

61537.

M  
#632e  
1985  
C.1

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FAC. CS. JUR. ECO. Y SOCIALES  
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL**

**UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO  
SOCIAL EN UN EQUIPO INTERDIS-  
CIPLINARIO DE MEDICINA FAMILIAR  
ESTUDIO DE LAS VARIABLES INTRA  
Y EXTRA FAMILIARES QUE  
AFECTAN LA SALUD FAMILIAR**

*DOCENTE GUIA : SRA. MARTA BUSTOS D.*

**MARIA EMILIA HIDALGO G.  
RUTH ALBA MUÑOZ V.  
MYRIAM E. TOLEDO G.**

Universidad de Valparaíso  
CHILE  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BIBLIOTECA

**1985**

VALPARAISO, 14 OCTUBRE 1985.-

SEÑOR  
ITALO PAOLINELLI MONTI  
DECANO FACULTAD CIENCIAS JURIDICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES.  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
PRESENTE

SEÑOR DECANO :

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias vigentes en la Universidad, informo a Ud. sobre el Seminario de Título "UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA FAMILIAR. ESTUDIO DE LAS VARIABLES INTRA Y EXTRA FAMILIARES QUE AFECTAN LA SALUD FAMILIAR", presentado por las alumnas de la Escuela de Servicio Social Srtas. María Hidalgo Gutierrez, Ruth Muñoz Valle y Myrian Toledo Galdames.

El Seminario en referencia corresponde al trabajo desarrollado en el Consultorio San José de Rodelillo Alto, específicamente en un programa de Medicina Familiar aplicado a 51 familias residentes en la población El Sauzal, en el período comprendido entre Julio 1984 y Agosto 1985.-

La acción profesional ejecutada resulta de interés por constituir una primera experiencia de alumnos de Servicio Social que, integrados a un equipo interdisciplinario, intentan identificar variables socio-familiares incidentes en la salud y formas adecuadas de tratamiento de las mismas al interior del núcleo familiar.

Se advierte una adecuada integración teórico-práctica en función de los objetivos del Seminario y adecuada aplicación de los procedimientos metodológicos. No obstante lo anterior y en parte por situaciones propias de la Institución patrocinante, ajenas al control de las seminaristas, no fue posible cumplir las actividades conforme a lo programado afectando en consecuencia la validez de los resultados tanto a nivel de conocimiento como de tratamiento de la problemática.

El Diagnóstico se basa en un estudio exploratorio y uno descriptivo. En este último se formulan las hipótesis cuya contrastación no aporta resultados concluyentes al avance en el conocimiento del tema. Debe señalarse que se omite en el análisis de los datos información de interés para el lector y que aparentemente fueron considerados en la encuesta aplicada a las familias incluidas en el programa.

En la programación se consideran cuatro proyectos. En tres de ellos se desarrollan actividades grupales, en coordinación con profesionales del equipo de salud, con fines socio-educativos y/o recreación orientados a parejas, familias y adolescentes respectivamente. Se logra el cumplimiento de los objetivos en términos de la entrega de contenidos educativos. El tiempo disponible no permite evaluar los efectos de la capacitación en la modificación de conductas y actitudes incidentes en la salud familiar. La asistencia es baja.


El cuarto proyecto, atención casuística, siendo el fundamental en relación a los objetivos del seminario, se presenta incompleto. La evaluación consiste básicamente en un listado de problemas encontrados en las familias sin análisis de logros obtenidos en el tratamiento ya sea cuantitativo o cualitativo y sin análisis de la intervención profesional.

En lo formal el seminario está bien presentado, redacción amena, buen vocabulario.

En el capítulo anexos se incluye una serie de documentos algunos de relevancia para el trabajo. ( ej.: presentación de casos ) y sobre los cuales no se hace mención alguna a través del texto.

En consideración a que se trata de una problemática tratada casi exclusivamente en forma experimental, sobre la cual existe escasa información, a las dificultades encontradas en la institución y a que se evidencia un adecuado manejo del proceso metodológico, califícase el presente seminario con nota 5,0 ( cinco ).

Saluda atte. a ud.

  
MARTA EUSEBIO DÍAZ  
DOCENTE



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

CASILLA 3020 - TELEFONO 52131 - VALPARAISO - CHILE

REF.: INFORMA SEMINARIO DE TITULO.- /

VALPARAISO, 11 de Octubre de 1985

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento a las disposiciones reglamentarias vigentes, me es grato informar a Ud. en relación al Seminario de Título denominado "UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA FAMILIAR. ESTUDIO DE LAS VARIABLES INTRA Y EXTRA FAMILIARES QUE AFECTAN LA SALUD FAMILIAR", realizado por las alumnas: SRTA. MARIA EMILIA HIDALGO GU - TIERREZ y SRAS. RUTH ALBA MUÑOZ VALLE Y MIRIAM ELENA TOLEDO GALDAMES, para optar al título de Asistente Social.

En los últimos años diferentes disciplinas se han preocupado por otorgar a la familia la prioridad que le corresponde y al igual la medicina le ha asignado un lugar destacado, al propiciar un enfoque más humanista y personalizado a la atención médica.

En nuestro país existen algunas interesantes experiencias referidas a Medicina Familiar a nivel de atención primaria en salud, donde esta orientación representa un camino estratégico para el médico general y para el equipo de salud, en el que no podría desconocerse la participación que le compete al profesional Asistente Social.

Los trabajos efectuados sobre la materia constituyen, esencialmente, proposiciones y, las aproximaciones disponibles, incluso no precisan aún el concepto de Salud Familiar. Por lo tanto, el intento de las alumnas por incursionar en un tema de suyo original y de amplias perspectivas, representa un mérito que es preciso resaltar.

Para tal efecto, las seminaristas se incorporan al Consultorio Familiar "San José" de Rodelillo en Valparaíso, de características muy diferentes al resto de los Consultorios de Salud de la V Región. Realizan un estudio exploratorio-descriptivo, para el que sólo contaron con restringidos antecedentes en lo que a sistematizaciones y experiencias de Medicina Familiar se refiere.

Sin embargo, la extensa e importante bibliografía relativa a salud en general, no fue del todo aprovechada, incurriéndose en errores conceptuales, más terminología y estadísticas no actualizadas (por ejemplo: necesidades en salud, factores condicionante de la misma, dietista en vez de nutricionista, control de natalidad en reemplazo de regulación de la fecundidad y estadísticas de año 1982 encontrándose publicadas hasta año 1984).

En consecuencia, son tal vez las dificultades señaladas las que coadyuvan a una sustentación del estudio débil e incoherente en algunos tramos y que, por consiguiente, deriva en un sistema de hipótesis obvias que al contrastarse no se traducen en aportes de trascendencia para el área.

/...



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

CASILLA 3020 - TELEFONO 52131 - VALPARAISO - CHILE

- 2 -

Apropiados instrumentos de recolección de datos con pequeños desajustes (calidad y cantidad de la alimentación y vestuario) incidirían en una valoración subjetiva; no obstante las autoras proporcionan un adecuado análisis e interpretación estadística de los resultados obtenidos.

La implementación del programa constituido por tres proyectos de capacitación tradicional dirigidos a adultos y adolescentes, refleja logros de relativa significación, en cuanto a internalización de conocimientos y a cobertura, la que alcanza un promedio de asistencia de doce personas en el grupo más numeroso. Se agrega un cuarto proyecto orientado a la atención casuística, que se conecta en forma directa con la modalidad de atención del consultorio y el objetivo general del Seminario.

En resumen, este último no se concreta y tampoco el objetivo general del programa, el que además se evidencia en descoordinación con los objetivos específicos, cuya consecución no se traduce en cambios, pese al esfuerzo y dedicación de las seminaristas por razones que convergen en las variables intra y extra-familiares propuestas en el estudio. Asimismo algunas de las variables no se abordan y otras escapan al manejo profesional, a la vez, causales ajenas retrasan el cumplimiento del cuarto proyecto enunciado.

La evaluación fundamentada principalmente en la medición antes-después no ofrece mayores reparos, excepto la referida a la atención de casos.


En el aspecto formal el estilo de redacción es claro, el uso del vocabulario técnico no excede lo habitualmente empleado y el régimen formal de citas no contempla errores. Deficiencias en la ortografía desmerecen la cuidada presentación del documento.

Respecto a creatividad y a capacidad de análisis las autoras restringen las posibilidades que el tema permite y sobre capacidad de síntesis reflejan un nivel normal.

Si bien se aprecia en la tesis un cumplimiento satisfactorio de los pasos metodológicos y una aplicación acertada de las técnicas, es al interior de las etapas donde se manifiestan vacíos que impiden llegar a conclusiones más consistentes.

En consideración a los antecedentes expuestos con anterioridad, se califica el presente Seminario de Título con nota cuatro punto ocho (4.8)

Saluda atentamente a Ud.

  
JUDITH DIAZ OYARZUN  
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR  
ITALO PAULINELLI MONTI  
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS  
JURIDICAS, ECONOMICAS Y SOCIALES  
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
P R E S E N T E

El equipo de Seminario extiende sus agradecimientos a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron en la realización del presente estudio. De manera muy especial agradecemos a las siguientes personas e Instituciones:

- Sra. Ma rta Bustos D., docente guía del presente Seminario;
- Docentes de la Escuela de Servicio Social de la U. de Valpararaíso:
  - + Sr. Enrique Santander, Estadística
  - + Sr. Fernando Pastén, Metodología de Investigación
  - + Sra. Judith Díaz O., Educación y Sa lud;
- Dr. Adolfo Tanembaum, director del Consultorio San José;
- Equipo Interdisciplinario de Medicina Familiar del Consulto-  
rio Familiar San José, de Modelillo Alto;
- Equipo médico de Salud Fa miliar del Consultorio La Reina,  
de Santiago;
- Sra. Inés Zabaleta, bibliotecaria de la Escuela de Servicio  
Social.

Agradecemos a cada una de las personas nombra  
das y a todas las que tácitamente recordaremos siempre.

Al final de la jornada, cuando la meta está al alcance de las manos, se hacen presente en mí todas las personas que con su amor y paciencia infinitas me acompañaron a recorrer la senda que me llevaría a realizar el sueño de toda mi vida.

A mi madre, María Emilia, por el cariño inmenso que siempre me ha demostrado, por la confianza que depositó en mí. Con su paciencia y abnegado esfuerzo ha hecho posible que la pequeña semilla se convirtiera en un hermoso fruto de amor. Gracias, madre mía, gran parte de mi éxito en la vida, te pertenece.

A la familia Podestá López, que con su amistad y cariño hicieron más llevadera la vida lejos de mi familia.

Gracias Padre Celestial, por acompañarme y ayudarme a sobrellevar la carga.

MARÍA EMILIA

Gracias padres míos, por haberme dado la posibilidad de concretizar mi vocación; sin sus esfuerzos mi futuro aún estaría incierto.

Gracias Eric, por confiar en mí; tu amor y comprensión fueron dos bases sólidas para alcanzar esta meta.

A mi hijo, aunque pequeñito aún, también se vio involucrado en este esfuerzo, poniendo un poquito de ternura en el trabajo cotidiano.

RUTH

A todas las personas que hicieron  
posible la consecución de esta me-  
ta, especialmente a mis padres.

MYRIAM

# INDICE

## Páginas

### INTRODUCCION

#### CAPITULO I

1.- Antecedentes Generales	1
2.- Resultado de las experiencias de Medicina Familiar, en Chile	12
3.- Fundamentos del Seminario	32
4.- Objetivos del Seminario	35

#### CAPITULO II

1.- Formulación del problema	37
2.- Objetivos de la Investigación	41
3.- Institución Patrocinante	42
4.- Marco de Referencia	66
5.- Formulación de Hipótesis y Operacionalización de Variables	91

#### CAPITULO III

1.- Metodología de Investigación	103
2.- Identificación de la Unidad de Estudio	109
3.- Análisis e Interpretación de Datos	120
4.- Conclusiones del Diagnóstico	166

#### CAPITULO IV

1.- Programación	173
2.- Proyecto Nº 1	184
3.- Proyecto Nº 2	190
4.- Proyecto Nº 3	198
5.- Proyecto Nº 4	205

#### CAPITULO V

1.- Intervención Profesional	209
2.- Ejecución Proyecto Nº 1	214
3.- Ejecución Proyecto Nº 2	221
4.- Ejecución Proyecto Nº 3	228
5.- Ejecución Proyecto Nº 4	234

CAPITULO VI

1.- Evaluación	238
2.- Evaluación Proyecto Nº 1	243
3.- Evaluación Proyecto Nº 2	248
4.- Evaluación Proyecto Nº 3	253
5.- Evaluación Proyecto Nº 4	258

<u>APORTES DEL SEMINARIO</u>	262
------------------------------	-----

<u>Conclusiones</u>	264
---------------------	-----

<u>Bibliografía</u>	269
---------------------	-----

<u>Anexos</u>	273
---------------	-----

## I N T R O D U C C I O N

El presente Seminario constituye un primer intento de aproximación al conocimiento de la Medicina Familiar. Este, fue llevado a cabo en el Consultorio Familiar "San José", de Rodelillo, cuya atención está dirigida a las familias que comprenden el sector 32 de Rodelillo Alto. A diferencia de otros Consultorios periféricos, en donde la atención está centrada en el individuo, el Consultorio San José orienta sus servicios principalmente hacia la familia.

El Grupo Seminario se insertó en esta Institución considerando la importancia que tiene el trabajo de Servicio Social dentro de un equipo interdisciplinario, desde la perspectiva de Medicina Familiar, ya que esta profesión se convierte en el nexo entre la Salud y la Familia.

En la realización de este estudio exploratorio-descriptivo, surgieron una serie de dificultades derivadas de la complejidad del tema a abordar, las cuales fue necesario superar para llevar a buen término la Investigación. Algunas de estas dificultades fueron:

- Carencia de información sistematizada sobre la naturaleza y funcionamiento de la Medicina Familiar.
- Características físicas del Consultorio, las que entorpecieron el desarrollo de actividades de alumnas dentro de él.

Mediante el presente Informe se presentan los resultados de la labor desarrollada por Alumnas durante su permanencia en la Institución.

El Capítulo I comprende todo lo relativo a los Antecedentes Generales sobre la situación de Salud en Chile, con énfasis en la V Región, según parámetros tradicionales de medición. Enseguida, se presenta una Fundamentación del trabajo realizado y la Formulación de los Objetivos que persigue el Seminario.

En el Capítulo II se inicia el Diagnóstico Social con la Formulación del Problema. En este capítulo, además, se plantean los Objetivos de Investigación, se presenta la Institución patrocinante, se expone el Marco de Referencia y finalmente, la Operacionalización de variables.

En el Capítulo III se entrega la Metodología de Investigación, que comprende: Tipo de estudio, Instrumento de recolección de datos, labor realizada por alumnas y los obstáculos para la medición. Además, en este Capítulo se expone el Análisis e Interpretación de datos, el cual se divide en dos partes: Identificación de la Unidad de estudio y Descripción de las familias del colectivo. Finalmente, se entregan las Conclusiones del Diagnóstico Social.

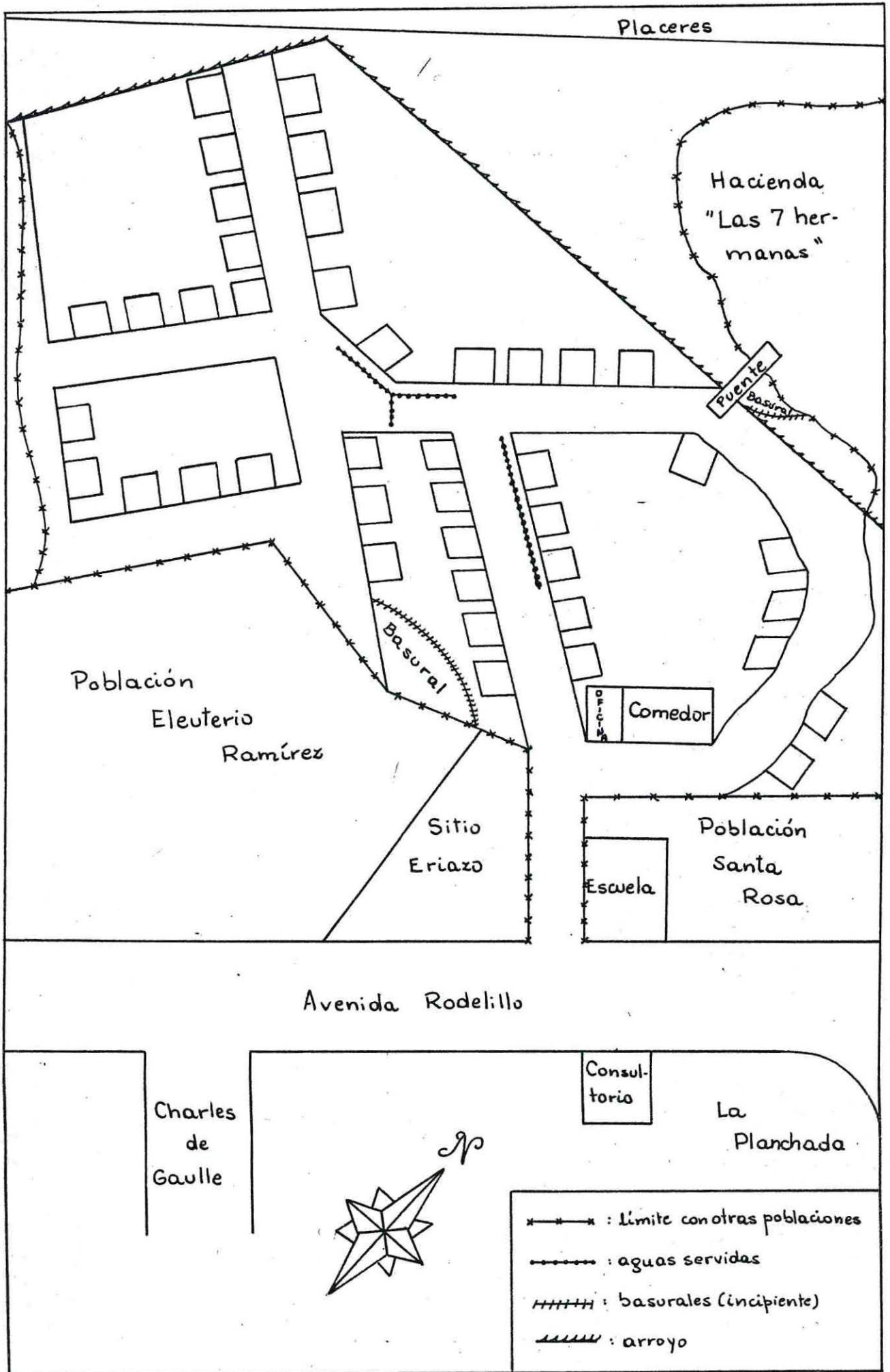
El Capítulo IV contiene la Programación con sus respectivos Proyectos de Acción social.

En el Capítulo V se describe la Etapa de la Intervención Profesional, tanto en los Aspectos Globales como en lo específico de cada Proyecto.

En el Capítulo VI se evalúan los Objetivos del Programa y los Proyectos específicos, considerándose aquí, el análisis evaluativo de las Técnicas, Sistemas de Control y Registro, de los Recursos y del Tiempo.

Finalmente, se incorporan como Anexo to dos aquellos instrumentos que sirvieron de apoyo durante el desarrollo del Seminario, así como también se incluyen las Fuentes de Extracción de Datos, primarias y secundarias, que se consideraron para la elaboración del presente Seminario.

ESQUEMA POBLACION "EL SAUZAL"



C A P I T U L O I

## ANTECEDENTES GENERALES

La Salud y la Enfermedad son dos estados entre los cuales fluctúa el individuo durante toda su vida, dos condiciones ligadas por condiciones recíprocas. Alguien ha dicho que el "Sano" es un enfermo que ignora su condición, aludiendo precisamente a esta condición del ser humano.

Los estados de Salud y Enfermedad dependen de numerosas variables en interacción; según esto, la Salud es un estado de equilibrio, el que puede romperse, pasándose así a la condición de Enfermedad.

Dentro de las variables que juegan un papel relevante en los estados de Salud y Enfermedad, se consideran lo Biológico, lo Físico, Mental, Cultural, Social, etc.. Por consiguiente, la Salud y la vida humana son consecuencias del equilibrio entre el hombre, el agente y su ambiente natural y social y la Enfermedad representa el desequilibrio entre estos 3 elementos.

### -- DESIGUALDAD Y NECESIDADES EN EL SECTOR SALUD.

#### 1.- Desigualdad en la distribución de recursos:

A nivel general, en la mayoría de los países en vías de desarrollo existe una desigualdad en la distribución de los recursos destinados a satisfacer las necesidades en atención médica. Es así como existe una gran preocupación por reducir los índices promedio nacionales de diversas tasas y se deja en segundo plano la atención preferente a los grupos que se encuentran en mayor desventaja.

## 2.- Necesidades en Salud:

Las necesidades en Salud están relacionadas con diferentes aspectos:

- a) Los Bienes que el país destina a la salud (gasto social en salud);
- b) Los Servicios que habría que proporcionar a la población;
- c) Los Deseos o exigencias de los habitantes del país;
- d) Las dificultades de acceso a los centros de salud;
- e) Las Condiciones Económicas de las personas.

Todos estos aspectos son fundamentales para asegurar a las personas protección y atención médica adecuada y oportuna, lo cual implica mejorar la calidad de la atención brindada y no solamente aumentar el número de consultas en los servicios de salud.

### -- Factores condicionantes de la Situación de Salud en Chile.

#### 1.- Situación de salud de la población a nivel nacional.

##### a) Indicadores biodemográficos:

En relación al total de población del país, estimada al 30 de Junio de 1984, es de 11.878.419. Entre los años 1978 y 1982 se registra un aumento del 7.03% (754.200 personas). Tabla A

Los indicadores señalan un incremento sostenido de la natalidad, que podría deberse a la suspensión del Programa de Regulación de la Fecundidad a nivel de políticas de gobierno. Por otra parte, se ha

registrado un descenso en las tasas de Mortalidad, siendo el mayor de ellos en la Mortalidad Infantil por bronconeumonia, con alrededor de un 63% de disminución, seguido de la Mortalidad por T.B.C., con el 41% y la Mortalidad Infantil general, también con un 41% de disminución.

b) Principales causas de Muerte:

TABLA B

<u>CAUSAS</u>	<u>1975</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>
Aparato Circulatorio	15.673	19.622	19.321
Tumores Malignos	10.442	10.336	11.765
Ap. Respiratorio	8.948	6.496	5.927
Accid. de camino	928	1.446	1.256
Otros accidentes	1.818	2.115	1.985
<u>Totales</u>	<u>37.809</u>	<u>40.015</u>	<u>40.254</u>

Fte. Compendio estadístico INE, 1984

Según los datos entregados en el cuadro anterior, se puede señalar que los problemas al Aparato Circulatorio se mantienen como la principal causa de muerte en Chile, considerando el período 1975 - 1982, con un aumento gradual de alrededor del 23%. Asimismo, los problemas al aparato respiratorio, como causa de muerte, han disminuido en un 34% en el mismo período.

c) Esperanza de vida al nacer:

La esperanza de vida al nacer, en Chile, para el período comprendido 1970 - 1975 fue de 64,20 años, mientras que la estimación para el período 1980 - 1985 es de 67.01, siendo superada sólo por unos pocos países de América Latina (Argentina, Uruguay, Venezuela y Costa Rica).

d) Consultas médicas:

TABLA C

CONSULTAS MEDICAS	1978	1980	1982
Adultos	5.610	6.345	7.143
Maternales	820	928	1.126
Niños	4.104	4.463	5.417
Urgencias	3.508	4.242	5.018
Por habitante	0.97	1.06	1.19
TOTAL	14.042	15.978	18.704

En relación a las consultas médicas, a partir del año 1978 y hasta 1982 (últimas estadísticas, se ha registrado un aumento progresivo de éstas en sus diferentes especialidades (Adulto, Maternal, etc.). Asimismo, en las consultas por habitante se observa un aumento del 22,7%, alcanzando en 1982 a 1.19 consultas por habitante.

e) Egresos hospitalarios:

TABLA D

Egresos hospitalarios por año, según causas de Morbilidad (1981 - 1982)

<u>CAUSAS DE MORBILIDAD</u>	<u>1981</u>	<u>%</u>	<u>1982</u>	<u>%</u>
Complicaciones del em- barazo, parto y puer- perio.	341.455	3.02	354.790	3.09
Enf. del Ap. digesti- vo.	122.701	.0	123.263	1.07
Enf. del Ap. respira- torio	99.082	0.88	107.185	0.93
Tarumatismos y enve- nenamientos	92.858	0.82	97.228	0.85
Enf. Ap. genitourina rio	68.078	0.60	72.217	0.63
Enf. Ap. circulatorio	50.660	0.45	53.666	0.47
Ciertas enf, origina- das en el período perinatal	42.600	0.38	49.882	0.43
Enf. infecciosas intestinales	41.736	0.37	45.038	0.39
Otras enferm.	237.348	2.10	256.623	2.23
<u>TOTAL</u>	<u>1.096.518</u>	<u>9.70</u>	<u>1.159. 892</u>	<u>10.10</u>

Fte. INE, 1984.

El análisis comparativo de los egresos hospitalarios registrados durante el período 1981-1982, en números absolutos, nos permite señalar que se produjo un aumento del 5.8% de egresos (63.374 casos).

Al relacionar el número de egresos con las causas de morbilidad se desprende que el aumento mayor (17.1%) se produce en las enfermedades origina-

das en el período perinatal, seguidas por las enfermedades del aparato respiratorio con un 8.2% y las infecciones intestinales con un 7.9%.

Cabe destacar que en números relativos, es decir, porcentajes, habría una disminución en las enfermedades del aparato digestivo; esto significa que aún cuando aumenta el número de casos, el porcentaje es menor al relacionarlo con el número de habitantes.

f) Gasto fiscal en Salud:

En relación a esto se debe señalar que el gasto fiscal durante el año 1983 fue de 164,66 millones de dólares, registrando una disminución de alrededor del 18% con respecto a 1982, año en que el gasto fiscal en salud alcanzó a los 201,44 millones de dólares.

2.- Características de la Situación de salud a nivel regional (V).

Con el fin de obtener una visión más o menos general de la situación de salud en la V Región, se analizan una serie de indicadores considerados como más relevantes para su caracterización.

Es así como tenemos que la población estimada, al 30 de Junio de 1984 es de 1.316.185 personas lo que equivale al 11% de la población total del país en ese mismo año (11.878.419).

Por su parte, en relación a la mortalidad infantil, que es un excelente indicador de la situación de salud de una comunidad, se puede asegurar que

la situación en la región es bastante crítica, ya que la tasa de Mortalidad Infantil alcanza a 23.2, cifra bastante elevada, aunque muy similar al promedio nacional (23.9).

Por otro lado, en relación a las camas hospitalarias existentes en la región, éstas alcanzan a 4.299 (solamente en Servicio de Salud, sin considerar los establecimientos particulares), con un promedio de 296 personas por cama, cifra levemente inferior al promedio nacional. Al analizar el alcance de la información, se destaca el hecho de que mientras una persona está ocupando una cama en el hospital, habría 295 personas en probable espera.

Además de lo señalado anteriormente, es necesario mencionar algunos datos básicos sobre la realidad del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, específicamente en lo relacionado con el Consultorio Barón, que es en el cual se inserta el sector correspondiente al Consultorio Familiar San José, y donde se centralizan los datos estadísticos.

Dentro de las llamadas Estadísticas Vitales, resalta el hecho de que en las Enfermedades de notificación obligatoria (TABLA I), el mayor porcentaje está concentrado en la Sarna, a nivel de los cuatro Consultorios considerados como muestra, con un total de 7.963 casos, que equivale a un 57% del total de enfermedades.

Entre las enfermedades de transmisión sexual, que son las que ocupan el segundo lugar en casos (2.471) con un 18% del total, las más frecuentes

T A B L A N O I

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA.

SERVICIO SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO, 1984.

CONSULTO- RIOS	Place- res	Espe- ranza	Barón	Reina Isabel	TOTAL SSVSA
Hepatitis	35	23	60	37	412
Tifoidea	20	9	28	22	232
Pediculosis	29	3	9	5	378
Sarna	745	197	929	527	7.963
Enf. Trans- misión sex.	85	50	189	128	2.471
Herpes Gen.	3	0	3	7	58
Sífilis Pre- coz Sintom.	9	1	13	11	170
Sif. Precoz latente	7	4	15	14	242
Sif. laten- te tardía	3	0	2	5	45
Gonorrea	47	33	114	77	1.520
Uretritis Gonococica	16	12	41	14	421
T.B.C.	11	7	29	15	295
TOTAL	1.010	339	1.432	862	14.207

Fte. Ministerio de Salud.

Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

---

son las gonorreas, que alcanzan al 11% del total de en-  
fermedades y al 62% de las de su tipo.

T A B L A N° I I

MUERTES DE MENORES DE UN AÑO, POR CONSULTORIO.

SERVICIO SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO, 1984.

	1981	1982	1983	1984	Total
Esperanza	6	6	3	4	12
Placeres	11	10	7	7	35
Barón	21	27	23	8	79
Reina Isabel	19	18	7	14	58
TOTAL	57	61	40	33	184

Fte. Ministerio de Salud.

Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

---

En cuanto a la Mortalidad Infantil (de menores de un año), en los cuatro Consultorios considerados, se observa que en el Consultorio Barón se registró un considerable descenso entre 1983 y 1984, (23 y 8 casos respectivamente), mientras que en el resto de los Consultorios, con características similares a las de Barón, las cifras se mantuvieron y/o aumentaron.

T A B L A N O I I I

MUERTES POR CAUSAS, MENORES DE UN AÑO

CONSULTORIO BARON, 1983-1984.

CAUSAS	1983	1984
Diarreas	0	0
Infecciosas	3	2
R espiratorias	4	3
Accidentes	5	0
Anomalías Congénitas	5	1
Otras causas	6	2
TOTAL	23	8

Fte. Ministerio de Salud

Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

---

En relaciónna las causas de muerte de los menores de un años, entre 1983 y 1984, las cifras se mantuvieron más o menos similares, siendo la causa más frecuente, los problemas respiratorios. Sin embargo, es destacable el descenso, bastanté importante, registrado en las enfermedades congénitas y los accidentes como causas de muerte.

Finalmente, según las estadísticas obtenidas se puede afirmar que en el período comprendido entre Febrero y Junio de 1984, en el Consultorio Barón, las enfermedades más frecuentes, según grupos de edad fueron:

a) Menores de 15 años:

- Enfermedades de la piel (1.113)
- Diarreas (406)
- Desnutrición (80)

b) Mayores de 15 años:

- Hipertensión Arterial (499)
- Enfermedades de la piel (469)
- Neurosis (315)

El análisis de todos los datos presentados anteriormente permite rescatar la importancia del Programa de Medicina Familiar, que pretende reducir el número de hospitalizaciones a través de la entrega de Atención Primaria efectiva al grupo familiar, lo cual permitiría, a su vez, disminuir los gastos por concepto de horas médicas, número de consultas, reducción de gastos en fármacos, etc., todo lo cual puede resumirse en lo que se conoce como la "Optimización de los Servicios".

RESULTADOS DE LAS EXPERIENCIAS

DE MEDICINA FAMILIAR, EN CHILE.

En Chile, el desarrollo de la Medicina Familiar ha sido lento, pero continuo; se basa en la necesidad de dar una nueva orientación a la atención que actualmente se otorga a los pacientes ambulatorios que acuden a los consultorios de nuestro país.

Todo cambio que se desee introducir, necesariamente, debe estar bien justificado, ya que significa variara una linea que se viene aplicando por mucha años.

Al analizar la organización y atención en los Consultorios del Servicio de Salud en la actualidad, algunas de las principales deficiencias encontradas son:

- 1.- Deterioro en la atención dada, por aumento del número de habitantes a un ritmo mayor que el aumento de los recursos de los Consultorios. Esto significa por ejemplo, que los pacientes llegan a solicitar atención a las 6,30 hrs. en circunstancias que las puertas del establecimiento se abren a las 8.00 hrs. y la atención se inicia a las 8,30 hrs. El paciente suele ser atendido a las 10.00 o 12.00 hrs., es decir, 4 ó 5 hrs. después que la hora de llegada.
- 2.- La Medicina tradicional, se ha caracterizado por tratar la enfermedad y no el enfermo. El sobrecargo en el número de visitas al médico que las atiende, ha llevado a imposibilitar una revisión minuciosa del enfermo, y más aún, al médico no le es posible

conocer las condiciones de vida del enfermo, en su casa y en su trabajo y la influencia decisiva de éstas en su estado de salud.

- 3.- Se ha creado un círculo vicioso; un gran número de consultas impide una buena atención, lo que deja en el enfermo una sensación de disconformismo, que le lleva a aumentar sus visitas al médico.
- 4.- El desarrollo acaecido en la Medicina, el aumento de las enfermedades crónicas y el aumento de la población anciana, han superado la mayoría de las veces la capacidad de los Consultorios.
- 5.- Aún subsiste una falta de comunicación adecuada de los integrantes del equipo; por ejemplo, la Auxiliar de enfermería realiza una visita a domicilio, pero es excepcional que el médico haya participado en la programación de ella y más raro aún, que le consulte sobre los resultados obtenidos.
- 6.- Mal aprovechamiento de los recursos actuales, que lleva a un aumento de las hospitalizaciones, que podría ser evitado con una mejor atención; esto significa mayor costo para el servicio.
- 7.- Falta de coordinación entre la enseñanza que actualmente entrega la Universidad y la realidad de atención a que se ve enfrentado el profesional al integrarse al Servicio de Salud.

El enfoque de Medicina Familiar, pretende encontrar una solución a los factores anteriormente expuestos, creando la conciencia de atender no sólo la enfermedad, sino al hombre mismo como parte inseparable

de su familia y de su ambiente.

En el Programa de Medicina Familiar destacan: la obtención de una economía de recursos, el mejor aprovechamiento de éstos y la posibilidad de un efectivo trabajo en equipo. Ello significa: una disminución en el número de hospitalizaciones y de interconsultas, disminución de los gastos en medicamentos y lo más importante, se mejora la calidad de la atención a la población, aumentando el interés en el trabajo por parte del equipo de salud, al evitar que éste se convierta en una rutina.

Se pretende, así, que la actividad del Consultorio, a través de su equipo médico y de otros profesionales, esté orientada a la investigación permanente de los factores que condicionan la salud de la persona, la familia y la comunidad.

Es así como en 1980 se inicia el primer Consultorio de Medicina Familiar en el sector de Rodelillo Alto, en Valparaíso. En 1981 se elabora un proyecto conjunto de Medicina Familiar entre la División de Ciencias Médicas Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, en Santiago. En Diciembre de 1983 se crea la Sociedad Chilena de Medicina Familiar con representantes de Santiago y de Valparaíso.

1.- EXPERIENCIA EN VALPARAISO:

En esta ciudad la Medicina Familiar, como programa, empezó a ser conocida a partir de 1979. Los autores iniciales de este programa (Dres. Tanenbaum y Santibáñez), llegaron al convencimiento de la importancia de la Medicina Familiar por caminos diferentes. Uno de ellos trabajó con las comunidades de la Pampa salitrera del norte del país. Posteriormente se especializó en pediatría y luego se alejó del hospital para dedicarse a la Atención Primaria, donde llegó a ser Director de Consultorio General Urbano.

El segundo médico trabajó 5 años como Médico Genral de Zona, en una zona rural del sur del país; fue Director de Hospital y Consultorio y realizando los mismos esfuerzos de todo médico, llegó a una conclusión: era necesario cambiar nuestro tradicional sistema de atención para obtener un mejor rendimiento de la actividad médica. Este profesional obtuvo una beca en Israel, donde conoció por primera vez la Medicina Familiar, sus éxitos y problemas. Luego se especializó en pediatría y más tarde se dedicó a la atención primaria, con el firme propósito de desarrollar esta idea de atender no sólo la enfermedad, sino al hombre como parte inseparable de su familia y de su ambiente.

Estos médicos, que traían esa rica experiencia, que se logra en la atención rural, se unieron para trabajar juntos en el Consultorio Barón y sin descuidar sus deberes habituales en la atención diaria, desarrollaron un primer Programa de Medicina Familiar.

Este primer Programa fue autorizado por el Servicio de Salud para ser puesto en marcha en un Consultorio de Playa Ancha, el cual fue posteriormente cerrado, por reorganización del Servicio, a menos de un año de trabajo en Medicina Familiar, por lo cual la experiencia quedó trunca, sin lograr análisis alguno de sus posibles logros.

Como una solución alternativa se sectorizó el Consultorio Barón y en el sector de más daño en salud, el de Rodelillo (1) se inició un trabajo de Organización e Investigación en Medicina Familiar. Por la forma en que éste se ha llevado a cabo, dado que no se contaba con recursos especiales, la evaluación del mismo, en sus primeras etapas, no fue fácil de cuantificar.

