63; Rígida =0.68; Caótica =0.65; Comunicación =0.88 y Satisfacción =.094. Actualmente, se trabaja en la segunda publicación de este estudio.⁵⁷

Otra investigación realizada en Perú, por Ferrer, Miscan, Pino y Pérez en el año 2010, los investigadores identifican el funcionamiento familiar en 42 madres cuidadores de niños con retardo mental. En sus resultados, identifican en más del 42% de la muestra una funcionalidad familiar de tipo rango medio. En cuanto a Cohesión se identificó semirrelacionada y la adaptabilidad de las encuestadas resultó ser de tipo Caótica.⁵⁸

Como ha sido evidenciado, las transformaciones que viven las familias son múltiples y variadas en el tiempo y no existen suficientes investigaciones en nuestro país que den cuenta de cómo las mismas responden a los cambios acelerados que están viviendo, de cómo las personas desempeñan sus roles familiares y cumplen las funciones consensuadas como necesarias a la interna de las familias. Este tipo de investigaciones en Chile es incipiente y solo se ha validado la escala FACES III. Aún no se han encontrado estudios que relacionen funcionalidad familiar y factores de vulnerabilidad o riesgo familiar, por lo que marca un gran desafío para la generación permanente del conocimiento de la salud Familiar.

En relación a las áreas de aplicación de las escalas FACES han sido salud, niñez y adolescencia, problemáticas sociales, y terapia El funcionamiento familiar ha sido investigado en más de 1000 estudios. En 2002, Joao, Martínez y Cervera realizaron una traducción al español del instrumento FACES III para probar las propiedades de la prueba en este idioma. Con una muestra de 632 españoles, encontraron que el análisis factorial replicaba la estructura factorial de la versión original. Con esto, los autores confirmaron la validez y confiabilidad de FACES III en español. La validación en Chile, se realiza en un estudio constituido por toda la población de Santiago residentes en hogares particulares. De él, se seleccionó una muestra estratificada de 264 padres y madres, provenientes de 151 familias,

que incluyó a 15 comunas. Se realizó análisis factorial de primer y segundo orden, encontrando que la escala poseía una estructura factorial de siete factores, la que explica el 54,88% de la varianza total del instrumento. Finalmente es válida desde el punto de vista de su contenido y estructura factorial. Sin embargo se sugiere replicar el estudio con una muestra de mayor tamaño, buscando mejorar los índices de confiabilidad obtenidos.⁵⁹

La escala de FACES se ha utilizado para evaluar las relaciones familiares de pacientes con cáncer (Baider, Koch, Esacson, & De-Nour, 1998). Para buscar una relación entre la dinámica familiar y el reforzamiento de las enfermedades (Brace, Scott, Smith, McCauley, & Sherry, 2000); para probar la relación entre las relaciones familiares y la propensión a influenza (Clover, Abell, Becker, Crawford, & Ramsey, 1989), al asma (Donnelly, 1994) y otras enfermedades respiratorias (Foulke, Reeb, Graham, & Zyzanski, 1988). En todos esos casos el instrumento de FACES, en sus diferentes versiones, ha ayudado para relacionar las variables del funcionamiento familiar con las variables de las enfermedades y de los tratamientos. Algunos investigadores han utilizado el instrumento FACES para estudiar problemas relacionados con la niñez y la adolescencia. Fischer (2002) realizó un estudio exploratorio sobre el involucramiento de los padres en la vida académica de los hijos y su relación con problemas en la escuela. Yahav (2002) realizó un estudio acerca de las familias de hijos con síntomas internos versus síntomas externos de acuerdo a las concepciones lineares y curvilíneas del modelo circunplejo del instrumento FACES IV. JangHee (2004) realizó un estudio donde el propósito era investigar la relación entre los diferentes tipos de sistemas familiares del modelo circunplejo y la identidad del ego en el desarrollo de la adolescencia.^{60,61}

I.5 OBJETIVOS

Objetivos generales

Identificar el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad, percibido por la familia y por el familiar dependiente adscrito a los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Identificar cómo influyen los factores biopsicosociales, factores de riesgo, protectores y la comunicación en el funcionamiento familiar, en familias que tienen un integrante dependiente adscrito a los Centros de Salud Familiar de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Objetivos específicos.

1.-Identificar variables biopsicosociales tales como nivel educacional, ingreso familiar, ocupación del familiar encuestado, número de integrantes del núcleo familiar, tipo de familia.

2.- Identificar los principales factores de riesgo de las familias que poseen un familiar dependiente adscrito al Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Baja escolaridad cuidador
- Jefe de hogar cesante
- Abuso de alcohol y /o dependencia de drogas
- Enfermedades crónicas sin control (Hipertensión, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Dislipidemia, Depresión)
- Violencia intrafamiliar
- Embarazo adolescente

3.-Identificar los principales factores protectores de las familias, que poseen un familiar dependiente adscrito al centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Instituciones o redes sociales y familiares de apoyo

- Controles de patologías Cardiovasculares al día.
- Comunicación familiar

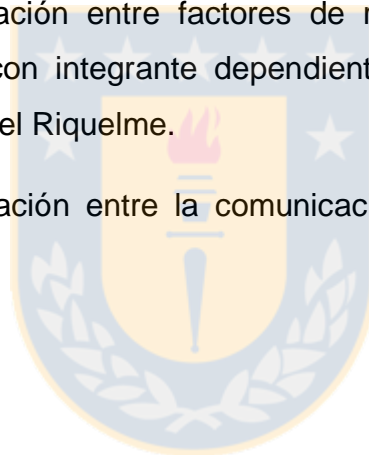
4.-Identificar el nivel de cohesión y adaptabilidad percibido por la familia usuaria del centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación.

5.- Identificar el nivel de cohesión y adaptabilidad percibida por el paciente dependiente.

6.- Identificar si existe relación entre los factores de riesgo y/o protectores y el nivel de cohesión de las familias con un integrante postrado de los centros de salud familiar Ultraestación e Isabel Riquelme.

7.- Identificar si existe relación entre factores de riesgo y/o protectores y la adaptabilidad en familias con integrante dependientes de los centros de salud familiar Ultraestación e Isabel Riquelme.

8.- Identificar si existe relación entre la comunicación y nivel de cohesión y adaptabilidad familiar.



1.6 HIPÓTESIS GENERAL:

Las familias que poseen un miembro en dependencia presentan alteración en la funcionalidad familiar.

HIPOTESIS 1

Las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la cohesión familiar.

HIPOTESIS 2

Las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la adaptabilidad familiar.

HIPOTESIS 3

Las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la comunicación familiar.



I.7 VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES	
DEPENDIENTE Funcionamiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Cohesión - Adaptabilidad
INDEPENDIENTES	
Variables biopsicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educacional del familiar o integrante postrado - Ocupación del familiar encuestado. - Ingreso familiar
Variables de estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Número de integrantes del núcleo familiar - Estructura familiar - Etapa del ciclo vital (Duval)
Factores de riesgo familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de hogar cesante - Historia de alcohol y /o dependencia de drogas de algún miembro de la familia - Enfermedades crónicas sin control (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Dislipidemia, Depresión) - Violencia intrafamiliar - Embarazo adolescente
Factores protectores de la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo o pertenencia a Instituciones o redes sociales y familiares de apoyo. - Controles de patologías crónicas al día, del familiar encuestado. - Comunicación

Descripción nominal y operacional de las variables en anexo 1

II. MATERIAL Y METODO:

II.1 Diseño de la Investigación

Esta investigación será de diseño cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional.

II.2 Universo.

Estará conformado por todas las familias que conviven con un integrante dependiente por postración en categoría: leves moderados o severos adscritos a los Centros de salud familiar de la comuna de Chillán.

II.3 Población:

Correspondió a 224 familias que vivían con un integrante dependiente adscritos a los centros de Salud Familiar Ultraestación e Isabel Riquelme de la ciudad de Chillán y que además cumplían con los criterios de inclusión.

II.4 Muestra:

De acuerdo a la categorización de pacientes dependientes utilizada en atención primaria de salud (leve, moderado y severo); se calculó mediante fórmula estadística, el total de familias que debían ser encuestadas, de modo que cada centro de salud familiar tuviese la misma probabilidad de ser elegidos.⁶²

Así lo muestra la tabla N°3.

Tabla 3: Estratificación estadística de la muestra.

	Nº PACIENTES POSTRADOS	ESTRATIFICACION ESTADISTICA
LEVE	34	31
MODERADO	93	71
SEVERO	97	73
TOTAL	224	175

Fuente: base de datos DEIS centros de salud familiar de chillan.

El diseño de la muestra fue calculado estadísticamente, quedando conformada por 175 familias que vivían con uno o más familiares dependientes y que pertenecían al programa de postrados de los cesfam ultraestación e Isabel Riquelme, ambos

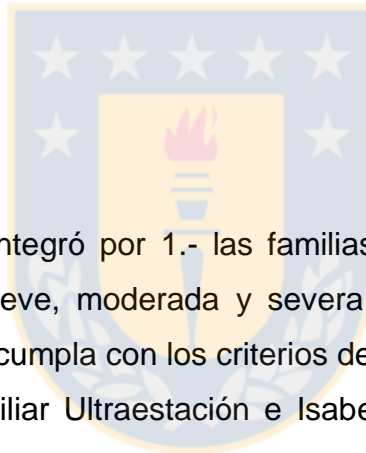
centros asistenciales elegidos por estar en sector territorial cercanos y abarcar un número poblacional de características sociales similares. Atendiendo a la viabilidad estadística, se obtuvo el tamaño muestral (aleatorio o estratificado) con un error máximo admisible de 5%, donde:

$$n \geq \frac{Nz_{1-\alpha/2}^2 PQ}{z_{1-\alpha/2}^2 PQ + d^2 (N-1)}$$

Z= 1,96

P= 0,95

N poblacional: 224



II.5 Unidad de análisis.

La unidad de análisis se integró por 1.- las familias que viven con un familiar dependiente en categoría leve, moderada y severa. 2.-el paciente dependiente integrante de la familia que cumpla con los criterios de inclusión y que pertenezcan a los centros de salud familiar Ultraestación e Isabel Riquelme de la ciudad de Chillán.

II.6 Criterios de inclusión.

- Familias con integrante dependiente pertenecientes al programa de pacientes dependientes de los cesfam Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudad Chillán durante el año 2014
- Los criterios para la elección del participante son:
 - El informante de la familia debe tener por lo menos 17 años de edad.
 - Para la medición de FACES III y comunicación familiar debe tener desde 17 años de edad

- Tener como mínimo un año de convivencia con la familia y conocer su trayectoria.
- Tener la capacidad física y mental de responder una entrevista y entregar consentimiento informado.
- En lo posible, que sea madre, padres, abuela, hermanos o cuidador ya que se presume que conocen la familia con más detalle.

II.7 Criterios de exclusión.

- Informantes en que su condición mental y física, no estén apto para responder a la entrevista y firmar consentimiento informado pertenecientes a este estudio.
- Usuarios que no otorguen su consentimiento informado, para participar en la investigación.
- Familias con informante adulto que no se considera de la familia, ni es cuidador del paciente dependiente.
- Familia inscrita donde ninguno de los miembros se encuentre en domicilio durante un máximo de 2 visitas.

II.8 Recolección de datos: Una vez determinado el tipo de diseño y calculado la muestra estadísticamente, se dio curso a la recolección de datos con el instrumento conformado por: encuesta biopsicosocial, FACES III y escala de Comunicación familiar realizada en el domicilio de las familias que cumplan con los criterios de inclusión al menos a dos integrantes de la familia y el paciente dependiente.

II.8.1 Técnicas de Recolección de datos: se realizó en el hogar de las familias a través de entrevista realizada por la investigadora y 3 alumnos de la carrera de Enfermería previa orientación y capacitación en relación a la aplicación de los instrumentos. Cada una de las entrevistas se inició con la explicación, aceptación y firma del consentimiento informado. El tiempo utilizado para cada aplicación fue de 35 minutos aproximadamente.

Para la ejecución de este estudio, se consideró:

Aplicación de la prueba piloto a un grupo de familias con pacientes dependientes en categoría leves, moderados y severos que cumplieran con los criterios de inclusión en el Centro de salud familiar Ramón Nonato, siendo uno de los más representativos de la ciudad de Chillán, por su cantidad de población inscrita.

- La autorización de la Ilustre Municipalidad de Chillan para el acceso a las familias adscritos a los cesfam san Ramon Nonato, Ultraestación y cesfam Isabel Riquelme y la aplicación de los instrumentos a los familiares y el paciente.
- La autorización por cada uno de los participantes para la muestra del estudio.

II.8.2 Descripción del Instrumento Recolector

Instrumento recolector de datos: conformado por un cuestionario biopsicosocial creado por la autora, FACES III y Escala de Comunicación Familiar para recoger los datos necesarios en el desarrollo de la investigación.

FACES III.

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, 3° Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson (1992), en la adaptación de Zamponi y Pereyra (1997) y Schmidt (2002, 2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (“Familia Real”). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (“Familia Ideal”). Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia. Dados los fines del presente estudio, sólo se trabajó con los datos

de la “Familia Real”. Esta se compone de 20 ítems que evalúan la percepción que tiene un miembro individual de la familia del nivel de cohesión y adaptabilidad familiar. De estos ítems, 10 miden cohesión y los otros 10 miden adaptabilidad. Según el autor del instrumento, puede ser contestado por individuos mayores de 12 años. Respectivamente la legislación chilena, especifica como criterio de mayoría de edad y de responsabilidad legal desde los 17 años de edad. A cada afirmación se le debe asignar un puntaje que va de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia en que dicha afirmación corresponde (1: casi nunca, 2: de vez en cuando, 3: a veces, 4: frecuentemente y 5: casi siempre).

El puntaje que tiene que ver con cohesión se obtuvo mediante la suma de todas las afirmaciones impares. El de adaptabilidad es la suma de todos los ítems pares. De acuerdo al puntaje obtenido, se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido por la familia, según esto se clasifica a la familia dentro de uno de los 16 tipos familiares descritos por Bolsón. En esta 3° versión de FACES, no se evalúa el tercer componente del constructo: la comunicación, por lo que se midió con el apartado de Faces IV.⁶³

Escala de Comunicación Familiar (Olson, 1991): está conformada por diez ítems que evalúa los aspectos más importantes de la comunicación en un sistema familiar. Esta escala constituye una forma breve y confiable de evaluar la dimensión comunicación; considerada una dimensión facilitadora por el Modelo Circunflejo (Olson, Gorall&Tiesel, 2007). Se contesta a través de una escala tipo Likert que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo)⁶⁴. El instrumento utilizado corresponde al entregado por FACES IV, del cual no se ha encontrado referencia de validación en Chile. De esta manera, se consideró los criterios de Hernandez Sampieri, donde las 10 preguntas en Ingles, se sometieron a traducción por tres expertos y posterior validación facialmente con 10 personas adultos y adultos mayores, elegidos al azar para evaluar su comprensión, redacción y consignas sugeridas. Se corrigió nuevamente la redacción de los ítems en español y se procedió a la evaluación inversa realizada por docente de lengua nativa al inglés.

II.9 Control de Calidad del instrumento

Análisis de la confiabilidad

Confiabilidad de la escala CAF según el modelo de 7 factores

En Chile para el año 2002, se realiza validación de de FACES III, obteniendo un coeficiente alpha estandarizado de 0,65 para la escala completa, comparado con los obtenidos por los autores de la escala (0,68), el obtenido en la población chilena se ajusta al de los autores. En todos los casos, los valores son buenos y reflejan una confiabilidad aceptable de la escala. Sin embargo, el hecho de que en esta investigación se eliminara el ítem 13 por su bajo potencial discriminativo, acortándose la escala, permite comprender que en parte el coeficiente de confiabilidad sea más bajo.

Los coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach estandarizados para cada factor según la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio en la investigación chilena corresponden a:

Tabla 4: Coeficientes de la confiabilidad escala FACES III

Factor	Coeficiente de Confiabilidad
1	0.5535
2	0.5238
3	0.5987
4	0.3865
5	0.2767
6	0.3073
7	0.3882

Fuente: Validez y confiabilidad de la versión española en Chile 2002.

PUNTAJES DE CORTE PARA FACES III

1.- Puntajes de COHESION: suma de todos los ítems 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

b.- Para padres de adolescentes:

- 31 puntos o menos: DESLIGADA
- 31 puntos a 37: SEPARADA
- 38 puntos a 47: CONECTADA
- 48 puntos o más: ENMARAÑADA O AGLUTINADA

c.- Para parejas jóvenes:

- 36 puntos o menos: DESLIGADA;
- 37 puntos a 42: SEPARADA;
- 43 puntos a 47: CONECTADA;
- 48 puntos o más: ENMARAÑADA O AGLUTINADA;

2.- Puntajes de ADAPTABILIDAD:

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

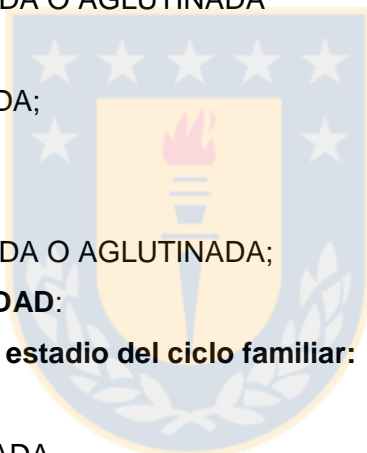
- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos: ESTRUCTURADA
- 24 a 29 puntos: FLEXIBLE
- 30 puntos o más: CAÓTICA

b.- Para padres de adolescentes:

- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos: ESTRUCTURADA;
- 24 a 29 puntos: FLEXIBLE
- 30 puntos o más: CAÓTICA

c.- Para parejas jóvenes:

- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos: ESTRUCTURADA
- 24 a 29 puntos: FLEXIBLE
- 30 puntos o más: CAÓTICA



II.9.1 Prueba Piloto

Prueba piloto: Para efectos de conocer el comportamiento estadístico de la muestra, comprensión del cuestionario FACES III y Escala de Comunicación familiar, tiempo promedio ocupado por cada familia, la forma correcta de hacer las preguntas y prever las dificultades como el desplazamiento, distancias, y/o dificultad para encontrar las direcciones, se realizó una prueba piloto a 26 familias elegidas aleatoriamente en el Centro de salud familiar Ramón Nonato de la ciudad de Chillán. Esta prueba piloto se ejecutó en el mes de junio del año 2014 con el propósito de acopiar información preliminar, a manera de insumo, para llevar a cabo el cálculo de varios tamaños de muestra acordes con niveles elegibles de error máximo admisible y de confianza.