---

(1) El sector de más daño en salud fue detectado de acuerdo a las estadísticas de morbilidad, de consultas médicas y maternas del Consultorio Barón, en 1980.

a) Objetivos del Programa de Medicina Familiar:

El Programa de Medicina Familiar implementado en el Consultorio San José, de Rodelillo Alto, tiende fundamentalmente a la atención de las familias, como grupo social afectado por un problema de salud. Al mismo tiempo, pretende lograr una solución a las deficiencias encontradas en el sistema de medicina tradicional, planteándose como una alternativa diferente de atención en salud. Para ello, el Consultorio se ha planteado los siguientes objetivos:

- 1.- "Ampliar y perfeccionar un centro asistencial, docente y de investigación, en Medicina Familiar".
- 2.- "Mejorar el servicio médico del Consultorio, que comprende una atención adecuada al paciente, dentro del contexto de la familia".
- 3.- "Intensificar en la comunidad los servicios preventivos y el mejor aprovechamiento de los recursos por parte de un equipo de salud que esté en constante perfeccionamiento".
- 4.- "Orientar la actividad del equipo interdisciplinario hacia la investigación permanente de los factores que condicionan la salud de la persona, la familia y la comunidad".

b) Evolución del Programa:

El primer paso consistió en que uno de los médicos se desplazó a atender las familias de la población más distante del Consultorio Barón y considerada como de mayor extrema pobreza. Lo acompañaban dos internos de pediatría y una dentista. La atención se entregaba una vez por semana, en un local de madera que servía de comedor abierto para los niños de esa población. Esta atención, que vista desde fuera podía parecer como una pérdida de tiempo y una "lucha contra la corriente", ya que ese tiempo serviría mejor dedicado en el hospital, sirvió para conocer mejor la realidad en que viven estas familias y junto con reforzar la idea de la necesidad de trabajar con éstas como única forma de impactarlas para lograr un mejoramiento en su nivel de salud, permitió algo que resultó básico: Obtener el apoyo de la comunidad. Gracias a esto, la parroquia local ofreció una construcción de madera, ubicada en el centro del sector y que servía de comedor, para que fuera utilizada como un lugar más cómodo de atención.

El paso siguiente consistió en que el médico de más experiencia jubiló del Servicio y se trasladó allí para entregar atención de tiempo completo, Ad honorem, lo cual fue uno de los primeros pasos para convertir dicho local en el actual Consultorio Familiar Parroquial-Comunitario "san José", de Rodelillo Alto.

El Programa de Medicina Familiar es ejecutado por un equipo interdisciplinario formado por matrona, médicos, asistente social, odontólogo y, ocasionalmente, se cuenta con psicólogo y nutricionista.

c) Modalidad de Trabajo:

El personal del Consultorio Barrón y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso elaboraron una encuesta de Medicina Familiar, la que se aplicó a cada una de las poblaciones que integran el sector. Esta encuesta ha permitido comparar la estructura diferente de cada población.

Al mismo tiempo, en relación al trabajo con las familias, se utilizan las siguientes estrategias:

-- Consulta espontánea:

En esta se inicia al paciente una ficha resumida de antecedentes familiares que incluya: estructura del grupo, medio en que vive, ingresos, participación comunitaria y estado funcional de la familia. Luego se le abre una ficha personal y sobre los problemas encontrados se inicia un plan terapéutico.

Todos los datos de la familia van en la Carpeta Familiar. Esto representa una ventaja sobre la Ficha Tradicional del Servicio, ya que esta última es de tipo individual y generalmente el enfoque va sólo a la enfermedad y sus datos no sirven mayormente a futuro.

-- Citación a Medicina Familiar:

Un trabajo más detallado se realiza al citar una por una, a todas las familias de una población determinada. En el Consultorio la familia es entrevistada por el equipo médico y luego por cada profesional. Al término de la atención el equipo se reúne y establece un plan

terapéutico sobre los problemas encontrados, señalando las acciones preventivas a efectuar.

Sin embargo, se debe señalar que las indicaciones efectuadas por el equipo médico a las familias ingresadas al programa no siempre son seguidas por la familia, así como no siempre se realizan las acciones tal como se programan, esto por diferentes razones, tales como: inasistencia a los controles de la familia, falta de tiempo de los profesionales para realizar el seguimiento, etc.

2.- EXPERIENCIAS REALIZADAS EN SANTIAGO:

-- Consultorio La Reina:

El Consultorio La Reina es uno de los 14 establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente; es un Consultorio integral en el nivel primario de atención, en el cual se efectúan las acciones de Fomento, Protección y Recuperación de la salud a través de un adecuado cumplimiento de las normas ministeriales.

Hasta el año 1978 la Atención Médica en este establecimiento estaba a cargo de médicos internistas y pediatras, los que atendían las morbilidades individuales solamente. Sin embargo, en Agosto de 1981, la División de Ciencias Médicas Oriente, con el patrocinio de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, realizó un Seminario sobre Medicina General Familiar y Atención Primaria, en el cual participaron autoridades del Ministerio de Salud, académicos de la Facultad de Medicina Oriente, autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y médicos generales.

En esta ocasión comienzan a elaborarse, analizarse y definirse los primeros conceptos de Medicina Familiar, como asimismo, a explorarse la factibilidad de llevar a la práctica dichos conceptos en el marco de la Atención Primaria.

Es así como en los meses posteriores al Seminario, se elabora el Proyecto Conjunto de Medicina General Familiar, entre la División de Ciencias Médicas Oriente, de la Facultad de Medicina y el Servicio de

Salud Metropolitano Oriente, con el apoyo de la Fundación KELLOG, con miras a formar en el Consultorio La Reina un centro "Docente Asistencial en Medicina Familiar", En Abril de 1982, fecha en que se inicia el Programa, con la incorporación de las primeras familias, se incorporan al programa de Medicina Familiar 3 médicos integrales de horario completo y los 2 primeros médicos becados universitarios en Medicina Familiar.

Por la trascendencia que tienen para los efectos del Programa de Medicina Familiar, se señalan algunos aspectos fundamentales que caracterizan al Consultorio La Reina:

- La característica del Consultorio, de ser el único establecimiento de salud en la comuna, conformando una Unidad geográfica-administrativa delimitada y definida, le permite centralizar las acciones en sa lud.
- El Programa considera básicamente la utilización de la infraestructura tanto profesional como material ya existente, organizando la atención con otro ac en to, sin alterar las metas ni el rendimiento tr ad ic io na les.

a) Objetivos del Consultorio en relación a Medicina

Familiar:

- 1.- "Centrar sus acciones en el núcleo familiar, a través de una atención integral, continua, personalizada y coordinada, tratando de recuperar una adecuada relación del equipo de salud, con el paciente y su familia".
- 2.- "Extender su campo de acción hacia la resolución de problemas médico-sociales que la familia enfrenta como grupo".
- 3.- "Incorporar y trabajar con esta modalidad de atención a un sector de la población beneficiaria del Consultorio".
- 4.- "Incorporar activamente a las familias y a la comunidad en la resolución de los problemas de salud, reforzando fundamentalmente la labor educativa del equipo de salud".
- 5.- "Diseñar un instrumento específico que permita un adecuado registro y utilización de las actividades realizadas".

b) Modalidad de trabajo:

El Consultorio La Reina atiende una población aproximada de 39.000 personas. Para la realización del Programa de Medicina Familiar utilizan la infraestructura existentes y el ingreso de las familias a éste, se efectúa por medio de lo que se conoce como "Caso Índice"; el cual se selecciona entre las personas que acuden al Consultorio por demanda espontánea o bien es derivado de estadística.

La elección se realiza enteramente al azar con lo cual se eliminan sesgos en la incorporación de las familias. El paciente seleccionado como "Caso Índice" pasa a consulta con el profesional correspondiente y en ese momento debe llenarse la ficha familiar, la que llevará un Diagnóstico de la familia. Según este Diagnóstico se programa un Plan de trabajo, que contempla la participación de todo el equipo. El plan de tratamiento de la familia lo hace el profesional que atiende el Caso Índice y luego se realizan las reuniones con el equipo para planificar nuevas acciones.

En la entrevista con el Caso Índice se detectan los posibles problemas que presenta la familia y de acuerdo a esto se les cita al profesional correspondiente. Sin embargo, cabe señalar que el trabajo se realiza básicamente con las fichas familiares y no con las familias completas, puesto que en raras ocasiones éstas son citadas en forma conjunta al Consultorio.

Las evaluaciones realizadas hasta el momento han sido solamente parciales y no se ha podido llegar a un consenso sobre los parámetros a utilizar.

En un primer intento por evaluar los resultados obtenidos se han estudiado las 150 primeras Carpetas Familiares del Programa de Medicina Familiar del Consultorio La Reina. La muestra se compone de 185 familias con 814 individuos, de quienes el 60% consultó durante el segundo semestre de 1982.

Se analizó la estructura de las 1.298 consultas demandadas de acuerdo a dos criterios diferentes. Por una parte, se utilizó una Clasificación Internacional de enfermedades, en la versión abreviada de 17 grupos. En la segunda aproximación se reorganizó la presentación de acuerdo a un enfoque familiar, agregándole el registro de problemas de Salud Familiar, para luego relacionarla con el Ciclo Vital Individual y Familiar.

Las dificultades más serias encontradas dicen relación con la falta de información registrada acerca de antecedentes familiares e individuales. Mejorar el sistema de registro en las fichas familiares constituye una condición necesaria para continuar este tipo de estudio sin tener que recurrir a entrevistas adicionales.

Además, el estar insertos dentro de un Consultorio Periférico le ha creado ciertos inconvenientes y limitaciones en el desarrollo del programa, puesto que implica una reorganización del trabajo, en la medida que hay que desarrollar todos los programas estipulados por el Servicio de Salud a través de las políticas del rubro, en las cuales no se contempla el Programa de Medicina Familiar.

En este momento, el Programa de Medicina Familiar del Consultorio La Reina se encuentra en una etapa de receso, básicamente por razones económicas y de índole interno del Servicio, aún cuando las familias ingresadas hasta este momento, alrededor de un mil, continúan a cargo de cada médico que les atendió en la primera etapa.

Es necesario destacar el hecho de que el papel que le cabe a la profesional Asistente Social dentro del Programa de Medicina Familiar, es exactamente el mismo que tiene en cualesquier otro Consultorio Periférico, cumpliendo con las funciones programáticas y con sus respectivas salidas a terreno.

-- Consultorio Hernán Alessandri, de Providencia:

Este Consultorio comenzó a funcionar en la comuna de Providencia a comienzos de 1983, intentando abordar la Atención Primaria, siempre con un enfoque familiar, pero con una organización más tradicional que en los otros Consultorios que trabajan en Medicina Familiar, en el sentido de mantener una división de las acciones, basadas en grupos etarios y en atención por médicos especialistas y no generales.

En este Consultorio, se intenta aplicar un enfoque de Medicina Familiar (que resalta las implicaciones familiares presentes en los problemas de salud del individuo), manteniendo los programas tradicionales de un Consultorio y su manejo por especialistas.

Los instrumentos utilizados para efecto de registros son:

- La Ficha familiar, con los datos de todos los integrantes de la familia y de sus relaciones.
- La Ficha individual, con el registro de las consultas individuales y consignación de los problemas detectados.
- La Carpeta familiar, en la cual se conservan los registros.

Las actividades realizadas en este Consultorio han sido de más lento desarrollo y tampoco en él ha sido posible llevar a cabo una evaluación efectiva, en parte debido al escaso tiempo de funcionamiento del programa como también a la escasez de horario de los profesionales.

3.- Experiencia de Medicina Familiar en Viña del Mar;

La primera experiencia en este tipo de atención en esta ciudad, se comenzó a desarrollar recientemente a fines del año 1984, en el Consultorio Periférico de Villa Hermosa, que cuenta con una población aproximada de 10.000 habitantes dentro de su jurisdicción.

El Consultorio de Medicina Familiar que funciona en Viña del Mar sigue los mismos principios del Consultorio "San José, de Valparaíso, puesto que su equipo multiprofesional está conformado, en su mayor parte por profesionales que se desempeñaron originalmente en dicho Consultorio.

Sin embargo, a diferencia de Valparaíso, en Viña el Programa de Medicina Familiar funciona adosado a un Consultorio Periférico y no cuenta con un local propio, por lo tanto, tiene una serie de limitaciones en cuanto a tiempo y espacio. Además, por estar en una etapa inicial, se encuentra en un período de ajuste, lo que dificulta aún más su avance.

- CUADRO COMPARATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR EN SANTIAGO (Consultorio La Reina) Y EN VALPARAISO (Consultorio San José).

Es necesario señalar que tanto las experiencias realizadas en Santiago como las de Valparaíso, se fundamentan en los mismos principios de economía de recursos y mejor aprovechamiento de éstos así como en el mejoramiento de la calidad de atención a la población en lo que respecta a los servicios de salud.

1.- Métodos de trabajo:

a) Forma de ingreso de las familias:

SANTIAGO

- Se capta e ingresa la familia a través del Caso Índice, que es un paciente seleccionado por cualquier profesional del equipo, al cual se le abre una ficha familiar que determina un diagnóstico y los pasos a seguir. Este puede provenir de cualquier población del área del Consultorio.

VALPARAISO

- Se capta e ingresa a la familia a través del Asistente Social, quien identifica las familias en el terreno mismo y las presenta al equipo. Estas familias provienen de una población específica designada con anterioridad por el equipo profesional.

b) Forma de atención a la Familia:

- Se trabaja primordialmente con las fichas familiares y no con las familias mismas, ya que éstas son citadas al Consultorio, como grupo, sólo en caso de presentar patologías.

- Se trabaja en contacto directo con las familias, las que acuden al Consultorio, como grupo, a fin de ingresar en el programa, previo informe entregado por la Asistente Social.

2.- Personal a cargo del Programa:

- El equipo de profesionales está contratado por el Servicio de Salud correspondiente y cumple con las funciones asignadas en los programas de salud vigentes en forma paralela al trabajo en Medicina Familiar.

- El equipo profesional en su mayoría, trabaja Ad honorem, algunos son contratados a través del PEM y otros, los menos, son contratados por el Servicio de Salud.

3.- Recursos con que cuenta el Programa:

- Los recursos asignados al Programa provienen de dos fuentes: Servicio de Salud Metropolitano Oriente y Fundación Kellogg.

En general, los recursos utilizados en Medicina Familiar son los propios del Consultorio.

- Los recursos con que cuenta el Programa de Medicina Familiar son escasos y provienen de la Dirección de Atención Primaria y el Obispado de Valparaíso, además de los aportes en personal, del Servicio de Salud.

4.- Resultados obtenidos:

- Se han realizado sólo evaluaciones parciales, cuyos resultados no pueden ser utilizados para generalizar.

- Los intentos por evaluar el trabajo realizaado han sido escasísimos y no han logrado obtener ningún resultado, puesto que no se ha llegado a sistematizar la información.

5.- Intervención del profesional Asistente Social:

- El trabajo del profesional implica cumplir con las funciones establecidas en los programas de salud y además, realizar salidas a terreno en los casos en que el programa de Medicina Familiar lo requiera.

- La profesional desempeña funciones exclusivamente dentro del Programa de Medicina Familiar, realizando atenciones de público sólo un día en la semana, en forma extraordinaria.

## FUNDAMENTOS DEL SEMINARIO

La Medicina Familiar es una especialidad, dentro de la Medicina General, que se caracteriza por entender los problemas de salud del individuo en función de su grupo familiar y abordar los problemas de las familias integralmente, con las características especiales que le imprime su propia dinámica y su ciclo vital, considerando los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales que las afectan a través de una atención continua, personal y coordinada.

El concepto de Medicina Familiar es poco conocido; sin embargo, en su ejercicio profesional, ésta existe desde los inicios de la Medicina, siendo reconocida por toda la sociedad, especialmente por las familias, las que utilizaban el término "Médico de Familia" para referirse al profesional que les asesoraba aún en situaciones no relacionadas directamente con la Salud física, pero que tenían gran relevancia en la estabilidad emocional del grupo familiar.

De la definición de Medicina Familiar entregada anteriormente, se desprende claramente la relación que existe entre Salud y Familia, ya que ésta es considerada como la Unidad Biosicosocial básica, de cuyo equilibrio depende finalmente, la salud de los individuos y de la Comunidad. Además, la energía intrafamiliar es un importante recurso para elevar el nivel de salud de la población en general.

La salud de la familia como grupo social comprende tanto factores biológicos como psicológicos y sociales. Mediante la práctica es posible visualizar que con mucha frecuencia hay problemas de vivienda, la borales o de conflictos intrafamiliares confundidos en la presentación de un cuadro mórbido. Es así como, en el caso de la familia, su Salud, se juzga en términos de su efectividad o funcionamiento como grupo social.

De acuerdo a este planteamiento, resalta la importancia de la Medicina Familiar, la cual se convierte en una nueva alternativa frente a la atención tradicionalmente ofrecida en salud, estableciendo una relación continua entre el profesional de salud, el pa ciente y su familia.

Desde esta perspectiva, alumnas seminaristas eligieron el tema de la Medicina Familiar, y dentro de éste en forma específica la Salud Familiar, por ser ésta una problemática no abordada por Servicio Social, ya que generalmente había sido tratada solamen te desde el punto de vista de la Medicina. Sin embargo, a partir de los últimos años, en las experiencias llevadas a cabo en Valparaíso, se ha trabajado a nivel de equipo interdisciplinario. En éste, la profesional Asis tente Social tiene una destacada participación y cumple un papel básico para el desarrollo del programa, puesto que es la encargada de seleccionar e identificar las familias que serán ingresadas al programa de Medicina Familiar, entregando una primera aproximación al Diag nóstico Familiar, convirtiéndose de ese modo, en el nexo entre la Familia y el Consultorio.

Todo ésto ofrece una gama de posibilidades para integrarse al trabajo en equipo, desarrollando diversas actividades, tanto de motivación como de seguimiento. Al mismo tiempo, abre nuevas oportunidades en cuanto al campo profesional, ya que permite realizar una labor integral a nivel de la familia, replanteándose las vinculaciones existentes entre ésta y la Salud y al mismo tiempo, rescatando la verdadera dimensión de Servicio Social, ubicando al profesional en el mismo plano que el resto de los profesionales integrantes del equipo.

Finalmente, cabe destacar que la realización del estudio posibilitará obtener una visión más enriquecedora del profesional Asistente Social en el cumplimiento de sus funciones, no relegándole a la mera asistencialidad en el campo de la salud.

OBJETIVOS DEL SEMINARIO

OBJETIVO GENERAL:

"Contribuir al mejoramiento de la Salud Familiar de los habitantes de la población El Sauzal, de Rodelillo Alto en Valparaíso".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- "Identificar las variables intra y extrafamiliares que, al influir sobre el estado de salud, afectan el comportamiento de la familia".
- 2.- "Implementar y ejecutar un programa de acción social tendiente a lograr la superación de las situaciones-problema detectadas en el diagnóstico social".
- 3.- "Evaluar los resultados obtenidos mediante la aplicación del programa de acción social".

C A P I T U L O   I I

DIAGNOSTICO SOCIAL, PRIMERA PARTE

### FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema a abordar en la presente investigación es el de la Salud Familiar, vista desde una nueva perspectiva médica conocida como "Medicina Familiar". Al considerar la importancia que tiene la familia en la preservación y mantenimiento de la salud y, al mismo tiempo, las repercusiones que una enfermedad ocasiona sobre la vida familiar, el concepto de Salud Familiar adquiere importancia como estrategia de intervención, ya que la enfermedad o problemas de cualquier miembro incide en el equilibrio familiar global y frecuentemente redundan en la salud de los restantes miembros de la familia.

El problema de la Salud Familiar puede ser abordado por diferentes profesionales y no sólo por el médico, ya que ella involucra diversos aspectos, interdependientes y complementarios entre sí. Considerando ésto Smilkstein (1) elaboró una clasificación de los problemas de morbilidad que reflejara la interacción entre Familia y Salud. A partir de la clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S. se reagruparon los problemas de salud, diferenciando:

- a) Problemas de salud física: aquellos, que afectan al individuo solamente; ej. bronquitis.
- b) Problemas de salud física individual: aquellos que por sus características pueden alterar el funciona-

---

1) Smilkstein, Documento CEAP N° 16.

miento del grupo familiar; ej. enfermedades crónicas como la HTA (hipertensión arterial) o la Diabetes, enfermedades invalidantes o terminales.

- c) Problemas de Salud Mental o Psicosomáticos: que afectan al individuo, pero repercuten en la familia, ya sea como causa o efecto: ej. alcoholismo, neurosis, drogadicción, colon irritable, úlcera gástrica, etc.
- d) Problemas de Salud Familiar: que son propiamente del grupo familiar. Se subdividen en: Problemas de funcionamiento familiar (conflictos conyugales, conflictos entre padres e hijos; etc.) y Problemas socioeconómicos (cesantía, madres solteras, analfabetismo, problemas de vivienda, etc.).

De acuerdo a esta clasificación, no podría dejarse de lado, en la atención del individuo y su familia, la participación de otros profesionales tales como el fisioterapeuta, la enfermera, el Asistente Social, la matrona y otros profesionales de la salud, los cuales en conjunto, deberán organizar un sistema de atención que tienda a la solución de los problemas anteriormente mencionados. Este nuevo sistema es lo que se conoce como "Medicina Familiar".

La esencia de la Medicina Familiar es la continuidad de la atención. Esto significa mucho más que atender al mismo paciente durante un período prolongado. También implica organizar la atención y, por tanto, incluye las relaciones del médico de familia con los otros profesionales de la salud. La función principal del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles como pre

venir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades.

La familia con frecuencia se transforma en el centro de manejo de problemas de salud que fueron, inicialmente, el resultado de su propio mal funcionamiento; éste puede ser causado por la enfermedad específica de un miembro de la familia y por la incapacidad de manejarla, por parte de la persona enferma, de la familia o de los profesionales encargados de atender la salud.

Aunque la familia en ocasiones puede tener una influencia perturbadora en el manejo de un miembro enfermo, generalmente constituye un recurso provechoso, pero poco utilizado, para el equipo interdisciplinario de Medicina Familiar. Si se educa a las familias para ayudar a los miembros enfermos y si se espera más de ellos, se facilitarán, casi sin excepción, las tareas y se proporcionará también una mejor atención al paciente.

Dentro del amplio campo de la Medicina Familiar destacan en forma especial para Servicio Social, aquellos aspectos relacionados con la Salud Familiar que tienen directa vinculación con los problemas socioeconómicos y con los problemas de funcionamiento familiar, materia sobre la cual existe muy poca información. Por tal motivo, se plantea la necesidad de realizar un estudio exploratorio descriptivo que constituye un primer acercamiento desde el punto de vista profesional, al estudio de las variables intra y extrafamiliares que de una u otra forma podrían

influir en la salud.

Los factores sociales que pueden influir en la salud, divididos en Intra y Extrafamiliares, serían:

a) Factores asociados a la vida Intrafamiliar:

- Relaciones interpersonales: conyugales, fraternales, paternas. Comunicación, Armonía, Solidaridad, Afecto, etc.
- Creencias y costumbres del grupo familiar: creencias religiosas, populares y hábitos.
- Nivel de conocimientos en el aspecto salud.

b) Factores asociados a la vida extrafamiliar:

- Medio ambiente físico de la población.
- Posibilidades laborales: Ingreso.

Finalmente, cabe señalar que la investigación abarcará, además, los efectos que tienen los problemas de salud en el funcionamiento familiar.

OBJETIVOS DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL:

"Identificar las variables intra y extrafamiliares que, al influir sobre el estado de salud, afectan el comportamiento de la familia".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- "Caracterizar la comunidad objeto de estudio en base a algunos aspectos sociodemográficos".
- 2.- "Describir a las familias que componen el colectivo en relación a las variables que influyen, directa o indirectamente, en su estado de salud".
- 3.- "Recopilar información sobre las experiencias de Medicina Familiar realizadas tanto en Santiago como en Valparaíso".

INSTITUCION PATROCINANTE

1.- UBICACION:

El Consultorio Familiar San José, de Rodelillo Alto, se encuentra ubicado en la Avenida Rodelillo N° 4118, en el paradero 19, con acceso por Barón y por Santos Ossa; su área de acción comprende el sector 32 del Consultorio Barón, siendo sus límites:

- Norte: Rodelillo
- Sur: Santa Paulina
- Este: Santos Ossa
- Oeste: Quebrada Cabritería

2.- FECHA DE INICIO:

El Consultorio San José comenzó a funcionar como tal el 26 de Septiembre de 1980, poniendo en marcha el Plan Piloto de Medicina Familiar para la ciudad de Valparaíso.

3.- ESTRUCTURA FISICA:

El edificio en el cual funciona el Consultorio está construido, en su mayor parte, de material ligero, con una base de concreto. La construcción consta de 17 dependencias, destinadas a los siguientes usos:

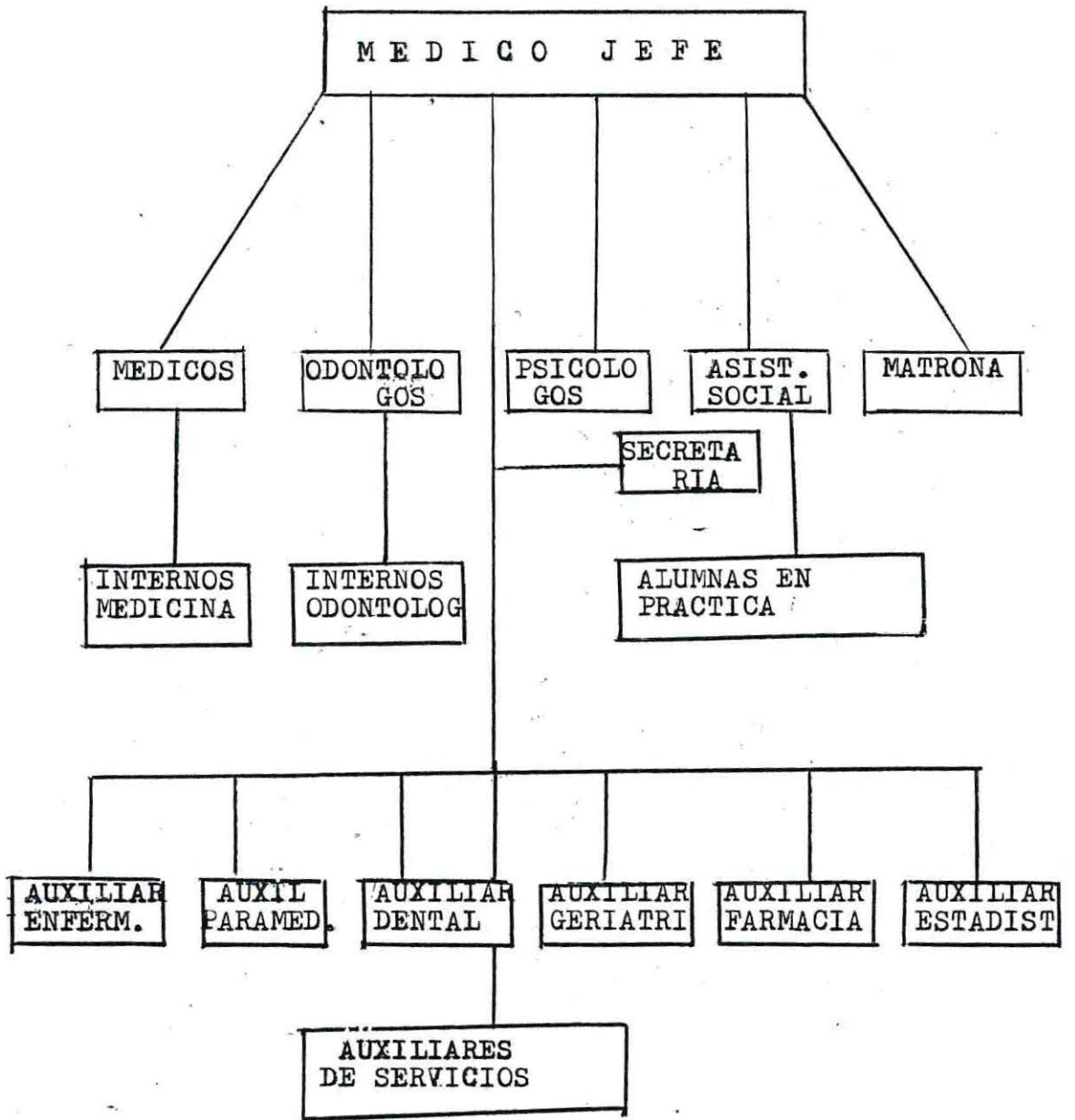
- 3 salas para atención médica;
- 1 clínica dental, con sala de espera;
- 1 clínica materna, con sala de espera;
- 1 oficina para Servicio Social;

- 1 sala para enfermería (preparación de enfermos);
- 2 salas de espera;
- 1 sala para farmacia;
- 1 oficina para estadística;
- 1 sala para secretaría (recepción);
- 1 sala para colación;
- 1 bodega o despensa;
- 1 box destinado a baños.

4.- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

El Consultorio Familiar San José es un establecimiento privado y autónomo, que surgió por la iniciativa de un grupo de profesionales médicos y que sólo se coordina con otras instituciones de la comunidad, tales como la Dirección de Atención Primaria (DAP), perteneciente al Servicio de Salud; la Universidad de Valparaíso, a través de las Escuelas de Medicina, Enfermería y Obstetricia y Servicio Social; el Consultorio Barón y otras organizaciones de la comunidad.

ORGANIGRAMA



5.- ORGANIZACION INTERNA:

A) OBJETIVOS DE LA INSTITUCION:

- 1.- "Mejorar el nivel de salud de la población a través de la atención organizada de la familia, por un equipo interdisciplinario".
- 2.- "Difundir los conceptos de atención en Medicina Familiar a nivel de la comunidad".
- 3.- "Centrar la atención del equipo de salud en el grupo familiar y no sólo en el individuo".
- 4.- "Ofrecer una atención en los aspectos biomédicosociales, tanto preventivos como curativos y de rehabilitación de la familia y de los individuos".
- 5.- "Entregar la atención de un equipo de salud a un sector determinado".
- 6.- "Emplear todos los recursos para entregar una atención lo más humanizada posible".
- 7.- "Mantener un sistema constante de educación al individuo, la familia y la comunidad".
- 8.- "Dar prioridad a las acciones preventivas y de fomento en el desarrollo del modelo de atención familiar".
- 9.- "Incorporar a los pacientes crónicos a los clubes que agrupan enfermos de una misma condición".
- 10.- "Cumplir con los programas del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, dentro del marco de la Medicina Familiar".

- 11.- "Realizar visitas a domicilio, por médicos y equipo, para la atención de pacientes descompensados y otros".
- 12.- "Coordinar organismos comunitarios con el Consultorio".
- 13.- "Incentivar la participación de la Universidad a través de las distintas Facultades, para apoyar el desarrollo comunitario".
- 14.- "Convertir al Consultorio Familiar San José en campo de práctica para alumnos universitarios de diferentes disciplinas".
- 15.- "Desarrollar programas de educación para la salud dirigidos a la comunidad, para crear hábitos favorables a la salud".
- 16.- "Entregar una atención continuada de equipo, a fin de que exista una mejor comprensión del individuo y su familia a lo largo del tiempo".
- 17.- "Organizar y educar a la comunidad para efectuar un trabajo integrado con los equipos de salud".
- 18.- "Sistematizar y sintetizar las experiencias realizadas en Medicina Familiar, tanto en Santiago como en Valparaíso".
- 19.- "Utilizar el Consultorio para investigaciones en área epidemiológica, clínica, ciencia de la conducta, educacionales y otras que se consideran de interés".

B) Personal que labora en el establecimiento:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| - 3 médicos                 | - 1 auxiliar de farmacia      |
| - 2 dentistas               | - 1 auxiliar de enfermería    |
| - 1 asistente social        | - 2 auxiliares de estadística |
| - 1 matrona                 | - 1 auxiliar dental           |
| - 1 psicólogo               | - 1 secretria                 |
| - 2 internos de medicina    | - 1 auxiliar de geriatría     |
| - 2 internos de odontología | - 2 auxiliares paramédicos    |
| - 2 auxiliares de servicio  |                               |

C) FUNCIONES Y HORARIOS:

Es necesario aclarar que el funcionamiento del Consultorio San José es análogo al de cualesquier otro Consultorio Periférico, por lo cual, las funciones que en él cumplen los profesionales y empleados son similares a las que se desarrollan en los otros servicios de salud, con algunas variaciones en la forma, pero no en el fondo.

Una diferencia que podría señalarse y que es de bastante importancia, está referida al hecho de que todas las personas que allí laboran deben tener conocimientos mínimos de primeros auxilios, aún el personal administrativo, esto en razón de, que todo el personal debe estar preparado para brindar atención en un momento dado.

Las funciones y horarios de cada uno de los profesionales que laboran en el Consultorio son las siguientes:

<u>PROFESIONAL</u>	<u>HORARIO ATENCION</u>	<u>FUNCIONES</u>
Médico Jefe	8.30 a 17.30, de Lunes a Viernes	Atención de pacientes y dirección del programa de Med. Familiar.
Médicos	8.30 a 17.30, con turnos, de Lunes a Viernes.	Atención de pacientes desde neonatos hasta ancianos, sin especialidad.
Dentistas	8.30 a 12.30 y 14.30 a 17.30 Lunes a Viernes	Atención integral a la familia en el programa, en especial a los niños.
Psicólogo	Una vez por semana, Jueves a las 12.00 hrs.	Atención a enfermos derivados por médicos o Asistente Social.
Asistente Social	Jueves y Viernes 14.00 a 18.00 hrs. Lunes a Miércoles 14.30 a 17.30 hrs.	Atención en programa de Med. Familiar. Pesquisar a las familias de riesgo y motivar la participación de la comunidad.
Matrona	Lunes a Viernes 14.30 a 17.30	Atención de embarazadas, atención en Med. Familiar y trabajo con ancianos.
Internos de Medicina	Lunes a Viernes 8.30 a 17.30, por un mes	Cumplen las mismas funciones de los médicos.

<u>PROFESIONAL</u>	<u>HORARIO ATENCION</u>	<u>FUNCIONES</u>
Internos de Odontología	8.30 a 17.30 durante 2 meses.	Atención de pacientes especialmente niños, entregando educación.
Secretaria	Lunes a Viernes 8.30 a 17.30, con turnos.	Cumple funciones administrativas y de primeros auxilios si es necesario.
Auxiliar Estadística	Lunes a Viernes 8.30 a 12.30 y 14.00 a 16.00	Llevar los registros, mantener el orden y anotar las fichas que están en revisión.

Es preciso señalar, además, que cada uno de los auxiliares, dentro de sus respectivas áreas, cumple funciones similares a las que se desarrollan en todo Servicio de Salud, específicamente en los Consultorios Periféricos.

#### 6.- FINANCIAMIENTO:

El programa ha contado, desde sus inicios, con el apoyo de la comunidad, la cual se ha unido incluso, en algunas actividades destinadas a reunir fondos para realizar mejoras en el establecimiento, el que fue levantado en parte, con la ayuda de los pobladores del sector.

Por otra parte, se debe destacar el hecho de que la mayoría de los profesionales que laboran en el Consultorio lo hacen Ad Honorem, incluyendo al médico jefe y solamente en algunos casos están adscri-

tos al P.E.M., como sucede con la Asistente Social, quien trabaja media jornada solamente. Esto es lo que explicaría en parte, el hecho de que el equipo interdisciplinario no se encuentre siempre completo y, por lo tanto, deba dilatarse el paso de las familias por el Programa, puesto que los profesionales que trabajan, ya sea por el P.E.M. o en forma voluntaria, se retiran al encontrar mejores posibilidades económicas.

Para la puesta en marcha del Consultorio se contó con el financiamiento de diversas fuentes, tanto institucionales como de la comunidad. Es así como el terreno fue donado por el Obispado de Valparaíso; el edificio, se levantó con ayuda de la comunidad. En cuanto al personal, éste ha sido contratado en parte por el Servicio de Salud (4) y el resto pertenece al P.E.M. y/o voluntarios. El instrumental, en su mayoría, pertenece a cada uno de los profesionales del área Salud. En relación a los fármacos, éstos son entregados por la Dirección de Atención Primaria (D.A.P.).

Además, en lo que se refiere a recursos económicos propiamente tales, se cuenta únicamente con la cooperación esporádica, en dinero, del Obispado de Valparaíso, el que es canalizado a través del Médico jefe del Consultorio. La ayuda en víveres proviene de Cáritas Chile, (mensualmente) y eventualmente de la Fundación Javier Arrieta.

7.- MODALIDAD DE ATENCION:

El Consultorio Familiar "San José", si bien es considerado como un Consultorio Periférico de salud, difiere de éstos en su modalidad de atención, puesto que en los primeros, además de la atención a los pacientes, se realizan diferentes programas que van acordes con las políticas de salud, entre los cuales se deben mencionar:

I.- PROGRAMA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL: Este programa da prioridad a la atención profesional del parto, control prenatal y regulación de la fecundidad, así como también atención a la morbilidad.

Los objetivos generales de este programa son:

- Aumentar las expectativas de vida al nacer;
- Disminuir el riesgo de la mujer y el niño en los estados fisiológicos de embarazo y puerperio;
- Reducir la morbilidad gineco-obstétrica y perinatal.

II.- PROGRAMA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: Este tiende a contribuir al desarrollo integral, físico, psicológico y social del niño a través de las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Entre las estrategias del programa se destacan:

- Definir al niño y su problemática como un todo integral, enfocándolo en forma multidisciplinaria,
- Captar precozmente al niño, de ser posible desde recién nacido, atendiéndolo continua, periódica e in-

tegralmente.

- Identificar y captar la población de más alto riesgo, orientando preferentemente hacia ellos los recursos y actividades.
- Prevenir el déficit nutricional a través de la mantención de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 4 meses.
- Capacitar al personal de salud que participa en la atención del niño.
- Establecer coordinación con las instituciones relacionadas con el sector salud.

III.- PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO: Su propósito es mantener la salud y disminuir la morbilidad de la población mayor de 15 años. Se exceptúan las actividades de Fomento y Protección del grupo de 15 a 18 años porque están incluidos en el programa del Niño y del Adolescente y los problemas gineco-obstétricos que están incluidos en el programa de salud materna-perinatal.

así mismo, las funciones y actividades del Asistente Social a nivel del Consultorio Periférico se relacionan con su "participación en los diferentes programas, de acuerdo a las prioridades que determine el nivel local... Las acciones que aquí se desarrollan están enfocadas prioritariamente hacia el Fomento y Protección de la salud, sin que por ello se excluyan aspectos de Rehabilitación frente a situaciones específicas. En consecuencia, las funciones que se realizan son preponderantemente de carácter educativo, acordes a la realidad en salud que ofrezca el nivel local,

determinada a través de las acciones pertinentes de investigación". (1)

El Consultorio Familiar, por su parte, aún cuando es considerado de atención primaria, al estar abocado principalmente a la atención de Medicina Familiar, no cumple con ninguno de los programas tradicionales, sino que su accionar, abarca toda la comunidad de su sector entregando atención a través de dos modalidades diferentes, pero complementarias. La primera corresponde a la atención que se brinda a los pacientes que acuden por demanda espontánea para solicitar prestaciones médicas, odontológicas o sociales, según sea el caso. Debido a que el personal médico es escaso y no especializado, se derivan al Consultorio Barrón u otro establecimiento hospitalario a aquellas personas que requieren de exámenes o de atención más especializada.

La segunda modalidad corresponde a lo que es el Programa de Medicina Familiar en sí, el que se realiza los días Jueves y Viernes en el establecimiento, con atención otorgada por el equipo interdisciplinario a las familias que acuden, citadas previamente por la Asistente Social mediante su trabajo en terreno, el que es efectuado de Lunes a Miércoles y consiste en entrevistas familiares mediante las cuales rescata los aspectos básicos que le permiten caracterizar la familia.

---

(1) "El rol de trabajo social en salud". R.T.S. Nº 24

Durante la entrevista de la familia con el equipo de profesionales, se verá si existe o no la necesidad de citar a ésta a posteriores controles. También durante esta entrevista se le entregarán al grupo familiar algunas técnicas básicas de prevención y autocuidado de la salud, tales como: Cepillado de dientes, especialmente a los niños (Prevención de caries); Autoexamen de mamas (Prevención de cáncer mamario); Elementos para el manejo de diarreas, resfríos, fiebre, etc. (Elementos de autocuidado), éstos últimos son una "inversión" en el sentido que se previenen nuevas consultas por casos simples.

Una de las grandes diferencias que se pueden mencionar entre la atención de un Consultorio Periférico tradicional y el Consultorio de Medicina Familiar consiste en el hecho de que en este último se efectúan visitas domiciliarias, sin costo alguno, para los pacientes que se encuentran imposibilitados de asistir al Consultorio y que requieren de atención urgente. Estas visitas domiciliarias las realiza cualquier profesional, y puede ser por consulta, curación, inyecciones, etc.

Otra diferencia destacable es la educación que se entrega en cada consulta y la investigación, durante ella, de datos sobre la vida familiar del paciente, ya que en este consultorio no existen fichas individuales, sino familiares y en ella, además de los datos de identificación del grupo desde el punto de vista médicos, se agregan datos de tipo socioeconómicos.

8.- TIPO Y NUMERO DE FAMILIAS ATENDIDAS:

Dentro del programa de Medicina Familiar existen dos tipos de familias que se atienden preferentemente. Una es la llamada "Familia de Riesgo", la que puede ser derivada por alguno de los profesionales del Consultorio mismo y pesquisada a través de la atención a alguno de sus miembros, o bien proveniente de otro establecimiento del sector, enviada por un problema es pecífico.

El otro tipo de familia corresponde a aquellas que componen una población o sector determina do por el equipo para su estudio, tal como es el caso de las poblaciones "Chile Avanza" y "Villa Primavera".

En cuanto al número de familias atendidas, desde el inicio del programa, en 1980, se ha tratado aproximadamente a 250 familias. De ellas, 98 corresponden a la población Chile Avanza y 77 a Villa Primavera. El resto de las familias ha sido derivada al Programa por ser consideradas "Familias de Riesgo" y pertenecen a las poblaciones Ramón Carnicer, Población del Río, Eleuterio Ramírez y otras adyacentes al Consultorio.

En cuanto al número exacto de familias existentes en el sector correspondiente al Consultorio, no existen datos recientes. Las últimas estadísticas corresponden a Mayo de 1983; en ellas se destaca que el número de familias contabilizado hasta esa fecha fue de 2.150, con un total de alrededor de 12.000 personas atendidas. (2)

---

(2) Estadísticas Consultorio Barón, 1983.

9.- VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD DE

LAS FAMILIAS:

En el trabajo realizado con las familias, durante la aplicación del Programa, el equipo multidisciplinario ha detectado una serie de variables que estarían influyendo en la salud del grupo familiar, entre las cuales se pueden mencionar:

- Comunicación entre los miembros de la familia;
- Afecto, (expresión de él);
- Higiene Ambiental, hábitos higiénicos y alimenticios;
- Hacinamiento, problemas de vivienda;
- Alcoholismo, tanto entre los hombres como entre las mujeres;
- Cesantía grave, tanto de jefes de hogar como de los otros miembros de la familia.

Todas las variables mencionadas anteriormente están referidas a aspectos hasta ahora no consideradas fundamentales por los profesionales de la salud. Y aún más, muchas veces estos aspectos son pasados por alto y por ello mismo, no cuentan con un consenso en cuanto a su definición ni medición.

10.- VARIABLES QUE AFECTAN EL EXITO O FRACASO DEL

PROGRAMA:

a) Falta de Recursos de la Institución: El Programa de Medicina Familiar en sí es bastante oneroso, puesto que implica una mayor demanda de recursos tanto económicos, como materiales y humanos. Implementar un Consultorio es ya bastante difícil, ya que implica crear una infraestructura y disponer de los profesionales de las diversas áreas relacionadas con la salud, además del tiempo necesario para efectuar el seguimiento de cada una de las familias incorporadas al programa.

b) Actitud de las familias invitadas al programa: Es notoria la importancia que tiene el hecho de que las familias se sientan motivadas a participar en el programa y ésto dependerá de la actitud que ellas asuman, ya sea positiva o negativa, puesto que los esfuerzos, recursos y tiempo destinados a su atención serían inútiles si no se contara con su asistencia y participación efectiva.

c) Conocimientos y/o creencias populares de las Familias: Entre éstos podemos mencionar: temor al médico, machismo exagerado de algunos jefes de hogar, calidad de la atención brindada tradicionalmente en los Servicios de Salud, la que lleva a estas familias a crearse prototipos de lo que es la atención en los Consultorios y, por lo tanto, reehezan el programa.

d) Falta de modelos evaluativos: La carencia de éstos ha impedido hasta ahora que se pueda efectuar la retroalimentación del programa.

11.- TIPOS DE CONTROL O EVALUACIONES EFECTUADAS: Uno de los grandes problemas que se han presentado en relación a la evaluación del Programa de Medicina Familiar, se refiere precisamente a la inexistencia de parámetros de medición, ya que los que actualmente se utilizan no son mensurables, sino subjetivos, por cuanto se basan en aspectos tales como la satisfacción del grupo familiar, mejoramiento de la solidaridad, afecto y bienestar de la familia, etc.

La inexistencia de parámetros podría deberse, principalmente al hecho de que éste es un programa nuevo, que involucra muchos aspectos y muchos profesionales, lo cual dificulta la posibilidad de llegar a un consenso sobre cuales son los mejores criterios utilizables para medir el éxito o fracaso del programa. Este es medido en forma objetiva solamente a través de un indicador, la Mortalidad Infantil, la cual ha descendido considerablemente en el sector correspondiente al Consultorio San José, llegando en términos absolutos a disminuir entre un 60 y un 70 por ciento (Estadísticas Consultorio Barón, 1984), a diferencia de los otros sectores del mismo cerro, en los cuales la Mortalidad Infantil ha aumentado entre 1981 y 1983.

En cuanto a la evaluación de las familias participantes en el programa, éstas deberían ser evaluadas, idealmente, cada seis meses; éste fue uno de los objetivos que se planteó al comienzo el equipo interdisciplinario. Sin embargo, dada la escasez de recursos del Consultorio, estas evaluaciones no han podido realizarse y, por lo tanto, las familias que hasta ahora

se han tratado son evaluadas sólo parcialmente, utilizando para ello diversos procedimientos, según sea el tipo de familia de que se trate:

A) Familia considerada "Normal":

Estas son evaluadas mediante sondeos efectuados a uno o más miembros de ella que acudan, con posterioridad a su intervención en el programa, en forma espontánea a solicitar algún tipo de servicios al Consultorio. En esta consulta, el profesional que le atienda deberá revisar la ficha e indagar acerca de la evolución de los problemas detectados en el grupo familiar, consignándose dicha información en la ficha de la familia.

B) Familia considerada "De riesgo":

A diferencia de la anterior, a esta familia se le cita expresamente a un control o posterior reunión con el o los profesionales del área en que se haya detectado el mayor riesgo. Esta citación puede ser para la pareja, para algún miembro en forma individual o bien a la familia completa.

12.- EVALUACION DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN VILLA  
PRIMAVERA Y CHILE AVANZA.

En relación a las familias ingresadas al Programa en la Villa Primavera y en Chile Avanza, 98 y 77 respectivamente, alumnas seminaristas realizaron un intento de evaluación del trabajo realizado en dichas poblaciones, como una forma de sistematizar las experiencias de Medicina Familiar llevadas a cabo hasta el momento.

Sin embargo, uno de los problemas encontrados para lograr una evaluación válida, consistió en la desuniformidad de las fichas familiares, ya que los datos consignados en ellas son escasos e incompletos y entregan solamente una descripción de algunos aspectos básicos de la vida familiar, sin relacionarlos entre sí. Por lo tanto, lo único que permiten es la presentación de un perfil familiar, pero sin poder comprobar los supuestos planteados por el equipo interdisciplinario, el cual parte de la base de que las variables familiares y ambientales que influyen en alguna forma en la salud del individuo, influirían, a su vez, en la Salud Familiar.

Otra de las razones que dificulta la evaluación, se deriva también de la desigualdad mencionada anteriormente, puesto que al registrarse información diferente en cada ficha familiar, éstas no son comparables entre sí.

Por otra parte, se debe señalar que los datos referentes al estado mórbido de las familias que

componen las poblaciones mencionadas anteriormente, se consignan también en manera desuniforme y, por lo tanto, dificultan la evaluación del estado de salud de dichas poblaciones.

Pese a las dificultades señaladas, se obtuvieron algunos datos valiosos para Medicina Familiar, los cuales son consignados en el anexo correspondiente.

13.- SERVICIO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR.

En el cumplimiento de sus labores dentro del Programa de Medicina Familiar, la Asistente Social tiene diferentes objetivos, roles y funciones:

a) Objetivos de Servicio Social en Medicina Familiar:

- 1) "Promover el Programa, tanto entre las familias como en la comunidad en general".
- 2) "Pesquisar e identificar las familias que participarán en el Programa".
- 3) "Motivar la participación de todos los miembros de la familia".
- 4) "Establecer relaciones de coordinación con el resto del equipo interdisciplinario".
- 5) "Entregar atención individualizada (Método de Caso) a las familias ingresadas al Programa".

b) Rol del Asistente Social:

Dentro del Programa de Medicina Familiar, la profesional cumple el rol de Educador Social Informal, en la medida que realiza algunas acciones educativas tendientes a desarrollar capacidades innatas de las personas y familias pesquisadas y a las cuales posteriormente incorpora al Programa.

c) Funciones del Asistente Social:

En la realización de sus tareas, la profesional cumple con diversas funciones, entre las cuales las más destacadas son:

1.- Función Investigadora:

Esta es considerada como función básica de Servicio Social dentro de Medicina Familiar, por la importancia que reviste en el cumplimiento de las funciones posteriores, ya que mediante ella la Asistente Social detecta y conoce la situación de las familias que luego ingresarán al Programa. Asimismo, indagará los principales problemas y sus causas, ya sea que se encuentren manifiestos (a simple vista) o a nivel psicológico.

2.- Función Motivadora:

El primer contacto con las familias es básico para lograr la participación de éstas en el Programa, ya que es allí donde se inicia la labor motivadora, con la entrega de las primeras nociones sobre los beneficios que éste les puede reportar y la diferencia entre la atención tradicional en salud y el nuevo sistema de Medicina centrado en la Familia.

3.- Función Asistencial:

Esta función es complementaria a las otras que realiza la Asistente Social, ya que dadas las características del sector que atiende, se orienta a la entrega de prestaciones en víveres, ropa, etc. a los grupos familiares en situación de extrema necesidad y dependencia y que no pueden solucionar por sí solos sus problemas.

4.- Función Educadora:

Está directamente relacionada con el rol que cumple la profesional dentro del Programa y se refiere a la labor que realiza ésta con algunos miembros

bros de ña familia, tendiente a producir cambios en el resto de ella. A nivel social, se realiza una labor básicamente educativa-preventiva, en la cual se refuerzan los aspectos positivos que presenta la familia, entregando al mismo tiempo, algunas nociones básicas sobre la importancia de la comunicación, de las buenas relaciones familiares, del respeto, etc..

5.- Función Coordinadora:

En la labor llevada a cabo por la profesional en relación al Programa, debe necesariamente coordinarse con otros profesionales, tanto del equipo interdisciplinario como de otros establecimientos. Es así como se mantienen relaciones de coordinación con profesionales de otras instituciones, tanto del sector como del resto de la comunidad, tales como: C.A.D., Jardín Infantil, Escuela D-314, Municipalidad, Consultorio Barón, etc.

d) Actividades específicas desarrolladas por la Asistente Social:

- 1.- Dar a conocer el Programa de Medicina Familiar a los diferentes sectores y poblaciones del área correspondiente al Consultorio.
- 2.- Determinar, en conjunto con el equipo interdisciplinario, las poblaciones que serán atendidas prioritariamente.
- 3.- Iniciar los primeros contactos con las familias, evaluando en una primera instancia, las áreas biológica, psicológica y social, a fin de obtener un perfil familiar.

4.- Participar, con el equipo multidisciplinario, en las reuniones previas a la entrevista de la familia con los profesionales y en la reunión final, de evaluación de dichas familias.

5.- Realizar atención de público.

e) Técnicas utilizadas:

En relación a las técnicas más usadas por la profesional en el desempeño de sus funciones, se deben mencionar:

- Observación, libre y semiestructurada;
- Entrevistas, familiares e individuales;
- Reuniones con equipo interdisciplinario;
- Visitas domiciliarias.

f) Sistemas de Registro de Datos:

- Fichas familiares;
- Cuaderno de campo.

M A R C O D E R E F E R E N C I A

La Salud es un bien natural al cual todas las personas debieran tener acceso, ya que permite un mayor desarrollo mental y físico del hombre y, por lo tanto, la obtención de mejores niveles de vida.

El estado de salud implica la idea de balance y adaptación. Un individuo sano es aquel que física y mentalmente funciona en forma armónica, y al mismo tiempo está bien adaptado al ambiente físico, biológico y social, de tal modo que pueda contribuir al bienestar de la sociedad, de acuerdo con su capacidad.

Es así que la Salud es entendida como: "El estado en que el individuo posee el vigor físico para realizar ciertas actividades, normalmente esperadas para individuos de su edad, sin presentar alteraciones en la estructura o en el funcionamiento de sus subsistemas, que le causen dolor, manteniendo suficiente armonía en sus funciones mentales para que pueda relacionarse armoniosamente dentro de los patrones de la cultura a la cual pertenece". (1)

Por su parte, la Enfermedad se define como: "El resultado de la desadaptación interna (fisiológica) y externa (física o social) frente al ambiente.

---

(1) CHAVEZ; Apuntes de Clases de Medicina Social, Universidad de Valparaíso, 1981.

La enfermedad clínica constituye el grado extremo de desadaptación biológica y/o psicológica. Cualesquiera sea la forma que adopte la enfermedad, ésta será siempre considerada como un problema de salud; éste no se concibe como un fenómeno aislado, que afecta al individuo solamente, sino que forma parte de todo el contexto social en el cual la familia ocupa un lugar importante; además, involucra una relación interdependiente y complementaria de otros indicadores tales como: Ingreso del grupo familiar, Situación habitacional, etc., además de factores ecológicos y culturales en general.

Es así como el desequilibrio en uno o más de estos indicadores, incidirá en la presentación de problemas de salud, tanto a nivel individual como familiar. Estos problemas no siempre se refieren a estados mórbidos de tipo físico, sino también emocionales o psicosociales.

Por otra parte, se ha demostrado a través de estudios e investigaciones, que la mayoría de las consultas en el nivel primario de atención en salud, son problemas psicosomáticos, ya que muchas veces los síntomas que presentan se confunden con situaciones conflictivas de tipo social, económico y emocional. De allí la importancia de llegar a una definición medianamente clara de lo que es una Enfermedad Psicosomática. Entre las muchas definiciones existentes, se puede destacar la siguiente:

-- "Enfermedad Psicosomática es un desorden corporal cuya naturaleza puede ser apreciada solamente cuando los trastornos emocionales, (es decir, los acontecimientos psicológicos) son investigados a la par

que los trastornos físicos, (es decir, los acontecimientos somáticos)". (2)

En otras palabras, la ubicación de un trastorno en la categoría "Psicosomática" depende fundamentalmente de factores cuantitativos.

Recientes investigaciones han demostrado que las enfermedades abarcadas por esta definición son muchas; comprenden no solamente los diversos trastornos corporales asociados con estados de angustia, sino también muchas de las enfermedades específicas de la medicina en general. En relación a esto, cabe señalar que se han realizado una gran cantidad de estudios en el extranjero que han demostrado la alta prevalencia de problemas psicosociales entre los pacientes del nivel primario de atención, los que muestran una tasa más alta de diagnósticos mal definidos. En estudios realizados en Santiago, Chile, se ha encontrado que entre el 14 y el 19% del total de consultas médicas generales, en la población adulta, pertenecen al área de Salud Mental. (3)

---

(2) HALLIDAY, James; Medicina Psicosocial, 1981.

(3) GOIC, A. y colaboradores; Estudio de las características de la morbilidad del adulto en un Consultorio externo de Medicina. Importancia relativa de las enfermedades funcionales. Octubre, 1971.

Por su parte, es necesario recordar que la salud, su conservación y recuperación, son una preocupación constante de toda la sociedad y en la cual todos deberíamos sentirnos comprometidos. El proceso de la Salud y la Enfermedad no se desarrollan en el vacío, sino que están vinculados, como todo lo que le ocurre a las personas, al conjunto de normas e instituciones que los grupos humanos han desarrollado para su convivencia social.

El derecho a la salud es un concepto aceptado universalmente, pero que aún no se ha concretado en términos de adecuación, disponibilidad y acceso a los servicios para la prevención de enfermedades, ni tampoco en la Promoción, Mantención y Recuperación de la salud de la población de América. Por esto, los gobiernos han asumido el compromiso solidario de extender la cobertura de los Servicios de Salud a toda la población del continente americano y en forma especial a los grupos menos privilegiados.

Es así como en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de los países de América Latina y el Caribe, en 1972, se concluyó que la principal meta del Plan Decenal de Salud para las Américas, era el aumento de la esperanza de vida. Como objetivo central se determinó extender la cobertura, con servicios a las poblaciones urbanas y rurales no atendidas o bien subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los Sistemas de Servicios de Salud. Más adelante, en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud, en 1977, se confirmó la necesidad de extender la cobertura y se declaró que la Atención Primaria constituye

la estrategia principal, dentro de un contexto de Desarrollo económico intersectorial.

La Atención Primaria es, fundamentalmente, asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La Atención Primaria, a la vez que constituye el núcleo del Sistema nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad, se orienta a los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Estos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y, por lo tanto, variarán de acuerdo a la realidad de cada uno de ellos.

Para que la Atención Primaria sea accesible a toda la comunidad en la forma más rápida posible es indispensable que la comunidad y los individuos que la componen contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para ello, la comunidad debe participar plenamente en la planificación, organización y administración de la Atención Primaria. Esta participación se consigue con una adecuada educación que permita a las comunidades enfrentarse en la forma más conveniente posible con sus verdaderos problemas de salud; así, estarán mejor preparados para adoptar decisiones racionales acerca de la Atención Primaria y para conseguir de los demás niveles del Sistema de Salud, el apoyo que sea necesario.

Para alcanzar su máxima eficacia, la Atención Primaria debe emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.

Dentro de este marco de compromiso solidario de los gobiernos, se deben mencionar; La XX Conferencia Sanitaria Panamericana de 1978 y las Reuniones de los Consejos directivos subsiguientes; en ellas se destacó la importancia de la metodología y tecnología apropiadas para promover la participación de la comunidad en el perfeccionamiento de los Servicios de Salud, así como de realizar estudios para un mejor conocimiento de los factores que influyen en dicho proceso participativo.

Se debe aclarar que, si bien los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de los individuos, éstos, a su vez, tienen el derecho y el deber de participar activamente en la preservación de su propia salud, y en caso de enfermedad, de atenderse a sí mismos. Ese deber se extiende a sus familias, sus compañeros, sus colegas y sus vecinos. Esto se refiere a todas las personas, de todos los estratos sociales. Los auxiliares de salud también deben formar parte del conjunto de personas que asumen responsabilidades en la comunidad.

Para actuar con propiedad, el individuo debe comprender bien lo que es la Salud y es deber de todos los que ya lo saben, el ayudar a los demás a comprenderlo. Antiguamente, el interés prioritario se cen

traba en la prolongación de la vida, quedando en segundo plano los aspectos psicosociales de la persona enferma. Una nueva visión de la salud, centrada más en los aspectos antes mencionados, implica que los científicos sociales acepten que el paciente sea considerado como un cuerpo enfermo y se le trate como tal, pero al mismo tiempo, el médico, debe tener presentes los aspectos psicosociales tales como: Ambiente familiar, Situación laboral, Intereses personales, Nivel educacional, etc. y, por lo tanto, no debe ver sólo cuerpos enfermos, si no Pacientes, complementando así, la visión diagnóstica de éste.

La salud, como tema central de preocupación y de investigación, es un punto de convergencia entre las ciencias biomédicas y las sociales. Para la Sociología, este campo ofrece la posibilidad de aplicar sus bases teóricas al terreno de la salud y las instituciones médicas. Para los profesionales de la salud, la importancia radica en que, dado el desarrollo de la Epidemiología, en los últimos años, se ha comprobado que la mayoría de las enfermedades prevalentes en la actualidad, están asociadas con determinadas estructuras sociales y con el comportamiento individual. (Una forma de tratamiento y control de estas enfermedades, de acuerdo a esto, sería el lograr la modificación de los estilos de vida y la intervención, a través de programas educativos, en el cambio de hábitos de conducta que apuntan, finalmente, a los valores actuales).

Ultimamente, se realizan denodados esfuerzos por encontrar un lenguaje y metodología comunes

que sean capaces de relacionar los procesos sociales con los biológicos y psicofisiológicos y que resulten satisfactorios, tanto para los científicos sociales como para los profesionales de la salud o área biomédica. Estos esfuerzos se ven favorecidos con la aparición de un movimiento mundial orientado a mejorar la calidad de vida en todos sus aspectos, lo cual ha marcado una nueva orientación en salud.

Este movimiento mundial ha contado con la colaboración de todos los gobiernos de América, los que han asumido el compromiso solidario (mencionado anteriormente), de extender la cobertura de los Servicios de Salud a toda la población del continente y específicamente a los grupos menos privilegiados.

Actualmente se percibe un cambio, ya que por primera vez en la historia de la humanidad, existen los conocimientos, los recursos y la tecnología necesarias para que las familias puedan cristalizar sus legítimas aspiraciones de que todos sus miembros gocen de salud y de una vida activa y productiva. Es aquí donde la familia recobra su importancia como agente encargado de la preservación de la salud de sus miembros.

La Institución Familiar juega un importante papel y, además reconocido, en la vida de toda sociedad y pese a ello, es una de las instituciones menos estudiadas. Sin embargo, en la última década, la preocupación por la familia ha sido objeto de la mayor atención por parte de diferentes disciplinas y sectores sociales. Así por ejemplo, los científicos sociales se preguntan hoy si existe una crisis en la familia, los

psicólogos y psiquiatras desarrollan nuevas técnicas psicoterapéuticas centradas en intervenciones familiares y la O.M.S. propone el concepto de Salud Familiar como área de preocupación prioritaria, diciendo que:

"La Salud Familiar es el conjunto de las situaciones de salud de los individuos que componen una familia dada, o bien se puede decir que es una realidad supraindividual en la cual se considera a la familia como un sistema con características grupales propias". (4)

La familia constituye una comunidad total para los individuos que la integran. Ella cumple con funciones diversas, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- a) Funciones Biológicas: Implican alcanzar la relación sexual entre la pareja que da origen a la familia; Procreación y crianza de los hijos.
- b) Funciones Psicológicas: Está referida a la mantención de un cierto clima y vínculo emocional que apega a sus miembros.
- c) Funciones Sociales: Aluden a la preparación para la participación del individuo en la sociedad mayor, transmitiendo sistemas de normas, conductas y valores.

---

(4) O.M.S.; "Informe de una consulta sobre Salud Familiar", 1978.

Es así como para la Medicina Familiar, el objetivo fundamental no son los individuos enfermos, sino las familias a las cuales éstos pertenecen, por lo tanto, surge la necesidad de precisar qué es la Familia y quienes son los que la integran. Si bien es cierto, existen diversas concepciones sobre lo que es en sí la Familia, en la práctica, éstas no siempre son aplicables. Por ejemplo, los diversos diccionarios nos entregan una infinidad de acepciones sobre Familia; lo mismo ocurre con los diferentes textos y con las distintas disciplinas relacionadas con su estudio. Aún más, dentro de la misma perspectiva de Medicina Familiar, son diversas las conceptualizaciones que se han planteado. Una de las más conocidas y utilizada hasta hace poco tiempo es la que define la familia como: "Un grupo psico-social consistente en el paciente y una o más personas, niños o adultos, dentro del cual hay un compromiso de sus miembros de apoyo mu tuo".

Por las razones anteriores es que, en el caso de la salud, se requiere buscar las propiedades ge néricas que permitan comprender todas las diferentes formas de familia que se dan en la realidad, ya que uti lizar una definición "A priori" puede significar dejar sin atención a individuos tales como la madre soltera, la asesora del hogar, los allegados, el asilo de ancia nos, los adultos sin lazos de parentesco que comparten una vivienda. Paradójicamente, estos casos son los que se ven más beneficiados con el Enfoque de Medicina Familiar debido a la importancia que se le da a los componentes psicosociales en los motivos de consulta.

En razón de lo anterior, y basándose en la experiencia práctica se ha llegado a definir el núcleo familiar como:

"El conjunto de personas que conviven en una misma unidad residencial, entre quienes existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que habitualmente, pero no siempre, están ligados por lazos de parentesco". (5)

Esta constituye la definición operacional de Familia como Unidad de Atención Médica, que se rá utilizada en el presente Seminario.

La calidad de la familia como Recurso de Apoyo, hace resaltar la importancia de su dimensión Psicosocial. La Familia es concebida como Recurso de Apoyo en el sentido que es a ella a quien el individuo tiene más cerca y a quienes primero debiera recurrir en busca del respaldo necesario para la solución de sus problemas, tanto físicos como psíquicos. También se de be recordar que la familia es el primer grupo al cual el individuo pertenece y el medio más próximo en el que se desenvuelve. Sin embargo, en salud, tampoco se pueden olvidar otros criterios importantes, tales como el de Unidad residencial, que adquiere realce en el caso de que se descubra una enfermedad infecciosa aguda, si

tuación en la cual sería de suma utilidad investigar a su grupo primario de convivencia.

Por otro lado, el tratamiento de enfermedades genéticas requiere la consideración prioritaria de lazos de consanguinidad. En los casos de pacientes con enfermedades crónicas, la existencia de problemas de tipo emocional o conflictos interpersonales o bien crisis familiares debido a una enfermedad terminal o muerte, son ejemplos de situaciones en las que se impone una evaluación familiar, ya que la incorporación y compromiso de todos los integrantes se hace necesario para resolución de sus problemas.

Asimismo, la actitud de la familia puede ser determinante en el seguimiento o no de los tratamientos médicos. Es por ello que, en síntesis, puede decirse que las bases para considerar a la familia como una Unidad Médico-social pueden sintetizarse en la observación de Peter J. McEwan; "La forma en que un individuo desempeña el rol de enfermo y la naturaleza de la respuesta familiar ante él, pueden influir no sólo sobre el curso de la enfermedad, sino también sobre la salud y felicidad de la familia". (6)

La interrelación entre familia y salud es dinámica y recíproca. La familia constituye el ambiente fundamental en el cual la enfermedad ocurre y donde se toman las medidas necesarias para su resolución; es pues, el primer nivel de atención primaria y

---

(6) McEwan, Peter; Documento de trabajo CEAP Nº 2

Noviembre de 1982

el lugar donde más frecuentemente se enfrentan y resuelven los problemas de salud de sus miembros. La enfermedad constituye una crisis familiar que pone en juego las estructuras y relaciones dinámicas de la familia.

El enfoque de salud centrado en la familia implica que, en el proceso de solución de los problemas de salud del individuo deban considerarse los factores familiares. Entre éstos se encuentran:

- Relaciones personales de cada uno de los miembros de la familia;
- Interacción entre los diferentes integrantes de ella;
- Recursos intra y extrafamiliares;
- Patrones culturales de cada una de las familias de origen de la pareja; etc.

Además, es necesario señalar que en el proceso que comienza con la definición de una alteración como "Enfermedad", la validación preliminar del rol de Enfermo y la búsqueda de consejo a ayuda profesional, las decisiones se toman al interior de la familia. Frecuentemente, muchos episodios de enfermedades no llegan al dominio profesional y cuando lo hacen, las decisiones acerca de cuándo y a quién consultar, la adhesión al tratamiento y su cumplimiento, permanecen en el contexto familiar.

En relación a lo anterior, cabe señalar que muchas de las enfermedades que no llegan a conocimiento de los profesionales son aquellas que las personas conocen como "Creencias populares" y esto se debe

a patrones culturales de las familias de origen, los que han sido transmitidos por generaciones y que llevan a éstas a tener concepciones erróneas acerca del origen y tratamiento de las enfermedades. Algunas veces estas concepciones están ligadas a aspectos mágicos o religiosos, razón por la cual no acuden al médico, sino al curandero o meica. (7)

La forma en que una familia se ve afectada por la enfermedad de uno de sus miembros está condicionada por la calidad de las relaciones intrafamiliares existentes. Por ejemplo, distribución de roles, grado de apoyo emocional mutuo, calidad de la comunicación, etc.

El enfoque de la teoría de Sistemas ha sido de gran utilidad y productividad en el estudio de las familias. Su aplicación ha permitido comprender más claramente los procesos que ocurren en su interior, así como su vinculación con otras unidades del sistema social. Para abordar la problemática de la Salud Familiar se ha llegado al consenso de que la perspectiva sistémica de análisis, aplicado al estudio de las variables asociadas, sería el de más útil aplicabilidad, entendiendo la familia como un subsistema del sistema social mayor.

---

(7) Alumnas de Servicio Social; Trabajo de Investigación en Medicina Social, 1981.

(8) HORWITZ C. Nina; Documento CEAP No 2, 1982.

Como se sabe, todo sistema es un organismo que posee un número limitado de componentes en mutua interacción. Según Hall y Fagen (9), el énfasis está centrado, más que en los objetos, en las relaciones entre éstos y sus atributos. Estas interacciones están gobernadas por ciertas leyes:

- 1.- El todo es más que la suma de sus partes;
- 2.- Cualquier estímulo que afecte al todo, afecta también a cada unidad individual dentro del sistema;
- 3.- Cualquier cambio en una unidad, afecta a todas las otras unidades y al sistema total.

De acuerdo a ésto, resulta claro el impacto que una crisis individual produce en las relaciones entre los miembros y en el funcionamiento del sistema; de igual forma, la influencia decisiva que el complejo familiar ejerce sobre cada componente individual. Los objetos componentes del sistema familiar son los individuos, quienes establecen entre sí relaciones sociales o de rol, formando así, subsistemas. Tenemos de este modo el Subsistema Marital, formado por el padre y la madre (pareja), el Subsistema Generacional, entre padres e hijos, las Relaciones entre hermanos, la Subagrupación por: sexo, edad, etc. Estas relaciones son cambiantes y pueden adoptar la forma de Díadas, Tríadas o más.

---

(9) Revista de Trabajo Social N° 34; La teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia. 1981.

La familia, como cualquier sistema está continuamente en un proceso de ajuste ecológico con otros subsistemas sociales. Existe un ambiente del cual recibe y al cual entrega recursos, por lo tanto, el sistema familiar debe ser semipermeable para que permita este intercambio. El subsistema familiar actúa como elemento mediador entre el individuo y las otras unidades del macrosistema.

El enfoque sistémico antes mencionado, que se utiliza para estudiar la familia, pone énfasis en las relaciones interpersonales más que en los individuos mismos, por lo cual, la familia como grupo, adquiere una identidad diferente a la simple suma de sus componentes. La aplicación de este análisis al campo de la salud conduce a la consideración de la Salud Familiar como una síntesis diferente a la Salud Individual. Esta última alude a la incidencia y/o prevalencia de enfermedades de los componentes de una familia, mientras que, de acuerdo a la Teoría de Sistemas, la Salud Familiar describiría su funcionamiento como grupo social. En cada caso, los criterios de Salud son diferentes, ya que sólo los individuos sufren enfermedades. Por otra parte, al hablar de "Familias Sanas", habitualmente se está aludiendo a su efectividad o funcionalidad. La familia como unidad social efectiva permite a las personas vivir juntos, criar niños que sean sanos y tengan cualidades aceptadas como deseables por la comunidad pertinente. El cumplimiento efectivo de esta función está también influido por variables biológicas, sociales, económicas y culturales.

El aporte más importante de la visión sistémica es que permite comprender la interacción en tre los diferentes componentes de la Salud Familiar y su modificación a lo largo del tiempo. Estos componentes son:

- Salud física y psicológica de cada integrante y de la familia: Esta debe evaluarse no sólo en función del individuo, sino también en relación al resto de los miembros y dentro de un manejo familiar de los problemas.
- Dinámica Psicosocial: Se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales entre los integrantes de la familia. Las características de la estructura familiar son entre otros, factores determinantes de la dinámica de las relaciones interpersonales.
- Características socioeconómicas, culturales y demográficas: Estas características condicionan en gran medida el tipo de problemas que la familia debe ir resolviendo en las diferentes etapas de su ciclo vital. Al mismo tiempo, representan una fuente de recursos que la familia puede utilizar frente a una crisis.

Los conceptos de Crisis y de Ciclo Vital individual han sido sistematizados en nuestro siglo por el psicoanalista Erik Erikson y por los psiquiatras Erik Lindemann y Gerald Coplan. Según éstos, todo sistema, sea celular, individual o familiar, pasa por una secuencia de fases durante su existencia. Estas fases son previsibles y durante el período en que el sistema se encuentra en ella, mantiene cierta esta-

bilidad. La transición de una fase a la siguiente es también previsible e implica una alteración más o menos profunda en el equilibrio previo. La aceleración del cambio que experimenta un sistema al pasar de un estado al otro, puede significar que sus modos habituales de enfrentar el medio sean insuficientes. En este momento se dice que el sistema ha entrado en crisis. Las Crisis han sido definidas por Coplan como: "El estado que experimenta una persona al enfrentar un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales, el que aparece como insuperable con sus métodos habituales de resolución de problemas".

De este modo, atendiendo a los razonamientos ya planteados, la Salud Familiar puede definirse como el equilibrio o ajuste entre los elementos internos y externos del grupo familiar.

Por su parte, el modelo epidemiológico ha entendido la salud del individuo como el equilibrio ecológico entre éste y su medio, destacando la tríada conformada por el Huésped, el Ambiente y los Agentes, internos o externos. El método epidemiológico trata de identificar los innumerables factores asociados a un hecho o enfermedad. A tal fin, su primer paso consiste en describir el fenómeno ocurrido: el hecho, consulta médica o la enfermedad. Para sistematizar su descripción, la misma se efectúa considerando:

- a) La persona; es decir, el individuo o Huésped;
- b) El tiempo en que se produjo el hecho o enfermedad;
- c) El lugar de producción.

Cada uno de estos factores de análisis tendrá una diferente desagregación, según las necesidades del estudio:

- a) Características de las personas: sexo, edad, nivel educacional, raza o grupo étnico, estado civil, nivel socioeconómico, ingreso familiar, etc.
- b) Características del tiempo: minutos, horas, días, semanas, estaciones, etc.
- c) Características del lugar: ubicación, urbano, rural, etc.