Análisis de la fiabilidad en la prueba piloto. Para evaluar la consistencia interna de las 20 preguntas de cohesión, adaptabilidad y 10 preguntas de comunicación se usó el alpha de Cronbach. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. De 0,7 a 0,9 se interpretó como de alta consistencia interna, entre 0,60 a 0,70 aceptable y menor a 0,60 se considero una escala de baja consistencia interna.

Tabla 5: Análisis de fiabilidad del cuestionario FACES III utilizado en la prueba piloto.

Constructo funcionamiento familiar (FACES III)	Número de ítems	α -Cronbach
Paciente (n=26)		
Cohesión	10	0,909
Adaptabilidad	10	0,897
Global	20	0,949
Familiar (n=49)		
Cohesión	10	0,885
Adaptabilidad	10	0,889
Global	20	0,922

Fuente: Base de datos prueba piloto.

Tabla 6: Análisis de fiabilidad del cuestionario de comunicación - FACES IV utilizado en la prueba piloto.

Comunicación	Número de ítems	α -Cronbach
Paciente ($n=26$)	10	0,931
Familiar ($n=49$)	10	0,922

Fuente: Base de datos prueba piloto.

En general, la consistencia interna de las preguntas relativas a cohesión, adaptabilidad y comunicación fue alta, con un Alfa de Cronbach mayor a 0,7.

II.10 Procesamiento de los datos

Los resultados obtenidos en la investigación se codificaron y tabularon en una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010. En el procesamiento de los datos, que involucró organización, presentación y análisis descriptivo en el programa estadístico SPSS versión 1.5 para Windows 7.

II.11 Aspectos éticos Involucrados

En la presente investigación se aplicaron los aspectos éticos especialmente lo referente que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debiendo prevalecer el principio de respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. De esta forma, en el presente estudio se siguieron las orientaciones dadas por Emanuel (1997), quien elaboró los siete requisitos éticos que corresponden a:

Valor: Debido al aumento de pacientes dependientes en domicilio en los últimos años en Chile y a la consecuente categorización de alto Riesgo familiar por el equipo de salud de atención primaria, se propone este estudio para determinar el nivel de Funcionamiento familiar en las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad familiar. Los resultados obtenidos de esta investigación otorgaran a la Disciplina de Enfermería mejores herramientas para entregar un cuidado de calidad focalizando en conjunto con un equipo multidisciplinario de salud el trabajo con

enfoque Familiar, identificando los factores protectores que aumenten Cohesión y Adaptación de las familias que tienen un paciente postrado.

Validez científica: La metodología propuesta sigue los principios de toda investigación. Tiene objetivos claros y medibles, marco referencial empírico y teórico, junto a un problema de investigación. Además es factible llevar a cabo y cuenta con un sustento estadístico para el análisis de sus datos y variables.

Selección equitativa de los sujetos: Se propone una selección equitativa de familias que tengan un paciente postrado en condición leve, moderada o severa sorteando al azar de dos Centros de salud de la ciudad de Chillán, para luego seleccionar según muestreo estadístico la cantidad de familias que participara en esta investigación, aplicando una entrevista en domicilio con previa autorización del consentimiento informado.

Proporción favorable de riesgo beneficio: En este estudio los riesgos fueron mínimos para la familia entrevistada. A cada usuario se le informó personalmente de los objetivos de la investigación, contribución al estudio, posibilidad de rechazo a participar y la no obtención de efectos perjudiciales al ser parte de la investigación, solicitando para su participación, el consentimiento por escrito (anexo D), garantizando confidencialidad, privacidad y anonimato de sus datos. Todo ello considerando los principios éticos del respeto por la dignidad humana por medio de la valoración mental y física previa solicitud de consentir el responder el instrumento, entregándole veracidad respecto a los aclarando que su participación es voluntaria. Sin embargo, durante la aplicación de los instrumentos se tuvo presente los riesgos mínimos en cuanto a la ansiedad que puede desencadenarse con el desarrollo de las preguntas, por tal razón en el consentimiento informado se explicó que el entrevistado tiene la libertad de dejar de participar en esta investigación cuando lo desee.

Evaluación Independiente: La evaluación se realizó por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, por ser este proyecto estudio de postgrado. No se envió a revisión de Comité de Ética en los Centros de

Salud ni Departamento de salud Municipal de Chillán, ya que actualmente no está conformado.

Consentimiento Informado: Se apela como requerimiento ético y legal al consentimiento informado, como medio protector de la dignificación de la persona. Se realizó entrevista en los hogares de las familias seleccionadas que tenían un paciente dependiente categoría leve, moderada o severa y que pertenecían a los centros de Salud Familiar Ultraestación e Isabel Riquelme de la ciudad de Chillán. El consentimiento informado se leyó en voz alta, y se explicó de forma completa y clara al participante, certificando el pleno entendimiento del mismo, mediante la firma o huella para aceptar voluntariamente hacer parte del estudio. Además se le informó de los beneficios de este. Sólo se incluyó a aquellos que estaban en condiciones físicas y mentales para responder, siempre que no se sobrepasara su condición o situación de salud, creencias y valores de su situación particular y familiar. En todo momento se resguardó confidencialidad, privacidad y anonimato de los registros de sus datos. La información fue codificada, ya que las entrevistas fueron sin registro de sus nombres.

Además se solicitó autorización a la Ilustre Municipalidad de Chillán, a través de la Directora del Departamento de Salud Municipal Sra. Ximena Meyer para la realización de esta investigación en los Centros de Salud Familiar Ultra estación e Isabel Riquelme. Luego de esta autorización, se realizó la prueba piloto. Además, se cumplieron con los principios de reciprocidad, los resultados de ésta investigación estarán disponibles para la comunidad e instituciones participantes, a la Dirección de Salud Municipal de la ciudad de Chillan, con el objetivo de que éstas instituciones cuenten con la investigación como fuente para realizar intervenciones en salud si lo consideran pertinente de acuerdo con los resultados.

Respeto a los sujetos inscritos: Se informó a los participante respecto a la libertad de retirarse en cualquier momento durante la entrevista, pudiendo negarse a participar en cualquier momento de la investigación, sin represaría alguna, y de no abandono, de solidaridad y fidelidad, en donde el paciente o familia ante dudas o consultas respecto a la investigación, podía llamar directamente al investigador principal para resolver sus inquietudes o conocer el progreso de la investigación,

verificando su comprensión y aclarando sus dudas, finalmente se hizo una revisión imparcial de los datos y su procesamiento por parte de profesionales expertos ^{65, 66}

El estudio fue realizado por una profesional de enfermería estudiante de maestría en Enfermería, con conocimiento y experiencia para respetar y proteger la integridad del ser humano, y bajo todos los lineamientos dados para el trabajo investigativo por la Universidad de Concepción y las Normas éticas de investigaciones nacionales e internacionales ⁶⁷



III.-RESULTADOS

Esta sección comprende:

III.- 1 Análisis Descriptivo

III.- 1.2 Perfil de la muestra

III.- 2 Análisis Correlacional

III.- 2.1 Relación entre las variables independientes y Cohesión familiar

III.- 2.2 Relación entre las variables independientes y Adaptabilidad familiar

III.- 2.3 Tipos de funcionalidad familiar en pacientes Dependientes

III.- 2.4 Tipos de funcionalidad familiar en familiares

III.- 3 Análisis de Regresión Logística

III.- 1 Análisis Descriptivo

III.- 1. 2 Perfil de la muestra



Tabla 7: Características biopsicosociales de los participantes del estudio distribuidos por familiar y paciente.

Características biopsicosociales	Familiar		Paciente		Total encuestados	
	<i>n=319</i>	%	<i>n=162</i>	%	<i>n= 481</i>	%
Sexo						
Mujer	233	73,3	69	43,7	302	63,4
Hombre	85	26,7	89	56,3	174	36,6
Escolaridad						
Educación básica	125	39,3	115	71,0	240	50,0
Educación media	94	29,5	37	22,8	131	27,3
Educación técnico-profesional	69	21,7	4	2,5	73	15,2
Educación superior	30	9,4	6	3,7	36	7,5
Estado civil						
Casado (a)	128	40,1	66	40,7	194	40,3
Separado (a)	19	6,0	14	8,6	33	6,9
Divorciado (a)	9	2,8	1	0,6	10	2,1
Viudo(a)	10	3,1	52	32,1	62	12,9
Conviviente (a)	20	6,3	11	6,8	31	6,4
Soltero (a)	133	41,7	18	11,1	151	31,4
Ocupación						
Dueña de casa	87	27,4	15	9,3	102	21,3
Jubilada	14	4,4	111	68,5	125	26,0
Trabajador esporádico	89	28,0	1	0,6	90	18,8
Empleado Fiscal	57	17,9	4	2,5	61	12,7
Cesante	12	3,8	13	8,0	25	5,2
Estudiante	57	17,9	6	3,7	63	13,1
Ingreso familiar mensual						
Entre \$25.000 y \$ 186.150	27	8,5	19	11,7	46	9,6
Entre \$186.150 y \$250.000	134	42	65	40,1	199	41,4
Entre \$250.000 y \$500.000	141	44,2	68	42	209	43,5
Mayor a \$500.000	17	5,3	10	6,2	27	5,6

Fuente: Factores biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los Cefam de Chillan. 2014.

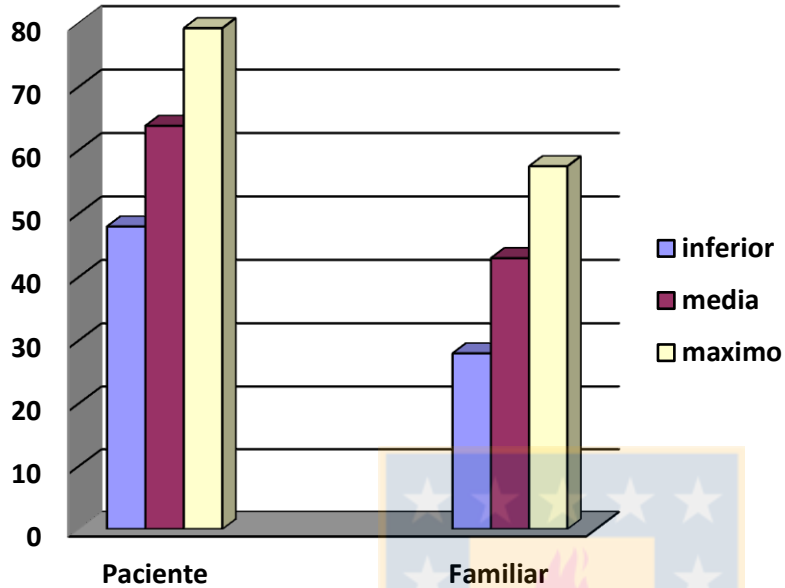
La tabla 7 muestra las principales características biopsicosociales de los pacientes y familiares que participaron del estudio. En los familiares, respecto a la ocupación, un 73,3% son dueñas de casa (27,4%), que realiza trabajos esporádicos (28,0). En el grupo de pacientes un 56,3% corresponden a hombres jubilados con un 68,5%. Respecto a escolaridad, el 71,0 % y 39,3% de los

pacientes y familiares refirieron estudios básicos, siendo los porcentajes más altos en ambos grupos. En relación al estado civil, el mayor porcentaje de los familiares se encuentra soltero (41,7%), mientras que un 40,1% de los pacientes se encuentran casado, seguido por viudez con un 32,1%.

El ingreso familiar mensual, se encuentra entre los \$ 250.000 y 500.000 mil pesos (44,2%). Un porcentaje no menor de familias, recibe un ingreso entre los \$186.150 y 250.000 mil pesos (42,0%).



Grafico 1
Distribución de los familiares y pacientes dependientes según edad.



El Grafico muestra la distribución de los usuarios según edad en pacientes, presentando una media de 63,88 + 15,4 años, con edades máximas de 79 años y mínimas de 48 años.

Para los familiares encuestados, se presenta una media de 43,0 + 14,5 años presentando una edad mínima de 28 años y máxima de 57 años

Estadísticos de grupo

Quien es el encuestado?		N	Media	Desviación típica.	Error típ. de la media
Edad (años)	Paciente	161	63,88	15,432	1,216
	Familiar	319	43,01	14,512	,813

Tabla 8: Datos de la familia, según tipo y etapa del ciclo vital familiar, de los participantes del estudio (n=162)

Características de la familia	N	%
Tipo de familia		
Nuclear simple	8	4,8
Nuclear monoparental	30	18,7
Nuclear biparental	48	29,7
Extensa monoparental	56	33,9
Extensa biparental	20	12,7
Etapa del ciclo vital		
Formación de pareja	1	0,6
Familia con hijos preescolares	5	3,1
Familia con hijos escolares	8	5,2
Familia con hijos adolescentes	30	18,1
Familia plataforma de lanzamiento	53	32,6
Familia edad media	50	30,6
Familia anciana	15	9,8

Fuente: Factores biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los Cesfam de Chillan. 2014.

La tabla indica que el 33,9% de las familias son de tipo Extensa Monoparental seguidas por la Nuclear Biparental con un 29,7%. Solo un 4,8% de las familias es nuclear simple.

Respecto a la etapa del ciclo vital en que se encuentran, el mayor porcentaje gradúa en familia con plataforma de lanzamiento y en edad media con un 32,6% y 30,6% respectivamente.

Tabla 9: Antecedentes mórbidos de los participantes del estudio distribuidos por el familiar y el paciente.

Antecedentes Mórbidos	Familiar		Paciente		Total encuestados	
	<i>n=319</i>	%	<i>n= 162</i>	%	<i>n=481</i>	%
Enfermedad crónica miembro del grupo familiar						
Sí	308	96,6	160	98,8	468	63,4
No	11	3,4	2	1,2	13	2,7
Tipo de enfermedad (n=417)						
Cardiovasculares	190	65,4	67	44,4	257	61,6
Depresión	8	2,8	5	3,3	13	3,1
Cáncer	0,0	0,0	46	15,8	40	9,6
Artrosis	13	4,5	9	6,0	22	5,3
Asma	19	6,6	7	4,6	26	6,2
Dislipidemia	6	2,1	0	0,0	6	1,4
Epilepsia	4	2,6	4	1,4	8	1,9
EPOC	12	4,1	20	13,2	32	7,7
Hemiplejia	0	0,0	7	4,6	7	1,7
Parkinson	2	0,7	4	2,6	6	1,4

Fuente: Factores biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a losCesfam de Chillan. 2014.

La tabla N ° 9 muestra los principales antecedentes mórbidos de los pacientes y familiares que participaron del estudio. En ambos grupos existen patologías crónicas con un 96,6% y 98,8% respectivamente. En los familiares las principales patologías corresponden a las cardiovasculares con un 65,4%, seguida por asma, artrosis y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Mientras que en los pacientes prevalecen patologías cardiovasculares con un 44,4%, seguidas de cáncer 15,8%.EPOC y artrosis.

Tabla 10: Eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad, distribuidos por familiar y paciente.

Factores de riesgo	Familiar		Paciente		Total encuestados	
	<i>n=319</i>	%	<i>n=162</i>	%	<i>n=481</i>	%
Cesantía						
Sí	95	29,8	45	27,8	140	29,1
No	224	70,2	117	72,2	341	70,9
Alcoholismo						
Sí	85	26,6	41	25,3	126	26,6
No	234	73,4	121	74,7	355	73,8
Embarazo no deseado de un integrante del grupo familiar						
Sí	41	12,9	24	14,8	65	13,5
No	278	87,1	138	85,2	416	86,5
Violencia Intrafamiliar						
Sí	70	21,9	18	11,1	88	18,3
No	249	78,1	144	88,9	393	81,7

Fuente: Factores biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a losCesfam de Chillan. 2014.

La tabla muestra los principales eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad, distribuidos por familiar y paciente. En ambos grupos la Cesantía, Alcoholismo, Embarazo no deseado y Violencia Intrafamiliar se reconoce por los encuestados pero en porcentajes menores de la muestra. De ellos, el menor porcentaje es de Embarazo no deseado (12,9%), y el mayor corresponde a Cesantía (29,8%). En relación a la percepción de Violencia Intrafamiliar es mayor en los familiares con un 21,9%, y solo un 11,1% en los pacientes dependientes.

Tabla 11: Eventos familiares protectores distribuidos por familia y paciente.

Factores Protectores	Familiar		Paciente		Total encuestados	
	<i>n=319</i>	%	<i>n=162</i>	%	<i>n=481</i>	%
Red social						
Amigos	0	0	0	0	0	0
Parientes	85	26,6	26	16	111	23,1
Vecinos	137	42,9	77	47,5	214	44,5
Compañeros trabajo	1	0,3	0	0,0	1	0,2
CESFAM	20	6,3	16	9,9	36	7,5
Iglesia	25	7,8	17	10,5	42	8,7
Otros(universidad, pareja, escuela, gimnasio)	2	0,6	0	0,0	2	0,4
No tiene	49	15,4	26	16,0	75	15,6
Acude a sus controles de salud						
Sí	141	44,2	132	81,5	273	56,8
No	178	55,8	30	18,5	208	43,2
Comunicación familiar						
Muy alto	107	34,5	55	35,7	162	34,9
Alto	92	29,7	53	34,4	145	31,3
Moderado	72	23,2	24	15,6	96	20,7
Bajo	32	10,3	13	8,4	45	9,7
Muy bajo	7	2,3	9	5,8	16	3,4

Fuente: Factores biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes dependientes adscritos a los Cesfam de Chillan 2014.

La tabla N° 11 muestra los principales factores Protectores percibidos por la familia y pacientes dependientes. La principal Red social de los familiares que viven con un paciente dependiente son sus vecinos y parientes con un 42,9% y 26,6% respectivamente. De la misma forma los pacientes dependientes identifican como red a: sus vecinos (47,5%), parientes (16,0%) y la Iglesia (10,5%).

En relación a la asistencia a los controles de salud, un 55,8% de los familiares refiere no cumplir con ellos; mientras que un 81,5% de los pacientes cumple con sus controles de salud.

En relación a la percepción de la Comunicación familiar como factor protector relevante, se identifica como muy alto por ambos grupos con un 34,5% y 35,7%.

De distinto modo, la comunicación muy baja, es percibida por los pacientes con solo un 5,8%.

III.- 2 Análisis Correlacional

III.- 2.1 Relación entre las variables independientes y Cohesión familiar

Tabla 12: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a la percepción de paciente dependiente (n=154) y familiar (n=310)

Grado de discapacidad	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Paciente^(*)					22,155	0,001
Discapacidad leve	4(6,9%)	14(40,0%)	17(39,5%)	3(16,7%)		
Discapacidad moderada	24(41,4%)	12(34,3%)	13(30,2%)	5(27,8%)		
Discapacidad severa	30(51,7%)	9(25,7%)	13(30,2%)	10(55,6%)		
Total	58 (37,7%)	35 (22,7%)	43 (27,9%)	18 (11,7%)		
Familiar						
Sin discapacidad	117(37,7%)	81(26,1%)	88(28,4%)	24(7,7%)		

(*) Coeficiente de contingencia= 0,355

Fuente: Ídem figura 1

Se describen los resultados de Cohesión, siendo el primer constructo del Funcionamiento familiar.

En la tabla 12 se muestran los Niveles de Cohesión al medirla en pacientes y familiares en forma separada, encontrándose que el 37,7% de los pacientes y familiares, mantiene un tipo de Cohesión Desligada.

Al estudiar la relación entre el grado de Discapacidad con el Nivel de Cohesión se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ellas, con un $p=0,001$. La magnitud de la asociación fue de 0,355 (débil).

Descriptivamente, se observa que los pacientes clasificados como dependientes severos, presentan un nivel de Cohesión desligada (51,7%) y enmarañada, (55,6%) respectivamente; los pacientes con discapacidad moderada presentan una cohesión de tipo desligada(41,4%) y aquellos con discapacidad leve presentan una Cohesión de tipo separada(40%) y conectada(39,5%).

Por su parte los familiares, presentan una Cohesión de tipo desligada en un 37,7% de la muestra, seguida por la Conectada en un 28,4%.



Tabla 13: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a las características biopsicosociales del familiar (n=309)

Características biopsicosociales del familiar	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Sexo^(*)					8,577	0,035
Hombre	29 (50%)	16 (51,6%)	33 (76,7%)	6 (33,3%)		
Mujer	29 (50%)	15 (48,4%)	10 (23,3%)	12 (66,7%)		
Escolaridad^(**)					36,640	<0,001
Educación básica	61 (52,6%)	19 (23,5%)	35 (39,8%)	6 (25,0%)		
Educación media	36 (31,0%)	23 (28,4%)	23(26,2%)	10(41,7%)		
Educación técnico profesional	12 (10,3%)	31(38,3%)	20 (22,8%)	3 (12,5%)		
Educación superior	7 (6,0%)	8 (9,9%)	10 (11,4%)	5 (20,9%)		
Estado civil^(***)					37,978	<0,001
Casado (a)	63 (53,8%)	21 (25,9%)	34(38,6%)	7 (29,2%)		
Divorciado (a)	2 (1,7%)	4 (4,9%)	3 (3,4%)	0 (0,0%)		
Separado (a)	11(9,4%)	4 (4,9%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)		
Viudo (a)	3 (2,6%)	3 (3,7%)	2(2,3%)	0 (0,0%)		
Conviviente	10(8,5%)	5 (6,2%)	3 (3,4%)	2 (8,3%)		
Soltero (a)	28 (23,9%)	44(54,3%)	44(50,0%)	15 (62,5%)		
Ocupación^(****)					58,176	<0,001
Dueña de casa	32 (27,6%)	15 (18,5%)	30(34,1%)	8(33,3%)		
Jubilada (o)	4 (3,4%)	5 (6,2%)	5 (5,7%)	0(0,0%)		
Trabajador esporádico	44 (37,9%)	26 (32,1%)	8 (9,1%)	4(16,7%)		
Empleado fiscal	16 (13,8%)	15 (18,5%)	23(26,1%)	3(12,5%)		
Cesante	10 (8,6%)	1 (1,2%)	1 (1,1%)	0(0,0%)		
Estudiante	8 (6,9%)	19 (23,5%)	21(23,9%)	9(37,5%)		
Ingreso familiar mensual^(*****)					21,429	0,011
Entre \$25.000 y \$ 186.150	13 (11,1%)	2 (2,5%)	7 (8,0%)	5 (20,8%)		
Entre \$186.150 y \$250.000	43 (36,8%)	37 (45,7%)	37 (42,0%)	11(45,8%)		
Entre \$250.000 y \$500.000	57 (48,7%)	41 (50,6%)	35 (39,8%)	8 (33,3%)		
Mayor a \$500.000	4 (3,4%)	1 (1,2%)	9 (10,2%)	0 (0,0%)		

Coeficiente de contingencia: (*) = 0,276; (**) = 0,326; (***) = 0,330; (****) = 0,389; (*****) = 0,254

Fuente: Ídem figura 1

Respecto a las características biopsicosociales evaluadas en los familiares, se encontró que el nivel de Cohesión estuvo asociada estadísticamente a las

variables escolaridad ($p < 0,001$), ocupación ($p < 0,001$) estado civil ($p < 0,001$), ingreso familiar ($p = 0,011$) y sexo ($p = 0,035$).

Las asociaciones que son estadísticamente significativas corresponden a: estado civil (0,330) y ocupación (0,389), demostrado por el valor del coeficiente de contingencia. De este modo, para el familiar que es dueña de casa se presenta una cohesión de tipo conectada; para el familiar que es trabajador esporádico cohesión de tipo desligada, y para los estudiantes se presenta una cohesión la de tipo enmarañada.



Tabla 14: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a las características biopsicosociales del paciente (n=154)

Características biopsicosociales del paciente	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Sexo^(*)					12,352	0,006
Hombre	29(50,0%)	16(51,6%)	33(76,7%)	6(33,3%)		
Mujer	29(50,0%)	15(48,4%)	10(23,3%)	12(66,7%)		
Escolaridad^(**)					24,354	0,004
Educación básica	51(88%)	25(71,4%)	23(53,5%)	12(66,7%)		
Educación media	5(8,6%)	7(20,0%)	17(39,6%)	4(22,2%)		
Educación técnico profesional	2(3,4%)	0(0,0%)	2(4,7%)	0(0,0%)		
Educación superior	0(0,0%)	3(8,6%)	1(2,3%)	2(11,1%)		
Estado civil[†]					19,386	0,307
Casado (a)	19(32,8%)	20(57,1%)	19(44,2%)	7(38,9%)		
Divorciado (a)	1(1,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)		
Separado (a)	1(1,7%)	2(5,7%)	6(14%)	1(5,6%)		
Viudo (a)	25(43,1%)	9(25,7%)	10(23,3%)	5(27,8%)		
Conviviente	5(8,6%)	0(0,0%)	3(7,0%)	3(16,7%)		
Soltero (a)	7(12,1%)	4(11,4%)	5(11,6%)	2(11,1%)		
Ocupación^(***)					39,457	0,002
Dueña de casa	5(8,6%)	2(5,7%)	2(4,7%)	6(33,3%)		
Jubilada (o)	43(74,1%)	29(82,9%)	28(65,1%)	7(38,9%)		
Trabajador esporádico	0(0,0%)	1(2,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)		
Empleado fiscal	0(0,0%)	0(0,0%)	4(9,3%)	0(0,0%)		
Cesante	5(8,6%)	2(5,7%)	2(4,7%)	0(0,0%)		
Estudiante	2(3,4%)	0(0,0%)	2(4,7%)	2(11,1%)		
Ingreso familiar mensual[†]					10,579	0,306
Entre \$25.000 y \$ 186.150	6 (10,3%)	1 (2,9%)	7 (16,3%)	5 (27,8%)		
Entre \$186.150 y \$250.000	23 (39,7%)	16 (45,7%)	16 (37,2%)	5 (27,8%)		
Entre \$250.000 y \$500.000	25 (43,1%)	14 (40%)	18 (41,9%)	8 (44,4%)		
Mayor a \$500.000	4 (6,9%)	4 (11,4%)	2 (4,7%)	0 (0,0%)		

Coeficiente de contingencia:

(*) = 0,276; (**) = 0,370; (***) = 0,453; † = Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa
Fuente: Ídem figura 1

En la tabla N° 14, se muestran los Niveles de Cohesión y las características biopsicosociales del paciente dependiente, encontrando que el nivel de Cohesión

estuvo asociada estadísticamente a las variables Sexo ($p=0,006$), escolaridad ($p=< 0,004$), ocupación ($p=< 0,002$).

Respecto a la magnitud de las asociaciones encontradas para las variables estadísticamente significativas, en orden creciente de acuerdo al coeficiente de contingencia son: Ingreso familiar (0,254), sexo (0,276), escolaridad (0,370) y ocupación (0,453).



Tabla 15: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a la características familiares (n=310)

Características familiares	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Composición familiar^(*)					41,958	<0,001
Nuclear simple	1 (0,9%)	3 (3,7%)	6 (6,8%)	1 (4,2%)		
Nuclear monoparental	13 (11,1%)	20 (24,7%)	22 (25,0%)	5 (20,8%)		
Nuclear biparental	31 (26,5%)	29 (35,8%)	26 (29,5%)	8 (33,3%)		
Extensa monoparental	48 (41,0%)	24 (29,6%)	25 (28,4%)	7 (29,2%)		
Extensa biparental	24 (20,5%)	5 (6,2%)	9 (10,2%)	3 (12,5%)		
Etapa del ciclo vital familiar^(**)					49,441	<0,001
Formación de pareja	1(0,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(4,2%)		
Familia con hijos preescolares	0(0,0%)	1(1,2%)	2(2,3%)	2(8,3%)		
Familia con hijos escolares	6(5,1%)	4(4,9%)	4(4,5%)	1(4,2%)		
Familia con hijos adolescentes	14(12,0%)	21(25,9%)	21(23,9%)	2(8,3%)		
Familia plataforma de lanzamiento	49(41,9%)	18(22,2%)	22(25,0%)	14(58,3%)		
Familia en edad media	42(35,9%)	22(27,2%)	30(34,1%)	3(12,5%)		
Familia anciana	5(4,3%)	15(18,5%)	9(10,2%)	1(4,2%)		

Coefficiente de contingencia: (*) = 0,272; (**) = 0,371

Fuente: Ídem figura 1

En la tabla N° 15 se muestran los Niveles de Cohesión y las características familiares; demostrando que el nivel de Cohesión estuvo asociada estadísticamente a la composición familiar ($p < 0,001$) y etapa del ciclo Vital familiar ($p < 0,001$).

Esta última con mayor nivel de asociación, demostrado por el coeficiente de Contingencia 0,371.

Las familias de tipo extensa monoparental, presenta un nivel de Cohesión de tipo Desligada (41,0%), mientras que las familias nucleares presentan una Cohesión de tipo Separada. En relación al ciclo Vital, las familias en plataforma de lanzamiento presentan un tipo de Cohesión Enmarañada (58,3%), y las familias en edad media de tipo Desligada (35,9%).

Tabla 16: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los antecedentes de salud del paciente (n= 154)

Características de salud del paciente	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Sufre alguna enfermedad crónica^(*)					15,310	0,002
Sí	58(100%)	35(100%)	43(100%)	16(88,9%)		
No	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(11,1%)		
Tipo de enfermedad^(**)					44,570	0,007
Cardiovasculares	24(46,2%)	16(47%)	14(34,1%)	8(50,1%)		
Depresión	0(0,0%)	2(5,9%)	0(0,0%)	1(6,3%)		
Cáncer	13(25%)	2(5,9%)	8(19,5%)	0(0,0%)		
Artrosis	0(0,0%)	2(5,9%)	4(9,8%)	3(18,8%)		
Asma	2(3,8%)	4(11,8%)	0(0,0%)	1(6,3%)		
Epilepsia	0(0,0%)	1(2,9%)	2(4,9%)	1(6,3%)		
EPOC	4(7,7%)	3(8,8%)	11(26,8%)	2(12,5%)		
Hemiplejía	5(9,6%)	1(2,9%)	1(2,4%)	0(0,0%)		
Parkinson	3(5,8%)	1(2,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)		

Coficiente de contingencia: (*) = 0,301; (**) = 0,493
Fuente: Ídem tabla 1

En relación a los niveles de Cohesión y las características de salud del paciente, se evidencia que los pacientes dependientes que padecen patologías Cardiovasculares presentan un nivel de Cohesión Desligada, Separada y Conectada ($p=0,002$). De acuerdo al tipo de enfermedad, los pacientes con patologías crónicas Cardiovasculares presentan un nivel de Cohesión de tipo Enmarañada en un 50,1% de la muestra ($p=0,007$).

De las dos variables en estudio, el tipo de enfermedad diagnosticada se encuentra más asociada al nivel de Cohesión familiar, demostrado por un Coeficiente de Contingencia 0,493.

Tabla 17: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los antecedentes de salud del familiar (n=310)

Características de salud del familiar	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Enfermedad crónica^(*)					36,998	<0,001
Sí	117 (100%)	78 (96,3%)	86 (97,7%)	18 (75,0%)		
No	0 (0,0%)	3 (3,7%)	2 (2,3%)	6 (25,0%)		
Tipo de enfermedad^(**)					56,954	<0,001
Cardiovasculares	67 (63,9%)	55 (68,9%)	49 (59,3%)	14 (77,8%)		
Depresión	0 (0,0%)	4 (5,3%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)		
Cáncer	15 (14,4%)	0 (0,0%)	6 (7,3%)	0 (0,0%)		
Artrosis	5 (4,8%)	6 (7,9%)	1 (1,2%)	1 (5,6%)		
Asma	7 (6,7%)	6 (7,9%)	6 (7,3%)	0 (0,0%)		
Dislipidemia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (7,3%)	0 (0,0%)		
Epilepsia	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)	2 (11,1%)		
EPOC	3 (2,9%)	3 (3,9%)	6 (7,3%)	0 (0,0%)		

Coefficiente de contingencia:

(*) = 0,327; (**) = 0,412

Fuente: Ídem figura 1

La tabla 17 indica con respecto al Nivel de Cohesión y características de salud del familiar que: un 100,0% de los familiares que padecen enfermedades crónicas, presenta un tipo de Cohesión Desligada, seguida por la de tipo Conectada 97,7%. ((p=<0,001).

Según el tipo de enfermedad, las de tipo Cardiovasculares se asocian a un tipo de Cohesión Enmarañada con un 77,8% (p= <0,001) resultado que se relacionó estadísticamente con las características de salud del pacientes.

Tabla 18: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del familiar (n=310)

Eventos familiares de riesgo del familiar	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Cesantía^(*)					13,916	0,003
Sí	49 (41,9%)	22 (27,2%)	17 (19,3%)	5 (20,8%)		
No	68 (58,1%)	59 (72,8%)	71 (80,7%)	19 (79,2%)		
Alcoholismo^(**)					48,490	<0,001
Sí	56 (47,9%)	20 (24,7%)	7 (8,0%)	1 (4,2%)		
No	61 (52,1%)	61 (75,3%)	81 (92%)	23 (95,8%)		
Embarazo no deseado^(***)					52,384	<0,001
Sí	35 (29,9%)	4 (4,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
No	82 (70,1%)	77 (95,1%)	88 (100,0%)	24 (100,0%)		
Violencia Intrafamiliar^(****)					38,847	<0,001
Sí	47 (40,2%)	16 (19,8%)	7 (8,0%)	0 (0,0%)		
No	70 (59,8%)	65 (80,2%)	81 (92%)	24 (100,0%)		

Coefficiente de contingencia: (*) = 0,207; (**) = 0,368; (***) = 0,380; (****) = 0,334

Fuente: Ídem figura 1

En relación al Nivel de Cohesión y Eventos de Riesgo del familiar, se encontró que el Alcoholismo ($p < 0,001$), embarazo no deseado ($p < 0,001$) y Violencia Intrafamiliar ($p < 0,001$) se relacionan estadísticamente; sin embargo su asociatividad es débil con un Coeficiente de Contingencia de 0,207 a 0,380.

En relación al tipo de Cohesión, los familiares que reconocen Eventos de Riesgo o vulnerabilidad presentan una Cohesión Desligada. Mientras que los familiares que refieren no presentar estos Eventos, presenta un nivel de Cohesión Enmarañada.

Tabla 19: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del paciente (n=154)

Eventos familiares de riesgo del paciente	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Cesantía[†]					3,631	0,304
Sí	8 (13,8%)	2 (5,7%)	4 (9,3%)	4 (22,2%)		
No	50 (86,2%)	33 (94,3%)	39 (90,7%)	14 (77,8%)		
Alcoholismo^(*)					26,151	<0,001
Sí	27 (46,6%)	4 (11,6%)	5 (11,6%)	1 (5,6%)		
No	31 (53,4%)	31 (88,6%)	38 (88,4%)	17 (94,4%)		
Embarazo no deseado^(**)					11,047	0,011
Sí	14 (24,1%)	3 (8,6%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)		
No	44 (75,9%)	32 (91,4%)	40 (93,0%)	18 (100,0%)		
Violencia Intrafamiliar[†]					3,631	0,304
Sí	8 (13,8%)	2 (5,7%)	4 (9,3%)	4 (22,2%)		
No	50 (86,2%)	33 (94,3%)	39 (90,7%)	14 (77,8%)		

Coefficiente de contingencia:

(*) = 0,381; (**) = 0,259; [†] = Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem figura 1

La tabla N° 19 muestra el nivel de Cohesión y los eventos de Vulnerabilidad o riesgo del paciente. Entre ellos la Cesantía, Violencia Intrafamiliar y Embarazo no deseado son independientes del nivel de Cohesión; sin embargo el Alcoholismo se relaciona estadísticamente con un p de <0,001.

Respecto al Nivel de Cohesión, los pacientes que reconocen el Alcoholismo, presentan una Cohesión de tipo Desligada (46,6%), y los que manifiestan no serlo presentan una Cohesión de tipo Enmarañada (94,4%). Esta tendencia es la misma observada en los familiares encuestados.