Se trata de aislar los factores causales del hecho que se investiga, tratando de encontrar las causas de mayor importancia como productoras de ese hecho. El análisis se puede realizar observando el fenómeno, sin intervención en el mismo, o interviniendo en algunas de sus causas para observar nuevos efectos.

Este enfoque explica como frente a estímulos parecidos, no todos los grupos familiares reaccionan de la misma manera. El mismo esquema analítico es válido para evaluar el estado de Salud de la Familia en un momento dado de su Ciclo vital.

El ajuste familiar es una situación propia de cada familia, condicionada por sus características internas y recursos, lo cual determina que ante estímulos similares, vivirán reacciones variadas. Por lo tanto, ambos enfoques se complementan: el sistémico aporta la visión dinámica del grupo en el tiempo, y el epidemiológico, rescata la especificidad de cada familia concreta en un corte temporal.

El establecimiento y desarrollo del trabajo médico-social durante los últimos cincuenta años, ha surgido debido al reconocimiento, por parte de los médicos, del significado de los aspectos sociales de la salud y de la enfermedad. Por su parte, el trabajo médico en equipo, que es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación y mantención de la salud.

Existen muchas maneras de ayudar al enfermo. La Medicina es una de ellas, la Enfermería y el Servicio Social son otras. La ayuda que el paciente requiere depende de un gran número de factores: la naturaleza de la enfermedad en sí, la personalidad del paciente, el ambiente social del que forma parte y los recursos de que dispone.

Las necesidades del paciente son muchas y complejas y a menudo requieren de diversos tipos de ayuda al mismo tiempo. Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieren técnicas pertenecientes a distintas disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera, el asistente social, el psicólogo, la dietista y otros terapeutas. Cada uno de estos profesionales trabajando aislada o individualmente, con un mismo paciente, no podría de ninguna manera lograr su recuperación, aunque aplicase al máximo sus conocimientos. Es por ello que una de las características del tratamiento moderno es el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo, dentro del campo médico está creado en base a la mutua comprensión generada por dos o más personas que ofrecen servicios diferentes aunque relacionados, a los individuos enfermos. Esta comprensión se basa en el reconocimiento del área particular de competencia de cada profesional y el conocimiento, comprensión y apreciación del valor que puedan tener del servicio que dicho profesional ofrece, los otros miembros del equipo.

Basándose en estos principios el Programa de Medicina Familiar funciona con un equipo de profesionales dedicados específicamente al trabajo con familias, tanto para la prevención, mantención y recuperación de la salud, como para la atención integral de los pacientes que acudan en busca de tratamiento o solución a sus problemas de salud.

Dentro de este Programa, se utiliza el concepto de "Salud Familiar", la cual es entendida como:

"El grado de cumplimiento de las funciones sociales de la familia". (10)

Este concepto involucra una serie de funciones específicas tales como: la formación de individuos sanos física y psíquicamente. Otras funciones familiares importantes en Medicina Familiar son las que se miden a través de lo que se conoce como el APGAR. (11)

---

(10) FLORENZANO; Documento CEAP N° 12, 1983

(11) HORWITZ Nina; Documento CEAP N° 16, 1984.

El APGAR Familiar es un test de función familiar compuesto por el doctor Smilkstein. Está compuesto por 5 preguntas destinadas a medir 5 áreas específicas de la dinámica familiar, desde el punto de vista del paciente. Las preguntas son cerradas y reflejan el estado funcional de una familia.

La confiabilidad de este test fue establecida luego de comparar índices de puntajes en iguales familias por diferentes trabajadores sociales experimentados. El autor lo presenta como una alternativa frente al estudio de la familia, puesto que a través de su aplicación se obtiene un rápido vistazo a los componentes de la función familiar.

La sigla APGAR se eligió dada la familiaridad que existe entre éste y el APGAR del recién nacido; así, el médico fácilmente recordará las áreas a medir para determinar el estado funcional de la familia, siendo evaluadas por trabajadores sociales y psicólogos. Los 5 componentes que mide el APGAR familiar son: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Dedicación.

Estos componentes fueron elegidos por el autor, porque parecen representar las opiniones comunes de la literatura de Ciencias Sociales en relación a la familia. Esta decisión permite el desarrollo de una función familiar, modelo que puede compararse al sistema orgánico del cuerpo, en el cual cada componente tiene una función única, aún cuando está interrelacionada con el todo.

Los componentes del APGAR son definidos diciendo que:

-- ADAPTABILIDAD:

Es la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de problemas cuando la familia se encuentra en crisis.

-- PARTICIPACION:

Es compartir la toma de decisiones y la responsabilidad de colaboración entre todos los miembros de una familia.

-- CRECIMIENTO:

También se le llama "Actitud frente a los cambios". Es la maduración física, emocional y el enriquecimiento personal que obtienen los miembros de una familia a través de la comunicación y el apoyo.

-- AFEECTO:

Es la relación de amor y protección que existe entre los diferentes miembros de un grupo familiar.

-- DEDICACION:

Es la decisión de dedicar tiempo a los integrantes de la familia, para con ello contribuir al desarrollo físico y emocional. También involucra el compromiso de compartir bienes y espacio.

En relación al método utilizado para evaluar la Salud Familiar, entendida como "El grado de cumplimiento de las funciones familiares", se presenta el mismo problema que para evaluar la Salud Individual en sentido positivo. La alternativa ha sido una evaluación indirecta, la que fue definida como la "Capacidad

de la familia para adaptarse y superar las crisis de salud de sus integrantes, con sus propios recursos internos. Para el equipo interdisciplinario de salud, ésto presenta una utilidad directa en la identificación de grupos familiares que presentan una alta frecuencia de morbilidad, alta demanda de servicios y/o falta de cumplimiento de normas de tratamiento.

El problema se traduce, por lo tanto, en la necesidad de elaborar una medida global que refleje la Salud Familiar. Este último (serie de índices) debe ser definido en forma tal que permita su utilización por los diferentes miembros del equipo y, al mismo tiempo, facilite la comparación entre familias diferentes y/o de la misma familia en diversos momentos de su ciclo vital. Los indicadores deberán dar cuenta del área de salud física y psíquica del individuo, de la interacción o funcionamiento familiar y de las condiciones socioeconómicas y culturales.

De esta forma, los 5 componentes mencionados anteriormente, descritos por Smilkstein, recobran su importancia, ya que permiten medir la satisfacción de cada individuo con su familia. Los indicadores más utilizados para ello son: Comunicación, Solidaridad, Afecto, Distribución de tareas, Toma de decisiones y Conflictos.

En un estudio realizado en Santiago, Chile, con familias de niños inscritos en el Consultorio "La Reina", utilizando estos indicadores, 22% de las familias estudiadas fueron clasificadas como de buen funcionamiento, el 16% obtuvo un bajo nivel de puntaje y, por lo tanto, se clasificó como de mal funcionamienti

to, un 8% de las familias no respondieron y la mayoría (54%) se ubicó en los tramos medios, con funcionamiento mediano. (12).

El APGAR Familiar puede ser aplicado a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique el cuestionario, más completa será la visión que se obtenga del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una de ellas al APGAR FAMILIAR, puede ser de gran valor.

El APGAR constituye, en síntesis, un instrumento útil para determinar si la familia es un recurso de apoyo para el paciente o si más bien contribuye a su patología.

En resumen, la Medicina Familiar es una nueva alternativa frente a los problemas de salud, que tiende a entregar una atención más humanizadora e integral y cuyo sujeto de acción son las familias, como grupo, y no los individuos en forma aislada. Mediante este tipo de atención se pretende no sólo prolongar la vida sino también mejorar la calidad de ella, para lo cual considera no sólo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales.

FORMULACION DE HIPOTESIS

I.- HIPOTESIS CENTRAL:

"Las características internas de la familia, considerada como Unidad Bio-sico-social, estarían condicionando su comportamiento frente a la salud".

II.- HIPOTESIS DERIVADAS:

- 1.- "Las creencias y costumbres del grupo familiar estarían condicionando la actitud de sus miembros ante la aparición de problemas de salud".
- 2.- "El apoyo emocional de la familia generaría un clima favorable para la prevención de las enfermedades psicosomáticas".
- 3.- "Los efectos que la enfermedad de un miembro de la familia tenga sobre ésta, estarían condicionados por la calidad de las relaciones intrafamiliares existentes".
- 4.- "La falta de conocimientos en el aspecto Salud, generarían deficiencias en el autocuidado de la Salud de la Familia".
- 5.- "La calidad de la comunicación familiar influiría en la mantención de la Salud Familiar".

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1.- VARIABLE: Creencias y Costumbres: son las ideas preconcebidas, que han llegado a ser inconscientes, consiguiendo así, la permanencia en el tiempo.

DIMENSIONES

Ideas preconcebidas: son aquellas creencias populares y religiosas que influyen en la conducta de los individuos.

SUBDIMENSIONES

- Creencias Populares

INDICADORES

- mal de ojo
- empacho
- enfriamiento
- corrientes de aire

- Creencias religiosas

Normas sobre:

- . alimentación
- . consumo de alcohol
- . vida sexual
- . aceptación de procedim. quirúrgicos
- . aceptación de tratam. médicos

2.- VARIABLE: Actitud de los miembros de la familia: Son las reacciones de cada uno de los individuos y de la familia como unidad, ante la ocurrencia de una alteración o desviación del estado normal de las funciones orgánicas o intelectuales.

DIMENSIONES

Reacciones Individuales: formas de actuar del individuo ante los problemas propios y los de otros miembros de la familia.

SUBDIMENSIONES

-- Comportamiento ante los propios problemas.

-- Se automedicina

-- Pide consejo a otras personas no profesionales, (curandero, partera o meica).

-- Acude al consultorio

-- No hace nada

-- Comportamiento ante los problemas de otro miembro del grupo familiar

-- Lo lleva al consultorio

-- Lo lleva al curandero o meica

-- Lo aconseja solamente

-- No se interesa

Reacción de la familia como grupo ante los problemas de salud

-- Se interesan por superarlos

-- Son indiferentes

-- Se unen

-- Se disgregan

3.- VARIABLE: Apoyo emocional de la familia: Es la protección y ayuda que recibe un individuo para satisfacer necesidades al interior de la familia.

<u>DIMENSION</u>	<u>SUBDIMENSION</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUBINDICADORES</u>
Protección y ayuda que recibe un individuo al interior de la familia, expresado en un Ambiente familiar adecuado.	- Ambiente familiar adecuado: entendido como un clima cálido donde hay diálogo y buenas relaciones personales.	- Diálogo	- se conversa - se discute - se expresan abiertamente
		- Relaciones personales positivas	Es capaz de: •comprender •perdonar •escuchar •brindar ayuda
			Se preocupa por: • estado de salud •desempeño escolar •o laboral •vestuario •amistades •problemas de cada uno
			Demuestra afecto a través de: •conversaciones •gestos •regalos •paseos y juegos •compañía
			Ayuda en: • Toma de decisiones •selección de amigos •tareas

4.- VARIABLE: Prevención de enfermedades psicosomáticas: Es entendida como la acción de evitar la ocurrencia de algunos trastornos corporales asociados con estados de angustia.

<u>DIMENSION</u>	<u>SUBDIMENSION</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUBINDICADORES</u>
Evitar la aparición de trastornos corporales asociados con estados de angustia.	- Trastornos corporales	Aparato Digestivo	- úlceras, gastritis, colitis
		Ap. Cardiovascular	- hipertensión, trombosis coronaria
		Aparato Respiratorio	- asma, rinitis alérgica
		Ap. genito-urinario	- enuresis, trastornos menstruales
		Aparato locomotor	- lumbago, ciática
		Glándulas endocrinas	- diabetes, obesidad, hipertiroidismo
		Sangre	- algunos casos de anemia
		Piel	- algunos casos de urticaria
		Ojos	- ciertos casos de conjuntivitis
		Situaciones emocionales perturbadoras	- depresión
			- neurosis
			- Stress

5.- VARIABLE: Efectos de la enfermedad de un miembro de la familia sobre ésta: son las repercusiones económicas y/o sociales al interior de la familia, provocadas por la enfermedad física o mental de alguno de sus miembros.

<u>DIMENSIONES</u>	<u>SUBDIMENSIONES</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUBINDICADORES</u>
<u>Repercusiones económicas:</u> consecuencias en cuanto a disminución del ingreso y distribución del presupuesto familiar.	- Disminución del Ingreso	- reducción del salario - falta de salario	
	- Distribución del Presupuesto familiar.	- alimentación - vestuario - vivienda - gastos en medicamentos y hospitalizaciones	-calidad y cantidad -calidad y cantidad -pago de terrenos -pago de servicios
<u>Repercusiones sociales:</u> desequilibrio en las funciones socializadora y afectiva causado por la enfermedad	- Función socializadora	-traspaso de roles parentales -incumplimiento de roles parentales. -ausencia de autoridad	
	- Función afectiva	-preocupación excesiva por el enf. -disminución de la atención hacia otros miembros -conflictos conyugales -conflictos entre padres e hijos	

6.- VARIABLE: Calidad de las relaciones intrafamiliares: se entenderá por relaciones familiares, la compleja red de vínculos que se establecen entre los miembros de la familia, caracterizados por la comunicación, solidaridad, afecto y armonía.

<u>DIMENSION</u>	<u>SUBDIMENSION</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUBINDICADORES</u>
Red de vínculos familiares: lazos establecidos entre los diversos subsistemas que se dan al interior de la familia.	- Subsistemas: conyugal parental fraternal	- Comunicación	- se conversa - se discute - se expresan abiertamente
		- Solidaridad	-ayuda mutua en tareas -incorpora al otro en sus actividades -lo apoya en sus decisiones
		- Afecto	- expresa amistad y simpatía - hace regalos - manifiesta cariño
		- Armonía	- se respetan opiniones - acepta al otro tal como es - evita discusiones
	- Subsistema allegados	- Comunicación, solidaridad, afecto y armonía.	- sólo con jefes de hogar - con toda la familia - con algunos miembros solamente no se relacionan

7.- VARIABLE: Falta de conocimientos en el aspecto salud: se definirá como la carencia de información que presenta la familia, acerca de la forma de prevenir riesgos y proteger la salud.

DIMENSION

Carencia de información: des-  
conocimiento en cuanto a los  
hábitos de higiene, alimenti-  
cios y de salud, riesgos de  
accidentes en el hogar y am-  
biente familiar adecuado.

SUBDIMENSIONES

-- higiene del hogar  
  
-- higiene personal  
  
-- Manipulación y preparación  
de alimentos  
  
-- hábitos alimenticios  
  
-- riesgos de accidentes en  
el hogar

INDICADORES

-- animales domésticos dentro de la casa  
-- basurales cerca de la vivienda  
-- escurrimiento de aguas servidas  
-- vectores en el hogar  
  
-- Lavarse los dientes y manos  
-- Bañarse  
-- Mantener uñas cortas y limpias  
  
-- lavado de frutas y verduras  
-- lavado de utensilios de cocina  
-- lavado de vajilla  
  
-- N° de comidas diarias  
-- horario fijo de comidas  
-- cantidad y calidad de las comidas  
  
-- cuidado con: enchufes, braseros, elementos  
tóxicos y cortantes  
-- remedios fuera del alcance de los niños  
-- automedicinarse

<u>DIMENSION</u>	<u>SUBDIMENSION</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>SUBINDICADORES</u>
	- Ambiente familiar adecuado		
	- hábitos en salud		
		- existencia de diálogo	
		- relaciones personales positivas	
		- asistencia al Consultorio	
		- importancia de controles:	
		• embarazadas	
		• preescolares	
		• mujeres mayores de 25 años	
		• crónicos	

8.- VARIABLE: Deficiencias en el autocuidado de la salud: será entendida como la incapacidad de la familia para mantener un estado normal de salud y entregar las primeras atenciones cuando ésta sufra alteraciones.

DIMENSIONES

Incapacidad de la familia para mantener un estado normal de salud: falta de habilidad para cumplir las normas básicas de prevención en salud y crear un clima favorable en el hogar.

SUBDIMENSIONES

- Normas básicas de prevención en salud.
- Clima favorable en el hogar

INDICADORES

- mantiene hábitos de aseo
- mantiene hábitos de alimentación
- evita los accidentes en el hogar
- armonía
- afecto
- comunicación
- solidaridad
- comprensión
- reconocimiento de síntomas
- aplicación de primeros auxilios



9.- VARIABLE: Calidad de la comunicación familiar: se entenderá por comunicación familiar el intercambio de ideas, sentimientos y creencias, tanto a través del lenguaje oral como por medio de la representación visual.

DIMENSIONES

Intercambio de ideas, sentimientos y creencias.

INDICADORES

- conversan
- realizan actividades juntos
- Demuestran afecto a través de:
  - gestos y caricias
  - palabras
  - regalos.

10.- VARIABLE: Mantenimiento de la salud familiar: referido a evitar la aparición de desequilibrios en las relaciones familiares y personales.

DIMENSIONES

Desequilibrio en las relaciones personales y familiares.

SUBDIMENSIONES

- Subsistema Conyugal
- Subsistema parental
- Subsistema fraternal

INDICADORES

- Conflictos conyugales
- Conflictos entre padres e hijos
- Conflictos entre hermanos

SURINDICADORES

- discusiones
- golpes
- amenazas
- abandono de uno de los cónyuges
- golpes
- regaños
- autoritarismo
- amenazas
- discusiones
- golpes
- envidia
- rencor

C A P I T U L O I I I

DIAGNOSTICO SOCIAL, SEGUNDA PARTE

## METODOLOGIA DE INVESTIGACION

### 1.- Tipo de Estudio:

El tema de la Medicina Familiar es de reciente interés, tanto para la profesión médica como para Servicio Social y es sólo a partir de 1980 que esta última disciplina se incorpora al equipo multiprofesional que lleva cabo el Plan Piloto de Medicina Familiar para Valparaíso. Por lo anteriormente señalado, la información existente es parcializada y las experiencias realizadas no han sido debidamente registradas, todo lo cual se ha convertido en un obstáculo para la obtención de los datos pertinentes.

La falta de conocimientos sobre Medicina Familiar y el hecho de representar ésta un nuevo campo de acción profesional para Servicio Social, hacen necesaria la realización de un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, el cual tuvo como base, por una parte, la documentación referente al tema, los conocimientos acumulados por los profesionales que desarrollan el programa y que no han sido transcritos hasta el momento y, por otro lado, la información obtenida directamente a través del trabajo práctico.

### 2.- Instrumentos de recolección de Datos:

2.1.- Análisis bibliográfico: Este tuvo por finalidad el logro de una visión global del concepto y funcionamiento de la Medicina Familiar. Para ello, se procedió a la revisión y fichaje de textos, documentos, fichas familiares del Consultorio y Revistas especializadas, (O.M.S. y O.P.S.).

2.2.- Observación semiestructurada: permitió conocer la metodología que se utiliza en el trabajo con las familias incorporadas al programa y, además, el entorno físico de la población objeto de estudio.

2.3.- Entrevista con personas calificadas: se utilizó la Entrevista semiestructurada, la que permitió obtener información concerniente al Programa de Medicina Familiar, de los profesionales que laboran en él y, al mismo tiempo, aproximarse al conocimiento de las familias que componen el colectivo.

2.4.- Encuesta: en el desarrollo de la Investigación se aplicaron dos tipos de encuestas:

2.4.1.- Encuesta Preliminar: ésta fue aplicada a los 51 hogares existentes en la población objeto de estudio. A través de ella se logró conocer a las familias que componen la población y determinar el colectivo, de acuerdo a la definición de "Familia" utilizada en Medicina Familiar.

2.4.2.- Segunda Encuesta: Previa a la aplicación de la encuesta definitiva se efectuó un pretest a 6 familias que equivalen a alrededor del 15% de los casos, con el fin de corregir la encuesta final, la cual se aplicó a las 42 familias que integran el colectivo. Esta permitió detectar los posibles problemas de salud y el funcionamiento familiar en base a: Relaciones intrafamiliares, Hábitos y Costumbres, Medio ambiente físico. Además, se pesquisó la posible relación entre Salud y Funcionamiento familiar.

De los datos obtenidos a través de esta encuesta es posible, además, extraer el perfil familiar, que se constituye en un aporte del Grupo Seminario al equipo de Medicina Familiar, ya que pasa a formar parte de la Carpeta Familiar.

Otro aporte entregado por la encuesta es la identificación de las familias de más alto riesgo, lo que permite darles prioridad en el ingreso al Programa.

La encuesta fue aplicada entre el 23 y el 31 de Enero de 1985, luego de lo cual, los estados mórbidos detectados fueron verificados mediante la ficha familiar existente en el Consultorio.

### 3.- Obstáculos para la Medición:

Uno de los principales obstáculos encontrados para el desarrollo efectivo del programa y por lo tanto, para la medición consistió en el incumplimiento de los plazos prefijados en cuanto al paso de las familias por el Programa de Medicina Familiar, lo que se debió a diversas circunstancias, ajenas en su mayoría, a la voluntad tanto del equipo de profesionales como de seminaristas. Entre estas razones se deben señalar preferentemente, la disolución parcial y momentánea del equipo interdisciplinario, la reducción del número de internos de medicina y otros.

Todo esto significó un retraso en el Programa y, por lo tanto, de las 42 familias que originalmente debieron ser chequeadas y que son las que componen el colectivo, sólo 17 pasaron a Medicina Familiar entre Noviembre de 1984 y Junio de 1985, dificultando así, la medición objetiva.

#### 4.- Universo:

El presente estudio se realizó en el Consultorio Familiar San José, de Rodelillo Alto, y el Universo estuvo constituido por 42 de las 51 familias que componen la población El Sauzal, del mismo sector, puesto que según el concepto de Familia utilizado en Medicina Familiar, habría 9 casos en que los requisitos mínimos para ser consideradas como "Familia" no se cumplen.

Esta población fue asignada al Grupo Seminario por la Asistente Social adscrita al Programa de Medicina Familiar, debido a que la modalidad de atención de éste se basa en realizar, hasta completarlo, el estudio de todas las familias de una población específica.

Entre las razones mencionadas para utilizar esta modalidad se encuentran: el mejor aprovechamiento del tiempo y los recursos, mayor facilidad para evaluar y, por lo tanto, para efectuar seguimiento de las familias.

#### 5.- Labor realizada con las familias:

En forma paralela a la Investigación, alumnas llevaron a cabo una labor de tratamiento con las familias del colectivo incorporadas al Programa de Medicina Familiar. Se hace necesario aclarar que no era éste el objetivo primordial planteado por alumnas al inicio del trabajo, ya que originalmente se pretendía ingresar al Programa a todas las familias que componen el colectivo, las cuales deberían ser evaluadas por el equipo de profesionales, en base a cuyos resultados

se diseñaría, en conjunto, el plan terapéutico para cada una de ellas. De acuerdo a dicho plan, alumnas efectuarían una labor a nivel grupal, organizando ca da grupo de acuerdo a las diferentes problemáticas detectadas.

Todo lo señalado anteriormente no pudo llevarse a la práctica en la forma predeterminada debido a una serie de dificultades presentadas en el transcurso de la investigación y totalmente ajenas a la voluntad de alumnas, como se indicó anteriormente.

En primer lugar se debe señalar la disolución parcial del equipo, a raíz de la implementación de un Programa de Medicina Familiar en la ciudad de Viña del Mar, al cual se adhirió parte del equipo multidisciplinario que trabajaba en Rodelillo Alto.

En segundo término, debe mencionarse que en el Consultorio se debió suspender las actividades de Medicina Familiar en varias ocasiones y por diferentes causas: Reducción de internos de Medicina, fiestas de fin de año, vacaciones del personal, enfermedad del médico jefe del Programa, efectos del sismo de Marzo del presente año y realización de cursos de perfeccionamiento a los que asisten los profesionales del equipo multidisciplinario de Medicina Familiar.

#### 6.- Análisis e interpretación de Datos:

Los datos obtenidos mediante la investi gación se presentan agrupados en dos secciones:

-- La primera, se relaciona con la exposición de los antecedentes generales del medio ambiente físico en

que están insertas las familias; incluye una caracterización de la Comunidad (Población El Sauzal), características generales del Colectivo (42 familias) y antecedentes generales de salud del colectivo. Todos estos datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta preliminar, la observación en terreno, entrevistas a personal del Consultorio ( Asistente Social, Médicos) y el análisis de las fichas familiares del Consultorio.

La segunda sección se refiere a una descripción más detallada de las familias, sus relaciones interpersonales, sus creencias y costumbres y otras variables asociadas a la Salud Familiar, todo lo cual fue extraído directamente de la aplicación de una segunda encuesta, al colectivo.

IDENTIFICACION DE LA UNIDAD DE ESTUDIO

I.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA COMUNIDAD:

1.- UBICACION GEOGRAFICA:

La población "El Sauzal" se encuentra ubicada en el paradero 19 de Rodelillo Alto, inmediatamente detrás de la Escuela D-314, hacia la quebrada, presentando por ello una topografía y dimensiones irregulares.

2.- EQUIPAMIENTO COMUNITARIO:

2.1.- Vías de acceso: Para ingresar a la población existen 3 vías de acceso desde la Avenida Rodelillo. La entrada principal se encuentra por un costado de la Escuela D-314; la segunda entrada está por la calle séptimo de línea, de la población Eleuterio Ramírez; y la tercera, por el pasaje Constitución, de la población Santa Rosa. Debe destacarse el hecho de que todas las vías de acceso a la población son sólo peatonales, no existiendo trazado regular de calles en su interior debido a la configuración geográfica del terreno, lo que, a su vez, imposibilita la circulación de vehículos.

2.2.- Movilización: Desde el plan de Valparaíso se llega al paradero 19 de la Avda. Rodelillo, correspondiente a la población "El Sauzal", utilizando los buses N° 12, Rodelillo - Aduana y Verde Mar, línea P, además de los colectivos Barón - Rodelillo.

2.3.- Servicios Básicos:

-- Luz: La mayor parte de la población carece de alumbrado público y sólo en la parte baja comenzaron

los trabajos de postación. En cuanto al alumbrado domiciliario, éste se obtenía a través de un medidor común, con sistema de extensión a las viviendas, el cual está actualmente suspendido por mora en el pago de los servicios.

-- Agua potable: La población dispone de agua potable a través de un medidor común que provee a la mayoría de las viviendas, el resto la obtiene de sus vecinos, mediante sistemas de mangueras, o bien de norias al interior de sus viviendas.

-- Eliminación de excretas: Debido a su configuración geográfica y al poco tiempo que lleva reconocida como población, ésta carece de alcantarillado y, en su mayoría, las viviendas utilizan pozo negro.

2.4.- Abastecimiento: Al interior de la población no existe comercio establecido, sin embargo, se observa que en algunas de las viviendas se ha iniciado un tipo de comercio menor (venta de hortalizas, huevos, etc.).

### 3.- SERVICIOS DE LA COMUNIDAD:

3.1.- Institucionales: Entre los recursos institucionales a los cuales la población tiene acceso se encuentran:

- Escuela D-314: Joaquín Edwards Bello;
- Centro de Atención Diurna (CAD): Juan Pablo II;
- Retén de Carabineros de Rodelillo;
- Brigada de Bomberos.

Además, al interior mismo de la población se ubica un comedor abierto patrocinado por el

Seminario San Rafael y un grupo de damas.

3.2.- Asistenciales: El Consultorio Familiar "San José" se constituye en el único recurso asistencial, más cercano, con que cuenta la población "El Sauzal", ya que el acceso al Consultorio Barón se ve dificultado por la distancia y escasez de recursos económicos de la población que les impide movilizarse.

#### 4.- EVOLUCION HISTORICA DE LA POBLACION:

La población objeto de estudio se formó el año 1970 y surgió como una necesidad de dar respuesta a los problemas de sus fundadores, los que en un comienzo estaban constituidos por un reducido número de familias que poco a poco fueron aumentando y poblando la quebrada hasta llegar a conformar, en la actualidad, un grupo de 51 núcleos familiares que suman un total de 253 personas (Set. 1984).

El sitio en el que actualmente se asienta la población, estaba destinado anteriormente para ser usado como botadero de escombros y, por lo tanto, carecía de saneamiento adecuado y condiciones mínimas para la vida familiar y comunitaria. La falta de terrenos en condiciones habitables dentro de esta área, ya que Rodelillo está urbanística y poblacionalmente saturado, transformó poco a poco esta quebrada hasta convertirla en la actual población El Sauzal, cuya comunidad se organizó para solicitar a las autoridades respectivas, no sólo su reconocimiento como tal, sino también la concesión de algunas comodidades mínimas tales como: electricidad y agua potable.

Las gestiones realizadas por este grupo de pobladores obtuvieron resultados positivos, en la medida que lograron la instalación de medidores comunes, tanto de luz eléctrica como de agua potable, con redes domiciliarias. Posteriormente, se iniciaron los trabajos de postación de alumbrado público en la parte baja de la población y paulatinamente, la conexión de medidores particulares en las viviendas.

Sin embargo, pese a los esfuerzos desplegados, no ha sido posible lograr la urbanización de la población, debido principalmente a las dificultades que presenta, para tales efectos, la topografía del terreno.

## II.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL COLECTIVO:

### 1.- DEMOGRAFIA:

a) Colectivo: De las 51 viviendas existentes en la población, y de acuerdo a la definición de Familia utilizada por el equipo interdisciplinario de Medicina Familiar, se consideraron como colectivo sólo a 42 de ellas, ya que las 9 restantes no reúnen los requisitos para constituirse en familias, por tratarse de personas solas. Es así como el colectivo utilizado está compuesto por un total de 227 personas. De éstas, el 47,6%, (108) son de sexo masculino y el 52,4% (119) son de sexo femenino.

b) Personas por familia: En relación al promedio de personas por familia, éste es de 5,4, ubicándose la moda en el intervalo que va entre 4 y 5 personas. Asimismo, el promedio de hijos por familia es de 2.9; es decir, cada familia estaría conformada por los padres y 3 hijos.

c.- Distribución por edad: Del total de población (227), el 51.1% (116) son menores de 19 años, lo cual nos está indicando que se trata de una población relativamente joven y más aún si consideramos que los jóvenes entre 19 y 21 años alcanzan al 4.8% (11), lo que sumado a lo anterior nos da un 56% de población en edad de estudiar, es decir, no incorporada a la masa laboral. Es necesario señalar, eso sí, que de este total hay algunos jóvenes que han abandonado sus estudios y trabajan.

La distribución, por edades, de la población, de acuerdo al estudio realizado por alumnas (Septiembre 1984), es la siguiente: (expresado en años)

- Lactantes: 0 a 1.11 .....	8 .....	3,5%
- Preescolares: 2 a 5.11 .....	35 .....	15,4%
- Escolares: 6 a 12.11 .....	44 .....	19,4%
- Adolescentes: 13 a 18.11 .....	29 .....	12,8%
- Adultos: 19 a 59.11 .....	106 .....	46,7%
- Ancianos: 60 años y más .....	5 .....	2,2%
	<hr/>	
	227	100%

Cabe destacar que los lactantes y los ancianos son considerablemente pocos en proporción si se comparan con el total del colectivo, ya que sólo representan un 5.7% del total de la población. Sin embargo, respecto a los lactantes, se visualiza un aumento de alrededor del 100% de los actuales, por el número de embarazadas que se ha detectado.

d.- Distribución por actividad productiva: De la población adulta, (19 a 59 años), el 57% está incorporada a la actividad productiva (60 personas), lo que a

su vez, representa el 26,4% del total de la población. Por otra parte, las mujeres efectivamente incorporadas a la actividad laboral alcanzan al 21,7% de ésta (13 mujeres) y al 10,9% de la población femenina (119). Además, el 47,1% de esta población femenina (56) lo conforman las mujeres en edad fértil, es decir, entre 15 y 45 años.

e.- Oficios: En cuanto a los oficios desempeñados por la masa laboral, el 21,7% de ella (13) no tienen especialidad alguna y están adscritos al P.E.M. o al P.O.J.H., el 20% (12) son obreros de construcción, otro 20% trabaja como comerciante ambulante y, finalmente, un 6,7% (4), son comerciantes establecidos (en pequeña escala). El resto de los trabajadores se desempeña en diversos oficios tales como: agricultores, choferes, cargadores, asesoras del hogar, etc..

f.- Distribución según Instrucción: En este punto es necesario señalar que aún cuando el analfabetismo es relativamente bajo (3,1%), el grado de instrucción de la población en general es también bastante bajo, por cuanto el 29,1% de los adultos cursó solamente la enseñanza básica, sin llegar a completarla, mientras que sólo el 8,3% (19) de ellos la terminó. Asimismo, de los jóvenes en edad escolar (6 a 18 años), el 91,8% (67) aún estudia y de éstos, la mayoría se encuentra cursando la enseñanza básica, ya sea diurna o nocturna (60); 7 jóvenes están en enseñanza media y no hay ninguno en educación superior.

Según las cifras anteriormente señaladas, es posible detectar que la deserción escolar es, aparentemente baja, ya que sólo representa el 2,6% de

la población total.

g.- Distribución según creencias religiosas: En lo que dice relación con este punto, el 50% de las familias que componen la población (21) manifestó ser católicos y el 38,1% son evangélicos. El resto de las familias se divide entre Mormones (4,8%) y No creyentes (7,1%).

## 2.- CARACTERIZACION DE LAS FAMILIAS:

a) Constitución familiar: En su gran mayoría el colectivo está formado por familias legalmente constituidas, 27 en total, siendo sólo 9 las uniones consensuales y 6 las familias constituidas por madres solteras y/o separadas y sus hijos.

b) Situación socioeconómica: De acuerdo a la situación socioeconómica de las familias que componen el colectivo se puede señalar que el índice de cesantía es bastante bajo (índice real: 7.1%), ya que sólo 3 jefes de hogar se encuentran efectivamente cesantes, mientras que la mayoría de ellos se desempeñan en el P.E.M. o en el P.O.J.H. (14) y otros (13) realizan trabajos ocasionales. Por su parte, los jefes de familia que tienen un trabajo estable son solamente 8, de un total de 42.

No podemos dejar de señalar aquí el grave efecto que la recesión mundial ha tenido en el nivel de vida de esta población, puesto que al verse seriamente afectado el rubro de la construcción, la gran masa de trabajadores que se desempeñaba en esta rama de la economía, han visto reducidas sus expectativas ocupacionales, incrementándose con ello, aún más, el porcentaje de cesantía y la proliferación de los subempleos, tales como el de vendedor ambulante.

Lo expuesto anteriormente podría explicar el hecho de que el ingreso mensual de las familias sea considerablemente bajo, ya que la mayoría se concentra en el tramo que va entre los \$3.001 y los \$5.000 con 17 casos. Asimismo, el ingreso per cápita de estas familias alcanza sólo a \$1.240 y la mayor concentración se encuentra en el rango que va entre \$1.001 y \$1.500.

Además, es necesario señalar que la mayoría de los trabajadores, y por lo tanto sus familias, carece de previsión social, debido principalmente al tipo de trabajo que desempeñan. Sin embargo, gracias a la Ficha CAS todas las familias obtienen atención médica y pueden acceder a los Servicios de Salud.

### 3.- HABITAT O CONDICIONES DE VIDA DE LAS FAMILIAS:

De las 42 familias que conforman la población El Sauzal, más de la mitad, (29), corresponden a mediaguas y sólo 13 de ellas son casas, aunque las condiciones de saneamiento y habitabilidad de ellas no es óptima. En relación al número de piezas, un gran porcentaje de las viviendas cuenta solamente con dos habitaciones y sólo 24 de ellas tienen cuarto de cocina separado de las habitaciones, el resto, (18) utilizan un pequeño espacio dentro de la misma vivienda.

#### 3.1.- Situación habitacional:

A) Calidad de ocupante: La mayoría de los pobladores son propietarios de las viviendas que ocupan, siendo sólo unos pocos (alrededor del 15%) los que tienen una situación ambigua, ya sea por ocupar una vivienda de algún pariente, que ésta les haya sido cedida por terceros o simplemente que estén allegados.

B) Legalidad de los terrenos: En su totalidad, los terrenos que ahora ocupa la población El Sauzal, pertenecen al Servicio de Vivienda y Urbanismo, (SERVIU), V región; sin embargo, se encuentran en proceso de legalización a través de convenios de compra por parte de sus ocupantes.

Al respecto, se debe señalar que solamente tres familias tienen su situación al día y el resto, están atrasados en los pagos de sus cuotas y, por ende, presentan problemas de inestabilidad habitacional.

### 3.2.- Hacinamiento:

El promedio general de hacinamiento en la población es de 1,8, es decir, casi dos personas por cama, lo cual es relativamente bajo. Sin embargo, es preciso destacar que este promedio es superado en 17 casos y en algunos de ellos, por un margen bastante amplio.

### 3.3.- Servicios Básicos:

Respecto a los servicios básicos con que cuentan las viviendas, es posible señalar que gran número de ellas (29), carece de energía eléctrica y sólo 8 familias tienen medidor propio. Al mismo tiempo, en relación al agua potable, 28 familias la obtienen a través de un medidor común, una familia posee medidor propio y tres de ellas obtienen el agua de norias existentes en sus propios terrenos. El resto, 10 familias, la consigue de sus vecinos mediante el uso de mangueras.