Tabla 20: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los eventos protectores del familiar (n=310)

Factores protectores en los familiares	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Red social^(*)					36,092	0,021
Amigos	34 (29,1%)	26 (32,1%)	32 (36,4%)	8 (33,3%)		
Parientes	28 (23,9%)	25 (30,9%)	25 (28,4%)	7 (29,2%)		
Vecinos	65 (55,6%)	28 (34,6%)	38 (43,2%)	6 (25%)		
Compañeros de trabajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)		
CESFAM	5 (4,3%)	1 (1,2%)	7 (8,0%)	5 (20,8%)		
Iglesia	7 (6,0%)	8 (9,9%)	10 (11,4%)	0 (0,0%)		
Otros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)		
No tiene	2 (1,7%)	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Acude a controles de salud^(**)					21,545	<0,001
Sí	43 (36,8%)	31 (38,3%)	58 (65,9%)	8 (33,3%)		
No	74 (63,2%)	50 (61,7%)	30 (34,1%)	16 (66,7%)		
Comunicación familiar^(***)					221,399	<0,001
Muy alto	6 (5,1%)	18 (22,2%)	59 (67,0%)	24 (100,0%)		
Alto	21 (17,9%)	48 (59,3%)	23 (26,1%)	0 (0,0%)		
Moderado	54 (46,2%)	12 (14,8%)	6 (6,8%)	0 (0,0%)		
Bajo	29 (24,8%)	3 (3,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Muy bajo	7 (6,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

Coefficiente de contingencia: (*) = 0,297; (**) = 0,255; (***) = 0,646

Fuente: Ídem figura 1

La tabla indica que dentro de los factores protectores identificados en la familia, la comunicación familiar se relaciona significativamente con el nivel de Cohesión ($p < 0,001$), de tal modo que el 100% de los familiares que perciben una Comunicación muy alta presentan una Cohesión Enmarañada, en comparación con el 5,1% que presenta una Cohesión Desligada. Su asociatividad es importante, por lo que el nivel de Cohesión depende de la Comunicación familiar. (coef. Contingencia 0,646)

Tabla 21: Distribución de niveles de cohesión de acuerdo a los factores protectores del paciente dependiente (n=154)

Factores protectores del paciente	Niveles de Cohesión				χ^2	p-valor
	Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada		
Red social^(*)					25,864	0,011
Amigos	0	0	0	0		
Parientes	10(17,2%)	4(11,4%)	6(14,0%)	6(33,3%)		
Vecinos	28(48,3%)	21(60,0%)	25(58,1%)	3(16,7%)		
Compañeros de trabajo	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,3%)	0(0,0%)		
CESFAM	3(5,2%)	2(5,7%)	5(11,6%)	6(33,3%)		
Iglesia	7(12,1%)	5(5,7%)	4(9,3%)	0(0,0%)		
Otros	0	0	0	0		
No tiene	2(3,4%)	1(2,9%)	2(4,7%)	0(0,0%)		
Acude controles de salud[†]					5,806	0,121
Sí	50(86,2%)	29(82,9%)	39(90,7%)	12(66,7%)		
No	8(13,8%)	6(17,1%)	4(9,3%)	6(33,3%)		
Comunicación familiar^(**)					84,717	<0,001
Muy alto	3 (5,2%)	15 (42,9%)	24 (55,8%)	13 (72,2%)		
Alto	14 (24,1%)	15 (42,9%)	19 (44,2%)	5 (27,8%)		
Moderado	21 (36,2%)	3 (8,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Bajo	12 (20,7%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Muy bajo	8 (13,8%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		

Coefficiente de contingencia: (*) = 0,404; (**) = 0,596; † = Coeficiente no calculado presentar por una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 21 muestra la relación entre los Factores protectores del paciente y la variable Comunicación, resultando ser significativa con un nivel de Cohesión de $p < 0,001$. De este modo, los pacientes que perciben una Comunicación muy alta, presentan una Cohesión familiar Enmarañada (72,2%) y Conectada (55,8%). Su asociatividad es importante, por lo que el nivel de Cohesión depende de la Comunicación familiar. (Coeficiente de Contingencia 0,596)

III.- 2.2 Relación entre las variables independientes y Adaptabilidad familiar

Se describen los resultados de Adaptabilidad Familiar, siendo el segundo constructo del Modelo Circumplejo de Olson en el Funcionamiento familiar.

Tabla 22: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a la percepción de paciente dependiente según discapacidad (n= 154) y el familiar (n=310)

Grado de discapacidad	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Paciente^(*)					20,229	<0,001
Discapacidad leve	0 (0,0%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	37 (30,8%)		
Discapacidad moderada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (37,0%)	44 (36,7%)		
Discapacidad severa	0 (0,0%)	7 (4,5%)	27 (17,5%)	120 (77,9%)		
Familiar						
Sin discapacidad	3(0,9%)	13(4,1%)	46(14,5%)	248(80,0%)		

(*) Coeficiente de contingencia= 0,205

Fuente: Ídem tabla

En la tabla N° 22 se muestran los niveles de Adaptabilidad en pacientes y familiares, demostrando que el 77,9% de los pacientes y el 80% de los familiares respectivamente mantienen un tipo de Adaptabilidad Caótica.

Al estudiar la relación entre el grado de discapacidad con el nivel de Adaptabilidad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ellas, con un $p = <0,001$. La magnitud de la asociación fue de 0,205 (débil).

Descriptivamente se observa que según el grado de discapacidad, los pacientes clasificados como Severos presentan una adaptabilidad de tipo Caótica (77,9%), los pacientes en dependencia moderada una Adaptabilidad de tipo Flexible (37,0%) y los pacientes dependientes Leves la de tipo Caótica (30,8%)

Tabla 23: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a las características biopsicosociales del paciente (n= 150)

Características biopsicosociales del paciente	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Sexo[†]					0,152	0,927
Hombre	0 (0,0%)	4 (51,1%)	16 (59,3%)	64 (55,2%)		
Mujer	0 (0,0%)	3 (42,9%)	11 (40,7%)	52 (44,8%)		
Escolaridad[†]					11,239	0,081
Educación básica	0 (0,0%)	5 (71,4%)	23 (85,2%)	83 (69,1%)		
Educación media	0 (0,0%)	2 (28,6%)	1 (3,7%)	30 (25,0%)		
Educación técnico profesional	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (3,3%)		
Educación superior	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11,1%)	3 (2,5%)		
Estado Civil[†]					12,159	0,275
Casado (a)	0 (0,0%)	3 (42,9%)	9 (33,3%)	53 (44,2%)		
Separado (a)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (8,3%)		
Divorciado (a)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)		
Viudo (a)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	13 (48,1%)	34 (28,3%)		
Conviviente	0 (0,0%)	2 (28,6%)	2 (7,4%)	7 (5,8%)		
Soltero (a)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11,1%)	15 (12,5%)		
Ocupación[†]					8,725	0,558
Cesante	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	8 (6,7%)		
Dueña de casa	0 (0,0%)	2 (28,6%)	3 (11,1%)	10 (8,3%)		
Jubilada (o)	0 (0,0%)	5 (71,4%)	20 (74,1%)	82 (68,3%)		
Trabajador esporádico(a)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)		
Empleado fiscal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (3,3%)		
Estudiante	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11,1%)	3 (2,5%)		
Ingreso familiar mensual^(*)					16,664	0,011
Entre \$25.000 y \$ 186.150	0 (0,0%)	4 (57,1%)	5 (18,5%)	10 (8,3%)		
Entre \$186.150 y \$250.000	0 (0,0%)	2 (28,6%)	8 (29,6%)	50 (41,7%)		
Entre \$250.000 y \$500.000	0 (0,0%)	1 (14,3%)	12 (44,4%)	52 (43,3%)		
Mayor a \$500.000	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	8 (6,7%)		

(*)Coeficiente de contingencia= 0,313; [†]= Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa
Fuente: Ídem tabla 1

Se muestran los niveles de Adaptabilidad y las características biopsicosociales del paciente dependiente; encontrando que el nivel de Adaptabilidad estuvo asociada estadísticamente a la variable Ingreso Familiar Mensual con un p= 0,011.

Sin embargo la magnitud de la asociación es débil con un Coeficiente de Contingencia de 0,313.

De este modo, la mayoría de los pacientes que perciben ingresos familiar mensual entre los \$186.000-250.000 y entre \$250.000-500.000 presentan una Adaptabilidad de tipo Caótica (43,3%) y Flexible (44,4%) respectivamente.



Tabla 24: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a las características biopsicosociales del familiar (n=310)

Características biopsicosociales del familiar	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Sexo[†]					1,298	0,730
Hombre	0(0,0%)	3(23,1%)	13(28,9%)	65(26,2%)		
Mujer	3(100%)	10(76,9%)	32(71,1%)	183(73,8%)		
Escolaridad[†]					14,919	0,093
Educación básica	0(0,0%)	4(30,8%)	25(54,3%)	92(37,2%)		
Educación media	3(100%)	4(30,8%)	8(17,4%)	77(31,2%)		
Educación técnico profesional	0(0,0%)	3(23,1%)	11(23,9%)	52(21,1%)		
Educación Superior	0(0,0%)	2(15,4%)	2(4,4%)	26(10,5%)		
Estado civil^(*)					37,235	<0,001
Casado (a)	0(0,0%)	3(23,1%)	25(54,3%)	97(39,1%)		
Separado (a)	2(66,7%)	1(7,7%)	3(6,5%)	11(4,4%)		
Divorciado (a)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	9(3,6%)		
Viudo (a)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)	7(2,8%)		
Conviviente	1 (33,3%)	1(7,7%)	4(8,7%)	14(5,6%)		
Soltero (a)	0(0,0%)	8(61,5%)	13(28,3%)	110(44,4%)		
Ocupación^(**)					30,002	0,012
Cesante	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)	11(4,5%)		
Dueña de casa	1 (33,3%)	2 (15,4%)	14(30,4%)	68(27,5%)		
Jubilada (o)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(2,2%)	13(5,3%)		
Trabajador esporádico(a)	2 (66,7%)	3(23,1%)	18(39,1%)	59(23,9%)		
Empleado fiscal	0 (0,0%)	0(0,0%)	4(8,7%)	53(21,5%)		
Estudiante	0 (0,0%)	8(61,5%)	6(13,0%)	43(17,4%)		
Ingreso familiar mensual^(***)					41,230	<0,001
Entre \$25.000 y \$ 186.150	1(33,3%)	3(23,1%)	3(6,5%)	20(8,1%)		
Entre \$186.150 y \$250.000	0(0,0%)	5(38,5%)	21(45,7%)	102(41,1%)		
Entre \$250.000 y \$500.000	0(0,0%)	3(23,1%)	22(47,8%)	116(46,8%)		
Mayor a \$500.000	2(66,7%)	2(15,4%)	0(0,0%)	10(4,0%)		

Coeficiente de contingencia: (*) = 0,328; (**) = 0,298; (***) = 0,343; † = Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1

En la tabla N° 24, se muestran los Niveles de Adaptabilidad y las características biopsicosociales del familiar; encontrando que el estado Civil ($p < 0,001$) y el

Ingreso Familiar Mensual ($p < 0,001$) se relacionan significativamente con el nivel de Adaptabilidad familiar. Sin embargo la magnitud de la asociación es débil con un coeficiente de Contingencia de 0,328 y 0,343 respectivamente.

En cuanto al estado civil, los familiares casados presentan un tipo de Adaptabilidad Flexible (54,3%), mientras que los solteros lo son de tipo Rígida en un 66,7% de la muestra. De igual modo, la mayoría de los pacientes que perciben ingresos familiar mensual entre los \$186.000- 250.000 y entre \$ 250.000 y 500.000 presentan una Adaptabilidad de tipo Caótica (46,8%) y Flexible (47,8%) respectivamente.



Tabla 25: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a la características familiares de los pacientes encuestados (n=154)

Características familiares	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Composición Familiar[†]					20,186	0,064
Nuclear Simple	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)	10 (4,0%)		
Nuclear Monoparental	1 (33,3%)	5 (38,5%)	1 (2,2%)	53 (21,4%)		
Nuclear Biparental	0 (0,0%)	6 (46,2%)	17 (37,0%)	71 (28,6%)		
Extensa Monoparental	2 (66,7%)	2 (15,4%)	20 (43,5%)	80 (32,3%)		
Extensa Biparental	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (15,2%)	34 (13,7%)		
Etapa del ciclo vital familiar^(*)					31,609	0,024
Formación de pareja	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (0,4%)		
Familia con hijos preescolares	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (2,0%)		
Familia con hijos escolares	0 (0,0%)	2 (15,4%)	4 (8,7%)	9 (3,6%)		
Familia con hijos adolescentes	1 (33,3%)	5 (38,5%)	4 (8,7%)	48 (19,4%)		
Familia plataforma de lanzamiento	2 (66,7%)	6 (46,2%)	21 (45,7%)	74 (29,8%)		
Familia en Edad media	0 (0,0%)	0 (0,0%)	16 (34,8%)	81 (32,7%)		
Familia Anciana	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	30 (12,1%)		

(*) Coeficiente de contingencia=0,304; [†]= Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla N° 25 indica que la etapa del ciclo vital familiar se asocia estadísticamente a la Adaptabilidad Familiar con un $p=0,024$. Sin embargo su asociatividad es débil demostrado por coeficiente de Contingencia de 0,304.

Las familias con hijos Adolescentes presentan una Adaptabilidad de tipo Estructurada (38,5%), mientras que las familias en Plataforma de lanzamiento son de tipo Rígida (66,7%). Por su parte las familias en Edad media presentan una Adaptabilidad de tipo Flexible (34,8%) y la familia Anciana Caótica (12,1%)

Por lo que el tipo de composición familiar es independiente de la Adaptabilidad familiar.

Tabla 26: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los antecedentes de salud del familiar (n=154)

Características de salud del familiar	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Sufre alguna enfermedad Crónica[†]					7,129	0,068
Sí	3(100,0%)	11(84,6%)	46(100,0%)	239(96,4%)		
No	0(0,0%)	2(15,4%)	0(0,0%)	9(3,6%)		
Tipo de Enfermedad^(*)					51,461	<0,001
Cardiovasculares	2(66,7%)	6(54,6%)	30(71,5%)	147(65,3%)		
Depresión	0(0,0%)	0(0,0%)	0 (0,0%)	6(2,7%)		
Cáncer	0(0,0%)	0(0,0%)	8(19%)	13(5,7%)		
Artrosis	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	13(5,8%)		
Asma	0(0,0%)	2(18,2%)	2(4,8%)	15(6,7%)		
Dislipidemia	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(2,7%)		
Epilepsia	1(33,3%)	1(9,1%)	0(0,0%)	2(0,9%)		
EPOC	0(0,0%)	2(18,2%)	0(0,0%)	10(4,4%)		
Parkinson	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(0,9%)		

(*) Coeficiente de contingencia= 0,401; [†] = Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1

En relación a los Niveles de Adaptabilidad y los antecedentes de salud del familiar, se evidencia que existe asociación estadística entre las enfermedades crónicas y el nivel de Adaptabilidad percibido con un $p = < 0,001$. La asociación es significativa con un coeficiente de Contingencia de 0,401.

En relación al tipo de enfermedad, los familiares con patologías Cardiovasculares presentan un nivel de Adaptabilidad de tipo Caótico con un 65,3% y flexible en un 71,5% de la muestra.

Tabla 27: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los antecedentes de salud del paciente (n=154)

Características de salud del paciente	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Sufre alguna enfermedad Crónica					0,574	0,750
Sí	0 (0,0%)	7(100,0%)	27(100,0%)	118(98,3%)		
No	0 (0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(1,7%)		
Tipo de Enfermedad					20,342	0,205
Cardiovasculares	0 (0,0%)	4(57,2%)	16(59,2%)	42(38,5%)		
Depresión	0 (0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(2,8%)		
Cáncer	0 (0,0%)	0(0,0%)	5(18,5%)	18(16,5%)		
Artrosis	0 (0,0%)	0(0,0%)	1(3,7%)	8(7,3%)		
Asma	0 (0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	7(6,4%)		
Epilepsia	0 (0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4(3,7%)		
EPOC	0 (0,0%)	0(0,0%)	3(11,1%)	17(15,6%)		
Hemiplejia	0 (0,0%)	2(28,6%)	1(3,7%)	4(3,7%)		
Parkinson	0 (0,0%)	0(0,0%)	1(3,7%)	3(2,8%)		

Fuente: Ídem tabla 1.

La tabla muestra que las características de salud del paciente, tales como padecer una enfermedad de tipo Crónica, como las Cardiovasculares, Depresión, Cáncer o Artrosis entre otras, son independientes del Nivel de Adaptabilidad de la familia. Estos resultados difieren a los encontrados en los familiares, ya que en este caso, si existe relación estadística.

Tabla 28: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad del familiar (n=310)

Factores de riesgo del familiar	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Cesantía[†]					6,495	0,090
Sí	0(0,0%)	5(38,5%)	20(43,5%)	68(27,4%)		
No	3(100,0%)	8(61,5%)	26(56,5%)	180(72,6%)		
Alcoholismo^(*)					15,823	<0,001
Sí	2(45,7%)	6(46,2%)	21(22,2%)	55(66,7%)		
No	1(33,3%)	7(53,8%)	25(54,3%)	193(77,8%)		
Embarazo no deseado^(**)					15,043	0,002
Sí	2(10,1%)	1(7,7%)	11(23,9%)	25(66,7%)		
No	1(33,3%)	12(76,1%)	35(89,9%)	123(92,3%)		
Violencia Intrafamiliar[†]		76,1	89,9	92,3	5,030	0,170
Sí	2(66,7%)	1(7,7%)	11(23,9%)	56(22,6%)		
No	1(33,3%)	12(92,3%)	35(76,1%)	192(77,4%)		

Coeficiente de contingencia:(*) = 0,220;(**) = 0,205; † = Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1.

La tabla 28 indica que existe asociación estadística entre el nivel de Adaptabilidad y los factores de riesgo presentes en el familiar; encontrando que el Alcoholismo ($p < 0,001$) y embarazo no deseado ($p = 0,002$) se relacionan estadísticamente; aunque su asociatividad es débil con un coeficiente de contingencia de 0,220 y 0,205 respectivamente.

Las familias que reconoce Alcoholismo presentan una adaptabilidad de tipo Caótica (66,7%), de igual manera, aquellas que no lo reconocen presentan una adaptabilidad de tipo Caótica en un 77,8% de la muestra.