La eliminación de excretas se efectúa, en su gran mayoría, mediante pozo negro (38 casos),

existiendo sólo un pozo séptico en la población y además, tres casos en que se utiliza el sistema llamado "de campo abierto", que consiste en lanzar los desechos orgánicos a la quebrada.

III.- ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD DEL COLECTIVO:

1.- Estado de morbilidad de la población: A partir de los datos extraídos de las 42 fichas familiares del colectivo y considerando el período comprendido entre Enero de 1982 y Enero de 1985, se pueden mencionar en orden decreciente las siguientes patologías:

- 1.- Estados gripales: resfríos, gripes, etc., con una prevalencia del 17.5%.
- 2.- Enfermedades infecto-contagiosas: impétigo, sarna, pediculosis, con un total del 11.5%.
- 3.- Problemas estomacales: índice de aparición, del 10%.
- 4.- Neurosis: presente en un 9%.
- 5.- Lumbago: con un total del 8%.
- 6.- Problemas psicológicos: presente en un índice del 7%.

Por ser ésta una población joven, existen pocos enfermos crónicos, excepto 6 casos de alcoholismo detectados por el Consultorio. Sin embargo, es causa de preocupación la presencia, en gran cantidad, de parásitos intestinales y diarreas, provocadas en su mayoría por la carencia de saneamiento ambiental de la población, los malos hábitos higiénicos y alimenticios, el desconocimiento y mal aprovechamiento de sus esca-

Los recursos económicos en materia de nutrición e higiene, la carencia, en la mayoría de las viviendas, de red interior de agua potable, contando solamente con una llave de agua exterior para todas sus necesidades.

Por otra parte, el estado de salud de la población está determinado, en gran medida, por la falta de urbanización, lo que le confiere la característica de "Población de alto riesgo epidemiológico".

## 2.- Saneamiento Ambiental:

La configuración topográfica del terreno facilita la formación de basurales y al mismo tiempo, dificulta el acceso de los camiones recolectores al interior de la población, por lo cual solamente en 7 casos se utiliza este sistema de eliminación de basuras, mientras que 22 de las familias queman sus desperdicios, once los botan a la quebrada y en tres casos las tiran al estero. Debido a esto, se ha detectado la presencia de una gran cantidad de animales vagabundos (perros y gatos), de vectores y roedores que, atraídos por los basurales y aguas servidas existentes, merodean por la población, sumándose a la gran cantidad de animales domésticos existentes en las viviendas y aumentando así la posibilidad de contagio.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Como ya se dijo anteriormente, la segunda parte de los datos está relacionada con una detallada descripción de las familias que componen el colectivo y principalmente de las variables relacionadas con la Salud Familiar, tales como creencias y costumbres, relaciones interpersonales, etc..

Las tablas que se presentan a continuación, son el resultado del análisis de la información extraída mediante la aplicación de una encuesta a las 42 familias que conforman el colectivo y que pertenecen a la población El Sauzal, de Rodelillo Alto.

CUADRO N° 1

¿Cómo considera Ud. el estado de salud de su grupo familiar?.

Sano	17
Regular	21
Enfermo	4
TOTAL	42

Verificada la información verbal entregada por los pobladores con las correspondientes fichas familiares, se puede inferir que las familias, en general, tienen un conocimiento básico sobre la diferencia entre los estados de Salud y Enfermedad.

Este conocimiento facilitaría el desarrollo de un programa de acción social orientado a la entrega de ciertos contenidos que permitan a las familias mejorar sus conocimientos en el aspecto Salud.

CUADRO N° 2

¿Qué hace Ud. cuando tiene problemas personales o de relaciones con el resto de la familia?

Trata de solucionarlo solo	34
Conversa con el afectado	2
Recurre a otros familiares	4
No ha tenido problemas	2
TOTAL	42

Los datos consignados en la presente tabla estarían indicando un cierto grado de "individualismo" en los miembros de la familia, ya que en su mayoría, (81%), no recurren a ella en busca de una solución, al presentarse problemas, sino que tratan de valerse por sí solos.

Al relacionar esta tabla con el cuadro N° 15, en el cual un 50% de las personas resuelven solos sus problemas, podemos colegir que hay una gran mayoría de la población que no visualiza a la familia como fuente de apoyo al presentarse problemas de relaciones al interior de ella. Por lo tanto, cualquier labor profesional debería orientarse a entregar un conocimiento de los que son los recursos humanos y contribuir, así, al mejor aprovechamiento de ellos.

CUADRO N° 3

Su familia de origen, ¿Frecuentaba el Consultorio?.

Sólo en caso de enfermedad	20
Ante cualquier síntoma de enfermedad	7
Sólo a controles	3
En caso de enfermedad y controles	3
No se acuerda	9
TOTAL	42

De los datos expuestos en la presente tabla se puede observar que del total de casos, 48% de las familias de origen acudían al Consultorio sólo en caso de enfermedad, mientras que el 17% lo hacía ante la presencia de cualquier síntoma.

Esto demostraría que dichas familias acostumbraban asistir al Consultorio, pero sólo lo hacían en casos de verdadera urgencia.

CUADRO N° 4

¿Con qué frecuencia acude Ud. al Consultorio?

Sólo cuando está enfermo	33
Cuando está enfermo y/o requiere consejo	9
TOTAL	42

El cuadro N° 4 demuestra que el 79% de las familias acuden al Consultorio sólo cuando están enfermos y las restantes lo hacen, además, en busca de consejo.

De acuerdo a ésto, se podría decir que la población en general, utiliza los servicios del Consultorio solamente en relación a sus problemas médicos y no lo visualiza como un recurso o fuente de apoyo ante otro tipo de problemas.

CUADRO N° 5

Creencias Polpulares del Grupo Familiar (+)

Cree en todas	14
Cree en algunas	23
No cree	5
TOTAL	42

(+) Creencias populares: Mal de ojo, empacho, aire, enfriamiento.

En el cuadro N° 5 se aprecia que un 88% de las familias tiene algún tipo de creencias populares y sólo el 12% no cree en ninguna de ellas. Este resultado reflejaría las características socioculturales de la población y su condición de marginalidad.

Además, se observó la presencia de un considerable número de personas que ejercen estas prácticas (quebrar el empacho, santiguar para el mal de ojo etc.).

CUADRO N° 6

Creencias populares y normas que ésta impone en el aspecto Salud.

Conoce normas de salud impuestas por religión	16
No conoce normas...	23
TOTAL (+)	39

(+) 23 familias manifiestan no profesar ninguna religión.

El presente cuadro indica que un 59% de las familias que manifiestan profesar alguna religión no conoce las normas que ésta impone. Por otro lado, de aquellas familias que dijeron conocerlas (41%) la mayoría no las cumple, de acuerdo a lo observado por alumnas. Por lo tanto, según esto, sería imposible determinar si las normas influyen en la Salud Familiar, al menos en este caso.

CUADRO N° 7

Comportamiento de la familia frente a las creencias populares.

Trata de curarse solo	12
Acude a la meica o curandero	20
Acude al Consultorio	5
No corresponde	5
TOTAL	42

Este cuadro permite señalar que de las 37 familias que aceptan los mitos o creencias populares respecto a la salud, el 48% acude a la meica o curandero, mientras que el 12% de ellas, pese a creer en los mitos o "males", cuando un miembro de su familia se enferma (sufre alguno de éstos), acude al Consultorio.

Esto es significativo para la labor del equipo de Seminario, la cual se orientará a lograr que las familias mejoren sus hábitos y costumbres en el aspecto Salud.

CUADRO N° 8

¿Qué hace Ud. cuando algún miembro de la familia se enferma? (+)

Se automedicina	6
Acude al Consult. u otro establec. de salud	29
Lo lleva al curandero, partera o meica	7
TOTAL	42

(+) Se excluye de estas enfermedades a aquellas que se identifican con las creencias populares

De la presentación de esta tabla se puede observar que el 69% de las familias acuden a un establecimiento de salud en caso de enfermedad de alguno de sus miembros y sólo el 14% de ellas se automedicina.

De esto se desprende que la utilización de los Servicios de Salud, por parte de la población, es mayoritaria, lo que sería muy importante en la medida que se implementen programas de educación en Salud, utilizando como recurso el Consultorio San José.

CUADRO N° 9

¿Con qué frecuencia se lava los dientes?

Después de cada comida	9
Sólo al levantarse o acostarse	27
Sólo se enjuaga	5
No corresponde (+)	1
TOTAL	42

(+) Desdentado

En el cuadro N° 8 se observa que el 64% de las familias acostumbran a lavarse los dientes sólo una vez al día, mientras que el 21% lo hace después de cada comida.

De estos datos se puede derivar que los hábitos de higiene oral son inadecuados y, en consecuencia, se hace necesario efectuar una labor de orientación al respecto.

CUADRO N° 10

Higiene en la manipulación de los alimentos

Lavado de manos		Lavado frutas y verdura	
Siempre	42	Siempre	42
A veces	0	A veces	0
Nunca	0	Nunca	0
TOTAL	42	TOTAL	42

En relación al cuadro N° 10, el 100% de la población declara tener hábitos de higiene, tanto en relación al lavado de manos como al de frutas y verduras. Esto nos demuestra que la totalidad de la población tiene el conocimiento acerca de las normas de higiene básicas. Sin embargo, mediante observación realizada en terreno, se pudo comprobar que las personas no actúan de acuerdo a lo que manifiestan.

CUADRO N° 11

¿Cómo considera que es la alimentación de su grupo familiar?

	Cali- dad	Cali- dad
Buena	7	6
Regular	22	28
Insuficiente	13	8
TOTAL	42	42

De los datos consignados en el cuadro N° 11 es posible extraer que la alimentación del grupo familiar, tanto en calidad (53%) como en cantidad (67%) es considerada por éstos como Regular. Ello podría ser producto tanto del bajo ingreso familiar como del mal aprovechamiento de los recursos y de la mala distribución del presupuesto familiar.

CUADRO N° 12

¿Cree Ud. que la existencia de animales domésticos dentro de la casa influya en el estado de salud de la familia?.

SI	40
NO	2
TOTAL	42

El 95% de las familias reconoce el peligro que representa para su salud la existencia de animales dentro de la casa. Sin embargo, en la práctica no actúan de acuerdo al conocimiento que tienen, ya que se observa una gran cantidad de animales domésticos deambulando por la población y en el interior de las casas.

CUADRO N° 13

¿Cree U. que la existencia de basurales y aguas servidas, dentro de la población, perjudican la salud de sus habitantes?.

SI	42
NO	0
TOTAL	42

Al igual que en el cuadro N° 10 en esta tabla se observa que el 100% de la población sabe el peligro que representa la existencia de aguas servidas y basurales al interior de la población. Sin embargo, se comprobó que no hay compatibilidad entre lo que dicen y lo que hacen.

CUADRO N° 14

¿ Cómo elimina Ud. la basura?.

Camión	8
Quebrada y estero	14
Quema o entierra	20
TOTAL	42

Del cuadro N° 14 se desprende que sólo el 19% de las familias del colectivo eliminan la basura a través del sistema adecuado de extracción de basuras (camión), mientras que el 33% lo hacen, conociendo el riesgo que implica la acumulación de desechos, arrojándolas a las quebradas o al estero. De ahí la importancia de realizar una labor de educación masiva sobre los riesgos que implica la contaminación ambiental.

Es necesario destacar que el problema se agrava por el hecho de que el camión recolector de basura pasa al menos una vez por semana y la no utilización de sus servicios les ha obligado a espaciar el tiempo (actualmente, cada 15 ó 20 días).

CUADRO N° 15

¿ Cómo se comporta la familia cuando se presentan problemas al interior de ella?

Analizan el problema en familia	16
Lo resuelven sólo los afectados	21
Lo resuelven con ayuda de alg miemb fam.	5
TOTAL	42

De acuerdo a los datos expuestos en el cuadro N° 10, es dable destacar es hecho de que la mitad de las familias resuelven sus problemas solamente entre los afectados (21 casos) y la otra mitad, de una u otra forma buscan la ayuda de sus familias lo cual estaría significando que en estos últimos habría cohesión familiar y se unirían en la solución de problemas, mientras que en los primeros ocurre todo lo contrario.

De esta forma, al intentar llevar a cabo un programa de acción social que involucre el trabajo con familias, se deberá tener en cuenta la visión que tienen sus integrantes acerca de la familia como fuente de apoyo en la solución de problemas personales.

CUADRO N° 16

Quando algún miembro de la familia desea iniciar una nueva actividad:

La familia lo apoya	29
Le pone obstáculos	5
Es indiferente	8
TOTAL	42

En el cuadro N° 16 se observa que de los 42 casos, en el 69%, las familias apoyan a la persona que desea iniciar una nueva actividad y en el 12% le ponen obstáculos. Estos datos indicarían la presencia de un cierto grado de cohesión entre los miembros de la familia, lo cual sería importante en la medida que la unión de la familia podría evitar problemas de relaciones interpersonales, existiendo por tanto, apoyo emocional hacia los miembros en conflicto.

CUADRO N° 17

Calidad de la Comunicación Familiar (+)

Buena	8
Regular	14
Mala	20
TOTAL	42

(+) Reducción de categorías explicada en anexo.

Pese a las condiciones socioculturales existentes en la población, según las cuales se esperaba encontrar un porcentaje mayor de problemas de comunicación entre los diferentes miembros de la familia, al analizar los datos extraídos de la presente tabla se destaca el hecho de que sólo en un 48% de los casos la comunicación es negativa, viéndose entrabada por la actitud antagónica de los integrantes del grupo familiar.

Asímismo, en el 19% de los casos existe una comunicación más o menos positiva, lo cual favorecería las acciones en conjunto con la familia.

CUADRO N° 18

CALIDAD DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

Buena	9
Regular	25
Mala	8
TOTAL	42

De los datos presentados en la tabla se puede extraer fácilmente una caracterización de las relaciones entre los miembros de las familias del colectivo diciendo que son Regulares (60%). Sin embargo, el porcentaje de malas relaciones es bajo para lo que se podría esperar dadas las condiciones en que se desenvuelven.

CUADRO N° 19

Cuando un miembro de la familia se enferma, ¿Cómo reacciona el resto?.

Todos se preocupan por el enfermo	31
Se preocupan sólo algunos miembros	11
TOTAL	42

En el 71% de los casos hay una preocupación generalizada por la persona enferma, lo que estaría indicando que la familia tiende a aglutinarse ante la enfermedad de uno de sus miembros. La importancia de ello deriva del apoyo emocional que significa para la persona enferma el contar con su familia como grupo cohesionado.

CUADRO N° 20

La enfermedad del Jefe de hogar u otro miembro que trabaje, ¿Implica una disminución en el ingreso?.

SI	38
NO	4
TOTAL	42

El 90% de las familias está consciente de las repercusiones económicas que implica la enfermedad de un miembro de la familia que aporte al sustento, ya sea el Jefe de hogar u otro miembro de ella.

CUADRO N° 21

¿Existen cambios en la distribución de su presupuesto familiar cuando hay algún enfermo, en cuanto a los siguientes rubros?:

	Alimentac		Vestuario		Vivienda		Gastos en:	
	Calid	Cant	Calid	Cant	terre	serv	medic	hosp
SI	30	37	5	20	23	2	16	9
NO	12	5	37	22	19	40	26	33
TOTAL	42	42	42	42	42	42	42	42

De las familias que manifiestan registrar cambios en la distribución del presupuesto a consecuencia de una enfermedad, en el 88% de los casos hubo disminución en la cantidad de alimentos consumidos y en el 48% disminuyó la cantidad de vestuario que se adquirió, asimismo, el 55% de las familias dejó de pagar sus terrenos. La explicación para este tipo de conducta podría encontrarse en los usos y costumbres de las familias.

En cuanto a los gastos en medicina, hospitalizaciones y servicios en general, los cambios registrados fueron mínimos. Esto podría explicarse por la cercanía del Consultorio, el cual les entrega la atención y medicamentos en forma gratuita.

CUADRO N° 22

¿ Cómo considera Ud. su relación de pareja?

Satisfactorias	20
Regulares	13
Insatisfactorias	3
No corresponde (+)	6
TOTAL	42

(+) Está referido al número de casos que no tienen pareja, correspondiendo a familias compuestas por madres solteras y/o separadas con sus hijos.

En el cuadro N° 22 se observa que en un total de 42 casos, el 48% considera satisfactorias sus relaciones de pareja y sólo el 14% manifiesta que son insatisfactorias.

Resulta significativo que solamente en 3 familias se reconozca la presencia de problemas de relaciones entre la pareja, debido a que mediante la observación en terreno se comprobó la existencia de un gran porcentaje de estos problemas, los que no son reconocidos abiertamente y, por lo tanto, hacen difícil la intervención profesional y su resolución.

CUADRO N° 23

Si se presentan dificultades entre la pareja, ¿Cómo se resuelven?.

Se conversa el probl.	16
Se discute	16
Son Indiferentes	4
TOTAL (+)	36

(+) En el número de casos hay una disminución debido a que en 6 familias no hay pareja.

Del presente cuadro es necesario destacar que sólo un 11% de las parejas manifiestan ser indiferentes a la solución de sus problemas, mientras que las restantes, ya sea que conversen o discutan, en alguna forma contribuyen a su superación.

CUADRO N° 24

¿ Cómo se da el diálogo en su familia?

Se conversa y aclaran problemas	26
Se discute	12
Hay poco diálogo	4
TOTAL	42

En los datos presentados en este cuadro se observa que sólo un 9% de las familias manifiestan que existe poco diálogo entre ellos. Sin embargo, si se compara con el cuadro 17, sobre Comunicación familiar, se ve que hay una diferencia puesto que según los datos entregados allí, el diálogo (que es parte de la comunicación) no era muy frecuente.

Esto demostrará una vez más que no existe veracidad en las respuestas entregadas por los encuestados.

CUADRO N° 25

La familia es capaz de:

Comprender	23
Perdonar	14
Escuchar	16
Brindar ayuda	32
TOTAL (+)	85

(+) Se obtuvo un total de 85 casos, debido a que existen muchas respuestas dobles, las que es imposible eliminar o reducir.

El cuadro N° 25 representa un listado de indicadores presentados a la familia, con el fin de determinar el tipo de relaciones interpersonales y el apoyo emocional entregado por la familia.

CUADRO N° 26

Mencione algunos riesgos que deben evitarse en el hogar.

Enchufes	31
Braseros	22
Fármacos lejos de niños	18
Fármacos sin prescripc.	6
Elemento tóxicos - niños	22
Elementos cortantes	24
Artefactos inflamables	35
Lugares peligrosos	5
Situaciones conflictivas	1
No tiene noción	1
TOTAL (+)	165

(+) Respuestas dobles

La presentación de estos indicadores a los encuestados tiene como objeto obtener una visión acerca del conocimiento que tienen las familias sobre los riesgos que deben prevenirse en el hogar. De acuerdo a sus respuestas, y una vez hecha la clasificación, se obtuvo que el 79% tenía un conocimiento regular sobre los riesgos y sólo el 4% tiene un conocimiento deficiente.

Según esto, los accidentes hogareños no ocurrirían por desconocimiento de las familias, sino más bien por descuido o despreocupación, aún más, si tomamos en cuenta que la mayoría de los accidentes afectan a menores, se podría deducir que las responsables serían las personas a cargo de ellos.

CUADRO N° 27

¿ Cree Ud. que existe relación entre la aparición de una enfermedad de origen nervioso y el afecto que una persona reciba?

SI	37
NO	5
TOTAL	42

En cuanto a la relación entre enfermedad y afecto, la mayoría de las familias (88%), tienen noción acerca de la importancia que ésto conlleva. Sin embargo, se debe señalar que los encuestados aún cuando ven la relación, no tienen muy claro en qué forma se daría esta relación, ya que al responder hacían alusión más a la recuperación de la salud que a la prevención de enfermedades.

CUADRO N° 28

Cuando un miembro de la familia se enferma, Ud.:

(+)

Es capaz de reconocer los síntomas	5
Puede administrar las primeras atenc	20
Acude al Consult.	17
TOTAL	42

(+) La pregunta está referida a enfermedades simples y que no conllevan gravedad.

Aproximadamente el 59% de las familias se consideran capaces de entregar las primeras atenciones en caso de enfermedades simples, tales como, resfríos e hipertermia. Esto sería importante ya que más de la mitad de la población está en condiciones de entregar los primeros auxilios en casos de enfermedades, lo cual incidiría en una menor demanda de los servicios del Consultorio y redundaría en un ahorro de recursos, tanto para éste como para la familia.

CUADRO N° 29

¿ Cómo se mantiene la salud familiar?

Asistiendo periódicamente al Consultorio	14
Manteniendo la higiene del hogar	35
Entregando una alimentación adecuada	33
Estableciendo relaciones armónicas	10
TOTAL (+)	92

(+) Respuestas dobles.

La presente tabla tiene como objeto indicar el conocimiento que la familia tiene acerca de la mantención de la salud familiar, obteniéndose un total de 92 casos debido a que existen muchas respuestas dobles y a la naturaleza de las preguntas. Pese a ello, es posible señalar que la población tiene algún grado de conocimiento sobre la forma de mantener la salud, lo que no significa que sus acciones estén siempre de acuerdo con sus conocimientos.

COMPROBACION DE HIPOTESIS.

Los cuadros que se presentan a continuación están referidos a la verificación o rechazo de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Con este fin se realizó una serie de cruces de variables, que dieron como resultado lo que se esquematiza en las tablas subsiguientes.

CUADRO N° 30

HIPOTESIS N° I

"Las creencias y costumbres del grupo familiar estarían condicionando la actitud de sus miembros ante la aparición de problemas de salud".

Comport. frente Creencias populares. / Creencias populares.	Trata de curarse solo	Acude a la meica	Acude al Consultorio	No hace nada No corresponde	TOTAL
TIENE	12	20	5	0	37
NO TIENE	0	0	0	5	5
TOTAL	12	20	5	5	42

La Hipótesis se corrobora en el sentido que, según la tabla, de 37 casos en que las familias declaran tener creencias populares, el 47.6% tiene una actitud concordante con ello, puesto que sigue la pauta de conducta lógica para estos casos, es decir, el de acudir a una meica para su curación.

Cabe destacar que el 11.9% de las familias que señalan tener este tipo de creencias o "mitos", acude al consultorio para tratar estos "males", constituyéndose en un hecho inusual, pero que estaría significando que este establecimiento es de su confianza para solucionar problemas derivados de la ocurrencia de algunos de estos hechos "mágicos".

Al intentar comprobar estadísticamente los resultados del cruce de las variables, para confirmar a través de este proceso la hipótesis, se puede señalar que no es posible la aplicación del Chi cuadrado, que sería la prueba que más se acomoda por las características del colectivo, puesto que se presentan problemas de orden técnico, (más de un 75% de las celdillas no alcanzan el mínimo de 5 en la frecuencia teórica).

CUADRO N° 31

HIPOTESIS N° II

"El apoyo emocional de la familia generaría un clima favorable para la prevención de enfermedades psicossomáticas".

Enfermedad psicossomática	Apoyo emocional	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Presencia		13	15	6	34
Ausencia		4	4	0	8
TOTAL		17	19	6	42

De 81% de las familias que ha presentado algún cuadro mórbido de origen psicossomático, en un 62% se registra un apoyo emocional regular, mientras que del 19% que no ha sufrido enfermedades de este tipo, el 50% tiene buen apoyo y el otro 50% un apoyo emocional regular.

CUADRO N° 32

HIPOTESIS N° III

"Los efectos que la enfermedad de un miembro de la familia tenga sobre ésta, estarían condicionados por la calidad de las relaciones intrafamiliares existentes.

Calidad de relaciones familiares \ Traspaso de roles	Otro cónyuge	Hijos mayores	Otros parientes	TOTAL
Buena	2	2	5	9
Regular	6	10	9	25
Mala	1	4	3	8
TOTAL	9	16	17	42

Al efectuar el correspondiente cruce, la variable Calidad de las Relaciones Familiares presenta el porcentaje más alto concentrado en el rango Regular (60%) y dentro de éste, los hijos mayores, como reemplazantes de sus padres en el cumplimiento de funciones, ocupan el 24%, seguido de la categoría Otros parientes con un 21%.

Es importante hacer notar que las familias que se ubican en el rango cuya calidad de relaciones familiares es más satisfactoria (Buena) tienen una colaboración relativamente mínima de los hijos mayores (5%), siendo suplidos por otros parientes (12%) en el cumplimiento de roles en caso de enfermedad de uno o ambos cónyuges.

De lo anterior se desprende también que la colaboración entre la pareja es mínima, ya que en su mayoría son los otros parientes quienes les reemplazan en sus funciones.

Se debe señalar que se consideran en forma separada los efectos sociales por cuanto, los efectos económicos se verán en el cruce siguiente.

CUADRO N° 33

HIPOTESIS N° III

Calidad relac fam Efec tos eco nómicos	Buena	Regular	Mala	TOTAL
SI	9	22	7	38
NO	1	3	0	4
TOTAL	10	25	7	42

En la presente tabla se puede observar que la variable "Calidad de las Relaciones Familiares" alcanza mayor proporción (59,5%) en el rango Regular, seguida en un 24% por el rango que indica que las relaciones familiares son satisfactorias.

Por su parte, la variable "Efectos económicos", señala que el 90,5% de las familias del colectivo se ve afectada por una disminución del ingreso.

Al cruzar ambas variables se puede señalar que la mayor proporción de familias que sufren efectos económicos por enfermedad del Jefe de hogar u otro miembro que aporta dinero alcanza al 52,3% y se ubican a nivel medio (rango regular en la variable "Calidad de las relaciones Familiares").

De lo anterior se puede concluir que, pese a que la gran mayoría de las familias (38) sufren efectos económicos, las relaciones familiares no se ven perjudicadas al extremo de bajar al rango de insatisfactorias (Mala), manteniéndose en un nivel medio, lo cual indicaría que en alguna medida, la familia se adapta a las condiciones o factores extrafamiliares que las están afectando, sin modificar sustancialmente sus condiciones internas (relaciones familiares).

Finalmente, cabe señalar que la distribución del ingreso no se ve afectada mayormente por la enfermedad del Jefe de hogar u otro miembro de la familia que aporte económicamente al sustento de ésta, ya que no hay grandes gastos en salud debido principalmente al fácil acceso de los pobladores al Consultorio "San José", donde se les brinda atención y medicamentos en forma gratuita.

CUADRO N° 34

HIPOTESIS IV

"La falta de conocimientos en el aspecto Salud, generaría deficiencias en el autocuidado de la Salud Familiar".

Autocuidado Conocimiento Aspecto Salud	Reconoc. normas prevenc.	Mantiene clima favorable	Es capaz entregar prim. at.	TOTAL
Tiene Conocim.	9	7	2	18
Tiene <u>esca</u> <u>sos</u> conoc.	2	22	0	24
TOTAL	11	29	2	42

De la tabla presentada se puede señalar que en la variable "Autocuidado de la Salud Familiar", el mayor porcentaje (69%) del colectivo se concentra en las medidas preventivas de mantención de un clima favorable en el hogar, seguido por el reconocimiento de normas básicas de prevención, con un 26% de los ca  
sos.

Al cruzar las variables señaladas, llama la atención que de un total de 43% de los casos que manifiestan tener conocimientos en el aspecto salud, sólo un 11% (2) sea capaz de entregar las primeras atenciones.

De lo anterior se puede deducir que la Hipótesis se corrobora en cuanto al siguiente aspecto:

la falta de conocimientos generaría deficiencias en cuanto a la capacidad de la familia de reconocer los síntomas y de entregar las primeras atenciones en caso de alteraciones en el estado de salud de cualquiera de sus miembros.

CUADRO N° 35

HIPOTESIS N° IV

Conoc en aspec sa Ries- gos	Tiene conoc	Tiene escaso conoc	TOTAL
Reconoce riesgos	9	9	18
Reconoce vagamente	2	22	24
TOTAL	11	31	42

Al efectuar el cruce de variables se observa que coincide el vago reconocimiento de los riesgos en el hogar por parte de la mayoría de las familias (52%) con el escaso conocimiento que éstas tienen respecto a la salud.

Lo anterior estaría ratificando la hipótesis puesto que la variable conocimiento alcanza el mayor porcentaje (74%) en la categoría "Escaso conocimiento" y, a su vez, la variable "Autocuidado de la salud familiar, traducida en un reconocimiento de riesgos hogareños, por parte de las familias que tienen un alto porcentaje en la categoría "Reconoce vagamente riesgos" (57%), es decir, ambas variables indican que el colectivo se encuentra en un nivel deficiente respecto a ellas.

Aplicada la prueba del Chi cuadrado, en un intento por comprobar la hipótesis, se pudo comprobar la dependencia existente entre las variables que la conforman, lo cual también es ratificado mediante el coeficiente Phi, el que indica la existencia de mediana asociación entre las variables.

Se consideran en forma separada los riesgos del hogar por cuanto las características del medio ambiente, tienden a facilitar este tipo de accidentes en el colectivo.

CUADRO N° 36

HIPOTESIS N° V

"La calidad de la comunicación familiar influiría en la mantención de la Salud Familiar".

Desequil Ca- lidad de la Comunic. en Rel Fam	Conflicto Conyugal	Conflic. entre padres e hijos	Conflic. entre hermanos	TOTAL
Buena	2	4	2	8
Regular	4	2	8	14
Mala	5	6	9	20
TOTAL	11	12	19	42

Al analizar la variable "Mantención de la Salud Familiar", traducida en esta ocasión a su forma negativa, es decir, "desequilibrio en las relaciones familiares", se puede señalar que el conflicto entre hermanos alcanza un 45% del total del colectivo y que, además, es menor el porcentaje en cuanto a conflictos parentales (entre padres e hijos) y conyugales, 29 y 26% respectivamente.

En cuanto a la "Calidad de la Comunicación Familiar", se puede observar que casi el 50% de los casos presenta deficiencias marcadas en este proceso, siendo sólo un 19% las familias que presentan una buena comunicación. Esto último nos indicaría que al presentarse deficiencias a nivel de comunicación,

éstas repercutirían directamente en el equilibrio familiar, afectando con mayor intensidad el subsistema fraternal, que es donde se concentra el porcentaje. De allí la importancia de orientar a las familias acerca de la trascendencia de mantener el equilibrio en las relaciones familiares, para lo cual la comunicación es fundamental.

ANEXO EXPLICATIVO DE REDUCCION DE CATEGORIAS

Hipótesis II.- (cuadro 31)

Apoyo emocional: Este se considera como:

- Bueno: más del 75% de los subindicadores mencionados en la respuesta
- Regular: entre el 35 y el 75% de los subindicadores
- Malo: menos del 35% de los subindicadores

Hipótesis III.- (cuadros 32 y 33)

Calidad de las relaciones familiares: se consideran como:

- Buena: Si mencionan más del 75% de los subindicadores
- Regular: Si mencionan entre el 35 y el 75% de los subindicadores
- Mala: Si mencionan/menos del 35% de los subindicadores

Hipótesis V.- (cuadro 36)

Calidad de la comunicación: Se entenderá por:

- Buena: cuando mencionan más de 3 indicadores
- Regular: cuando señalan 2 y 3 indicadores
- Mala: cuando señalan sólo un indicador

### CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO

Una vez concluida la primera etapa del proceso metodológico, es posible señalar una serie de problemáticas detectadas a través de la investigación y las que, de una u otra forma estarían influyendo en las condiciones de vida de los habitantes de la población El Sauzal.

En primer lugar se mencionan aquellas problemáticas que guardan relación con la vida intrafamiliar y el estado de Salud, definida esta última, desde el punto de vista de la Medicina Familiar.

- Al analizar los distintos casos que conforman el colectivo, se puede apreciar que al presentarse problemas personales o de relaciones entre los miembros de la familia, la actitud para resolver el problema es individualista, pues no se consulta a los otros integrantes ni se recurre a ellos para solucionar el conflicto.
- En cuanto a la relación de pareja, menos del 50% del colectivo declara que éstas son satisfactorias, lo que se corrobora con lo observado a través de los distintos contactos de alumnas con los pobladores, mediante los cuales se detectaron serios problemas entre las parejas, especialmente por infidelidad de uno o ambos cónyuges.
- Por otro lado, en cuanto a los problemas de pareja, se debe señalar además, que un 11% de éstas manifiestan ser indiferentes ante los problemas que les

atañen en cuanto pareja. Por ejemplo: problemas de relaciones íntimas insatisfactorias, incomunicación, etc..

- Todo lo anterior está indicando que la pareja, la base de la familia, no se encuentra en una situación muy estable en cuanto a relaciones intrafamiliares, lo que a su vez, se reflejaría en el resto de la familia.
- En relación a las creencias y costumbres, un gran porcentaje de la población sigue la lógica ante la presencia de cualquier enfermedad denominada como "mal" (ojo, susto, etc.) acudiendo a la meica o curandero. Sin embargo, hay un pequeño número de familias que aún teniendo estas creencias, acuden al Consultorio para solucionar sus problemas de salud.
- Una conclusión importante y digna de destacar, dice relación con la actitud de las familias ante los problemas que les aquejan, pues no les conceden la misma relevancia que les dan alumnas seminaristas. Es así como frente a problemas de hacinamiento, por ejemplo, o bien de relaciones intrafamiliares, que desde el punto de vista de Servicio Social constituyen serios problemas, los pobladores reaccionan como algo normal.

A continuación se señalan aquellas problemáticas y conclusiones que se derivan de la vida extrafamiliar y su relación con el estado mórbido de los pobladores:

- Deficiencias en el saneamiento ambiental de la población por falta de servicios básicos (alcantarillado, agua potable) por un lado y descuido de los pobladores en cuanto a presencia de vectores y roedores en sus hogares, exceso de animales domésticos, por el otro, lo que les hace predisponer su organismo para favorecer la aparición de cualquier enfermedad de tipo contagioso.
  
- Alto porcentaje de cesantía falta de previsión social y falta de capacitación son otros problemas que afectan a los Jefes de hogar de las distintas familias, todo lo cual repercute en el hogar, principalmente a nivel de los ingresos, los cuales son insuficientes para solventar los gastos de las familias. Estos ingresos provienen generalmente, de los trabajos ocasionales conseguidos por el Jefe de hogar u otro miembro del grupo familiar que aporte al sustento de éste.
  
- Además de lo mencionado anteriormente, hay que agregar que los pocos recursos económicos de que dispone la familia generalmente son mal aprovechados y distribuidos en forma deficiente.
  
- Las mujeres en edad fértil alcanzan, a poco menos del 50%, lo que unido a las deficiencias encontradas en cuanto a planificación familiar, hace pensar que aumentará el número de embarazadas en el colectivo si no se efectúa una labor educativa en relación a Planificación y/o control de la natalidad.
  
- Los adolescentes que conforman el colectivo alcanzan al 12.8% de la población total. Estos están expues-

tos, en materia de morbilidad específicamente, a contraer enfermedades infecto-contagiosas. En algunos casos de adolescentes con vida sexual activa se han detectado algunas enfermedades de tipo venéreas, por lo cual también se hace necesaria la intervención del equipo de salud para educar a esta parte de la población respecto a los riesgos de contraer y propagar este tipo de enfermedades.

-- Por otro lado, en relación a las adolescentes, se ha detectado una gran cantidad de jóvenes con vida sexual activa y sin utilización de método anticonceptivo, con el consabido riesgo de un embarazo no deseado.

Finalmente, se puede concluir que, a nivel profesional, los problemas presentados por las familias son susceptibles de mejorar, según apreciación del equipo de profesionales que laboran en Medicina Familiar y equipo de alumnas seminaristas, dado el tipo de problemas. Para ello, es fundamental contar con la colaboración o ayuda familiar, la cual se conseguiría con una labor educativa tendiente a crear conciencia en la población acerca de la existencia de sus problemas y de que éstos son superables.

A fin de realizar una mejor orientación, se hace necesario destacar los problemas que son directamente abordables por Servicio Social; entre ellos se cuentan:

- Problemas de comunicación y afectividad, tanto entre la pareja como entre padres e hijos.

- Mal aprovechamiento de los recursos y presupuesto familiar.
- Falta de interés en el autocuidado de la salud, referido principalmente al saneamiento ambiental.
- Planificación familiar inadecuada.
- Problemas derivados de la falta de conocimientos respecto a la vida sexual en los adolescentes.
- Riesgo de embarazo no deseado, por vida sexual activa sin utilización de métodos anticonceptivos.

- PROBLEMAS DETECTADOS MEDIANTE LA OBSERVACION EN TERRE  
NO POR ALUMNAS SEMINARISTAS.

- a) Infidelidad de uno o ambos componentes de la pareja, en algunas ocasiones con personas de la misma población, lo cual crea, además, roces entre las diferentes familias.
- b) Pese a tener conocimientos básicos sobre higiene, éstos no son observados por los pobladores en su vida cotidiana, ya que se observa exceso de animales domésticos dentro de las casas, desaseo personal en algunos casos, descuido en el aseo del hogar, etc.
- c) Problemas de relaciones familiares conflictivas entre padres e hijos, traducido en una comunicación deficiente entre éstos y falta de confianza para tratar problemas personales.
- d) Desinformación por parte de las familias que conforman la población, respecto a los recursos humanos existentes en el Consultorio a los cuales podrían recurrir en demanda de la solución de sus problemas de relaciones intrafamiliares.