De igual forma, en las familias que presentan embarazo no deseado (66,7%) y las que no lo presentan (92,3%), se observa una Adaptabilidad familiar de tipo Caótica y Flexible.

Tabla 29: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad familiar del paciente (n=154)

Factores de riesgo del paciente	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Cesantía[†]					2,400	0,301
Sí	0(0,0%)	2(28,6%)	11(40,7%)	31(25,8%)		
No	0(0,0%)	5(71,4%)	16(59,3%)	89(74,2%)		
Alcoholismo^(*)					20,477	<0,001
Sí	0(0,0%)	3(42,9%)	15(55,6%)	19(15,8%)		
No	0(0,0%)	4(57,1%)	12(44,4%)	101(84,2%)		
Embarazo no deseado^(**)					8,178	0,017
Sí	0(0,0%)	1(14,3%)	8(29,6%)	11(9,2%)		
No	0(0,0%)	6(85,7%)	19(70,4%)	109(90,8%)		
Violencia Intrafamiliar[†]					4,160	0,125
Sí	0(0,0%)	0(0,0%)	6(22,2%)	12(10,0%)		
No	0(0,0%)	7(100,0%)	21(77,8%)	108(90,0%)		

Coefficiente de contingencia:(*)= 0,343; (**)= 0,225; †= Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1.

En la Tabla N°29, se observa que existe asociación estadística entre el nivel de adaptabilidad y los factores de riesgo presentes en el paciente; encontrando que el Alcoholismo ($p=<0,001$) y embarazo no deseado ($p=0,017$) se relacionan estadísticamente: aunque su asociatividad es débil con un coeficiente de Contingencia de 0,343 y 0,225 respectivamente.

Descriptivamente, el 90,8% de los pacientes que reconoce el Embarazo no deseado en su familia, presentan una adaptabilidad de tipo Flexible.

En un 84,2% de los pacientes que no presentan Alcoholismo, se observa adaptabilidad de tipo Caótica; mientras que en el 55,6 % de los pacientes que reconocen Alcoholismo, se presenta una adaptabilidad de tipo flexible.

Tabla 30: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos protectores del familiar (n=310)

Factores protectores del familiar	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Red social^(*)					54,572	<0,001
Amigos	0	0	0	0		
Parientes	0	5	16	64		
Vecinos	0	2	17	118		
Compañeros de trabajo	0	0	0	1		
CESFAM	0	2	5	11		
Iglesia	0	1	3	21		
Otros	0	0	0	2		
No tiene	3	3	5	31		
Acude a controles de salud[†]					1,306	0,728
Sí	1 (33,3%)	7 (53,8%)	18 (39,1%)	114 (46,0%)		
No	2 (66,7%)	6 (46,2%)	28 (60,9%)	134 (54%)		
Comunicación familiar^(**)					104,706	<0,001
Muy Alto	1 (33,3%)	4 (30,8%)	4 (8,7%)	98 (39,5%)		
Alto	0 (0,0%)	5 (38,5%)	6 (13,0%)	81 (32,7%)		
Moderado	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (28,3%)	59 (23,8%)		
Bajo	2 (66,7%)	3 (23,1%)	17 (37,0%)	10 (4,0%)		
Muy Bajo	0 (0,0%)	1 (7,7%)	6 (13,0%)	0 (0,0%)		

Coefficiente de contingencia:(*)= 0,304; (**)= 0,503; †= Coeficiente no calculado por presentar una asociación no estadísticamente significativa

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla indica que dentro de los factores protectores que presentan los familiares, la red social y la comunicación familiar se relaciona significativamente con el nivel de adaptabilidad con un $p=<0,001$ respectivamente; su asociatividad es significativa para la variable Comunicación, evidenciado con el Coeficiente de contingencia valor 0,503.

Por su parte, las familias, identifican como red social a los vecinos, parientes e Iglesia, presentando un nivel de Adaptabilidad de tipo Caótica.

En relación a variable Comunicación, las familias que identifican como Muy alto y Alto comunicación, presentan una Cohesión de tipo Caótica. Mientras que en los

niveles de Comunicación familiar Bajo, se identifica una Adaptabilidad de tipo Rígida.

Tabla 31: Distribución de niveles de adaptabilidad de acuerdo a los eventos protectores del paciente dependiente (n= 154)

Factores protectores del paciente	Niveles de Adaptabilidad				χ^2	p-valor
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica		
Red Social^(*)					18,753	0,016
Amigos	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)		
Parientes	0(0,0%)	0(0,0%)	2(7,4%)	24(20,0%)		
Vecinos	0(0,0%)	3(42,9%)	11(40,7%)	63(52,5%)		
Compañeros de trabajo	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)		
CESFAM	0(0,0%)	1(14,3%)	2(7,4%)	13(10,8%)		
Iglesia	0(0,0%)	1(14,3%)	3(11,1%)	12(10,0%)		
Otros	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)		
No tiene	0(0,0%)	2(28,6%)	9(33,3%)	8(6,7%)		
Acude a controles de salud^(**)					12,138	0,002
Sí	0 (0,0%)	7 (100,0%)	17 (63,0%)	106 (88,3%)		
No	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (37,0%)	14 (11,7%)		
Comunicación familiar^(***)					73,591	<0,001
Muy Alto	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (14,8%)	51 (42,5%)		
Alto	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (3,7%)	51 (42,5%)		
Moderado	0 (0,0%)	3 (42,9%)	8 (29,6%)	13 (10,8%)		
Bajo	0 (0,0%)	3 (42,9%)	7 (25,9%)	3 (2,5%)		
Muy Bajo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (25,9%)	2 (1,7%)		

Coefficiente de contingencia:(*) = 0,330; (**)= 0,270; (***)=0,569

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla 31 indica que dentro de los factores protectores que presentan los pacientes encuestados, el nivel de Comunicación familiar se relaciona significativamente con el nivel de Adaptabilidad con un $p < 0,001$ y un nivel de asociatividad de 0,569.

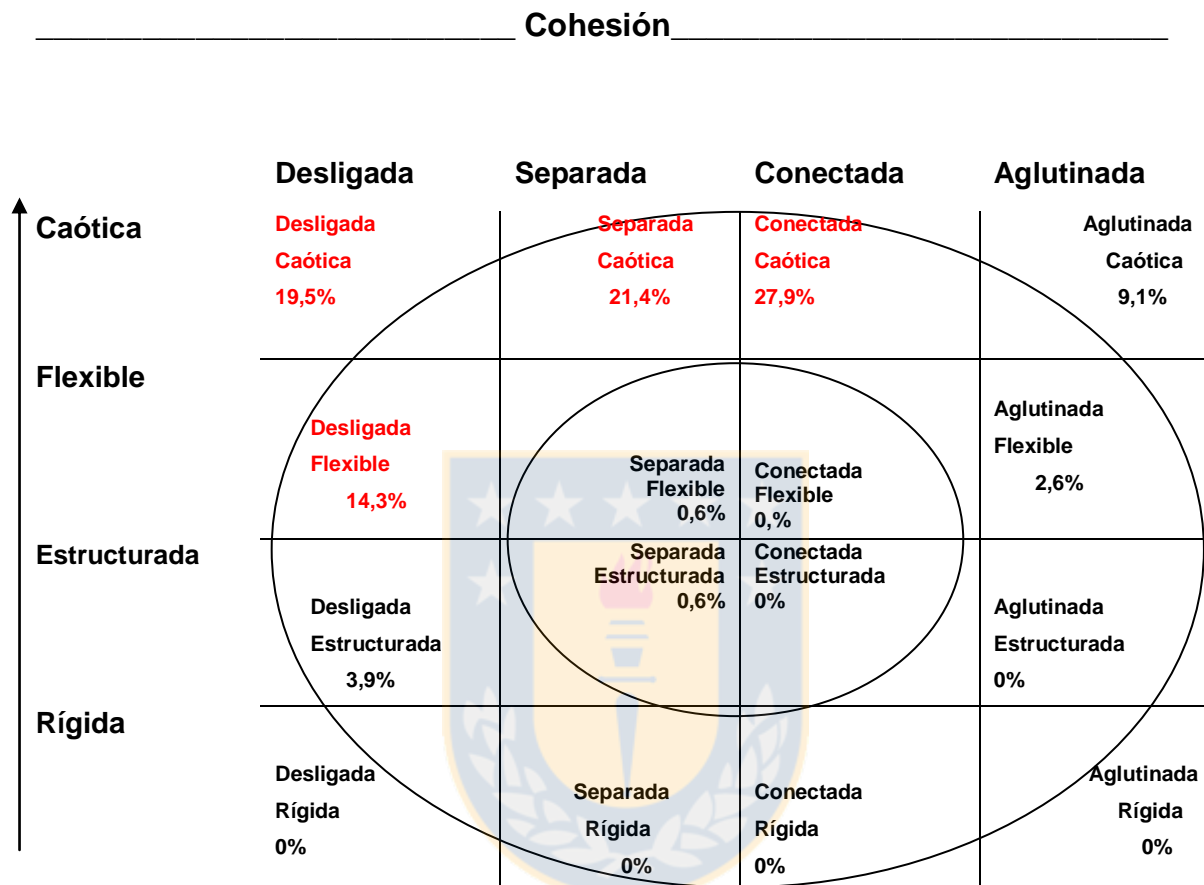
Los pacientes identifican como red social a los vecinos, parientes, Centro de salud familiar e Iglesia, presentando un nivel de adaptabilidad de tipo Caótica y Flexible. Respecto al Nivel de Comunicación familiar, los pacientes que identifican como Muy alto y Alto presentan una Adaptabilidad de tipo Caótica (42,5%) mientras que

el nivel de Comunicación familiar Moderado y Bajo, se identifica una Adaptabilidad de tipo estructurada.(42,9%)



III.- 2.3 Tipos de funcionalidad familiar en pacientes Dependientes

Figura 2: Tipos de funcionamiento familiar según modelo de Olson percepción de los pacientes dependientes encuestados (n = 154)



De los 16 tipos de familias que propone Olson, combinando los cuatro tipos de Cohesión y cuatro tipos de Adaptabilidad del paciente dependiente, sólo se encontraron en las familias estudiadas 9 tipos de ellos. El 27,9% de los pacientes participantes tuvo un funcionamiento familiar conectado-caótico, seguido del 21,4% que mostró funcionamiento familiar separado-caótico, es decir Rango medio. Un 19,5% de las familias participantes mostraron un tipo de funcionamiento familiar desligada-caótica, es decir Extremas, lo que se traduce en disfuncionalidad familiar. El 14,3% presenta tipo de funcionamiento desligada – flexible.

III.- 2.4 Tipos de funcionalidad familiar en familiares

Figura 3: Tipos de funcionamiento familiar según modelo de Olson percepción de los familiares encuestados (n=310)

		Cohesión			
		Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada
↑	Caótica	Desligada Caótica 23,9%	Separada Caótica 24,5%	Conectada Caótica 23,9%	Aglutinada Caótica 7,7%
	Flexible	Desligada Flexible 11,3%	Separada Flexible 1,3%	Conectada Flexible 2,3%	Aglutinada Flexible 0%
	Estructurada	Desligada Estructurada 1,9%	Separada Estructurada 0,3%	Conectada Estructurada 1,9%	Aglutinada Estructurada 0%
	Rígida	Desligada Rígida 0,6%	Separada Rígida 0%	Conectada Rígida 0,3%	Aglutinada Rígida 0%

De los 16 tipos de familia que propone Olson, por combinación de los cuatro tipos de Cohesión y cuatro tipos de Adaptabilidad del familiar, sólo se encontraron en las familias estudiadas 12 de ellos. El 24,5% de las familias participantes tuvo un funcionamiento familiar separado-caótico, seguidos de un 23,9% que mostró funcionamiento familiar desligada-caótico, y conectada – caótica; en tercer lugar el 11,3% de las familias participantes mostraron un tipo de funcionamiento familiar desligada-flexible, sólo un 7,7% es de tipo aglutinada – caótica. En el 8,6% restante se ubican todos los otros tipos de familia no mencionados hasta el momento, a excepción de los estilos separada-rígida, aglutinada-flexible, aglutinado-rígido y aglutinado-estructurado en los que no se encontró la presencia de algún caso.

Tabla 32: Distribución de niveles de funcionalidad familiar percibidos por el paciente dependiente (n = 154) y el familiar (n=310)

Grado de discapacidad	Nivel de funcionamiento familiar			χ^2	p-valor
	Familia Equilibrada	Familia Rango medio	Familia Extrema		
Pacientes				7,494	0,112
Discapacidad leve	0(0,0%)	32(29,6%)	6(13,6%)		
Discapacidad moderada	0(0,0%)	35(32,4%)	19(43,2%)		
Discapacidad severa	2(10,0%)	41(43,2%)	19(38,0%)		
Familiar					
Sin discapacidad	12(4,0%)	198(63,8%)	100(32,2%)		

Fuente: Ídem tabla 1

Desde la perspectiva de los tipos de Funcionamiento familiar percibidos en los pacientes dependientes y familiares evaluados, para los pacientes con discapacidad Leve se presenta un Nivel de Funcionamiento familiar de Rango medio (29,6%), para los pacientes con discapacidad Moderada se percibe una Funcionalidad Extrema (43,2%), mientras que para los pacientes con discapacidad Severa, se presenta un nivel de funcionamiento Rango medio (43,2%).

En relación a los familiares, el nivel de Funcionamiento familiar percibido es de Rango medio (63.8%), seguido por tipo de funcionalidad Extrema.

Tabla 33: Distribución de los niveles de funcionamiento familiar de acuerdo a los niveles de comunicación del paciente dependiente (n=154) y del familiar (n=310)

Tipos de Comunicación	Funcionalidad familiar			χ^2	p-valor
	Familia Equilibrada	Familia Medio Rango	Familia Extrema		
Paciente^(*)					
Muy alto	0	43(39,8%)	12(27,3%)	16,627	0,034
Alto	0	36(33,3%)	17(38,6%)		
Moderado	1(50,0%)	12(11,1%)	11(25,0%)		
Bajo	0(0,0%)	11(10,2%)	2(4,5%)		
Muy bajo	1(50,0%)	6(5,6%)	2(4,5%)		
Familiar^(**)					
Muy Alto	2(16,7%)	77(38,9%)	28(28%)	48,265	< 0,001
Alto	4(33,3%)	72(36,4%)	16(16,0%)		
Moderado	3(12,6%)	25(25%)	44(44,0%)		
Bajo	3(8,6%)	17(25%)	12(12,0%)		
Muy Bajo	0 (0,0%)	7(3,5%)	0 (0,0%)		

Coefficiente de contingencia:(*) = 0,312; (**)= 0,367;

Fuente: Ídem tabla 1

La tabla N° 33 identifica la relación estadística entre la Comunicación y el Funcionamiento Familiar, encontrando asociación estadística entre la Comunicación percibida por el familiar y el Funcionamiento Familiar con un $p = < 0,001$, sin embargo su nivel de asociatividad es débil, demostrado por el nivel de Contingencia de 0,367.

Descriptivamente, los familiares que identifican una Comunicación Muy Alto (38,9%) y Alto (36,4%) presentan un Funcionamiento de rango Medio; mientras que el nivel de Comunicación Moderado presenta un funcionamiento de rango Extremo (44,0%).

III.- 3 Análisis de Regresión Logística

Se agruparon las tres categorías de funcionalidad familiar en dos grupos: a) Familias equilibradas y de medio rango y b) familias extremas, de tal forma que pudieran estudiarse por medio de regresión logística binaria múltiple.

Se crearon tres modelos logísticos binarios múltiples, en donde se ingresaron factores biopsicosociales, de salud y del apoyo familiar en: a) todos los participantes del estudio (incluidos familiares y pacientes), b) pacientes del estudio, y c) familiares del caso índice. Considerando los objetivos de esta investigación, se ha elegido el modelo b y c que incluye a los pacientes dependientes del estudio y a familiares por separado.

Tabla 34: Regresión logística con los pacientes del estudio.

VARIABLES FAMILIARES	Parámetro	Coefficiente	Error Estándar	Test de Wald	P
Constante	A	-1,779	0,773	5,295	0,021
discapacidad leve / sin discapacidad	β_1	-1,254	0,550	5,204	0,023
nuclear biparental / nuclear simple	β_2	-1,267	0,611	4,302	0,038
extensa biparental / nuclear simple	β_3	2,520	0,705	12,790	0,000
Amigos / no tiene	β_4	1,540	0,534	8,323	0,004
Sexo hombre / mujer	β_5	-1,563	0,473	10,921	0,001
Acude_controles_sí / no	β_6	1,722	0,747	5,319	0,021

De acuerdo al modelo de regresión Binaria Múltiple, la relación entre el grado de discapacidad leve, se asocia al tipo de funcionalidad familiar Equilibrada y de Rango medio, mientras que los pacientes clasificados con dependencia

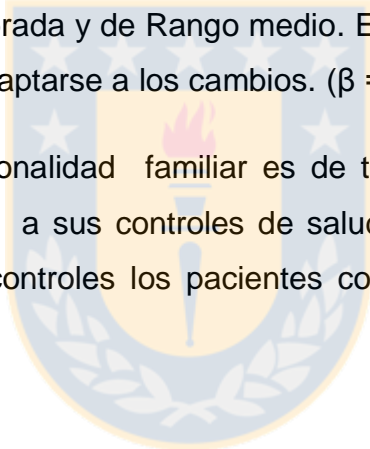
Moderados y Severos se asocian a familias de funcionalidad Extremas. ($\beta = -1,254$ p: 0,021)

Los pacientes que pertenecen a familias de tipo Nuclear Biparental presenta un tipo de funcionalidad familiar de tipo Equilibrada y de Rango medio ($\beta = -1,267$ y $p=0,038$). Mientras que los pacientes que viven en familias de tipo Extensa Biparental se asocia a un tipo de Funcionalidad familiar Extrema. ($\beta = 2,520$ y $p=0,000$)

En los pacientes dependientes, la presencia de los amigos como red social se asociaría al tipo de funcionalidad familiar Extrema. ($\beta = 1,540$ y $p=0,004$)

Los pacientes dependientes de sexo masculino, presentan un tipo de funcionalidad familiar equilibrada y de Rango medio. Es decir con mayor repertorio de conductas y capaz de adaptarse a los cambios. ($\beta = -1,563$ $p=0,001$)

En las familias cuya funcionalidad familiar es de tipo Extrema, los pacientes dependientes acuden más a sus controles de salud. ($\beta = 1,722$ y $p=0,021$) Es decir, cumplen mejor sus controles los pacientes con dependencia moderada y severa.



b) Regresión logística con todos los familiares del caso índice

Tabla 35: Regresión logística con los pacientes del estudio

Variables	Parámetro	Coefficiente	Error Estándar	Test de Wald	P
Constante	A	0,596	0,651	0,839	0,360
est_sup_téc / sin estudios	β_1	-1,212	0,401	9,116	0,003
extensa biparental / nuclear simple	β_2	0,910	0,374	5,909	0,015
Sexo hombre / mujer	β_3	0,773	0,314	6,041	0,014
Antecedentes sin trabajo por más de 1 año/ no	β_4	-2,017	0,668	9,110	0,003
Antecedentes_ embarazo no deseados / no	β_5	1,379	0,378	13,277	0,000
Antecedentes Violencia intrafamiliar sí / no	β_6	0,987	0,316	9,739	0,002

De acuerdo al modelo de regresión Binaria Múltiple, existe relación entre el nivel de estudio de los familiares y la tipología familiar. De este modo, aquellos familiares que poseen estudios de nivel superior y técnico, presentan una funcionalidad de tipo Equilibrada y de rango medio. (β :-1,212 p: 0,003).