C A P I T U L O   I V

PROGRAMACION GENERAL

## PROGRAMACION

### I.- FUNDAMENTACION:

Dado que en los contactos iniciales de alumnas seminaristas con la población objeto de estudio, y de acuerdo a los resultados obtenidos con las familias, se ha podido detectar una multiplicidad de problemas, no todos abordables por Servicio Social, pero que estarían influyendo directa o indirectamente en las relaciones familiares, y por lo tanto, en la Salud Familiar.

Algunos de los problemas más relevantes surgidos a través del Diagnóstico son:

- Problemas socioeconómicos: tales como, hacinamiento, mal aprovechamiento de los recursos y presupuesto familiar y Cesantía del Jefe de hogar y/o de la cónyuge o conviviente.
- Problemas médicos: tales como, falta de interés por el autocuidado de la salud, planificación familiar inadecuada, alcoholismo del Jefe de hogar, problemas ginecológicos en adolescentes por vida sexual activa, problemas odontológicos, riesgo de contraer enfermedades venéreas, diabetes sin control, epilepsia sin tratamiento, riesgo de embarazos en adolescentes por no utilización de métodos anticonceptivos.
- Problemas de Relaciones familiares: entre éstos se encuentran: problemas de comunicación y afectividad tanto entre la pareja como entre padres e hijos.

- Problemas de pareja: Inmadurez de los cónyuges, promiscuidad de uno o de ambos miembros de la pareja, incomunicación de los cónyuges, tanto afectiva como sexual.
- Problemas de orden psicológico en los jóvenes: problemas conductuales, probable retardo mental y problema de escolaridad.
- Problemas psicósomáticos: Neurosis, lumbago, colitis, úlceras y alergias.

Es necesario sunrayar que aún cuando no todos los problemas antes señalados pueden ser abordados por Servicio Social, sí pueden ser tratados en el Programa de Medicina Familiar. Por esta razón, los problemas netamente médicos serán atendidos en el Consultorio San José y los problemas psicosociales serán tratados por alumnas seminaristas, siendo éstos los siguientes:

- Mal aprovechamiento de los recursos y presupuesto familiar.
- Problemas de Comunicación y afectividad, tanto entre la pareja como entre padres e hijos.
- Falta de interés por el autocuidado de la salud.
- Planificación familiar inadecuada.
- Alcoholismo del Jefe de hogar.
- Problemas ginecológicos en adolescentes por vida sexual activa.
- Riesgo de embarazo en adolescentes por no utilización de Métodos Anticonceptivos.

A partir de los problemas antes mencionados, se visualiza la necesidad imperiosa de realizar una labor socioeducativa con las familias objeto de estudio, ya que a través de la investigación exploratoria se pudo detectar que hay una incongruencia entre lo que las personas dicen saber sobre hábitos y costumbres y lo que realmente hacen. Además, se estima necesaria una acción orientada a la superación de situaciones puntuales como son las de pareja y de adolescentes con el fin de minimizar los problemas que éstas pueden originar.

Es importante señalar, que se ha decidido ejecutar esta labor especialmente con las familias y los adolescentes debido a que las primeras son el núcleo sobre el cual gira el Programa de Medicina Familiar y las acciones de éste se orientan a las familias, como grupo, y no a sus integrantes en forma individual. Por otra parte, los adolescentes, constituyen uno de los grupos de mayor riesgo dentro de la población y, por lo tanto, requieren de una atención preferencial, ya que de no mediar una intervención profesional, los problemas que éstos presentan podrían agravarse o mantenerse sin solución por un largo período.

II.- DEFINICION DE OBJETIVOS.

-- Objetivo General:

"Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias que conforman la población objeto de estudio".

-- Objetivos Específicos:

- 1.- "Educar a las familias que conforman la población objeto de estudio, sobre aspectos relacionados con el mejoramiento de las relaciones conyugales".
- 2.- "Capacitar a la población objeto de estudio en lo relativo al aprovechamiento de recursos, hábitos de consumo y autocuidado de la salud".
- 3.- "Capacitar a los adolescentes de la población objeto de estudio sobre aspectos relativos a Adolescencia, Educación Sexual y Familia".

### III.- SELECCION DE SOLUCIONES Y ALTERNATIVAS.

En esta etapa es posible visualizar las vías o caminos que permiten el paso de una situación inicial, conocida en el diagnóstico, a la situación final, definida por la función objetivo.

Los criterios para el diseño y selección de las soluciones y alternativas son:

a) Tiempo: Es el período que abarca la realización del Proyecto y está dado por:

0= Tiempo Pesimista: más de 40 semanas

1= Tiempo Esperado: entre 8 y 10 semanas

2= Tiempo Optimista: entre 6 y 8 semanas

b) Participación: Se refiere a la inclusión del sujeto de acción en la solución de la problemática que lo afecta y hacia la cual se orienta el Proyecto.

0= Participa menos del 25%: Baja

1= Participa entre el 25% y el 50%: Media

2= Participa más del 50% del grupo: Alta

c) Factibilidad: Se refiere a la posibilidad de lograr la solución propuesta.

#### Condiciones:

- Que haya acceso a la población;
- Que haya participación activa de los miembros del grupo;
- Que se cuente con un lugar físico adecuado, para las reuniones;
- Que se cuente con el apoyo del personal del Consultorio;

- Que exista compatibilidad entre el horario de las reuniones y el tiempo disponible de los integrantes del grupo.

0= Que se den menos de dos condiciones.

1= Que se den al menos tres condiciones.

2= Que se den todas las condiciones necesarias.

d) Recursos: Está referido a los medios materiales, humanos y financieros para llevar a cabo el Proyecto.

0= no se dispone de todos los recursos.

1= se dispone de todos los recursos materiales.

2= se dispone de recursos materiales, humanos y financieros.

e) Cobertura: Referida al grado en que se solucionará el problema con la solución propuesta.

0= menos del 25%: Baja

1= entre el 25% y el 50%: Media

2= más del 50%: Alta

CRITERIO	IDENTIFICACION	SIGNIFICACION	VALOR
C <sub>1</sub>	Tiempo	Delimitado por la meta	0.25
C <sub>2</sub>	Participación	Inclusión del sujeto en el Proyecto	0.20
C <sub>3</sub>	Factibilidad	Posibilidad de lograr la solución	0.20
C <sub>4</sub>	Recursos	Medios materiales, hu manos y financieros	0.15
C <sub>5</sub>	Cobertura	Grado de solución del problema	0.20

Las soluciones y alternativas diseñadas para el presente Programa son:

- Solución A: Efectuar un tratamiento individual con cada una de las familias de la población objeto de estudio, entregando los contenidos socioeducativos necesarios para la solución de la problemática que les afecta.
- Solución B: Realizar un tratamiento grupal, a través de la entrega de Unidades temáticas orientadas a lograr la solución de las situaciones problemas.

Ambas soluciones van dirigidas a mejorar las problemáticas que afectan la población e indirectamente pretenden elevar el nivel de Salud Familiar, sin embargo, la solución B aparece como la más adecuada, ya que requiere de menor tiempo y recursos, además, posibilita una mayor cobertura.

TABLA RESUMEN DE SELECCION DE SOLUCIONES

---

<u>CRITERIOS</u>	<u>PONDERACION</u>	<u>SOLUCION A</u>	<u>SOLUCION B</u>
Tiempo	0.25	1x0.25= 0.25	1x0.25= 0.25
Participación	0.20	1x0.20= 0.20	2x0.20= 0.40
Factibilidad	0.20	0x0.20= 0.00	2x0.20= 0.40
Recursos	0.15	1x0.15= 0.15	1x0.15= 0.15
Cobertura	0.20	1x0.20= 0.20	2x0.20= 0.40
	<b>TOTAL</b>	<b>0.80</b>	<b>1.60</b>

---

De este proceso de selección de soluciones, aparece como óptima la Solución B, la cual dice relación con "Realizar un tratamiento grupal a través de la entrega de Unidades temáticas orientadas a lograr la solución de las situaciones problemas".

Selección de Alternativas:

- 1.- Entregar contenidos socioeducativos solamente a la pareja.
- 2.- Entregar contenidos socioeducativos a toda la familia.
- 3.- Entregar contenidos socioeducativos sólo a algunos miembros de la familia.

Construcción de la Alternativa Optima:

<u>CRITERIOS</u>	<u>PONDERACION</u>
Tiempo	2 x 0.25 = 0.50
Participac.	1 x 0.20 = 0.20
Factibilidad	2 x 0.20 = 0.40
Recursos	1 x 0.15 = 0.15
Cobertura	2 x 0.20 = 0.40
<b>TOTAL</b>	<b>1.65</b>

La alternativa óptima tiene una puntuación de 1.65, por lo tanto, la alternativa elegida será la que presente el valor más cercano o igual a éste.

TABLA RESUMEN DE SELECCION DE ALTERNATIVAS.

<u>Criterios</u>	<u>Ponder.</u>	<u>Altern. 1</u>	<u>Altern. 2</u>	<u>Altern. 3</u>
Tiempo	0.25	2x0.25= 0.50	2x0.25= 0.50	2x0.25= 0.50
Particip.	0.20	0x0.20= 0.00	1x0.20= 0.20	0x0.20= 0.00
Factibil.	0.20	1x0.20= 0.20	1x0.20= 0.20	1x0.20= 0.20
Recursos	0.15	2x0.15= 0.30	2x0.15= 0.30	2x0.15= 0.30
Cobertura	0.20	1x0.20= 0.20	2x0.20= 0.40	1x0.20= 0.20
<b>TOTALES</b>		<b>1.20</b>	<b>1.60</b>	<b>1.20</b>

Por medio de este proceso de selección se determina que la alternativa número 2 (1.60), es la que más se aproxima a la alternativa óptima (1.65) demostrando así, que es la que reúne las exigencias necesarias para constituirse en la vía o camino que posibilite la concreción de los objetivos propuestos.

No obstante ello, la solución A, relacionada con "Efectuar un tratamiento individual a cada una de las familias de la población objeto de estudio", no puede ser dejada de lado, por cuanto es la que se adecúa en mejor forma a los principios de la Medicina Familiar (entregar atención integral a la familia en vías a elevar la calidad de vida) y al mismo tiempo, representa una mejor calidad en la entrega de atención familiar.

El objeto principal de la Medicina Familiar es el trabajo con las familias y el apoyo a la comunidad es un objetivo complementario, por esto, y en razón del compromiso adquirido con el equipo interdisciplinario es que la Solución A no se puede obviar, pese a tener una menor ponderación. Este compromiso entre alumnas y equipo implica realizar un perfil de cada familia, reuniones para analizar los informes y además, tratar los aspectos sociales relacionados con Salud. De ello se deriva la importancia de efectuar una labor a nivel de Caso con cada una de las familias que ingresen al Programa de Medicina Familiar.

Tal como se señalara en la Metodología de investigación, todas las familias del colectivo (42) debería ser ingresadas al programa de Medicina Familiar dentro del segundo Semestre de 1984 y tratadas, desde el punto de vista clínico y social, en el primer Semestre de 1985, al término de lo cual se realizaría la evaluación de los resultados obtenidos.

La alteración de esta programación inicial (por las razones expuestas en la metodología), da

das las exigencias académicas y los plazos estipulados para la entrega del seminario, implican realizar:

- a) Una acción grupal; en base a los resultados obtenidos en la encuesta se debieron programar acciones hacia la comunidad, para lo cual se implementaron 3 proyectos de acción social.
- b) Acciones individuales; a cada familia ingresada en el Programa de Medicina Familiar se le tratará individualmente en aquellos aspectos sociales factibles de ser abordados por Servicio Social. Esto, con el fin de rescatar el objetivo básico del Seminario y en vista al interés prioritario de la Medicina Familiar.

#### IV.- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA.

El presente Programa depende del Consultorio Familiar "San José", de Rodelillo, en el cual están insertas alumnas seminaristas, quienes serán responsables de la implementación, dirección, coordinación y evaluación de éste.

-- PROYECTO N° 1

"PROYECTO SOCIOEDUCATIVO ORIENTADO A LA PAREJA, RELATIVO A ASPECTOS BASICOS DE LA SEXUALIDAD HUMANA".

- FUNDAMENTACION:

Durante las etapas previas de Investigación y Diagnóstico se pudo detectar, dentro de la Población "El Sauzal", que uno de los problemas más relevantes era la disfunción familiar, preferentemente en lo relacionado con la pareja, lo cual, debido a una serie de circunstancias tales como: desconocimiento por parte de la pareja de aquellos aspectos básicos que comprende la sexualidad humana, o bien por tener una concepción distorsionada del tema, estarían provocando una serie de dificultades a nivel de funcionamiento interno de la pareja y de la familia ( Incomunicación, tanto afectiva como sexual) de la cual derivaría la dificultad para educar correctamente a los hijos en lo que dice relación con este tema.

Ahora bien, considerando que el grupo de seminaristas está trabajando en el Consultorio Familiar San José, lugar donde se pone a prueba el Programa de Medicina Familiar, y dado que éste tiene como tareas principal la Familia y todo lo que ella involucra, es que se ha pensado efectuar un proyecto destinado a las parejas que componen la muestra de la población El Sauzal, pretendiendo de esta forma, informar a las parejas sobre aspectos básicos que están rigiendo la conducta sexual humana en forma clara, sencilla y comprensible, tratando el tema con la mayor franqueza y delicadeza.

Sin embargo, no se ha querido dejar fuera del proyecto algunos temas que guardan estrecha relación con el primero, como son: Paternidad Responsable, Responsabilidades entre la pareja. De esta forma, se pretende incrementar los conocimientos y corregir aquellas concepciones erróneas que se tengan al respecto, contribuyendo de esta manera al mejoramiento de las relaciones interpersonales de la pareja, que se hagan extensibles a sus hijos.

- DEFINICION DE OBJETIVOS:

-- Objetivo General:

"Educar a las familias que conforman la población objeto de estudio, sobre aspectos relacionados con el mejoramiento de las relaciones conyugales".

-- Objetivos Específicos:

- 1.- Entregar contenidos educativos a las parejas respecto al funcionamiento de los órganos que comprende el aparato reproductor humano.
- 2.- Aclarar conceptos erróneos que tienen las parejas en cuanto a los procesos que implica la reproducción humana.
- 3.- Determinar con los asistentes, los principales deberes y obligaciones que la pareja tiene dentro del núcleo familiar.
- 4.- Informar a las parejas en cuanto a los principales métodos anticonceptivos.

- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

El proyecto dependerá administrativamente del Consultorio Familiar San José, de Rodelillo. La responsabilidad de implementar, dirigir, coordinar y evaluar el proyecto estará a cargo de alumnas seminaristas.

- ACTIVIDADES A REALIZAR:

1.- Actividades motivadoras: destinadas a promover el interés y participación en el proyecto por parte de las parejas a través de:

- Confección de afiches
- Invitaciones y citaciones
- Visitas domiciliarias

2.- Actividades educativas: las unidades temáticas a desarrollar dentro de la entrega de contenidos son las siguientes:

- Primera sesión: Duración: 60 minutos (Exposición y discusión del tema).

Materias: - Aparato reproductor femenino y masculino.

- Higiene corporal

- Segunda sesión: Duración: 60 minutos.

Materias: - Reproducción humana: gestación y parto

- Aborto

- Tercera sesión: Duración: 60 minutos

Materias: - Paternidad responsable; deberes y responsabilidades de la pareja y de ésta para con sus hijos

- Cuarta sesión: Duración: 60 minutos

Materias: - Control de la natalidad  
- Diversos métodos anticonceptivos

La entrega de contenidos, por tanto, se realizará en cuatro sesiones semanales, cada una de las cuales tendrá una duración de 60 minutos, en los que se expondrá una determinada materia, discutiendo y aclarando algunos aspectos que consideren importantes, tanto los participantes como el expositor.

- TECNICAS A UTILIZAR:

- Observación
- Visita domiciliaria
- Entrevista
- Charlas
- Discusiones
- Test
- Caja de preguntas
- Técnicas audiovisuales: Afiches,  
Pizarrón  
Rotafolio  
Diapositivas

- RECURSOS:

- Humanos: - Parejas de la población El Sauzal
- Matrona de la Institución
- Asistente Social de Institución
- Supervisora docente de Seminario
- alumnas seminaristas
- otros profesionales

- Materiales: - Material fungible
- Material audiovisual
- Material bibliográfico
- sala de reuniones

- Institucionales:

- Consultorio Familiar San José
- Escuela Fiscal D-314, Rodelillo
- Escuela de Servicio Social, Biblioteca

- TIEMPO:

Las actividades que contempla el proyecto deberán realizarse en un período de siete semanas, a contar del 27 de Mayo y hasta el 19 de Julio del presente año.

- EVALUACION:

Para la evaluación del proyecto se utilizará la Tabla GANTT, Tabla de Participación en las sesiones de entrega de contenido para el control, Lista de Asistencia y una evaluación Antes-Después, de la entrega de contenidos socioeducativos.



-- PROYECTO N° 2

"PROYECTO DE CAPACITACION SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL APROVECHAMIENTO DE RECURSOS, LOS HABITOS ALIMENTICIOS Y DE CONSUMO Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FAMILIAR, DESTINADO A LAS FAMILIAS QUE COMPONEN LA POBLACION EL SALUZAL, DE RODELILLO ALTO".

- FUNDAMENTACION:

La importancia de la familia como unidad social básica es ampliamente reconocida en nuestros días; nadie puede dudar que la familia es una institución social que, lo mismo que el matrimonio, constituye la más universal y básica de las relaciones humanas. Sin embargo, la relación que existe entre el funcionamiento familiar adecuado y la Salud, no es visualizado con tanta facilidad, pese a reconocer que "La familia es la única institución social importante encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano".(1)

A través del diagnóstico realizado en la población objeto de estudio, se ha podido detectar una serie de situaciones-problema que, al afectar a la familia, están incidiendo, ya sea directa o indirectamente en la Salud Familiar. Entre estas situaciones podemos mencionar en forma preferente:

- Mal aprovechamiento de los recursos y presupuesto familiar; ésto se refiere tanto a los recursos humanos como materiales de que disponen las familias.

---

(1) GOODE, William; La Familia .

- Malos hábitos alimenticios y de consumo; no tanto por desconocimiento como por falta de práctica.
- Deficiencias en el autocuidado de la salud, tanto en prevención como recuperación.

Considerando estos hechos, se ha visto la necesidad de llevar a cabo un proyecto tendiente a capacitar a las familias integrantes de la población objeto de estudio. Esta labor estará orientada a mejorar la Salud Familiar y apuntará específicamente a aquellos aspectos, ya mencionados, que muestran mayores deficiencias, tratando, al mismo tiempo, de crear conciencia en los pobladores acerca de la importancia del buen funcionamiento familiar para lograr su completo bienestar y felicidad.

De este modo, a través de una labor socioeducativa, se pretende lograr una mejor utilización de los recursos y presupuesto familiar, mejorar los hábitos alimenticios y de consumo y procurar que los individuos se interesen en el autocuidado de la salud, tanto la propia como la de sus familias, con los medios que tienen a su alcance.

Esta labor de capacitación de las familias, y especialmente de las parejas que las componen, se hace básicamente necesaria, y a corto plazo, ya que se ha visualizado según el diagnóstico social que de no mediar una intervención profesional, los problemas que les aquejan tenderían a acentuarse y, por lo tanto, la Salud Familiar se vería aún más deteriorada.

- DEFINICION DE OBJETIVOS:

-- Objetivo General:

"Capacitar a la población objeto de estudio, en lo relativo al aprovechamiento de recursos, hábitos alimenticios y de consumo y el autocuidado de la Salud".

-- Objetivos Específicos:

- 1.- "Contribuir al mejor aprovechamiento de los recursos, tanto económicos como humanos, de que disponen las familias".
- 2.- "Lograr que las familias mejoren sus hábitos alimenticios y de consumo, a través de la entrega de contenidos educativos a las parejas que las forman".
- 3.- "Entregar conocimientos básicos sobre Salud Familiar a todas las parejas que componen el grupo".

- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

El presente proyecto dependerá, administrativamente, del Consultorio Familiar San José, de Rodelillo Alto y serán responsables de su aplicación, las alumnas seminaristas de Servicio Social.

- ACTIVIDADES A REALIZAR:

1.- Actividades motivadoras: están orientadas a lograr la asistencia y participación de las familias en el proyecto. Entre estas actividades se encuentran las:

- Visitas domiciliarias;
- Confección de afiches informativos;
- Confección y entrega de invitaciones para que las parejas se integren al grupo.

2.- Actividades educativas: éstas se orientan a entregar los contenidos educativos programados para cada unidad temática.

Primera Unidad: "Disponibilidad de Recursos y su utilización".

Esta unidad temática tendrá una duración de dos semanas, con una sesión semanal, de una hora cada una y abarcará los siguientes temas:

- Recursos con que cuenta la familia, económicos, materiales y humanos.
- Utilización de los recursos; jerarquización de necesidades.
- Distribución del presupuesto familiar.

Segunda Unidad: "Los hábitos alimenticios y de consumo"

Esta unidad será desarrollada en una se sión de una hora de duración, en la cual se abarcará los siguientes temas:

- Hábitos alimenticios
- Hábitos de consumo
- Hábitos y salud.

Tercera Unidad: "La salud familiar"

Esta unidad, al igual que la primera, se desarrollará en dos sesiones de una hora de duración cada una, abarcando los siguientes temas:

- Conceptos de Salud y Enfermedad.
- Autocuidado de la salud; prevención de enfermedades.
- Técnicas básicas de prevención de enfermedades.
- Higiene ambiental.

- TECNICAS A UTILIZAR:

- Individuales: Observación, Entrevistas Individuales, Visitas domiciliarias, Charlas.
- Grupales: Test, Discuciones, recreativas.
- Audiovisuales: Afiches, Pizarrón, Diapositivas, Rotafolio.

- RECURSOS:

- Humanos: - personal del Consultorio, (médico, matrona).
- integrantes del grupo (parejas)
- docente supervisora de seminario
- alumnas seminaristas

- Materiales:

- Material para afiches y carteles
- material de oficina
- material bibliográfico
- sala para reuniones

- Institucionales:

- Consultorio Familiar San José, de Rodelillo Alto
- Escuela de Servicio Social, Biblioteca
- Escuela D-314, de Rodelillo Alto.

- TIEMPO:

El presente proyecto será aplicado en un plazo de siete semanas como máximo, a contar del 27 de Mayo y hasta el 10 de Julio del presente año.

- SISTEMAS DE EVALUACION Y CONTROL:

Con objeto de controlar el cumplimiento de las actividades, tanto en sus plazos como en sus formas, se llevarán registros tales como: Actas de reuniones grupales, pautas de observación de conducta de los asistentes a las actividades, lista de asistencia y Tabla Gantt.

Para efectos evaluativos se utilizará el método Antes-Después (A-D), el cual permitirá medir los cambios experimentados en el grupo de familias participantes en el proyecto, luego de su aplicación.

Para evaluar el uso del tiempo se recurrirá a la Tabla GANTT, la cual permitirá controlar periódicamente el cumplimiento de las actividades, además de la evaluación de los plazos.



-- PROYECTO N° 3

"PROYECTO SOCIOEDUCATIVO Y RECREATIVO DESTINADO A LOS JOVENES DE LA POBLACION EL SAUZAL, DE RODRILLO.

- FUNDAMENTACION:

La investigación realizada en la población objeto de estudio ha permitido detectar una serie de problemáticas atinentes a la labor de Servicio Social y que, en alguna medida, afectan la Salud Familiar. Entre estas problemáticas se encuentran: Mal aprovechamiento de los recursos y presupuesto familiar, Problemas de comunicación, tanto entre la pareja como entre padres e hijos, Falta de interés por el autocuidado de la salud, Planificación familiar inadecuada, Alcoholismo del jefe de hogar, Problemas ginecológicos en adolescentes por vida sexual activa, Riesgo de embarazo en adolescentes por no utilización de métodos anticonceptivos.

Teniendo presentes estas problemáticas, se vio la necesidad de implementar un proyecto socioeducativo y recreativo dirigido específicamente a los adolescentes, quienes se encuentran en una etapa en que aún no tienen clara conciencia de su situación y generalmente su ámbito de expectativas se les presenta confuso y están muchas veces invadidos de inquietudes sin respuesta. Además, en esta etapa, donde probablemente el adolescente tiene mayores probabilidades de adquirir conductas desviadas, disfuncionales para la sociedad, es de vital importancia la orientación y formación ade-

cuada del adolescente a través de la entrega de contenidos que respondan realmente a sus intereses y necesidades.

Por otra parte, el proyecto incluye la Recreación, ya que ésta es en sí un medio para la educación y constituye una de las principales formas en que el individuo se relaciona con sus semejantes desde su más temprana edad, contribuyendo a la formación de actitudes de solidaridad y cooperación en grupo; también ayuda al desarrollo de la personalidad del individuo y le brinda la oportunidad para expresarse de una manera creativa y para aprender, por su propia experiencia, los patrones de conducta socialmente aceptados. De esta forma, los adolescentes, mediante la realización de actividades recreativas, incorporarán los contenidos de una manera más rápida y amena.

Con la implementación del presente proyecto se pretende superar la problemática que presentan los adolescentes y, por ende, lograr su crecimiento personal y grupal.

- DEFINICION DE OBJETIVOS.



-- Objetivo General:

"Capacitar a los adolescentes que conforman la población objeto de estudio sobre aspectos relativos a Adolescencia, Educación Sexual y Familia".

-- Objetivos específicos:

- 1.- "Incentivar una mejor utilización del tiempo libre, en los integrantes del grupo".
- 2.- "Informar al grupo respecto a los cambios físicos, psíquicos y sociales que ocurren en la adolescencia".
- 3.- "Informar al grupo sobre el significado de la Amistad y el Pololeo".
- 4.- "Entregar información sobre educación sexual, métodos anticonceptivos y hábitos de higiene del adolescente".
- 5.- "Dar a conocer al grupo, información respecto a la Familia, Comunicación familiar y Paternidad responsable".
- 6.- "Desarrollar actividades recreativas en cada una de las sesiones".

- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

El presente proyecto depende del Consultorio Familiar San José, de Rodelillo Alto y alumnas seminaristas serán responsables de la implementación, dirección, coordinación y evaluación de dicho proyecto.

- ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

Las actividades contempladas en la realización del presente Proyecto son:

1.- Actividades motivadoras: a través de las cuales se busca mantener la asistencia y participación de los integrantes del grupo. Entre éstas se encuentran: Charlas, Visitas domiciliarias, confección de afiches.

2.- Actividades educativas: a través de ellas se entregarán los contenidos siguientes:

Primera Unidad: Adolescencia: cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa.  
2 sesiones de 1,30 hrs. de duración.

Segunda Unidad: Educación Sexual: descripción aparato genital masculino y femenino, métodos anticonceptivos, higiene personal.  
2 sesiones de 1,30 hrs. de duración.

Tercera Unidad: La Familia: comunicación familiar, paternidad responsable.  
1 sesión de 1,30 hrs.

3.- Actividades recreativas: a través de las cuales se aprende a manejar la propia conducta, mediante

la realización de juegos. Estas actividades se desarrollarán en forma paralela a cada una de las sesiones.

- TECNICAS A UTILIZAR:

- a) Individuales: Observación, Entrevista, Visita domiciliaria, Investigación bibliográfica.
- b) Grupales: Entrevista, Charlas, Test diagnóstico, Torbellino de ideas, Técnicas recreativas.
- c) Audiovisuales: Afiches, Pizarrón, Rotafolio.

- RECURSOS:

- Humanos: - Profesionales del Consultorio
  - Alumnas seminaristas
- Institucionales:
  - Consultorio Familiar San José
  - Escuela de Servicio Social
  - Escuela D-314, de Rodelillo.
- Materiales:
  - material fungible
  - material audiovisual
  - material bibliográfico

- TIEMPO:

Las actividades que contempla el proyecto deberán realizarse en un período de siete semanas, a contar del 27 de Mayo y hasta el 10 de Julio de 1985.

- SISTEMAS DE EVALUACION Y CONTROL:

Para conocer el tiempo de ejecución de las actividades programadas y controlarlas, se utilizará la Tabla GANTT. Además, se llevarán registros tales como: Lista de asistencia, actas de reuniones y pautas de observación de las actividades, con el fin de controlar el cumplimiento de éstas.

Para evaluar el proyecto, se utilizará el método Antes-Después, ya que tratándose de entrega de contenidos, éste se convierte en el medio más eficaz de medir el aprendizaje logrado.

T A B L A G A N T T

Tiempo: (expresado en semanas) 27 de Mayo al 10 de Julio de 1985.

Actividades	Motiva <u>ci</u> ón		Educación				
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Confección de afiches informativos							
2.- Confección de invitaciones para cada familia.							
3.- Entrega de invitaciones y V.D.							
4.- Sesiones de entrega de contenidos I Unidad							
II Unidad							
5.- Desarrollo de actividades recreativas.							

PROYECTO Nº 4

"PROYECTO DE ATENCION CASUISTICA A LAS PAREJAS INGRESADAS A MEDICINA FAMILIAR EN EL PERIODO NOVIEMBRE 1984 a JUNIO 1985, DE LA POBLACION EL SAUZAL, DE RODELILLO ALTO, VALPARAISO".

- FUNDAMENTACION:

Uno de los objetivos fundamentales del Programa de Medicina Familiar es el trabajo directo con las familias, por lo cual, es el método casuístico el que más se adecúa a este objetivo.

La realización de un trabajo con las familias a nivel de Caso Social, se deriva además, de la necesidad de encontrar parámetros que permitan evaluar positivamente, los éxitos o fracasos del Programa. Para ello, se efectúa una labor de seguimiento de cada una de las familias ingresadas al Programa de Medicina Familiar, pertenecientes a la población objeto de estudio, al tiempo que se tratarán aquellos aspectos atinentes a Servicio Social y que influyen en la Salud Familiar.

El desarrollo de esta atención casuística, implicará un compromiso de parte de alumnas seminaristas con cada una de las familias que les corresponderá atender, en el sentido de iniciar un diagnóstico de su Situación Inicial y finalizar con una Evaluación al término del período destinado a dicha atención.

- DEFINICION DE OBJETIVOS:

-- Objetivo General:

"Realizar una labor profesional a nivel de CASO SOCIAL, con las familias ingresadas al Programa De Medicina Familiar, pertenecientes a la población objeto de estudio".

-- Objetivos Específicos:

- 1.- "Identificar a las familias ingresadas al Programa de Medicina Familiar".
- 2.- "Efectuar un diagnóstico de la situación familiar de cada una de ellas".
- 3.- "Tratar los problemas sociales susceptibles de ser abordados por alumnas seminaristas".
- 4.- Realizar un seguimiento de cada caso, durante el período que comprenda el seminario".

- DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA:

El presente proyecto dependerá administrativamente del Consultorio Familiar San José, de Rodelillo y serán responsables de su implementación y aplicación, las alumnas seminaristas de Servicio Social.

- TIEMPO:

Este proyecto será aplicado en un plazo de 8 meses como máximo, comenzando en Noviembre de 1984 y hasta Junio de 1985.

- SISTEMA DE EVALUACION:

A fin de evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de este proyecto, se hará un informe personal de cada familia, el cual contendrá los siguientes datos:

- a) Identificación de la familia: número de integrantes, sexo y edad.
- b) Caracterización de cada individuo: edad, sexo, escolaridad, trabajo, previsión y antecedentes mórbidos.
- c) Principales problemas detectados por el equipo interdisciplinario. Plan terapéutico.
- d) Resumen situación inicial: relaciones, familiares y conyugales; situación socioeconómica (ingreso)
- e) Evolución de los problemas
- f) Acciones realizadas por alumnas: Previas al paso de las familias por Medicina Familiar y posteriores a ello.

CAPITULO V

INTERVENCION

PROFESIONAL

## INTERVENCION PROFESIONAL

La intervención profesional estuvo orientada a producir cambios en la situación-problema, a nivel familiar, y a estimular las potencialidades de la familia a través de un proceso de capacitación que les permita, posteriormente, participar en forma activa en la solución de sus propios problemas y, además, una vez logrado ésto, estimularla a que participe en la solución de los problemas de su comunidad.

### 1.- Objetivo:

"Intervenir profesionalmente en la realidad de la población objeto de estudio, a través de un programa de acción social tendiente a mejorar las relaciones familiares existentes".

### 2.- Aspectos Globales:

#### 2.1.- Organización:

Para llevar a cabo la intervención profesional, el equipo debió organizarse internamente, con el fin de determinar las responsabilidades y obligaciones de cada una de sus integrantes.

La intervención profesional propiamente tal incluyó la puesta en marcha de tres proyectos íntimamente relacionados entre sí:

-- El primer proyecto se orientó a la entrega de aspectos básicos sobre la sexualidad humana a las parejas que conforman la población objeto de estudio y la responsable de su aplicación fue la sra. Myriam Toledo G., alumna seminarista.

- El segundo proyecto estuvo destinado a la entrega de algunos contenidos educativos básicos sobre aspectos relacionados con el aprovechamiento de recursos, los hábitos alimenticios y de consumo y la Salud Familiar. Sus beneficiarios fueron las mismas personas que integraron el grupo del proyecto anterior y la responsable de su aplicación fue alumna seminarista srta. María Emilia Hidalgo G.
  
- El tercer proyecto estuvo dirigido a los jóvenes entre 12 y 21 años, pertenecientes a la población objeto de estudio y abordó temas específicos de la Adolescencia, Educación sexual y Paternidad responsable. La encargada de la puesta en marcha de dicho proyecto fue la sra. Ruth A. Muñoz V., alumna seminarista.

En forma paralela a la labor que a cada integrante del Grupo Seminario le correspondió en la ejecución de los proyectos, fue necesario realizar un trabajo a nivel de Caso, con cada una de las familias de la población objeto de estudio, incorporadas al Programa de Medicina Familiar, lo que implicó una labor de motivación y de seguimiento con cada una de ellas. (ver anexo correspondiente).

#### 2.2.- Dirección:

El grupo de alumnas seminaristas, en el desarrollo de sus actividades, acordó no designar a una directora general del programa, sino que más bien todas las decisiones se tomaron en conjunto, a través de reuniones periódicas.

### 2.3.- Control:

A fin de efectuar el control del desarrollo del programa, se realizaron reuniones semanales del Grupo seminario, con el propósito de evaluar el cumplimiento de las actividades y planificar las acciones a seguir.

### 2.4.- Sistemas de registros utilizados:

Para efectos de control, se llevaron listas de asistencia y pautas de Observación de cada sesión; además, se utilizó la Tabla GANTT como una forma de verificar el cumplimiento de las actividades dentro de los plazos estipulados.

### 3.- Aspectos de Coordinación:

En esta fase es posible destacar dos niveles de coordinación:

#### a) Coordinación Intrainstitucional:

Es aquella realizada por el grupo seminario con los profesionales del equipo interdisciplinario encargado de Medicina Familiar en el Consultorio San José.

#### b) Coordinación Interinstitucional:

Está referida a la que desarrollaron las alumnas seminaristas con diferentes instituciones:

- Escuela D-314, Joaquín Edwards Bello, de Rodelillo;
- Escuela de Servicio Social, Universidad de Valparaíso;
- Consultorio de Salud, La Reina, Santiago;

- Ministerio de Salud, Centro de documentación de la O.P.S., Santiago;
- Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile, Santiago.

Para la concretización de los dos niveles de coordinación, se efectuaron las siguientes actividades:

- Reuniones de coordinación con el equipo interdisciplinario del Consultorio Familiar;
- Entrevista con la dirección de la Escuela D-314, de Rodelillo Alto;
- Reuniones con docentes de la Escuela de Servicio Social;
- Consulta bibliográfica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso;
- Entrevista a médico encargado de Medicina Familiar en el Consultorio La Reina;
- Entrevista con especialista de la O.P.S.;
- Entrevista con enfermera, investigadora especializada en Medicina Familiar.

#### 4.- EJECUCION DE LO PROGRAMADO:

Las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos prefijados a través del programa, se pueden clasificar en dos tipos:

- 1.- Puesta en marcha de los proyectos, con sesiones de entrega de contenido, dirigidas a las parejas y a los jóvenes que forman el colectivo.

2.- Trabajo a nivel de Caso Individual con las familias ingresadas al Programa De Medicina Familiar y pertenecientes a la población El Sauzal.

Es necesario enfatizar que, por las características de nuestro trabajo, las etapas metodológicas no se dan en una sucesión lineal, sino en forma relacionada y aún más, paralela. Así, existe toda una gama de acciones inmediatas que se realizan en forma paralela al diagnóstico y a la programación, y que se relacionan con el trabajo de Casos.

-- EJECUCION PROYECTO N° 1

De las 32 parejas invitadas a participar en el presente proyecto (64 personas), asistieron solamente 3 parejas y además, 13 personas que representaron, en alguna forma, a sus familias, ya que se trató en general de las dueñas de casa.

1.- Etapa de Organización:

Esta etapa se llevó a cabo entre el 20 y el 25 de Mayo de 1985 (1 semana).

El 20 de Mayo se realizó la primera reunión del equipo seminario para ordenar y determinar las actividades que deberían efectuarse en forma conjunta.

La etapa organizativa tuvo por finalidad realizar las siguientes actividades:

- Coordinación con profesional, matrona, del Consultorio Familiar San José, a objeto de solicitar su colaboración en la dictación de algunas charlas.
- Entrevista con el Director de la Escuela D-314, de Rodelillo Alto, con el fin de lograr su autorización para efectuar en ese local, la entrega de contenidos educativos.
- Confección de invitaciones para las familias a quienes iba dirigido el proyecto.
- Confección de afiches didácticos, como material de apoyo en al entrega de contenidos.
- Consulta bibliográfica respecto al tema a tratar.