El tipo de familia Extensa Biparental, se asocia a un tipo de funcionalidad de tipo Extrema, a diferencia de las familias nucleares que presentarían una funcionalidad de medio rango o equilibrada. (β :-0,910 p: 0,015).

Los familiares de sexo masculino, se asocian a una funcionalidad de tipo Extrema. (β :-0,773 p: 0,014).

Los familiares cesantes presentan asociación con una funcionalidad familiar de tipo equilibrada y de rango medio. (β - 2,017 p: 0,014).

Las familias que presentan factores de riesgo como: embarazo no deseado y violencia Intrafamiliar se relacionan con el tipo de funcionalidad familiar de tipo Extrema, es decir presentan Disfunción familiar (p: 0,000 p: 0,002 respectivamente).



IV.- DISCUSIÓN

La familia es considerada el grupo social más importante para el hombre, puesto que cumple funciones esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. Además se reconoce que la familia tiene un papel preponderante en el proceso de salud-enfermedad de sus miembros.⁶⁸ El entorno, las personas y las familias son sistemas abiertos en permanente movimiento y se esfuerzan por lograr la congruencia. El funcionamiento familiar no debe describirse como algo estático, ya que la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y utiliza los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables.

En base a lo señalado anteriormente, la presente investigación analizó la relación de distintos factores biopsicosociales del paciente dependiente y la familia, con el funcionamiento familiar, específicamente cohesión y adaptabilidad.

La muestra inicial de este estudio, se caracterizó por estar conformada por 162 familias, integradas por 3 miembros o más que vivían con un familiar dependiente en categoría leve, moderada y/o severa adscrito al programa de postrados de los Centros de salud familiar Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudad de Chillán. El total de encuestados corresponde a 481 personas, de ellos 319 corresponden a familiares y 162 a pacientes. El requisito para entrevistar al familiar, fue que viviera más de un año junto al paciente y que tuviesen 17 años o más de edad.

De acuerdo a las características socio demográficas del paciente dependiente, se observó que el promedio de edad fue de 64 años; que el 56,3% de ellos pertenecían al sexo masculino y el 43,7% eran del sexo femenino, de ocupación actual jubilados con un 68,5%. Respecto a escolaridad, el 71,0 % de los pacientes refirió estudios básicos. En relación al estado civil, un 40,1% de los pacientes se encuentran casado, seguido por viudez con un 32,1%.

En cuanto a los familiares encuestados, el promedio de edad fue 43 años; el 73,3% de ellos pertenecían al sexo femenino correspondiendo en la mayoría de los casos a los cuidadores principales, siendo esposas o hijas, de ocupación actual dueña de casa con un 27,4% y que realizan trabajos esporádicos en un 28,0%. El resto corresponde a empleados fiscales y estudiantes. Respecto a la escolaridad, el 39,3 % de los familiares presenta estudios básicos, 29,5% educación media y 21,7% técnico profesional. En relación al estado civil, un 41,7% se encuentra soltero, un 40,1% se encuentran casado, seguido por convivencia en un 6,3% de la muestra. El ingreso familiar mensual, se encuentra entre los \$ 250.000 y 500.000 mil pesos, sin embargo un 42% de las familias recibe un ingreso inferior entre los \$186.150 y 250.000mil pesos. Esta información es corroborada por diversos autores, tales como, Flores, Rivas y Seguel en una investigación realizada en Valdivia⁶⁹. De igual manera Espinoza, Méndez, Lara y Rivera en un estudio realizado en 2009 en la ciudad de San Carlos⁷⁰, identificando similares características biopsicosociales. Sin embargo, la principal diferencia radica en el sexo del paciente dependiente, observando mayor tendencia masculina que femenina. En relación al cuidador principal, esta condición sigue siendo inherente a la condición de mujer, asumiendo además el rol de crianza, tareas del hogar y trabajar fuera de la casa en trabajos esporádicos.

En relación al tipo de familia, en este estudio se identifica mayormente la de tipo extensa monoparental seguida por la nuclear biparental. La etapa del ciclo vital en que se encuentran, es familia en plataforma de lanzamiento y familia en edad media con un 32,6% y 30,6% respectivamente.

Las patologías crónicas más frecuentes en pacientes dependientes y familiares corresponden a las patologías cardiovasculares con un 96,6% y 98,8% respectivamente. En los familiares estas patologías corresponden a las cardiovasculares, tales como hipertensión, diabetes, dislipidemia con un 65,4%, seguida por asma, artrosis y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Mientras que en los pacientes prevalecen patologías cardiovasculares con un 44,4%, seguidas de cáncer 15,8%. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y artrosis.

En relación a los principales eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad, en ambos grupos se identifican: cesantía, alcoholismo, embarazo no deseado y violencia Intrafamiliar, sin embargo los porcentajes son menores en relación al total de la muestra, lo que podría deberse a una respuesta poco espontánea de los encuestados, por temor a reconocer estas variables en sus familias.

Los principales factores protectores identificados por la familia y el paciente dependiente corresponden a la red social. De este modo, los familiares que viven con un paciente dependiente identifican como principal red a sus vecinos y parientes con un 42,9% y 26,6% respectivamente. De la misma forma, los pacientes dependientes identifican como red a: sus vecinos (47,5%), parientes (16,0%) y la Iglesia (10,5%). En relación a la asistencia a los controles de salud un 55,8% de los familiares refiere no cumplir con ellos; mientras que un 81,5% de los pacientes cumple con sus controles de salud. Respecto a la percepción de la comunicación familiar, ésta se identifica como “muy alto” por ambos grupos con un 34,5% y 35,7%.

Referente a la funcionalidad familiar, la Cohesión se identifica como el primer constructo del Modelo de Olson. De esta manera, al relacionar el grado de dependencia con el nivel de cohesión se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellas, sin embargo su asociación es débil. Asimismo, los pacientes clasificados como dependientes severos, presentan un nivel de cohesión enmarañada (55,6%), esto significa que existe una máxima unión afectiva entre los familiares, que exige fuerte lealtad y fidelidad hacia la familia, con una alta dependencia familiar en la toma de decisiones, esto implicaría un funcionamiento familiar más problemático. La hipótesis del Modelo de Olson, propone que es posible pasar a un nivel de mayor cohesión o cambiar a otro en un evento no normativo, como por ejemplo, al recibir un diagnóstico de cáncer o dependencia. Por su parte los pacientes con discapacidad moderada presentan una cohesión de tipo desligada (41,4%), esto es ausencia de unión afectiva y lealtad. Alta independencia personal con primacía del individuo por sobre la familia. Finalmente aquellos pacientes con discapacidad leve presentan una cohesión de tipo separada (40%) y conectada (39,5%). Esto es una moderada

unión afectiva entre los miembros de la familia, presencia moderada de lealtad y lazos de interdependencia. Esto conllevaría un funcionamiento familiar más saludable. Por su parte los familiares, presentan una cohesión de tipo desligada en un 37,7%. Olson, propone que la cohesión de tipo desligada implicaría un funcionamiento más problemático, de manera tal que la lealtad hacia ella y el consenso interno impiden la individuación de sus miembros⁷¹. Al confrontar los resultados con estudios de similares características, se cita a Bastias M, en su tesis realizada en 283 familias de Cesfam de Mirasol en Puerto Montt 2008. Sus resultados difieren a lo presentado en este estudio, identificando familias con cohesión enmarañada en 2/3 de la muestra, una funcionalidad familiar de tipo balanceadas en un 65% y extrema en un 35%. Lo que podría explicarse porque la muestra poblacional posee distintas características biopsicosociales y no todos viven con un integrante dependiente. Esto se presenta solo en un 17% de la población encuestada.⁷²

En relación a las variables biopsicosociales del paciente, aquella que se relacionan de forma significativa con la cohesión familiar corresponde a la ocupación del encuestado y escolaridad. De este modo, el nivel educacional del paciente, podría influir en la cohesión familiar, lo que se traduciría en una familia más funcional y con mejores posibilidades de enfrentar una crisis. Para los familiares, el estado civil y la ocupación se relacionan con mayor significancia estadística. De este modo, para el familiar que es dueña de casa se presenta una cohesión de tipo conectada, esto es mayor afectividad, fidelidad, con tendencia hacia la dependencia donde prima la familia sobre el individuo; para el familiar que es trabajador esporádico se presenta una cohesión de tipo desligada, es decir escasa lealtad familiar y los estudiantes la de tipo enmarañada. Esto significa una alta unión afectiva.

Respecto a la etapa del ciclo vital familiar se observó que: las familias con hijos escolares presentan una cohesión de tipo desligada; la familia con hijos adolescentes cohesión de tipo separada; la familia en plataforma de lanzamiento enmarañada o enredada, lo cual actúa como influencia negativa en el proceso de

individuación de sus integrantes al fomentar un excesivo apego hacia el grupo familiar. Sin embargo, las familias que se encuentran en edad media, presentan una cohesión de tipo separada. Los resultados de este estudio, indican que la etapa en que se encuentre la familia influye en la Cohesión familiar. Esto confirma una de las hipótesis de Olson, donde establece que la dinámica familiar podría evolucionar a un sistema menos cohesionado de acuerdo al ciclo vital familiar, tal como las familias con hijos adolescentes.⁷³

El paciente dependiente, identifica eventos de vulnerabilidad o riesgo familiar, entre ellos la cesantía, violencia Intrafamiliar y embarazo no deseado siendo independientes del nivel de Cohesión; sin embargo el Alcoholismo se relaciona estadísticamente con el nivel de Cohesión de tipo desligada (46,6%) y los que manifiestan no serlo presentan una Cohesión de tipo Enmarañada (94,4%). Esta tendencia es la misma observada en los familiares encuestados. Esto podría deberse a máxima unión afectiva entre los familiares y la alta dependencia familiar en toma de decisiones.

Tal como se indicó anteriormente, la variable comunicación familiar presenta mayor relevancia estadística, reafirmando que ella sería el tercer constructo de funcionalidad familiar y que actuaría como una dimensión facilitadora de la dinámica familiar. En esta investigación se consideró como variable independiente, ya que el modelo de Olson y la escala FACES III no la incluye gráficamente⁷⁴. En este estudio, la comunicación resulta ser significativa, tanto para cohesión como para adaptabilidad. De este modo, los pacientes que perciben una comunicación “muy alta” presentan una cohesión máxima entre sus integrantes. Las familias que perciben una “baja comunicación” presentan una cohesión desligada con alta independencia personal por parte de sus miembros. De igual manera, el nivel de comunicación se relaciona con la adaptabilidad, entonces los pacientes que identifican una comunicación “muy alto y alto”, presentan una adaptabilidad de tipo Caótica (42,5%), es decir, en la familia existen cambios aleatorio de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Mientras que en el nivel de comunicación “moderado” y “bajo”, se identifica una adaptabilidad de tipo estructurada (42,9%), donde existen liderazgo y roles ocasionalmente

compartidos. Cierta grado de disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

Entendiendo la Adaptabilidad como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia; este estudio identifica una débil asociación entre la adaptabilidad y el tipo de dependencia del paciente; no obstante, el estado civil y el ingreso familiar se relacionan significativamente. Los familiares casados presentan un tipo de adaptabilidad Flexible (54,3%), es decir comparten roles y las decisiones son democráticas; mientras que los familiares solteros presentan adaptabilidad de tipo Rígida en un 66,7%, donde destaca autoritarismo, y disciplina estricta.

Según la etapa del ciclo vital familiar de Duvall, aquellas con hijos escolares y adolescentes presenta adaptabilidad de tipo Estructurada, es decir conllevaran a un nivel de funcionamiento familiar más saludable; las familia en plataforma de lanzamiento de tipo Rígida; familia en edad media de tipo Flexible, con características de liderazgo y roles compartidos. Asimismo, la familia anciana presenta una adaptabilidad de tipo Caótica es decir ausencia de liderazgo y disciplina irregular.

Desde la perspectiva de los tipos de funcionamiento familiar, los pacientes con dependencia leve presentan un nivel de funcionamiento familiar de rango medio; los pacientes con dependencia moderada funcionalidad extrema; mientras que los pacientes con dependencia severa presentan un nivel de funcionamiento Rango medio. Cabe mencionar que ninguna de las familias evaluadas, se clasificó como familia Balanceada. Al respecto según Olson, este tipo de funcionamiento familiar no sería saludable, debido a que existe tendencia a la disfunción familiar⁷⁵. Los resultados obtenidos pueden corresponder a diferentes factores; entre ellos vivir con un integrante dependiente o presentar otras variables de riesgo tales como violencia intrafamiliar, embarazo no deseado ya que en este estudio se encuentra una asociación significativa. Esto cobra especial atención para el equipo de salud, ya que las familias que viven con un familiar en postración leve, al cambiar a dependencia moderada o severa; presentarán una funcionalidad extrema, afectando los procesos de adaptabilidad y cohesión familiar. Esto

confirma la hipótesis general que establece que las familias que poseen un miembro en dependencia presentan alteración en la funcionalidad familiar. En relación a los familiares, el nivel de funcionamiento familiar percibido es de Rango medio. Por su parte, los familiares presentan un Funcionamiento familiar de Rango medio (63.8%), seguido por tipo de funcionalidad Extrema.

De igual manera, la comunicación influye en el funcionamiento familiar; entonces los familiares que identifican una comunicación “muy alto” y “alto”, presentan un funcionamiento de rango medio; mientras que una comunicación de nivel moderada, se asocia a un funcionamiento de rango extremo. Esto corrobora otra hipótesis del Modelo de Olson, en que las familias balanceadas tendrán más habilidades de comunicación positiva al contrario de lo que ocurre en las familias extremas. Estas incluyen algunas dificultades en habilidades de comunicación tales como: ausencia de congruencia, mensajes directos, capacidad de empatía y apoyo emocional, déficit de habilidades efectivas de escucha; situación que restringe la movilidad de la familia en otras dimensiones más saludables.⁷⁶ Resultado similar es el que se obtiene al analizar 103 familias en México, donde se identifica una comunicación directa en familias balanceadas mientras que una comunicación desplazada en familias extremas.⁷⁷

Los resultados de este estudio no identifican familias equilibradas, esto podría corresponder, según Olson a un repertorio de conductas que posibilita a las familias a cambiar de sistemas familiares cuando experimentan situaciones de riesgo o stress. Es decir, los sistemas familiares funcionales pueden ser no balanceados en ciertas ocasiones. Los sistemas balanceados pueden comportarse como no balanceados cuando están bajo altos niveles de estrés, tales como cuidar a un miembro dependiente o con diagnóstico de enfermedad terminal. Incluso pueden adoptar uno de los extremos, aglutinarse, por períodos breves para contrarrestar el estrés.⁷⁸

Al analizar el tipo de familia con la funcionalidad familiar, se demuestra que las familias nuclear biparental presentan un tipo de funcionalidad familiar de tipo equilibrada y de Rango medio, mientras que los pacientes que viven en familias de

tipo extensa biparental se asocia a un tipo de funcionalidad familiar Extrema o disfuncional. Dicha condición podría estar relacionada con sus características estructurales o la presencia de otros factores de riesgo asociados a familias extremas, tales como Violencia Intrafamiliar o embarazo no deseado. Al respecto, los resultados del estudio realizado por Zicavo, Palma, Garrido (2011), en parejas de familias ensambladas y nucleares de la ciudad de Chillan, demuestran que las familias ensambladas y nucleares no presentan diferencias estadísticas significativas en su estilo de funcionamiento familiar, lo que difiere con los resultados del presente estudio.⁷⁹ Esta diferencia podría explicarse porque las familias estudiadas no estaban bajo una situación de estrés, tal como vivir con paciente dependiente y no necesitarían adoptar cambios en su estilo de funcionalidad como mecanismo de defensa.

Al asociar el sexo del familiar y del paciente dependiente con funcionalidad familiar, se identifica que los encuestados varones se relacionan con un tipo de funcionalidad familiar extrema. Este resultado no se puede confrontar dado que no se identifican estudios similares al respecto.

En la revisión bibliográfica, la investigación realizada en Brazil analiza el funcionamiento de la familia cuidadora, relacionando el nivel de dependencia del familiar anciano y la edad de los cuidadores con la dinámica familiar. Se estudió a 80 familias y 143 cuidadores. Se identifican familias de tipo nuclear y extensa mono y biparental. El cuidador principales son mujeres esposas e hijas; el funcionamiento familiar es de tipo equilibrada funcional lo que difiere del resultado de esta investigación, donde la funcionalidad familiar es de rango medio y extremas no identificando familias equilibradas, es decir existen riesgo de disfuncionalidad familiar, sin límites claramente definidos y con una baja capacidad de enfrentar eventos estresantes en la familia.⁸⁰

Ornellas- Aguirre, Sánchez- Castro en su investigación, establecen que vivir con una mujer con epilepsia presentaría mayor deterioro psicosocial, demostrando alteración en la cohesión y adaptabilidad familiar, resultado obtenido en la presente investigación.⁸¹

V.- CONCLUSIONES

Este estudio fue diseñado para identificar el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

La comunicación se considera el tercer componente del constructo del Modelo de Olson, como una dimensión facilitadora del proceso. Sin embargo, no está incluido gráficamente en el instrumento FACES III. Para efectos de este estudio, se consideró como factor protector de la familia. Para medirla se utiliza la Escala de comunicación familiar de FACES IV, del cual no se ha encontrado referencia de validación en Chile. Se somete a los criterios de Hernández Sampieri, traducción por expertos y validación facial. La consistencia interna de las preguntas relativas a cohesión, adaptabilidad y comunicación fue alta, con un Alfa de Cronbach de 0,9.