- Entrevista con profesional especializado, a objeto de preparar el tema.
- Confección de encuesta, a fin de medir el grado de conocimiento de los sujetos de acción.

2.- Etapa de motivación:

La etapa motivadora se efectuó entre el 27 de Mayo y el 7 de Junio de 1985, realizándose en ella, las siguientes actividades:

- Entrega de invitaciones a todas las parejas de la población.
- Realizar visitas domiciliarias para confirmar asistencia a las reuniones.
- Aplicación, en terreno, de la encuesta de medición Antes-Después.
- Procesamiento de la información recolectada, con el fin de adecuar la entrega de contenidos de acuerdo al nivel de conocimientos presentado por los sujetos de acción.

3.- Etapa de entrega de contenidos:

3.1.- Unidades temáticas:

Las unidades temáticas desarrolladas en el presente proyecto socioeducativo, estuvieron destinadas a entregar un conocimiento básico de lo que es y lo que implica la sexualidad humana.

Para cumplir con lo anteriormente señalado, se realizaron 4 unidades temáticas, las que se fueron desarrollando en cada sesión, cuya duración fue,

aproximadamente, de 45 minutos de exposición del tema y 15 minutos para consultas y aclaraciones.

Primera sesión: I unidad: Aparato reproductor femenino y masculino.

Fecha: 19 de Junio de 1985

Contenidos: Organos que comprenden  
Funciones de cada órgano  
Fisiología de los órganos genitales  
Higiene y cuidado de estos órganos

Segunda sesión: II unidad: Proceso de reproducción humana.

Fecha: 26 de Junio de 1985

Contenidos: Gestación, desarrollo fetal  
Problemas durante el embarazo  
Sugerencias y cuidados de la embarazada.  
Fases del parto.

Tercera sesión: III unidad: Paternidad responsable

Fecha: 3 de Julio de 1985

Contenidos: La pareja  
Formación de la pareja  
Deberes y derechos entre la pareja  
Responsabilidad frente a los hijos  
Importancia de la comunicación familiar.

Cuarta sesión: IV unidad: Control de la natalidad

Fecha: 10 de Julio de 1985

Contenidos: Importancia y necesidad de determinar el número de hijos (embarazos).

Métodos anticonceptivos: artificiales y naturales

El Aborto.

3.2.- Técnicas aplicadas:

Las técnicas utilizadas durante las sesiones fueron las siguientes:

- La charla propiamente tal, para la entrega de contenidos;
- Caja de preguntas, para las consultas anónimas;
- Discusiones grupales;
- Técnicas audiovisuales: diapositivas y rotafolio, que sirvieron para graficar y aclarar algunos aspectos de los temas tratados.
- Observación estructurada de la sesión, con el fin de captar la participación de integrantes del grupo.

4.- Mecanismos de administración de actividades:

4.1.- Personas que cooperaron en la ejecución del proyecto:

- Asistente Social del Consultorio Familiar San José, de Rodelillo;
- Matrona del Consultorio Familiar
- Director Escuela D-314, de Rodelillo

4.2.- Elementos que se utilizaron:

-- Recursos financieros: Dado que el proyecto es principalmente socioeducativo, este tipo de recursos no fue utilizado, ya que la mayoría de los recursos materiales fueron facilitados sin costo alguno para el grupo.

-- Recursos materiales: Entre éstos cabe destacar el local, facilitado por la Escuela D-314 y la proyectora de diapositivas, fa facilitada por la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

E J E C U C I O N

SESIONES	FECHA Y DURACION	CONTENIDOS	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
- Primera: APARATO REPRODUCTOR	19 Junio 60 minutos	- Órganos reproductores - funciones de cada uno - fisiología - higiene	audiovisuales: ro tafolio charla expositiva observación estructurada.	9	- alumnas seminar. - matrona Consult. - familias - sala reuniones	Se observa interés de los asistentes en el tema expuesto. Baja asistencia día lluvioso.
- Segunda: PROCESO DE REPRODUCCION	26 Junio 60 minutos	- Gestación - Problemas del embarazo - Sugerencias y cuidados durante el embarazo - Fases del parto	audiovisuales: dia positivas. charla expositiva observación estructurada Discusión	12	- alumnos seminar. - matrona - familias - proyectora y diapos. - sala reuniones	Se observa la llegada de nuevos participantes. Alto interés en discutir el tema
- Tercera: PATERNIDAD RESPONSABLE	3 Julio 60 minutos	- La pareja, su formación, deberes y derechos de pareja. - Responsab. con los hijos	charla discusión - pizarrón observ. estruct.	11	- alumnas - asistentes - pizarrón y tiza - sala reuniones	Se mantiene la asistencia

SESIONES	FECHA Y DURACION	CONTENIDOS	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
Cuarta: CONTROL DE LA NATALIDAD	10 de Julio 60 minutos	- Su importancia - Métodos anticonceptivos	-Charla - Rotafolio - Discucion -Observación estructurada	12	-alumnas seminar. -asistentes -rotafolio sala reuniones	

-- EJECUCION PROYECTO N° 2

En la ejecución de este proyecto se incorporó a 19 personas (entre ellas 3 parejas), las cuales conforman el mismo grupo de trabajo que participó en el proyecto sobre aspectos básicos de la sexualidad humana, puesto que ambos proyectos estaban dirigidos a las parejas que conforman el colectivo y además, tocaban temas complementarios.

1.- Etapa de Organización:

Esta etapa se inició el 20 de Mayo de 1985, con la primera reunión del grupo seminario destinada a la planificación de las actividades conjuntas del programa. Su duración fue de una semana y durante ese período se realizaron las siguientes actividades:

- Entrevista con el director y subdirector de la Escuela D-314, a fin de obtener el local necesario para realizar las reuniones.
- Reunión con profesionales del equipo interdisciplinario del Consultorio tendientes a reforzar las materias a tratar con el grupo.
- Revisión bibliográfica, con el fin de ampliar conocimientos sobre los contenidos educativos que se entregarían en cada sesión.
- Confección de afiches informativos y didácticos.
- Preparación del cuestionario para medir los conocimientos de los participantes, antes de la entrega de contenidos.

- Confección de invitaciones para las reuniones.
- Coordinación con profesionales especializados en materias específicas a tratar, con el fin de que éstas fueran abordadas por la profesional.
- Coordinación con la Escuela de Servicio Social para la utilización de material audiovisual.

La etapa de Organización implicó, además, mantener informada a la docente guía del Seminario y a la Asistente Social del Consultorio, sobre la marcha del proyecto.

## 2.- Etapa de Motivación

Esta etapa tuvo una duración de dos semanas a contar del 27 de Mayo y Hasta el 7 de Junio de 1985. Durante el período comprendido entre esas fechas se efectuaron las siguientes actividades:

- Entrega de citaciones e invitaciones a todas las familias de la población.
- Realización de visitas domiciliarias orientadas a incentivar la participación de las parejas y sus hijos en los proyectos.
- Aplicación del cuestionario de medición inicial, lo cual permitió readecuar los contenidos de las unidades temáticas de acuerdo a las necesidades detectadas en los participantes.

## 3.- Etapa de entrega de contenidos:

Esta fase se inició el 10 de Junio y tuvo una duración de 5 semanas, finalizando el 10 de Julio de 1985. Durante ese período

se entregaron los contenidos educativos programados en sesiones semanales de 60 minutos de duración cada una. Las actividades realizadas en ese lapso fueron las siguientes:

3.1.- Unidades temáticas entregadas:

Primera sesión: Formación y conocimiento del grupo.

Fecha: 12 de Junio de 1985

Contenidos: Ejercicio de conocimiento entre las familias. (Actividad recreativa).

Presentación de alumnas seminaristas.

Cocktail de inicio de actividades.

Aplicación del cuestionario de medición inicial a las personas participantes.

Segunda sesión: Los hábitos alimenticios y de consumo.

Fecha: 19 de Junio de 1985

Contenidos: Qué son los hábitos.

Hábitos alimenticios

Hábitos de consumo

La influencia de los hábitos en la salud.

Tercera sesión: Disponibilidad de recursos y su utilización.

Fecha: 26 de Junio de 1985

Contenidos: Qué se entiende por recurso

Recursos con que cuenta la familia

Utilización de los recursos  
Distribución del presupuesto familiar.  
Jerarquización de necesidades.

Cuarta sesión: La Salud Familiar.

Fecha: 3 de Julio de 1985

Contenidos: Conceptos de Salud y Enfermedad

Higiene personal  
Higiene ambiental  
Higiene del hogar

Quinta sesión: Autocuidado de la Salud.

Fecha: 10 de Julio de 1985

Contenidos: Técnicas básicas de prevención de algunas enfermedades

Nociones sobre riesgos hogareños

3.2. Técnicas utilizadas:

Durante las sesiones de entrega de contenidos se aplicaron las siguientes técnicas:

- Técnicas recreativas: Rompe-hielo, para lograr conocimiento y confianza entre los integrantes del grupo;
- Charlas, para entrega de los temas;
- Discusiones de grupo;
- Observación estructurada, para captar el grado de participación en el grupo;
- Técnicas audiovisuales: Proyección de diapositivas, Rotafolio y Pizarrón.

4.- Mecanismos de administración de actividades:

4.1.- Personas que cooperaron en la ejecución del proyecto:

- Matrona, Consultorio Familiar San José, de Rodelillo;
- Asistente Social del mismo Consultorio;
- Director Escuela D-314, Rodelillo.

4.2.- Elementos utilizados:

a) Recursos económicos: Los recursos de este tipo utilizados en el presente proyecto fueron ínfimos puesto que para la entrega de los contenidos educativos se contó con una sala de clases y se dispuso de pizarrón y tiza. Asimismo, la Escuela de Servicio Social aportó la proyectora de diapositivas y éstas, fueron proporcionadas por alumna encargada del proyecto. El material para los afiches y carteles fue obtenido con el dinero reunido previamente por el grupo de alumnas.

b) Recursos Humanos: En cuanto a éstos, lo más destacable es la cooperación de la matrona del Consultorio Familiar, quien asistió a una de las reuniones, entregando una charla sobre higiene personal y del hogar. Además, se contó con la buena disposición del director de la Escuela D-314, quien otorgó todas las facilidades necesarias para la realización del proyecto.

SESIONES	FECHA Y DURACION	CONTENIDOS	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
PRIMERA: Conocimiento	12 Junio 60 min.	- Formación del grupo - Presentación alumnas - Coctail	- <u>Recreativas</u> : Encuentro preliminar. Rompe-hielo, Test diagnóstico	15	- Alumnas semin. - Sala reuniones - Asistentes - Materiales Ofic. - Económ. (alumnas)	En esta sesión se aplicó el instrumento A-D y se ofreció un coctail a los asistentes.
SEGUNDA: Hábitos alimenticios y de consumo.	19 Junio 60 min.	- Qué son los hábitos - Hábitos alimenticios y de consumo. - Influencia de hábitos en la salud.	- Observación est. - Charla - Rotafolio - Discusión	9	- carteles - rotafolio - asistentes - pizarrón - diapositivas - proyectora	La participación del grupo fue positiva ya que todos hicieron consultas Asistencia baja por lluvia

SESIONES	FECHA Y DURACION	CONTENIDO	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>TERCERA:</p> <p>Disponibilidad de recursos y distribución del presupuesto fam.</p>	<p>26 Junio 60 min.</p>	<p>-Qué entiende por recurso -Rec. con que cuenta la fam. -Utilización de los recursos -Distribución del presupuesto familiar -Jerarquización de necesidades.</p>	<p>- Charla - Observación estructurada - Discucion - Audiovisuales: diapositivas</p>	12	<p>-Alumnas -Asistentes -Pizarrón -Carteles - Proyectora y diapositivas positivas</p>	<p>Los asistentes se mostraron deseosos de consultar. Se observó la llegada de 3 nuevas personas al grupo.</p>
<p>CUARTA:</p> <p>La Salud Familiar</p>	<p>3 Julio 60 min.</p>	<p>- Conceptos: Salud y Enferm. - Higiene: corporal, ambiental y del hogar</p>	<p>-Observación -Charla -discusión</p>	11	<p>-alumnas -matrona -asistentes</p>	
<p>QUINTA:</p> <p>Autocuidado de la Salud Fam.</p>	<p>10 Julio 60 min.</p>	<p>-Técnicas básicas prevención -Nociones sobre riesgos</p>	<p>-charla -Observación - discusión</p>	12	<p>-alumnas - asistentes -pizarrón carteles</p>	<p>En esta sesión se aplicó el instrumento A-D.</p>

-- EJECUCION PROYECTO N° 3

En la ejecución de este proyecto se incorporó a 12 jóvenes de la población objeto de estudio, de un total de 60 que existen en la población. Sin embargo, se debe señalar que solamente se invitó a 18 jóvenes puesto que el resto no podía asistir por problemas de horario de clases.

1.- Etapa de organización:

Esta etapa se inició con la primera reunión del grupo seminario efectuada el 20 de Mayo de 1985, con el objeto de desarrollar las actividades programadas en conjunto y tuvo una duración de 1 semana, finalizando el 25 del mismo mes.

La Organización implicó lo siguiente:

- Confeccionar citaciones para cada una de las familias de la población objeto de estudio;
- Confeccionar cuestionarios en relación a los diferentes temas programados y que serían dados a conocer en cada sesión;
- Procesar el instrumento de recolección de datos para determinar la necesidad de readecuación de los temas;
- Coordinarse con profesional especialista en materias a abordar;
- Entrevista con el director de la Escuela, con el objeto de obtener un espacio físico para la realización de las reuniones;
- Confeccionar afiches didácticos en relación a cada temática programada.

- Revisar material bibliográfico relacionado con los temas a impartir en cada sesión.
- Realizar gestiones para obtener los recursos necesarios para la implementación del proyecto.

2.- Etapa de motivación:

Esta se extendió desde el 27 de Mayo y hasta el 7 de Junio. Durante estas dos semanas se realizó:

- Entrega de citas a las familias;
- Visitas domiciliarias.

3.- Etapa de entrega de contenidos:

Después de haber detectado el grado de conocimiento que tenían los jóvenes sobre los temas a tratar, se entregaron los contenidos socioeducativos, realizándose charlas una vez por semana, con una duración de 1,30 Hrs, cada una.

En cada una de las sesiones se realizaron, en forma paralela, actividades recreativas tendientes a la formación y conocimiento del grupo. En la oportunidad en que la charla fue ejecutada por el profesional especialista, alumna supervisó el cumplimiento de tal actividad.

3.1.- Unidades temáticas:

Primera sesión: Formación y conocimiento del grupo.

Fecha: 12 de Junio de 1985

Segunda sesión; Unidad temática: Adolescencia

Fecha: 19 de Junio de 1985

Contenidos: Cambios físicos, psicológicos y  
sociales.

La amistad y el pololeo

Tercera sesión; Unidad temática: Educación sexual.

Fecha: 26 de Junio de 1985

Contenidos: Descripción aparato genital feme-  
nino y masculino

Embarazo

Métodos anticonceptivos

Higiene corporal

Cuarta sesión; Unidad temática: La Familia.

Fecha: 3 de Julio de 1985

Contenidos: Funciones de la familia

Roles paternos

Roles de los hijos

Quinta sesión; Unidad temática: Paternidad responsable

Fecha: 10 de Julio de 1985

Contenidos: Comunicación familiar

3.2.- Técnicas utilizadas:

- Observación
- Charlas
- Discucion
- Afiches
- Rotafolio
- Pizarrón

4.- Mecanismos de administración de actividades:

4.1.- Personas que cooperaron:

- Asistente Social Consultorio Familiar, San José, de Rodelillo;
- Matrona del mismo Consultorio;
- Director escuela D-314, de Rodelillo.

4.2.- Recursos utilizados:

Los recursos que se utilizaron en la realización del presente proyecto fueron mínimos, puesto que se trataba de entregar contenidos educativos a través de charlas expositivas y de realizar actividades recreativas, par los cuales no se requería de mayores recursos materiales.

Con respecto a los recursos humanos, se utilizó a los profesionales del Consultorio, por lo que tampoco ésto demandó gastos. Además, la sala de reuniones fue cedida por la Escuela D-314.

EJECUCION

SESIONES	FECHA Y DURACION	CONTENIDOS	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
PRIMERA: Adolescencia	12 Junio 60 min. 30 min.	-Cambios físicos, psicológicos y sociales - Actividades recreativas	-Observación -Charla -Test diagnóstico - Pif Paf - Yo digo que	7	-alumnas carteles - pelota	En esta sesión se aplicó el instrumento A-D. Los adolescentes se mostraron deseosos de participar.
SEGUNDA: Amistad y pololeo.	19 Junio 60 min. 30 min.	- La amistad y el pololeo - Activ. recreativas	- Observación - Charla - Torbellino de ideas -ocupando la jaula -una sola palabra	9	- alumnas - carteles - 1 silla - papel-lápiz	Se observa interés, ya que los jóvenes participan activamente.
TERCERA: Educación	26 Junio 90 min.	- descripción aparato genital femenino y masculino - métodos anticonceptivos	-observación -charla - torbellino de ideas	11	- alumna - matrona carteles	En esta sesión se aplicó el instrumento A-D. Gran interés por el tema.

SESION	FECHA Y DURACION	CONTENIDOS	TECNICAS	Nº DE PARTIC.	RECURSOS	OBSERVACIONES
CUARTA: Educación Sexual	3 Julio 90 min.	- Higiene corporal del adolescente	- Observación - Charla - Torbellino de ideas	11	- alumna - matrona - pizarrón	
QUINTA: La Familia	10 Julio 60 min.  30 min.	- Comunicación familiar - Paternidad responsable  - Activid. recreativas	- Observación - Charla - Torbellino de ideas. - Test - Yo vengo - Múltiplo de 3	12	- alumna - carteles - pizarrón	En esta sesión se aplicó el instrumento Antes-Después.

-- EJECUCION PROYECTO N° 4

De las 42 familias que componen el colectivo solamente 18 se incorporaron al Programa de Medicina Familiar y de éstas, 15 solamente asistieron a la citación para ser chequeadas por el equipo interdisciplinario.

a) Etapa de Organización:

Esta etapa se inició en el mes de Agosto de 1984, con las primeras reuniones entre alumnas seminaristas y equipo interdisciplinario de Medicina Familiar, en las cuales se les asignó la Población El Sauzal como sujeto de acción. Su duración fue de aproximadamente dos semanas, al cabo de las cuales Asistente Social del Consultorio introdujo a alumnas en la población, con el fin de que éstas captaran a las familias susceptibles de ser tratadas por Medicina Familiar, a nivel de Consultorio.

Las actividades realizadas durante esta etapa fueron las siguientes:

- Entrevista con médico jefe del programa de Medicina Familiar, con el fin de interiorizarse de la forma de funcionamiento del Programa.
- Entrevista con Asistente Social, con el propósito de aprender la forma de realizar las entrevistas de Medicina Familiar a las familias.
- Reuniones de grupo seminario a fin de determinar responsabilidades.

2.- Etapa de motivación:

Esta fase de la labor profesional se realizó en forma paralela al trabajo de captar las familias y se inició con la aplicación de la encuesta preliminar, en la cual se conoció a las familias, obteniendo una primera aproximación a su realidad.

Las actividades realizadas en la etapa de motivación fueron:

Visitas domiciliarias

Entrevistas, individuales y grupales a las familias

Aplicación de la encuesta social

3.- Etapa ejecutiva propiamente tal:

Esta etapa se extiende durante 8 meses, a contar del mes de Noviembre de 1984, en el cual empezaron a pasar las primeras familias al Programa de Medicina Familiar y hasta el mes de Junio (primera semana) en el cual pasó la última familia a cargo de alumnas.

Durante esta fase las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

- Entrevistas con la familia detectada, como de riesgo que iba a ser pasada al programa de Medicina Familiar
- Visitas domiciliarias previas al ingreso de las familias al programa, a fin de apoyarlas psicológicamente en su deseo de participar.
- Visitas domiciliarias posteriores, con el propósito de controlar el cumplimiento de las indicaciones entregadas por los profesionales y efectuar el trata-

miento, en los casos indicados.

- Realización de diversos trámites, solicitados por algunas familias, tales como: trámites en el S.S.S. para obtención de jubilación y recuperación de libreta extraviada.

4.- Mecanismos de administración de actividades:

4.1.- Personas que cooperaron:

- Equipo interdisciplinario del Consultorio Familiar San José;
- Familias de la población El Sauzal.

4.2.- Recursos utilizados:

Los recursos necesarios para llevar a cabo el presente proyecto fueron mínimos, por cuanto en su realización se trató más que nada de efectuar visitas a las familias, para lo cual los gastos fueron ínfimos.

Con respecto a los recursos humanos, se contó con la colaboración especial de la Asistente Social del Consultorio quien entregó todos los elementos necesarios para llevar a cabo las entrevistas familiares de tal forma de rescatar los datos más relevantes para el Programa.

CAPITULO VI

EVALUACION

## EVALUACION

Una vez finalizada la etapa de Ejecución, es decir, la puesta en marcha de lo programado, corresponde determinar en qué medida se logró impactar a la población sujeto de acción.

La evaluación del programa permite medir la eficacia del proceso de intervención profesional. Esto se logrará en la medida que se analicen los resultados obtenidos con la aplicación de los proyectos que conforman el programa, tanto los de atención grupal, como el proyecto de atención caústica.

### -- Objetivo de la Evaluación:

"Medir los resultados obtenidos a través de la intervención profesional".

### 1.- ANALISIS EVALUATIVO DEL OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA:

El objetivo general del Programa estuvo orientado a lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las familias que conforman la población objeto de estudio.

Con este fin se ejecutaron tres proyectos socioeducativos orientados a la entrega de contenidos básicos a las parejas y a los adolescentes pertenecientes al colectivo. Dichos proyectos tendían a minimizar los efectos de las problemáticas que fueron detectadas a través del Diagnóstico. Además, se ejecutó un cuarto proyecto orientado a la atención individual de las familias incorporadas al programa de Medicina

Familiar.

Para medir los logros obtenidos por el Programa, es menester hacer mención a los resultados de cada proyecto específico, ya que es a través de su cumplimiento que se podrá determinar el grado de éxito o fracaso de lo programado.

Es por ello que se analizarán en forma independiente los diferentes proyectos ejecutados, tanto grupales como individual.

## 2.- ANALISIS EVALUATIVO DE LAS TECNICAS Y SISTEMAS DE CONTROL Y REGISTRO DEL PROGRAMA.

Considerando que los tres proyectos de acción social utilizan en su ejecución, técnicas similares y además, sistemas de control y registro de la información uniformes, se determinó realizar una evaluación conjunta de dichas técnicas y sistemas.

### TECNICAS:

- Observación: ésta permitió captar el proceso de dinámica grupal experimentado por las personas incorporadas a los proyectos.
- Entrevista: esta técnica hizo posible coordinar las actividades contempladas en los diferentes proyectos, especialmente en la etapa de organización. Se utilizó además, en el contacto con los sujetos de acción, lo que permitió conocer el grado de aceptación y eficacia del proyecto y asimismo, el nivel de asimilación de los contenidos entregados.

- Charla: esta técnica hizo posible la entrega sistemática de contenidos a los sujetos de acción de los diferentes proyectos.
- Investigación Bibliográfica: Mediante la utilización de esta técnica se logró obtener información necesaria y el reforzamiento en las materias a tratar en los diferentes proyectos.
- Visitas domiciliarias: el uso de esta técnica fue de gran utilidad por cuanto permitió, por una parte, informar a la población acerca de los proyectos a realizar y, al mismo tiempo, incentivar su participación en ellos.
- Torbellino de ideas: Esta técnica fue aplicada con el objeto de lograr el libre desarrollo de las ideas, lo que permitió una discusión de todos los temas tratados.
- Técnicas asertivas; Reforzamiento positivo: el uso de esta técnica estuvo orientado a fortalecer la repetición de conductas consideradas como deseables para el mantenimiento de la salud.
- Clarificación: técnica de orden psicológico que tuvo como propósito aclarar concepciones erróneas de las familias acerca de algunos temas considerados como tabú o bien otros ante los cuales atribuían respuestas de carácter "mágico".
- Caja de preguntas: la utilización de esta técnica no se hizo necesaria, por cuanto las consultas fueron realizadas en forma directa por los participantes.

- Técnicas audiovisuales: se constituyeron en un elemento motivador para la participación en las reuniones y al mismo tiempo, permitieron complementar en forma gráfica los temas abordados en cada proyecto.
- Técnicas recreativas: a través de ellas se logró un mayor acercamiento entre los integrantes del grupo; al mismo tiempo, permitió establecer una atmósfera más cálida, despertando el interés del grupo por aprender los contenidos entregados.
  
- SISTEMAS DE CONTROL Y REGISTRO.
- Test Diagnóstico: su objetivo fue medir el nivel de conocimientos de los sujetos de acción antes de la aplicación del proyecto y el impacto que éste significó.
- Pauta de observación estructurada: este instrumento se utilizó para medir las conductas registradas durante las sesiones.
- Tabla GANTT: esta se utilizó para controlar la ejecución de las actividades de cada proyecto, dentro del tiempo programado.

### 3.- ANALISIS EVALUATIVO DE LOS RECURSOS:

- Recursos materiales: los recursos materiales utilizados fueron los mínimos y lograron cumplir con el objetivo hacia el cual estaban orientados.
- Recursos humanos: la profesional que colaboró en el ciclo de charlas, así como cada uno

de los profesionales del equipo, que de una u otra forma cooperaron en la realización de éstas, lo hicieron eficazmente, en la medida que los resultados obtenidos fueron positivos.

- Recursos Institucionales: fueron utilizados efectivamente, ya que gracias a ellos se pudieron desarrollar los diferentes proyectos.

#### 4.- ANALISIS EVALUATIVO DEL TIEMPO:

De acuerdo a lo realizado, se puede afirmar que las actividades contempladas en los diversos proyectos se llevaron a cabo dentro de los plazos establecidos, no surgiendo dificultades u obstáculos que impidieran la realización de ellas salvo lo ocurrido con el proyecto N° 4, el cual vio retrasados sus plazos por las razones expuestas en su oportunidad.

-- Evaluación del Proyecto N° 1

El presente proyecto estuvo orientado a la "realización de una labor educativa a las familias de la población El Sauzal, en cuanto a aspectos relacionados con el mejoramiento de las relaciones con yugales".

a) Análisis evaluativo de los objetivos:

Este análisis tiene el propósito fundamental de determinar hasta donde los objetivos específicos, que dan cuenta del objetivo general, se cumplen.

A fin conseguir el logro de los objetivos planteados en el proyecto se llevaron a cabo 4 sesiones en las que se desarrollaron los diferentes contenidos correspondientes a cada una de las unidades temáticas. Para medir de algún modo si el Proyecto cumplió con el objetivo de incrementar los conocimientos existentes en los participantes de las reuniones y además, aclarar los conceptos erróneos que éstos tenían, se realizó un test diagnóstico, de 24 preguntas, que abarcaba la mayoría de los temas a tratar. Con posterioridad, y una vez finalizada la labor de entrega de contenidos, se reevaluó el grado de conocimientos entre los asistentes, obteniéndose los siguientes resultados en ambas mediciones:

CUADRO COMPARATIVO

(Medición Antes-Después)

Familia	A N T E S			D E S P U E S		
	Ptos.	Rango	Nivel	Ptos.	Rango	Nivel
1	43	0.6	R	54	0.8	B
2	55	0.8	B	65	0.9	B
3	32	0.5	R	38	0.5	R
4	44	0.6	R	56	0.8	B
5	48	0.7	R	56	0.8	B
6	46	0.7	R	52	0.7	B
7	48	0.7	R	54	0.7	B
8	53	0.8	B	55	0.8	B
9	51	0.7	R	56	0.8	B
10	43	0.6	R	45	0.6	R
11	22	0.3	M	32	0.5	R
12	48	0.7	R	56	0.8	B
13	23	0.3	M	27	0.4	M
14	28	0.4	M	36	0.5	R
15	55	0.8	B	58	0.8	B
16	40	0.6	R	50	0.7	R
17	20	0.3	M	23	0.3	M
18	35	0.5	R	47	0.7	R
19	43	0.6	R	50	0.7	R

Escala de puntaje Test de conocimientos:

Puntaje máximo = 70 puntos = 1.00

Rangos: Bueno = 0,8 a 1.00

Regular = 0.5 a 0.7

Malo = 0.0 a 0.4

La proporción se obtiene dividiendo el puntaje alcanzado por el puntaje máximo.

El análisis de los datos presentados en el cuadro comparativo permite señalar que la mayor concentración de personas se encuentra en el nivel de conocimiento Regular, con 12 casos, seguido por el nivel Malo, con 4 casos, de acuerdo a los conocimientos que tenían antes de la aplicación del proyecto.

Una vez aplicada la variable interviniente "entrega de contenidos específicos", se obtuvieron algunos cambios significativos: 8 personas se ubicaron en el nivel Bueno, 9 en el nivel Regular y sólo dos se mantuvieron en el nivel Malo. La explicación de esto último es que estas personas asistieron esporádicamente a las sesiones, no logrando, a causa de ello, aprehender nuevos conocimientos.

Por otra parte, al analizar los resultados desde el punto de vista del rango, se puede destacar que 13 personas subieron de rango, (sea de regular a bueno o de malo a regular) y 6 se mantuvieron en sus mismos rangos, pese a haber mejorado el puntaje, lo que significa que los conocimientos no mejoraron lo suficiente como para alcanzar un rango más alto.

b) Análisis evaluativo de la asistencia y participación en las reuniones:

-- Asistencia: La asistencia de las parejas que previamente fueron invitadas a participar (32 parejas) alcanzó un nivel bastante bajo, por cuanto sólo 3 de ellas, aproximadamente el 9,4%, respondió en forma positiva asistiendo a las reuniones. La explicación de lo anterior puede encontrarse en los horarios de trabajo de los jefes de hogar (la mayoría de ellos vendedores ambulantes) ya que la mayoría de los asistentes eran dueñas de casa, 13 en total, quienes se excusaron de no asistir con sus respectivas parejas por encontrarse éstos trabajando.

-- Participación: La participación de los asistentes, durante el desarrollo de las charlas, fue bastante activa, ya que en la mayoría de las exposiciones más del 50% de los asistentes participaba mediante consultas, escuchando con atención haciendo comentarios y aún más, pidiendo consejos. De esta manera, se puede concluir que aunque la concurrencia no fue la esperada (un promedio de 12 personas por sesión), por lo menos, la participación de los asistentes fue bastante satisfactoria.

c) Análisis evaluativo de las acciones realizadas:

Durante el desarrollo de las sesiones se realizaron diversas acciones tendientes a mantener el interés de los asistentes. Por ejemplo: cuando la persona que exponía era la profesional matrona, alumna

permanecía cerca para colaborar con ella en el sentido de animar a los participantes para que hicieran consultas sobre el tema.

Por otra parte, cuando la expositora era la propia alumna, debido al mayor contacto con los pobladores, se les trataba con familiaridad (por sus nombres), lo cual fomentaba un ambiente más cálido para realizar cualquier consulta o discutir con otros participantes sobre aspectos que no quedaban claramente expuestos.

-- Evaluación del Proyecto N° 2

Este proyecto de acción social tuvo por objeto "capacitar a las familias, especialmente las pareas, que componen la población objeto de estudio en aspectos relativos al aprovechamiento de recursos, los hábitos alimenticios y de consumo y el autocuidado de la Salud Familiar".

a) Análisis evaluativo de los Objetivos:

Los objetivos específicos planteados para este proyecto fueron los siguientes: -

- 1.- "Contribuir al mejor aprovechamiento de los recursos, tanto económicos como humanos, de que disponen las familias".
- 2.- "Lograr que las familias mejoren sus hábitos ali-menticios y de consumo, a través de la entrega de contenidos educativos específicos, a las parejas que las componen".
- 3.- "Entregar conocimientos básicos sobre Salud Fami-liar a todos los participantes del grupo".

Con el fin de cumplir con estos objetivos, se entregaron contenidos socioeducativos especí-ficos en forma sistemática, los que se dividieron en tres unidades temáticas, cada una de las cuales correspondió a un objetivo específico.

A objeto de medir el grado de conocimiento alcanzado por los integrantes del grupo durante el proceso de capacitación, se aplicó un test diagnóstico antes de la intervención profesional y después de ella,

del cual se extrajeron los siguientes resultados:

CUADRO COMPARATIVO ANTES-DESPUES

	A N T E S			D E S P U E S		
	Ptos.	Rango	Nivel	Ptos.	Rango	Nivel
1	9	0.7	R	12	0.9	B
2	7	0.5	R	11	0.8	B
3	8	0.6	R	12	0.9	B
4	8	0.6	R	10	0.8	B
5	7	0.5	R	10	0.8	B
6	7	0.5	R	9	0.7	R
7	10	0.8	B	11	0.8	B
8	8	0.6	R	10	0.8	B
9	5	0.4	M	5	0.4	M
10	10	0.8	B	11	0.8	B
11	11	0.8	B	11	0.8	B
12	5	0.4	M	8	0.6	R
13	8	0.6	R	9	0.7	R
14	5	0.4	M	5	0.4	M
15	8	0.6	R	10	0.8	B
16	8	0.6	R	10	0.8	B
17	8	0.6	R	11	0.8	B
18	7	0.5	R	9	0.7	R
19	7	0.5	R	10	0.8	B

- Escala de Puntaje:

Puntaje máximo: 13 puntos = 1.00

Rangos: Bueno = 0.8 a 1.0

Regular = 0.5 a 0.7

Malo = 0.0 a 0.4

Universidad de Valparaíso  
CHILE  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BIBLIOTECA

Los datos presentados en la tabla indican que en la Medición "Antes" de entregar los contenidos educativos la mayor cantidad de personas se concentró en el Rango 0.6, nivel Regular de conocimientos acerca de los temas a tratar, mientras que en la Medición "Después" de la aplicación del proyecto, la mayor concentración se encuentra en el Rango 0.8, nivel de conocimientos Bueno. El número de casos en ambas mediciones fue el siguiente:

ANTES: Rango 0.6 = 7 personas

Rango 0.5 = 5 personas

Rangos 0.4 y 0.8 = 3 personas

Rango 0.7 = 1 persona

DESPUES: Rango 0.8 = 11 personas

Rango 0.7 = 3 personas

Rangos 0.4 y 0.9 = 2 personas

Rango 0.6 = 1 persona

Del análisis de los resultados del cuadro presentado anteriormente, se puede desprender que hubo un cambio entre las dos mediciones, lo cual podría deberse a la intervención profesional, ya que precisamente en los tres casos extremos que obtuvieron el menor puntaje es aquellos en los cuales la variable in-

terviniente no pudo ser aplicada por cuanto son personas que solamente asistieron a la primera reunión y que luego sirvieron para controlar y comparar las respuestas, de lo cual se puede concluir que los cambios registrados se deben a la aplicación del proyecto socioeducativo.

b) Análisis evaluativo de la Participación y la Asistencia:

En relación a la asistencia a las reuniones, sólo se logró una concurrencia del 9.4% de las parejas y del 30% de las personas invitadas, puesto que de las 32 parejas, 64 personas, invitadas, solamente en 3 casos asistieron ambos cónyuges (convivientes) y en los restantes casos, solamente asistió la dueña de casa, excusándose por sus parejas, por motivos de trabajo.

Por su parte, la participación en las reuniones fue medida a través de la utilización de la Pauta de Observación construida para dichos fines (ver anexo). De los datos obtenidos mediante su aplicación se puede extraer que, en general, la participación fue satisfactoria, puesto que la mayoría de las reuniones contó con la participación activa de más del 50% de los asistentes, ya sea a través de consultas, aportando ideas o haciendo comentarios positivos. Esto resulta bastante significativo dadas las condiciones socio-culturales de la población, según las cuales se esperarían encontrar mayor indiferencia en los asistentes a las reuniones, sobretodo, considerando las temáticas a tratar.

c) Análisis evaluativo de las acciones realizadas por alumnas:

Durante el desarrollo de las reuniones alumnas utilizaron diferentes técnicas orientadas a mejorar la participación de los asistentes, estimular su participación mediante el uso de "preguntas clave" invitando al diálogo y motivar la asistencia a las siguientes reuniones, dando una visión general de los temas que serán tratados en ella.

Algunas otras técnicas utilizadas por alumna en el desarrollo de las reuniones y más específicamente, en su trato directo con los asistentes, fueron: el Reforzamiento positivo, de aquellas conductas consideradas adecuadas; Clarificación, utilizada especialmente en la sesión destinada a tratar lo relativo a los hábitos, en la medida que ésta permitió modificar la visión distorsionada de las personas en cuanto a hábitos alimenticios o de aseo y concepciones erróneas de carácter mágico.

Es necesario señalar que el uso de estas técnicas fue posible debido a la reducida cantidad de asistentes ( un promedio de 12 personas) lo cual permitió un trato directo con cada asistente.