Referente a la funcionalidad familiar, desde la percepción de los pacientes con dependencia leve es de tipología rango medio; los pacientes con dependencia moderada funcionalidad Extrema, mientras que los pacientes con dependencia severa presentan un nivel de funcionamiento familiar de Rango medio. Ninguna de las familias evaluadas, se clasifica como familia Balanceada.

La funcionalidad familiar, percibida por los familiares es de Rango medio (63.8%), seguido por tipo de funcionalidad Extrema.

Según tipología familiar, las familias Nucleares Biparental presentan un tipo de funcionalidad de tipo Equilibrada y de Rango medio, mientras que los pacientes que viven en familias de tipo Extensa Biparental se asocian a un tipo de funcionalidad familiar Extrema o disfuncional.

Se identifica asociación entre el sexo masculino del familiar y del paciente dependiente con la funcionalidad familiar, los varones encuestados se relacionan con un tipo de funcionalidad familiar Extrema.

Los pacientes clasificados con dependencia Moderada y Severa, se asocian a familias de funcionalidad Extremas.

La variable que presenta mayor asociatividad a la funcionalidad familiar es la Comunicación, lo que pone de manifiesto el postulado de Olson, al ser una dimensión facilitadora del Modelo Circumplejo.

En relación a los principales eventos familiares de riesgo o vulnerabilidad, en ambos grupos se identifican: cesantía, alcoholismo, embarazo no deseado y violencia Intrafamiliar. En este estudio los factores de riesgo como violencia Intrafamiliar y embarazo no deseado, se asocian a una funcionalidad de tipo extrema, es decir presentan disfunción familiar.

Las variables biopsicosociales del paciente dependiente que se relacionan de forma significativa con la Cohesión familiar, corresponden a: ocupación del encuestado y escolaridad. Para los familiares, el estado civil y la ocupación se relacionan con mayor significancia estadística.

De acuerdo al nivel de dependencia, los pacientes dependientes Severos presentan una Cohesión de tipo enmarañada, (55,6%) esto significa que existe una máxima unión afectiva entre los familiares, lealtad y fidelidad hacia la familiar, lo que no permite la independencia de sus miembros.

Los pacientes con discapacidad Moderada presentan una cohesión de tipo desligada (41,4%), esto es ausencia de unión afectiva y lealtad. Finalmente aquellos pacientes con dependencia Leve presentan una cohesión de tipo separada (40%) y conectada (39,5%). Esto es una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia.

Referente a la Adaptabilidad, este estudio identifica una débil asociación entre la adaptabilidad con el tipo de dependencia del paciente; no obstante, el estado civil y el ingreso familiar se relacionan significativamente.

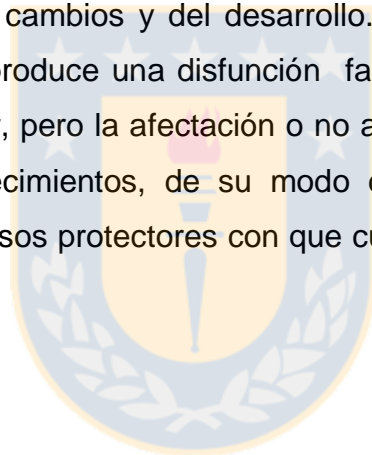
En relación a la hipótesis general planteada, se acepta que “Las familias que poseen un miembro en dependencia presentan alteración en la funcionalidad familiar”.

En relación a la hipótesis N° 1, se acepta que “las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la cohesión familiar”

En relación a la hipótesis N° 2 se acepta que” las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la adaptabilidad familiar”

En relación a la hipótesis N° 3 se acepta que” las familias con un integrante dependiente presentan alteración en la comunicación familiar”

Las familias que viven con un integrante en condición de dependencia experimentan una crisis o evento que no implican sólo la vivencia de circunstancias negativas sino también la oportunidad de crecer y superar las contradicciones. No son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios y del desarrollo. El hecho de atravesar una crisis, no necesariamente produce una disfunción familiar, sí puede constituir un riesgo para la salud familiar, pero la afectación o no ante la misma va a depender del impacto de los acontecimientos, de su modo de afrontamiento, cohesión, adaptabilidad y de los recursos protectores con que cuente la familia en su interior y en el entorno social.



VI.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La necesidad de realizar las entrevistas en los hogares, redujo el tamaño muestral, debido a direcciones inválidas y negación de familias a responder la encuesta.

No existe un Comité de Ética en el Departamento de Salud Municipal de Chillan, lo que limitó la autorización para la aplicación de la prueba piloto y encuestas.

VII.- RECOMENDACIONES

En atención a los resultados obtenidos en la presente investigación, se hace necesario acotar las siguientes sugerencias:

Para la práctica

1.-Socializar los resultados obtenidos en este estudio a todos los establecimientos involucrados, a los diferentes profesionales involucrados en el programa de pacientes dependientes, para que sea utilizado como herramienta para mejorar la calidad de atención y vida de los pacientes dependientes y sus familias, diseñando nuevas estrategias de promoción, prevención y seguimiento más efectivo, permitiendo una prestación de servicios de calidad a la familia y comunidad.

2.-Ofrecer capacitaciones y motivar al equipo liderado por el profesional de enfermería en relación a la valoración e integración de la familia en el cuidado permanente de la salud de sus miembros, fortaleciendo el vínculo (controles más permanentes, atención otorgada por el mismo profesional, constantes visitas domiciliarias y el acercamiento distinto por parte del profesional respaldado por la formación más sistémica e integral).

3.-Realizar intervenciones basadas en la percepción de un solo integrante, podría llevar a que las mismas no sean aceptadas por los miembros que discrepan en

esa percepción de la realidad familiar. Esta situación puede sugerir la necesidad de exponer frente a la familia estas discrepancias, con el objetivo de acercar sus puntos de vista.

Para la Investigación

1.-Aumentar la producción de conocimiento científico de aquellas condiciones que influyen en la funcionalidad familiar, especialmente en lo que dice relación a la influencia de factores de riesgo.

a) Utilizar los resultados obtenidos para seguimiento en otros centros de salud familiar de la ciudad de Chillan, que cumplan con características biopsicosociales similares.

b) Se sugiere comparar la funcionalidad familiar con otros instrumentos utilizados en Atención Primaria, para unificar criterios de similitud y diferencias en ambos instrumentos.

c) En virtud de la revisión bibliográfica, nuevos estudios podrían identificar como afecta la edad del cuidador y la zona de residencia (urbana y rural) en la funcionalidad familiar.

Para la Educación

1.-En la asignatura enfermería en Atención primaria Infantil y enfermería Comunitaria de pregrado, enfatizar en la importancia del modelo de salud familiar y del rol de gestor de casos del programa de pacientes dependientes, siendo el profesional de enfermería líder de un equipo multidisciplinario. , enfatizando no sólo en la prevención de los factores de riesgo, sino principalmente en el fortalecimiento de los factores protectores de las familias, lo que se traduce en logros que permanecen más a largo plazo.

2.-Colaborar en la formación de estudiantes con sólidos conocimientos de Salud familiar, específicamente la Funcionalidad o Dinámica familiar, desde el punto de vista de todos los integrantes del equipo familiar y promoviendo intervenciones de calidad para la familia y comunidad.

3.-En futura investigación, identificar la funcionalidad familiar de los estudiantes de Enfermería y establecer relación con su rendimiento académico.



VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Arriagada I. Familias y políticas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile: Publicaciones de la Naciones Unidas; 2007.p.20-27.
- 2.-Marín P. Situación demográfica en Chile. En manual de geriatría y gerontología 2000.Disponible <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Demografia.pdf>. [Fecha de consulta: agosto 2011]
- 3.- OPS, OMS. 132° Sesión del Comité Ejecutivo: La familia y la salud. [En Línea] 2003 [citado 2011 Sep. 20] Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-14-s.pdf
- 4.-Luengo C, Araneda G, López MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Sep. 20]; 19(1): [14 -18] Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- 5.- Ministerio de Justicia Chile. Código Civil. Biblioteca del Congreso Nacional. Última versión 21 Junio 2013. Disponible en: [http:// www.leychile.cl](http://www.leychile.cl)
- 6.- Arriagada I. Óp. Cit. p: 25-27
- 7.-OPS, OMS. 132° Comité ejecutivo. Op. Cit .p: 3-6
- 8.- McDaniel S, Campbell T, Seaburn D. Orientación Familiar en Atención Primaria. 2° Ed. Barcelona; 2000.p. 7-20.
- 9.- Depaux R, Campodónico L, Ringeling I. Segovia. En el camino a centro de Salud Familiar. Ministerio de Salud.2008.
- 10.- Oliva C, Hidalgo CG. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psykhé* [online] 2004 [acceso 2011-09-20] (13): 173-186. Disponible en: <http://www.scielo.cl>

- 11.- Horwitz N, Florenzano R, Ringeling P. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol.OPS 1985; 98 (2): 144 - 53.
- 12.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Primer Estudio de la discapacidad e Informes Regionales, Ministerio de Salud, Chile. 2004. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php [consultado 21.04.12].
- 13.- Instituto Nacional de Estadística. Resumen de estadísticas 2009-2011. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/IndicadoresSocioeconomicos/resumen_ISD.pdf. [Disponible en: mayo 2012].
- 14.- Pizarro M, Espinosa F, L. Muñoz, Peralta E, Laferte M. Análisis descriptivo en cuidadores de personas postradas del consultorio Pedro Pulgar, comuna de Alto Hospicio. Rev. Soc. Med. VI Reg. 2008; III (3): 864 – 869.
- 15.-Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental [tesina]. Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina; 2006.
- 16.- Luengo C, Araneda G, López MA. Op. Cit. p: 15-17.
- 17.- Hidalgo C. Carrasco E. Salud familiar. Un modelo de atención Integral en la atención primaria. Edic. Universidad Católica de Chile;2002. p. 10-120.
- 18.- Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Journal of Family Therapy[on line] 2000. [abril2013], (22): 144-16. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427./pdf>
- 19.-Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Alfaro I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina familiar. 2008; 8 (1):27-32.
- 20.-Vargas J. Escuela para padres: el funcionamiento familiar. Centro Regional de Investigación en Psicología, México 2008; 3 (1):19-22.

- 21.- Hidalgo CG, Rodríguez J. Perfil de funcionamiento familiar según el test “Cómo es su familia” para uso clínico. *Psyche* 1998; 7 (2):75-84.
- 22.- Louro I, Infante O, De la Cuesta D, Pérez E, González I, Pérez C, et al. Manual de Intervención en Salud Familiar [en línea] 2001 [fecha de acceso: 20 de septiembre de 2013]
- 23.-Montero L, Dois A. Manual de Atención para profesionales de Salud. Eds. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2012: p.15-25.
- 24.- Guerra R. La familia en América Latina y el cambio epocal contemporáneo. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011. p. 30-45.
- 25.-Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS. Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria; 2008.
- 26.-Friedemann M. The framework of systemic organization. In: The framework of systemic Organization: A conceptual approach to families and nursing. ThousandOaks: SagePublications; 1995: 3-31.
- 27.-Friedemann ML, Chávez M, Alcorta A, Evaluación de la escala de efectividad de la funcionalidad familiar. *Desar Cien de Enf.* 2000; 8(1):12-18.
- 28.- González Benítez I. Las crisis familiares. *Rev. Cubana Medicina General Integral* [revista en la Internet]. 2000 Jun [citado 2013 Sep 05]; 16(3): 270-276.
- 29.-Ponce E.R., Gómez F.J.; Irigoyen A.; Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención primaria* 2002; 30(10): 624-630.
30. - Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 1983; 22: 69-83.

31. - Nava MT, Lavee Y. Too close and too rigid: applying the circumplex model of family firms. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38(1):105–116.
- 32.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología* [revista en la Internet]. 2010 Abr [citado 2014 Dic 09]; 3(2): 30-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
- 33.-Zegers B, Larrain M, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell &Sprenkle para el diagnóstico del Funcionamiento Familiar en la población chilena. *Rev ChilNeuro-Psiquiat* 2003;(41): 39-54.
- 34.- Zegers B, Larrain M, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I . Óp. Cit. p:40-45.
- 35.- García J, Batista D. Acercamiento teórico de las deficiencias de la comunicación familiar en adolescentes con manifestaciones agresivas. En *Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Revista en Internet], 2012. [citado en abril 2014];(6)1-6. Disponible en www.eumed.net/rev/cccss/20.
- 36.-Olson D, Gorall D, Tiesel J. *Faces IV Administration Manual*. Minneapolis. Version 5/06 2006; 15-16.
- 37.- OPS, OMS. 132° Comité ejecutivo. Op. Cit .p: 3-6.
- 38.- Oliva C, Hidalgo CG. Op. Cit. p: 1-2.
- 39.-Florenzano R, Barna R. *Salud Familiar*. Universidad de Chile. División Ciencias Médicas.1986:115-119.
40. - Mc Daniel S, Campbell T, Seaburn D. Op. Cit. p: 18-30.
- 41.-Ministerio de Salud Subsecretaria de Redes Asistenciales. *En el camino a Centro de Salud Familiar*;2008.
- 42.- Ministerio de Salud Subsecretaria de Redes Asistenciales. Op. Cit. p: 40-55.

43.- Weinreich M L, Hildalgo C. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhé* [online].2004 [citado 2014-11-17],13 (1):33-42.

Disponible en:<<http://www.scielo.cl/scielo.php>

44.- Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Méd Chile* 2009; (137): 226-233.

45.- Depaux R. Campodónico L. Op. Cit. p: 110-114.

46.-Hidalgo C, Carrasco E. Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en APS: “Factores de protectores y riesgo familiar”. Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999:p. 200-215.

47.-Weinreich ML, Hidalgo CG. Intervención de salud en familias de alto Riesgo Biopsicosocial: seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psykhé* 2004;13: (1): 33-42.

48.- Herrera PM. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Rev Hum Med* [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2014 Julio]; 12(2):184-191.Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>

49.-Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, Sánchez HF. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. Op. Cit, 27-29

50. Maglio AL, Molina MF. La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Nov 15]; 3(1):1-10.

51.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Op. Cit. P 33-36.

52.- Leyva R, Hernández G, Nava V. Depresión en Adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Medigraphic Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3) 225-232.

53.-Ornellas- Aguirre, Sánchez- Castro. Cohesión y Adaptabilidad en mujeres con Epilepsia: estudio transversal analítico. Aten Primaria. 2014;46(5):246-253

54.- Salgueiro H, López M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. Rev. Gaúcha Enferm 2010; 31(1): 26-32.

55.-Bastias M. Perfil de Riesgo familiar de la población controlada en Centro de salud familiar "San pablo de Mirasol" Puerto Montt [Tesis].Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina Instituto de Enfermería: 2007. Disponible en;<http://catalogobiblioteca.uach.cl>

56.- Zicavo N, Palma C, Garrido G. Adaptación y validación del FACES- 20- ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillan, Chile. Rev. Lat de Ciencias Sociales, niñez y Juventud. 2012; 10(1)219-234.

57.-Costa D, González M, Masjuan N, Trapaga A, et al. Escala de Evaluación del Funcionamiento familiar FACES IV: Proceso de Adaptación a Montevideo, Uruguay. Ciencias Psicológicas 2009; III (I): 43-56.

58.-Ferrer P, Miscan A, Pino Pérez V. Funcionamiento familiar según modelo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Rev. Enfermería Herediana. 2013;6(2): 51-58.

59.- Zegers B, Larraín M, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I . Óp. Cit. p:33-36

60.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Op. Cit. P 33-36

61.-Martinez A, Iraurgi I, Galindez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (Faces): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. International Journal of Clinic and Health Psychology 2006; 6(2):317-338.

62.- Hernández R, Fernández C. y Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill – Interamericana. 2009: 30-45.

63.- Olson D, Gorall D, Tiesel J. Faces IV Administration Manual. Op. Cit. p. 16

64.- Costa D, González M, Masjuan N, Trapaga A, et al. Op. Cit,46-47.

65.-Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948. Recuperada el 10 de abril del 2012,de:<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.

66.- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.Disponiblehttp://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf. [Fecha de consulta: Septiembre de 2012].

67.-Ezekiel E.¿Qué hace que la Investigación Clínica sea Ética? Siete RequisitosÉticos.Disponibleenhttp://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf

68.- Hidalgo c, Carrasco E. Salud familiar. Un modelo de atención integral primaria. Op. Cit p 100-112.

69.- Flores G, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2014 Nov 16]; 18(1): 29-41.

70.- Espinoza E, Méndez V, Lara R, Rivera P.Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes en control en el consultorio José Duran Trujillo, san Carlos Chile. Theoria, 2009. 18(1): 69-79.

- 71.-Zegers B, Larrain M, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I . Op. Cit, p.40-43.
- 72.- Bastias M. [Tesis]. Op. Cit,176-177.
- 73.-Olson DH. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Op. Cit,p. 28-29.
- 74.- Costa D, González M, Masjuan N, Trapaga A, et al. Op Cit, p. 44-45.
- 75.- Ferrer P, Miscán A, Pino M, Pérez V. Op. Cit, p.57-58.
- 76.- Delgado A, Ricapa E. Relación entre tipos de familia y el nivel de juicio moral en un grupo de estudiantes universitarios. Rev. IIPSI. Facultad Psicología 2010;13 (2): p 157-163.
- 77.-Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Alfaro I, Mendoza HF, Pérez C. Op. Cit, 1-2.
- 78.- Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Op. Cit,p. 70-71.
- 79.- Zicavo N, Palma C, Garrido G. Op. Cit, 226-228.
- 80.- Salgueiro H, Lopes M. Op. Cit, 1-3.
- 81.- Ornellas- Aguirre, Sánchez- Castro. Op Cit, 250-253.

IX. ANEXOS

Anexo A: Definición de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE

Variables de Funcionalidad familiar:

A.-Cohesión

DN: Lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar

DO: se clasifica de acuerdo al modelo de Olson y Russel en:

Desligada.

Separada.

Conectada.

Enmarañada o aglutinada

Se mide a través del instrumento FACES III, a través de 10 preguntas impares tipo Likert que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo).

B.-Adaptabilidad

DN: Capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y sus reglas en respuesta al estrés situacional.

DO: se clasifica de acuerdo al modelo de Olson y Russel en:

Rígida.

Estructurada.

Flexible.

Caótica

Se mide a través del instrumento FACES III, a través de 10 preguntas pares tipo Likert que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo).

C.-Comunicación:

DN: Intercambio de mensajes entre los distintos miembros de la familia.

DO: Se clasifica de acuerdo a instrumento FACES IV en:

- 1.-Muy en desacuerdo
- 2.-Generalmente en desacuerdo
- 3.-Indeciso
- 4.-Generalmente de acuerdo
- 5.-Muy de acuerdo

Se mide a través de 10 preguntas tipo Likert que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo).

VARIABLES INDEPENDIENTES

1.- Identificación del grupo familiar

A.-Estructura familiar

Definición Nominal (DN): Conformación de la familia de acuerdo a la relación de sus integrantes

Definición Operacional (DO)

- Nuclear simple: una pareja sin hijos.
- Nuclear monoparental: con el padre o la madre ausente y uno o más hijos.
- Nuclear, biparental: padre, madre y uno o más hijos.
- Extensa, monoparental: uno de los miembros de la pareja, uno o más hijos y otros parientes o no parientes.
- Extensa, biparental: pareja con hijo (s) y otros parientes o no parientes

B.-Etapa del ciclo vital familiar (según clasificación deDuvall)

DN: Ubicación de la familia dentro de una secuencia de etapas, que tienen sentido y continuidad

DO: Se clasificara de la siguiente manera:

- Formación de la pareja e inicio de la familia.

- Crianza inicial de los hijos
- Familia con hijos preescolares
- Familia con hijos escolares.
- Familia con hijos adolescentes.
- Familia plataforma de lanzamiento.
- Familia de edad media.
- Familia anciana.

C.-Ingreso familiar

DN: Cantidad aproximada de dinero que percibe el grupo familiar mensualmente.

DO: Clasificación adaptada de Encuesta CASEN 2003

- Menor a \$ 25.000
- Entre \$ 25.000 y \$ 186.150
- Entre \$ 186.150 y \$ 250.000
- Entre \$ 250.000 y \$ 500.000
- Mayor a \$ 500.000

2.-Variables sociodemográficas del familiar encuestado

A.-Edad

DN: Tiempo transcurrido entre el año de nacimiento y el año actual

DO: señalar número de años desde el nacimiento de la persona

B.-Sexo:

DN: Característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres.

DO: Señalar si es sexo femenino o masculino

C.-Estado civil

DN: Condición civil del familiar encuestado

DO: Se clasificara de la siguiente manera

Casada: pareja unida en Matrimonio.

Separada: pareja unida en matrimonio, pero separada físicamente.

Divorciada: pareja separada legalmente.

Viudez: uno de los cónyuges ha fallecido.

Convivientes: pareja que vive junta sin estar casada

Soltero: no aplica a ninguna de las opciones anteriores

D.-Parentesco

DN: Condición de parentalidad dentro del grupo familiar

DO: se clasifica de la siguiente manera

- Madre
- Padre
- Hijo
- Abuela
- Nuera
- Yerno



E.-Escolaridad

DN: Nivel de enseñanza educacional formal alcanzada por los integrantes de la familia.

DO: se clasificará como:

- Sin educación: nunca ha recibido educación formal.
- Educación básica completa: haber cursado y aprobado estudios hasta 8º año básico.
- Educación básica incompleta: no haber cursado estudios hasta 8º año básico.
- Educación media completa: haber aprobado estudios hasta 4º año medio.
- Educación media incompleta: no haber cursado estudios hasta 4º año medio.
- Educación superior Completa: haber cursado estudios en una Universidad privada o estatal la totalidad de los años correspondientes a la carrera estudiada.

- Educación superior incompleta: no haber cursado la enseñanza universitaria en forma completa.
- Educación técnico –profesional completa: haber cursado estudios en un Instituto Técnico Profesional la totalidad de los años correspondientes a la carrera estudiada

F.-Ocupación

DN: Actividad, oficio o profesión que realicen los padres actualmente y por la que pueden o no recibir remuneración.

DO: Cesante: persona sin trabajo actual.

Dueña (o) de casa: persona que realiza actividades dentro de su propio hogar y que no recibe remuneración.

Jubilada (o): persona que ya no trabaja y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.

Trabajadora (o) esporádica (o): persona que desempeña un trabajo de manera ocasional y por el cual recibe remuneración.

Empleada (o) fiscal o particular: persona que desempeña un trabajo estable y por el cual recibe remuneración.

Estudiante: persona que cursa sus estudios en un centro educacional

3.-Variables de factores de riesgo familiar

A.-Violencia intrafamiliar

DN: Episodios de maltrato físico y / o psicológico que afecten la integridad de uno o más miembros del grupo familiar, provocados por otro u otros miembros de la familia.

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona : Si- No

B.-Jefe de hogar cesante

DN: Periodo de 1 año sin trabajo (habiendo tenido trabajo anteriormente por 1 año o más).

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona Si - No

C.-Abuso de alcohol y /o dependencia de drogas

DN: Episodio de ebriedad (1 o más al mes); descuido de otros roles (laboral, académico, doméstico o hijos) involucrarse en actividades riesgosas (riñas, conducción bajo ebriedad) o consumo de drogas.

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona Si- No

D.-Embarazo no deseado

DN: Embarazo no deseado por uno o ambos progenitores (adultos, adolescente)

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona Si- No

E.-Enfermedades crónicas no transmisibles de algún miembro de la familia o enfermedad terminal grave

DN: Presencia de enfermedades multicausales con prolongado curso clínico y sin resolución espontánea en el tiempo y/o presencia de enfermedad incurable e irreversible en algún miembro del grupo familiar.

DO: De acuerdo a las patologías crónicas más frecuentes en población (Minsal)

- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Dislipidemia
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Otras enfermedades crónicas.
- Neoplasias.
- Otras enfermedades terminales graves

5.-Factores protectores de la familia

A.-Instituciones o redes sociales y familiares de apoyo

DN: Corresponde a la red mutisectorial que estará integrada con todos los actores sociales, comunitarios y de salud que permita la resolución de problemas

Biopsicosociales

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona

- Amigos
- Vecinos
- Parientes
- Compañeros de trabajo
- Cesfam
- Iglesia



B.-Controles de patologías Cardiovasculares al día del familiar encuestado

DN: Corresponde a la asistencia permanente a los controles de salud por patología crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Depresión, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Neoplasias.

DO: De acuerdo a lo declarado por la persona Si- No

Anexo B: Instrumento recolector de datos

ENCUESTA FAMILIAR

EDAD del encuestado:_____

SEXO: M F

I. Datos del familiar encuestado

Años de estudio_____

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

Estado civil de la pareja:

1. Casada 3. Divorciada 5. Convivientes
2. Separada 4. Viuda

Ocupación:

1. Cesante
2. Dueña de casa
3. Jubilada (o)
4. Trabajadora (or) esporádica
5. Empleada(o) fiscal o particular
6. Estudiante
7. otro _____

Ingreso familiar mensual:

\$ _____

1. Menor a \$ 25.000
2. Entre \$ 25.000 y \$ 186.150
3. Entre \$ 186.150 y \$ 250.000
4. Entre \$ 250.000 y \$ 500.000
5. Mayor a \$ 500.000

II. Datos de la familia.

Tipo de familia:

1. Nuclear, simple (pareja sin hijos)
2. Nuclear, monoparental (padre o madre + hijos)
3. Nuclear, biparental (padre + madre + hijos)
4. Extensa, monoparental (padre o madre + hijos + otras personas)
5. Extensa, biparental (padre y madre + hijos + otras personas)

Etapas del ciclo vital familiar en que se encuentra su familia actualmente:

1. Formación de pareja e inicio de la familia
2. Etapa de crianza inicial de los hijos
3. Familia con hijos pre-escolares
4. Familia con hijos escolares
5. Familia con hijos adolescentes
6. Familia plataforma de lanzamiento (los hijos se aprestan a abandonar el hogar y formar uno propio)
7. Familia de edad media (nietos en la familia)
8. Familia anciana (se afronta la muerte de uno o ambos padres por vejez).

III. Antecedentes mórbidos y eventos familiares

1. ¿Algún miembro de su familia ha permanecido más de 1 año sin trabajar (actualmente cesante)?

NO SI

2. ¿Algún miembro de la familia sufre alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, asma crónica, EPOC, Neoplasia, artrosis)

NO Si

Si la respuesta es "sí"

¿Cuáles?.....

3.-Usted acude permanentemente a sus controles?

NO Si

4.- ¿Algún miembro de su familia bebe en exceso?

NO SI

¿Quién (es)?.....

5. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido un embarazo no deseado? NO SI

¿Quién (es)?.....

5.-¿ha sufrido o sufre de violencia intrafamiliar

NO SI

6.- **Entre las personas con las que cuenta como red social se cuentan:**

- a. Amigos b. Parientes c. Vecinos d. Compañeros de trabajo
- e. Cesfam f. Iglesia

FACES III

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

Describe a su familia:

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina (la que reciben de los padres).
- _____ 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 (todos los días cambia la rutina del hogar).
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18. En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad (quién manda).
- _____ 19. La unión familiar es muy importante.
- _____ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar (ya que todos ayudan a hacer las tareas del hogar).

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente en desacuerdo	Muy de acuerdo

- _____ 1. Los miembros de la familia se sienten satisfechos por cómo se comunican entre ellos.
- _____ 2. Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.
- _____ 3. Los integrantes de la familia expresan afecto el uno al otro.
- _____ 4. Los miembros de la familia son capaces de preguntarse unos a otros lo que quieren.
- _____ 5. Los miembros de la familia puede discutir con calma los problemas entre ellos
- _____ 6. Los Integrantes de la familia hablan de sus ideas y creencias con los demás.
- _____ 7. Cuando se hacen preguntas entre la familia, se obtienen respuestas honestas.
- _____ 8. Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los demás integrantes.
- _____ 9. Los integrantes de la familia, rara vez dicen cosas negativas de los otros miembros de la familia.

_____ 10. Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos el uno al otro



Anexo C: Solicitud de evaluación por Comité

Universidad de Concepción

Facultad de Medicina - Departamento de Enfermería

Dirección de Postgrado

Director Comité de Ética

Facultad de Medicina

Presente.

De mi consideración:

Junto con saludar, envío a usted protocolo de la Investigación **Factores Biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes Dependientes adscritos a los Cesfam de la ciudad de Chillan**”, de la alumna Romina Moraga Jaramillo, tesista del Programa de Magister en Enfermería, para ser evaluado por el Comité de Ética que usted dirige.

Saluda cordialmente.

Patricia Cid Henríquez
Profesora Guía de Tesis

Anexo D: Consentimiento Informado

Titulo del estudio: **“Factores Biopsicosociales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes Dependientes adscritos a los Cesfam de Chillan”**

Investigador: Romina Moraga Jaramillo.

La Señora Romina Moraga Jaramillo es enfermera profesional con finalización en el programa de Magister en enfermería de la Universidad de Concepción, que estudia Funcionalidad Familiar total en familias que poseen un integrante postrado y que pertenecen a un centro de salud familiar. El presente estudio aportará información muy valiosa para el profesional de Enfermería identificando Funcionalidad familiar y estableciendo acciones de cuidado prioritarias en la salud de las familias.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad de Concepción y el Departamento de salud Municipal de la ciudad de Chillán. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles para usted y su familia. El procedimiento incluye: 1) Responder el instrumento que contiene preguntas de tipo general en estructura familiar, enfermedades y factores de riesgo por items. La participación en el estudio va a ocuparles aproximadamente 35 minutos como máximo. Puede preguntar cualquier duda del estudio o sobre su participación a la Sra. Romina Moraga Jaramillo, llamando al celular 85510491 (particular)

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar. Tiene el derecho de abandonar el estudio cuando quiera y el cuidado de usted y la relación con el personal sanitario no se verán absoluto afectados. La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicara durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado. Toda la información del estudio

será recopilada por la Sra. Romina Moraga, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto _____ Fecha __/__/__

He explicado el estudio arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador _____
Fecha __/__/__



Anexo E: Solicitud Autorización Departamento de Salud Municipal de Chillán. Prueba Piloto.

Chillán, Marzo 2014

A: SRA. XIMENA MEYER

Directora Departamento de Salud I. Municipal de Chillán.

DE: SRA. ROMINA MORAGA JARAMILLO

Alumna Magíster en Enfermería Universidad de Concepción.

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle yo Romina Moraga Jaramillo, alumna del Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, estoy realizando la Tesis denominada **“Factores Biopsicosiales que influyen en el Funcionamiento de las familias con pacientes Dependientes adscritos a los Cesfam de Chillan”** con el fin de optar al Grado de Magíster en Enfermería.

Nombre y Rut de tesista: Romina Moraga Jaramillo; Rut: 14.144.609-6.

Académico Guía: Patricia Cid Henríquez

Objetivo generales

Identificar el funcionamiento familiar percibida por la familia con pacientes dependientes adscritos a los centros de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Analizar si existe asociación entre funcionamiento Familiar y variables biopsicosociales factores de riesgo y protectores en las familias que viven con un integrante dependiente adscritos a los centros de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudadde Chillán durante el año 2014.

Objetivos específicos.

1.-Identificar variables biopsicosociales tales como nivel educacional, ingreso familiar, ocupación del familiar encuestado, número de integrantes del núcleo familiar, tipo de familia.

2.- Identificar las principales factores de riesgo de las familias que poseen un integrante dependiente del centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Baja escolaridad cuidador
- Jefe de hogar cesante
- Abuso de alcohol y /o dependencia de drogas
- Enfermedades crónicas sin control (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Dislipidemia, Depresión)
 - Violencia intrafamiliar
 - Embarazo adolescente

3.-Identificar los principales factores protectores de las familias, que poseen un paciente postrado usuario del centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Instituciones o redes sociales y familiares de apoyo
- Controles de patologías Cardiovasculares al día.
- Comunicación

4.-Identificar el nivel de cohesión y adaptabilidad percibida por la familia usuaria del Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación.

5.- Identificar el nivel de cohesión, adaptabilidad percibida por el paciente Dependiente.

6.- Identificar si existe relación entre la cohesión familiar y otros factores de riesgo y/o protectores en familias con pacientes dependientes de los Cesfam Ultraestación e Isabel Riquelme.

7.- Identificar si existe relación entre la adaptabilidad familiar y otros factores de riesgo y/o protectores en familias con pacientes dependientes de los Cesfam Ultraestación e Isabel Riquelme.

8.- Identificar si existe relación entre la comunicación familiar y la funcionalidad familiar.

En relación a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para acceder a entrevistar y aplicar instrumentos de análisis de datos como prueba piloto, a 10 familias con pacientes postrados inscritos en el Cesfam San Ramon Nonato, que depende administrativamente de este departamento de salud.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Marzo del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada. Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.

ROMINA MORAGA JARAMILLO

Alumna Magíster en Enfermería.

Universidad de Concepción.

**Anexo F: Carta de solicitud de autorización, realización de tesis
Departamento de Salud Municipal de Chillán.**

Chillan, Marzo 2014

A: SRA. XIMENA MEYER

Directora Departamento de Salud I. Municipal de Chillán

DE: SRA. ROMINA MORAGA JARAMILLO

Alumna Magíster en Enfermería Universidad de Concepción.

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle yo Romina Moraga Jaramillo, alumna del Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, estoy realizando la Tesis denominada "Factores Biopsicosociales que influyen en el funcionamiento de las familias con pacientes Dependientes adscritos a los Cesfam de Chillan", con el fin de optar al Grado de Magíster en Enfermería.

Nombre y Rut de tesista: Romina Moraga Jaramillo; Rut: 14144609-6.

Académico Guía: Patricia Cid Henríquez

Objetivo generales

Identificar el funcionamiento familiar percibida por la familia con pacientes dependientes adscritos a los centros de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Analizar si existe asociación entre funcionamiento Familiar y variables biopsicosociales factores de riesgo y protectores en las familias que viven con un integrante dependiente adscritos a los centros de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación de la ciudad de Chillán durante el año 2014.

Objetivos específicos.

1.-Identificar variables biopsicosociales tales como nivel educacional, ingreso familiar, ocupación del familiar encuestado, número de integrantes del núcleo familiar, tipo de familia.

2.- Identificar las principales factores de riesgo de las familias que poseen un integrante dependiente del centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Baja escolaridad cuidador
- Jefe de hogar cesante
- Abuso de alcohol y /o dependencia de drogas
- Enfermedades crónicas sin control (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Dislipidemia, Depresión)
 - Violencia intrafamiliar
 - Embarazo adolescente

3.-Identificar los principales factores protectores de las familias, que poseen un paciente postrado usuario del centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación, tales como:

- Instituciones o redes sociales y familiares de apoyo
- Controles de patologías Cardiovasculares al día.
- Comunicación

4.-Identificar el nivel de cohesión y adaptabilidad percibida por la familia usuaria del Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme y Ultraestación.

5.- Identificar el nivel de cohesión, adaptabilidad percibida por el paciente Dependiente.

6.- Identificar si existe relación entre la cohesión familiar y otros factores de riesgo y/o protectores en familias con pacientes dependientes de los Cesfam Ultraestación e Isabel Riquelme.

7.- Identificar si existe relación entre la adaptabilidad familiar y otros factores de riesgo y/o protectores en familias con pacientes dependientes de los Cesfam Ultraestación e Isabel Riquelme.

8.- Identificar si existe relación entre la comunicación familiar, y la funcionalidad familiar.

En relación a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para acceder a entrevistar y aplicar instrumento de análisis de datos como desarrollo de tesis, a usuarios inscritos en los Cesfam Ultraestación, Isabel Riquelme y San Ramón Nonato de la ciudad.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Marzo a Mayo del año 2014, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.

ROMINA MORAGA JARAMILLO
Alumna Magíster en Enfermería
Universidad de Concepción