-- Evaluación del Proyecto N° 3

"Proyecto socioeducativo y recreativo destinado a los jóvenes de la Población El Sauzal, de Rodelillo Alto".

a) Análisis evaluativo de los objetivos:

En el proyecto aplicado se planteó como objetivo específico N° 1: "Incentivar una mejor utilización del tiempo libre en los integrantes del grupo". En la consecución de este objetivo, se realizó una labor de orientación a los jóvenes sobre la base de los resultados obtenidos en el test diagnóstico, el cual arrojó un alto porcentaje (75%0 de jóvenes que destinan su tiempo libre a ver televisión y a jugar, relegando a un segundo plano sus actividades escolares y aún, las actividades deportivas. La labor orientadora se brindó a lo largo de todas las sesiones.

Los resultados obtenidos, en base a la orientación entregada, se pueden considerar positivos en la medida que se registró un leve cambio en cuanto al uso de su tiempo libre.

Con respecto a los objetivos específicos que se relacionan con el proceso de aprendizaje y que son los que se mencionarán a continuación, se efectuó en forma sistemática una entrega de contenidos referentes a cada uno de los temas. Dichos objetivos son:

- Informar al grupo respecto a los cambios físico, psicológicos y sociales que ocurren en la adolescencia.

- Informar al grupo sobre el significado de la Amistad y el Pololeo.
- Entregar información al grupo sobre Educación sexual Métodos anticonceptivos y hábitos de higiene del adolescente.
- Dar a conocer al grupo, información respecto a la familia, comunicación familiar y paternidad responsable.

Para obtener una visión global acerca del conocimiento previo, se aplicó un test diagnóstico al inicio y término de la ejecución del proyecto, el que arrojó una serie de datos que son presentados en una tabla que tiene como objetivo comparar la situación (conocimientos) inicial y final de los asistentes al proyecto.

Las categorías utilizadas en el cuadro comparativo son las siguientes:

- A = adolescencia
- B = educación sexual
- C = familia
- D = total de puntos
- E = Rango
- F = Nivel

CUADRO COMPARATIVO

(Medición Antes-Después)

	A N T E S						D E S P U E S					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
1	11	15	21	47	0.4	M	22	29	25	76	0.7	R
2	21	19	20	59	0.5	R	25	23	26	74	0.7	R
3	15	12	11	38	0.4	M	29	24	18	71	0.7	R
4	18	16	17	51	0.5	R	22	20	20	62	0.6	R
5	22	29	21	72	0.7	R	24	37	26	87	0.8	B
6	17	23	11	51	0.5	R	20	28	19	67	0.6	R
7	13	21	20	54	0.5	R	25	28	29	82	0.8	B
8	18	24	13	55	0.5	R	26	24	18	68	0.6	R
9	15	20	20	55	0.5	R	21	10	25	66	0.6	R
10	20	23	19	62	0.6	R	23	28	22	73	0.7	R
11	10	15	17	42	0.4	M	26	29	23	78	0.7	R
12	12	21	17	50	0.5	R	18	28	25	71	0.7	R

- Escala de puntaje:

Puntaje máximo = 104 = 1.0 (26 - 48 - 30)

Rangos: Bueno = 0.8 a 1.0

Regular = 0.5 a 0.7

Malo = 0.0 a 0.4

De los resultados obtenidos se puede deducir que el conocimiento de los integrantes del grupo tuvo una variación positiva, ya que en casos, aunque quedaron en el mismo nivel, aumentó el puntaje, lo que implicó un incremento del conocimiento. En 5 casos se logró un ascenso en los niveles, de Malo a Regular y de Regular a Bueno.

En relación al objetivo específico: "Desarrollar actividades recreativas en cada una de las sesiones", se puede decir que éste se cumplió en la medida que permitió lograr una mayor participación de los jóvenes durante las sesiones, creando a su vez, un ambiente cálido que hizo posible que los jóvenes expresaran sus inquietudes más abiertamente.

b) Análisis evaluativo de la Participación y la Asistencia:

Con respecto a la asistencia a las reuniones, del total de jóvenes invitados, que asciende a 18, (el resto de los jóvenes tenía problemas de horario), el 67% (12 jóvenes) respondió positivamente a la invitación asistiendo a las reuniones. Esto se considera satisfactorio, dadas las características de la población a la cual iba dirigido el proyecto.

Para medir el grado de participación en las reuniones, se utilizó la Pauta de observación estructurada, a través de la cual se pudo detectar que más del 50% de los jóvenes participó en forma activa en las sesiones de entrega de contenido así como en las actividades recreativas realizadas.

c) Análisis evaluativo de las acciones realizadas

por alumnas:

En el desarrollo de las sesiones se llevaron a cabo diversas acciones, en el curso de las cuales se utilizaron técnicas destinadas a mejorar la participación y asistencia. Entre ellas se deben mencionar las técnicas recreativas que tuvieron como propósito crear un clima cálido y permisivo entre los jóvenes:

- el Pif Paf;
- Yo digo que;
- Ocupando la jaula, etc.

Además, se utilizaron técnicas tales como el torbellino de ideas y otras destinadas a motivar a los jóvenes a que expresaran sus inquietudes.

-- Evaluación del Proyecto N° 4

El proyecto destinado a realizar una labor de Caso con las familias incorporadas al Programa de Medicina Familiar se realizó en forma paralela al Diagnóstico Social, la Programación y la Ejecución de los anteriores proyectos.

a) Análisis evaluativo de los objetivos:

Los objetivos específicos que se plantearon para este proyecto fueron los siguientes:

- Identificar a las familias ingresadas al Programa de Medicina Familiar.
- Efectuar un diagnóstico de la situación familiar de cada una de ellas.
- Tratar los problemas sociales susceptibles de ser abordados por alumnas seminaristas.
- Realizar un seguimiento de cada caso, durante el período que comprenda el Seminario.

Con el fin de cumplir con los objetivos mencionados se trabajó con cada una de las familias del colectivo a fin de introducir las en el conocimiento de lo que es la Medicina Familiar, esto con el fin de incentivar su participación en dicho programa, previa lo cual se aplicó una encuesta a las familias que conforman el colectivo, mediante la cual se pudo realizar un perfil de cada familia.

Por su parte, con el propósito de tratar los problemas sociales de cada familia, suscepti-

bles de ser abordados, se realizaron una serie de visitas domiciliarias, entrevistas, tanto grupales como individuales y se utilizó técnicas tales como la Observación y la investigación bibliográfica.

b) Análisis evaluativo de la Participación y la Asistencia:

Con relación a la asistencia de las familias al programa de Medicina Familiar, ésta fue menor de la esperada, por diversas razones que es necesario mencionar:(1)

- Asistencia al programa de Medicina Familiar: de las 18 familias incorporadas al programa, sólo 15 fueron chequeadas por el equipo interdisciplinario, ya que las tres restantes, aunque fueron citadas y se les realizaron las entrevistas preliminares de rigor, no acudieron a la citación, sin dar una razón valedera.
- Ingreso de las familias al Programa: de las 42 familias que componen el colectivo, solamente 18 fueron ingresadas al programa, básicamente por razones de incumplimiento de los plazos, lo que se debió a motivos ajenos a la voluntad, tanto del equipo interdisciplinario, como de alumnas. (2)

---

(1) Se considera ingresada en el programa a las familias que recibieron las 3 visitas domiciliarias previas y a quienes se les ha hecho el Informe Social que se incluye en la carpeta. Familia chequeada es aquella que asistió al Consultorio a la citación.

(2) Las razones son expuestas con detalle en la Metodología de Investigación.

- Evaluación y conclusiones del trabajo casuístico.

De las 18 familias incorporadas al Programa de Medicina Familiar, 15 asistieron a la citación para ser chequeadas por el equipo médico; las otras 3 no concurrieron a la citación, pero aún así sus datos fueron consignados en la ficha familiar, en virtud del INFORME SOCIAL que se preparó con los datos extraídos durante las 3 primeras Visitas Domiciliarias.

Entre las 18 familias ingresadas al programa, se pudieron extraer las siguientes conclusiones:

- 1.- 15 familias presentaron problemas de salud, lo que equivale al 35% del total de familias que componen el colectivo (42).
- 2.- En relación al riesgo en salud, 6 familias son consideradas de alto riesgo y 7 de riesgo leve; las 5 restantes se consideran normales, (el riesgo es medido en los 3 aspectos, biológico, psicológico y social).
- 3.- 16 familias presentaron problemas socioeconómicos, la mayoría de ellos por bajos ingresos (12) Hacinamiento(8), cesantía (12).
- 4.- Los problemas de relaciones familiares afectaron a 10 de las 18 familias (56% aprox.), lo que es bastante significativo, más aún cuando se dan casos en que ni siquiera reconocen su disfunción.
- 5.- En cuanto a problemas psicosociales, tales como el alcoholismo, los problemas psicológicos, el retardo mental y otros, éstos se presentan en exactamente la mitad de las familias (9).

- 6.- Es significativo que en cuanto a la constitución familiar, se presente un 66% de familias legalmente constituidas y sólo un 33% de familias consensuales, ya que dadas las características de la población objeto de estudio, se esperaría encontrar un más alto porcentaje de ilegalidad en las parejas, además, como este dato no se consideró en la elección de las familias que ingresarían a M.F., resulta aún más valioso.
  
- 7.- Finalmente, en relación a la asistencia a los controles a los cuales fueron citados, solamente 8 familias presentan una asistencia considerada "regular", es decir, al menos un miembro de la familia ha asistido a los controles, mientras que en más de la mitad de las familias, nadie lo ha hecho.

APORTES DEL SEMINARIO DE TITULO

Una vez finalizado el proceso metodológico conducente a la realización del presente Seminario, se pueden señalar los aportes que de éste se derivan:

- 1.- El trabajar con una problemática no abordada hasta ahora por Servicio Social, se constituye en un elemento enriquecedor para el quehacer profesional, ya que abre nuevas perspectivas para el desempeño de la profesión.
- 2.- El presente Seminario de Título se constituyó en un estudio exploratorio - descriptivo, por lo cual podría ser utilizado como marco de referencia en nuevos estudios sobre Medicina Familiar.
- 3.- La Metodología de trabajo utilizada hizo posible la realización de una labor, a nivel de Caso, con las familias ingresadas al programa. Esto permitió obtener una visión más acabada acerca de los posibles beneficios que reporta a la familia su participación en dicho programa y, al mismo tiempo, detectar la acogida que éste tiene en la población.
- 4.- El estudio proporciona información básica sobre las variables intra y extrafamiliares (con indicadores no tradicionales), que podrían influir en el estado de salud de la población, lo cual adquiere relevancia en la medida que entrega los lineamientos generales para realizar un estudio más acucioso si fuese necesario, profundizando en los aspectos mencionados en este estudio.

- 5.- El presente Seminario contribuye a dar a conocer un nuevo esquema de trabajo del profesional Asistente Social, inserto en un equipo multidisciplinario, el cual, en un futuro más o menos próximo, podría proyectarse más allá de la investigación de la situación familiar y de un tratamiento a nivel de las familias, extendiéndose a un trabajo más especializado (terapia familiar).
  
- 6.- Un aporte concreto del presente Seminario fue la detección, a través de la investigación en terreno, de algunos factores de índole intrafamiliar que estarían influyendo en la salud, entre ellos se deben mencionar las creencias y costumbres de la familia, el apoyo emocional que brindan a sus integrantes y la calidad de las relaciones intrafamiliares.

Finalmente, podemos decir que el presente trabajo representa una primera experiencia de Servicio Social en el área de la Medicina Familiar y, por lo tanto, tiene las deficiencias propias de todo trabajo que está aún en su fase experimental.

### CONCLUSIONES DEL SEMINARIO

Luego de concluir las diferentes etapas que implicó la realización del presente Seminario, y a la luz de los datos extraídos y de los resultados que se obtuvieron, es posible concluir lo siguiente:

- 1.- El objetivo general del Seminario dice relación con "Contribuir al mejoramiento de la Salud Familiar de la población objeto de estudio". Para lograr ésto se programaron tres proyectos de acción social y uno de atención individualizada, a través de los cuales se pretendió entregar a las familias ciertos contenidos educativos básicos sobre aspectos tendientes a mejorar las relaciones familiares y elevar la calidad de vida de las familias, que son parte importante de la Salud Familiar.
  
- 2.- En cuanto al objetivo específico tendiente a "Identificar las variables intra y extrafamiliares que influyen sobre el estado de salud y el comportamiento familiar", se cumplió en la medida que, a través de la aplicación de sucesivas encuestas y su consecuente operacionalización, se obtuvieron los datos que permiten señalar que existe una estrecha relación entre las siguientes variables:
  - a) Creencias y costumbres y Actitud de las familias ante la aparición de enfermedades: se detectó que las familias tienden a mantener las costumbres de sus familias de origen en cuanto a utilización de los Servicios de Salud, las cuales no siempre son positivas. Además, en relación a las creencias, éstas también influyen de manera di-

recta en la forma de actuar.

b) La calidad de las relaciones intrafamiliares, expresada en apoyo, solidaridad, comunicación, etc., están directamente relacionadas con los efectos que la enfermedad de un miembro de la familia pueda ocasionar sobre ésta, ya que dependiendo de ella se tiende a minimizar o magnificar los efectos, tanto en lo económico, (aunque siempre son menores) como en lo social, referido esto último al traspaso de roles en caso de enfermedad del Jefe de hogar o de su cónyuge o conviviente.

c) La relación entre el autocuidado de la salud y los conocimientos que la población tiene en ese aspecto no queda tan clara, puesto que las familias manifiestan conocer los hábitos de higiene, salud, alimentación, etc. y sin embargo, no los practican, de acuerdo a lo observado por alumnas en subtrabajo en terreno.

3.- En relación al segundo objetivo específico del Seminario, éste fue cumplido plenamente en su primera parte, puesto que se implementaron y ejecutaron tres proyectos de acción social grupales y uno de atención casuística a través de los cuales se abordaron aquellas temáticas acordes a las necesidades expresadas por la población y que tuvieron como resultado un compromiso por parte de éstas, de mejorar sus condiciones ambientales y una leve mejoría en las relaciones de la familia. Sin embargo, en relación a la superación de problemáticas, es prematuro asegurar el éxito, puesto que el plazo es demasiado corto y las metas fijadas con los grupos

Están siendo recién puestas en práctica.

- 4.- Una conclusión que es dable destacar, y que se extrae de la observación en terreno y del conocimiento de las familias que conforman la población objeto de estudio, se relaciona con la existencia de un reducido número de madres solteras, lo que, dadas las características de la población y el alto riesgo de embarazos por no utilización de M.A.C, resulta incongruente, ya que se esperaría encontrar un alto número de ellas.
- 5.- Es necesario señalar que los valores arraigados en la población objeto de estudio, atentan contra la realización de proyectos que incluyan la participación de las personas y su asistencia a charlas u otro tipo de reuniones. Entre estos valores se puede mencionar un exagerado machismo de los jefes de hogar (varones) que consideran que "esas cosas son para las mujeres", un "conformismo" con su situación que no les permite visualizar sus problemas y una apatía generalizada ante ellos. A esto, se debió, en parte, la baja asistencia a los proyectos (sólo 30% de las personas invitadas), pese a la motivación introducida por alumnas.
- 6.- La atención de casos realizada con las familias permite concluir que, pese a ser una medida eficiente en algunos aspectos, adolece de limitaciones en otros. Por una parte, este tipo de trabajo permite sólo un limitado número de atenciones, por el tiempo que implica dedicar a cada familia. Por otra parte, los resultados obtenidos a través de este tipo

de atención, no están acordes con el esfuerzo que implica su realización.

7.- En razón a los motivos expuestos en el punto anterior, se podría concluir que la atención casuística no es la más adecuada en el trabajo con las familias, sino más bien se sugiere la posibilidad de agruparlas de acuerdo a las problemáticas que les afectan.

8.- El estar insertas en una Institución en la cual Servicio Social tiene una plena participación, permite en cierto grado definir cual es el papel que le cabe dentro del equipo interdisciplinario. Es así como podemos señalar que:

- a) El rol del Asistente Social es, sin lugar a dudas, el de Educador Social Informal, por cuanto toda su labor está orientada a desarrollar capacidades innatas de la persona y de las comunidades, a través de la entrega de contenidos educativos, ya sea mediante charlas, entrevistas o acciones conjuntas con el equipo.
- b) Las funciones que le competen son primordialmente, las señaladas en un capítulo anterior: Investigadora, Motivadora, Asistencial, Educadora y Coordinadora.

En el desarrollo de estas funciones, la profesional mantiene estrecha vinculación con el equipo interdisciplinario mediante reuniones y actividades conjuntas.

- 9.- El accionar de Servicio Social dentro de un equipo interdisciplinario de Medicina Familiar se ve restringido en estos momentos por las limitaciones de horario que no le permiten realizar un seguimiento efectivo de las familias tratadas, por lo cual se pierde valiosa información que podría ser rescatada por dicho profesional al ir conociendo de cerca la evolución de los problemas, como se hizo con las familias de la población El Sauzal.
- 10.- La labor profesional podría ser mejorada con una extensión horaria o mediante la incorporación de otra profesional, lo que daría mayores posibilidades de trabajo en terreno.
- 11.- Un programa de acción social que pretenda elevar la calidad de vida y que esté orientado a mejorar las relaciones humanas, dentro de la población, debe asegurar la participación objetiva de un alto porcentaje de pobladores, como asimismo, extender su cobertura abarcando no sólo a parejas sino a familias completas.
- 12.- Finalmente, se recomienda, a futuro, realizar programas tendientes a tratar problemáticas específicas tales como desnutrición o alcoholismo, las cuales no fueron tratadas en el presente Seminario por ser temas ya abordados en Servicio Social, aunque desde otra perspectiva.

B I B L I O G R A F I A

TEXTOS:

- 1.- Lavados Montes; Hugo: El desarrollo social y salud en Chile. Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, Chile; 1979.
- 2.- Livingstone, Mario: Salud Pública y bienestar social. CEPLAN, Santiago, Chile; 1976.
- 3.- Lucien Albert y Pierre Simon: Las relaciones interpersonales. Barcelona, Heider; 1979.
- 4.- Michel, André: Sociología de la familia y del matrimonio. Barcelona, Ed. Península; 1974.
- 5.- Covarrubias P. y otros: ¿crisis en la Familia?. Instituto de Sociología Pontificia Univ. Católica de Chile, 1983.
- 6.- Medina y Kaempffer: Elementos de Salud pública. Edit. Andrés Bello, 1978.
- 7.- Halliday, James: Medicina psicosomática. Edit. Universitaria, B. Aires, 1961.
- 8.- Vttorioso, Lidia de: Trabajo médico-social. Edit. Humanitas, B. Aires, 1976.
- 9.- Alvarez, M. de la Luz: Deprivación y familia. Edit. Universitaria, 1982.
- 10.- Ferrara, Flored y otros: Medicina de la Comunidad Edit. Intermédica, B. Aires, 1976.
- 11.- Saxton, Lloyd: El individuo, el matrimonio y la familia. Edit. Guadalupe, B. Aires. 1975

- 12.- Johnson H. M. y otros: Sociología y psicología social de la familia. Edit. Paidós, 1967.
- 13.- Goode, William: La familia; Edit. Universitaria, Bs. Aires, 1965

DOCUMENTOS:

- 1.- O.M.S. : Informe de una consulta sobre Salud Familiar; 1978.
- 2.- O.M.S. : Atención Primaria en salud. Conferencia Alma Ata, Septiembre; 1978.
- 3.- Florenzano U., Ramón: Salud Familiar: Desarrollo conceptual y su aplicación. Documento de trabajo CEAP N° 12, Julio 1983.
- 4.- O.P.S. : Salud para todos en el año 2000. Boletín N° 1, 1981.
- 5.- Horwitz C., Nina: Algunas bases conceptuales sobre la familia y la Salud Familiar. Doc. de trabajo CEAP N° 2, Nov. 1982
- 6.- Zegers P, Beatriz y R. Florenzano: El ciclo vital familiar y sus etapas. CEAP N° 12, Julio 1983
- 7.- O.P.S. : Boletín N° 4, Abril de 1982.
- 8.- Horwitz C. Nina y otros: La familia en la Atención Primaria: Un ensayo de integración entre las ciencias sociales y de la salud. Documento CEAP N° 16, Agosto 1984
- 9.- Florenzano U, Ramón: Ciclo vital Familiar e intervención en sus crisis. Documento CEAP N° 13 Diciembre 1983.

- 10.- Concha B, Iván: El programa de Medicina Familiar en el Consultorio La Reina. Documento CEAP N° 14, Diciembre de 1983.
- 11.- Barna J, Roberto: Medicina Familiar en el Consultorio La Reina, Experiencia de trabajo. Documento de trabajo CEAP N° 14 Dic. 1983.
- 12.- Ringeling, Isabel y otros: Ciclo vital y Perfil de morbilidad individual y familiar. Documento CEAP N° 17, Agosto 1984.

DICCIONARIOS:

- 1.- Pratt F, Henry: Diccionario de Sociología. Edit. Fondo Cultura económica. 1966.
- 2.- Warren, Howard C.: Diccionario de psicología. Edit. Fondo Cultura económica. Mex. B Aires. 1948
- 3.- Schoeck, Helmut: Diccionario de sociología. Edit. Barcelona, 1977.
- 4.- L. Cardenal: Diccionario de terminología, Ciencias médicas. Edit. Salvat. Barcelona- Madrid. 1980 .
- 5.- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Edit. Espasa, Calpe. 1970.
- 6.- Sopena: Diccionario enciclopédico ilustrado. Edit. Ramón Sopena. S.A. Barcelona. 1980.

SEMINARIOS DE TITULO:

1.- Aguilar, Ximena: "Principales aspectos a considerar en el establecimiento de un sistema de rehabilitación para menores prostitutas". Seminario de título para optar al título de Asistente Social, 1982.

"Proyecto de Servicio Social problemática matrimonial de ntes". Seminario de título pa título de Asistente Social,

Prevención de la ingestión Alcohol en la Cía. Chilena de inario de título para optar Asistente Social, 1981.

---

A N E X O S

C U E S T I O N A R I O

MEDICINA FAMILIAR: ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA POBLACION  
EL SAUZAL DE RODELILLO EN VALPARAISO

I.- IDENTIFICACION DE LA FAMILIA:

- 1.- Nombre: .....
- 2.- Domicilio: .....
- 3.- Unidad vecinal a la que pertenece: .....

II.- DATOS DE LA VIVIENDA:

4.- Tipo de vivienda:

- a) casa independiente .....
- b) mediagua .....
- c) rancho o choza .....
- d) conventillo .....
- e) pieza .....

5.- Número de piezas:

- a) una .....
- b) dos .....
- c) tres .....
- d) cuatro y más .....

6.- Número de dormitorios:

- a) uno .....
- b) dos .....
- c) tres .....
- d) cuatro y más .....

7.- ¿ Hay pieza para cocina?

- a) SI .....
- b) NO .....

8.- ¿ Hay pieza para baño?

- a) SI .....

b) NO

9.- Número de personas.

- a) una .....
- b) dos .....
- c) tres .....
- d) cuatro .....
- e) cinco .....
- f) seis .....
- g) siete .....
- h) ocho .....
- i) nueve .....
- j) diez y más .....

10.- Número de camas:

- a) una .....
- b) dos .....
- c) tres .....
- d) cuatro .....
- e) cinco .....
- f) seis .....
- g) siete .....
- h) ocho .....
- i) nueve .....
- j) diez y más .....



ENCUESTA SOCIAL

-- GRUPO FAMILIAR: .....

- 1.- ¿Cómo considera Ud. a su grupo familiar?
  - a) Sano .....
  - b) Regularmente sano .....
  - c) Enfermo. ....
  
- 2.- ¿Qué hace Ud. cuando tiene problemas personales o de relaciones con el resto de la familia?
  - a) Trata de solucionarlo solo .....
  - b) Conversa con el afectado .....
  - c) Recurre a otros familiares .....
  - d) No ha tenido problemas .....
  
- 3.- Su familia de origen, ¿Frecuentaba el Consultorio?
  - a) Sólo en caso de enfermedad .....
  - b) ante cualquier síntoma de enfermedad .....
  - c) Sólo a controles .....
  - d) En caso de enfermedad y controles.....
  - e) No se acuerda .....
  
- 4.- ¿Con qué frecuencia acude su familia al Consultorio?
  - a) sólo cuando están enfermos .....
  - b) cuando está enfermo y/o requiere consejo .....
  
- 5.- ¿Siguen las indicaciones dadas en el Consultorio?
  - a) siempre .....
  - b) casi siempre .....
  - c) nunca .....
  
- 6.- ¿Considera Ud. que es importante asistir a los controles?
  - a) SI
  - b) NO

Por qué? .....

7.- ¿Acuáles de ellos asiste Ud.?

- a) embarazadas .....
- b) preescolares .....
- c) mujeres mayores 25 ā .....
- d) crónicos .....
- e) no asiste .....

8.- ¿Cree Ud. en algunos de los siguientes "males"?

- a) mal de ojo                      A) cree en todos
- b) empacho                              B) cree en algunos
- c) enfriamiento                      C) no cree
- d) aire
- e) susto

9.- Si sufre alguno de estos males, ¿qué hace?

- a) trata de curarse solo .....
- b) acude a la meica o curandero .....
- c) Acude al Consultorio .....
- d) No corresponde (no cree) .....

10.- ¿Qué hace cuando Ud. o algún miembro de su familia se enferma?

- a) Se automedicina .....
- b) Acude al Consult. u otro establec. de salud .....
- c) Lo lleva al curandero, partera o meica .....

11.- ¿Profesa alguna religión?

- a) SI
- b) NO
- Cuál? .....

12.- ¿Su religión, establece normas sobre aspectos relacionados con la salud?

- a) SI
- b) NO
- Cuáles? .....

13.- ¿Con qué frecuencia se lava los dientes?

- a) después de cada comida .....
- b) sólo al levantarse o acostarse .....
- c) sólo se enjuaga .....
- d) no corresponde (desdentados) .....

14.- ¿Se lava las manos antes de ingerir o preparar alimentos?

- a) Siempre .....
- b) Algunas veces .....
- c) Nunca .....

15.- ¿Lava las verduras o frutas antes de consumirlas?

- a) Siempre .....
- b) Algunas veces .....
- c) Nunca .....

16.- ¿Con qué frecuencia se baña?

	<u>Verano</u>	<u>Invierno</u>
a) todos los días	.....	.....
b) 2 a 3 veces en la semana	.....	.....
c) 1 vez en la sem.	.....	.....
d) cada 15 días	.....	.....
e) sólo se lavan	.....	.....

17.- ¿Cómo considera la alimentación de su grupo fam.?

	<u>CANTIDAD</u>	<u>GALIDAD</u>
a) Buena	.....	.....
b) Regular	.....	.....
c) Insuficiente	.....	.....
d) No sabe	.....	.....

18.- ¿Cuántas comidas debe consumir la familia habitualmente?

- a) 4 comidas .....
- b) 2 y 3 comidas .....
- c) 1 comida .....

19.- Su grupo fam. ¿tiene un horario fijo para las comidas?

- a) SI
- b) NO

20.- ¿Cuántas veces lava los utensilios de cocina?

- a) antes de usarlos .....
- b) después de usarlos .....
- c) antes y después de usar los .....

21.- ¿Mantiene sus uñas cortas y limpias? (observado)

- a) SI
- b) NO

22.- ¿Cree Ud. que la existencia de animales domésticos dentro de la casa influya en el estado de salud de la familia?

- a) SI
- b) NO

Por qué? .....

23.- ¿Cree Ud. que la existencia de basurales y aguas servidas dentro de la población perjudica la salud de sus habitantes?

- a) SI
- b) NO

Por qué?.....

- 24.- ¿Cómo elimina Ud. la basura?
- a) camión .....
  - b) quebrada y estero .....
  - c) Quema o entierra .....
- 25.- ¿Sabe Ud. si las moscas ocasionan problemas a la salud?
- a) SI
  - b) NO
- 26.- ¿Cómo se comporta la familia cuando se presentan problemas al interior de ella?
- a) analizan el problema en familia .....
  - b) lo resuelven sólo los afectados .....
  - c) Lo resuelven con ayuda de algún otro miembro de la familia .....
- 27.- Cuando algún miembro de la familia desea iniciar una nueva actividad, ésta:
- a) lo apoya .....
  - b) le pone obstáculos .....
  - c) es indiferente .....
- 28.- ¿Cómo se da la comunicación en su familia?
- a) conversan .....
  - b) realizan actividades juntos .....
  - c) demuestran afecto a través de:
    - . gestos y caricias .....
    - . palabras afectuosas .....
    - . regalos .....
- 29.- ¿Cuando algún miembro de la familia tiene problemas, ¿a quién acude?
- a) a la familia .....
  - b) los resuelve solo .....
  - c) a amigos y vecinos .....

- 30.- Cuando un miembro de la familia se enferma,  
¿cómo reacciona el resto?  
a) todos se preocupan por el enfermo .....  
b) se preocupan sólo algunos miembros .....
- 31.- La enfermedad de un miembro de la familia que  
trabaje, o del Jefe de hogar, ¿implican una dis-  
minución en el ingreso?  
a) SI  
b) NO
- 32.- ¿Existen cambios en la distribución de su presu-  
puesto familiar cuando hay un enfermo en su fam?.  
a) Alimentación: Calidad ..... Cantidad .....  
b) Vestuario: Calidad ..... Cantidad .....  
c) Vivienda: pago de terrenos ..... Servic. ....  
d) Gastos en hospitalizaciones ..... Medic.....  
e) No hay cambios
- 33.- Si el jefe de hogar o la madre se enferman, ¿quién  
asume sus tareas?  
a) el otro cónyuge .....  
b) los hijos mayores .....  
c) otros parientes .....
- 34.- ¿Quién decide los asuntos importantes en su fam.?  
a) Sólo el jefe de hogar .....  
b) sólo la madre .....  
c) ambos .....  
d) otros parientes o allegados .....
- 35.- ¿Qué considera más importante para sus hijos?  
a) darles educación .....  
b) darles bienes materiales .....  
c) darles protección y afecto .....  
d) alimentación y salud .....

36.- ¿Quién castiga o reprende a sus hijos en el hogar?

- a) el padre .....  
b) la madre .....  
c) ambos .....

37.- ¿Cómo considera Ud. su relación de pareja?

- a) Satisfactorias .....  
b) regulares .....  
c) insatisfactorias .....  
d) no corresponde .....

38.- Si se presentan dificultades entre la pareja, ¿cómo se resuelven?

- a) se conversa .....  
b) se discute(peleas) .....  
c) son indiferentes .....

39.- ¿Cuál de los siguientes aspectos considera importantes en la vida de pareja?

- a) bienestar económico .....  
b) fidelidad y respeto .....  
c) confianza .....  
d) amor recíproco .....

40.- ¿Toma en cuenta la opinión de su pareja en las de cisiones?

- a) Generalmente .....  
b) A veces .....  
c) Nunca .....  
d) No corresponde .....

41.- ¿Cómo se da el diálogo en su familia?

- a) se conversa y aclaran problemas .....  
b) se discute (peleas) .....  
c) hay poco diálogo .....

- 42.- La familia es capaz de:
- a) comprender .....
  - b) perdonar .....
  - c) escuchar .....
  - d) brindar ayuda .....
- 43.- La familia se preocupa por:
- a) el estado de salud de sus miembros .....
  - b) desempeño escolar o laboral .....
  - c) alimentación y vestuario .....
  - d) tipo de amistades .....
  - e) problemas de cada uno .....
  - f) es indiferente .....
- 44.- La familia demuestra su afecto a través de:
- a) conversaciones .....
  - b) regalos .....
  - c) gestos y caricias .....
  - d) compartiendo su tiempo .....
  - e) paseos y juegos .....
- 45.- ¿Cómo le demuestra su afecto a sus hijos?
- a) con regalos .....
  - b) compartiendo su tiempo .....
  - c) interesándose en sus asuntos .....
  - d) con gestos y caricias .....
  - e) es poco demostrativo .....
- 46.- Los miembros de la familia se ayudan en:
- a) tomar decisiones importantes .....
  - b) seleccionar amigos y mantenerlos .....
  - c) realización de tareas .....
  - d) solución de problemas .....
  - e) no se ayudan .....

47.- La pareja se expresa sus sentimientos a través de:

- a) regalos .....
- b) caricias y palabras .....
- c) amistad y simpatía .....
- d) conversaciones .....
- e) no son muy expresivos .....
- f) no corresponde .....

48.- Existe armonía entre la pareja cuando:

- a) se respetan opiniones .....
- b) se acepta al otro como es .....
- c) se evitan discusiones .....
- d) se conversa y expresan sentim. ....
- e) no existe armonía .....
- f) no corresponde .....

49.- Entre los allegados y la

familia existe: Comunic. Solidarid, Afecto Armon.

- a) sólo con los J.H.
- b) con toda la fam.
- c) con alg. miembros

50.- En su familia ¿se han presentado algunas de las siguientes enfermedades?

- |                  |      |                      |      |              |      |
|------------------|------|----------------------|------|--------------|------|
| úlceras          | .... | gastritis            | .... | hipertensión | .... |
| asma             | .... | trombosis            | .... | enuresis     | .... |
| ciática          | .... | diabetes             | .... | obesidad     | .... |
| colitis          | .... | conjuntivitis        | ...  | soriasis     | .... |
| lumbago          | .... | hipertiroidismo      | ...  | urticaria    | .... |
| rinitis alérgica | .... | trastornos menstrual | .... |              |      |

51.- Cuando ocurrieron las enfermedades, ¿cómo era el estado emocional de las personas?

- a) aparentemente normal .....
- b) tenía problemas nerviosos .....
- c) tenía problemas económicos .....

- d) tenía agotamiento fís. o mental .....
- e) no corresponde .....

52.- ¿Cree Ud. que exista relación entre la aparición de una enfermedad y el afecto que una persona recibe?

- a) SI
- b) NO

Por qué? .....

53.- Mencione algunos riesgos que deben evitarse en el hogar.

54.- ¿Distingue Ud. entre una enfermedad pasajera y una de cuidado?

- a) SI
- b) NO

55.- Cuando un miembro de la familia se enferma, Ud.

- a) es capaz de reconocer los síntomas .....
- b) puede administrar las primeras atenc. ....
- c) acude al Consultorio .....

56.- ¿Considera Ud. que la falta de comunicación podría influir en la aparición de alg. enferm.?.

- a) SI
- b) NO

57.- ¿Cómo se mantiene la salud familiar?

- a) asistiendo periódicamente al consult. ....
- b) manteniendo la higiene del hogar .....
- c) entregando una alimentación adecuada .....
- d) estableciendo relaciones armónicas .....

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	casi siempre	a veces	casi nunca
1.- ¿Estoy satisfacha (o) con la ayuda que recibo de mi familia cuando estoy en problemas?			
2.- ¿Estoy satisfecha de la manera en que mi familia discute nuestros problemas y me permite participar en la resolución de ellos?			
3.- ¿ Encuentro que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades o efectuar cambios en mi estilo de vida?.			
4.- ¿ Estoy conforme de la forma que mi familia me expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, tristeza o amor?.			
5.- ¿Estoy conforme con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos?.			

Los puntajes para el APGAR son los siguientes:

- Casi siempre = 2 puntos
- Algunas veces = 1 punto
- Casi nunca = 0 punto

El encuestado deberá elegir una de las tres opciones, según lo cual será clasificado de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 7 a 10 puntos: sugiere una buena función o buen funcionamiento familiar.
- 4 a 6 puntos: sugiere una moderada disfunción familiar.
- 0 a 3 puntos: sugiere una disfunción familiar severa.

PAUTA DE OBSERVACION ESTRUCTURADA

(Para ser aplicada en las sesiones de entrega de contenidos).

CONDUCTA REGISTRADA	N.S.O.					- de 50%					+ de 50%				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Escucha con atención															
Apoya las opiniones de los otros															
Anima, bromea															
Hace sugerencias, da ideas															
Da su parecer y su opinión															
Hace comentarios y da información															
Pide informaciones y explicaciones															
Rechaza las opiniones															
Manifiesta tensiones y las aumenta															
Pide consejos, opiniones															

N.S.O. = No se observa la conducta.

T E S T

- 1.- ¿Con qué relaciona principalmente la palabra Sexo?
  - a) Diferencia entre hombre y mujer
  - b) Actividad sexual coital
  - c) Organos genitales
  - d) Todas las mencionadas anteriormente
  - e) No sabe
  
- 2.- Los órganos genitales femeninos externos son:
  - a) Labios mayores y menores
  - b) Ano
  - c) Clítoris
  - d) Himen
  - e) No sabe
  
- 3.- Los órganos genitales femeninos internos son:
  - a) Uretra
  - b) Vagina
  - c) Utero y trompas
  - d) Ovarios
  - e) No sabe
  
- 4.- Los órganos genitales masculinos externos son:
  - a) Pene y testículos
  - b) Vejiga
  - c) Próstata
  - d) Ano
  - e) No sabe
  
- 5.- ¿Qué es menstruación?
  - a) Sangramiento mensual por la vagina
  - b) Pérdida de sangre por el ano
  - c) Pérdida de líquido blanco o amarillo por vagina

- d) pérdida de mucosidad
- e) No sabe

6.- ¿ Qué es Coito?.

7.- ¿Cómo se puede adquirir una enfermedad venérea?

- a) Por medio de caricias íntimas en la pareja
- b) por medio de una relación sexual genital de pareja
- c) a través de relaciones sexuales sólo con prostitutas
- d) por masturbación
- e) no sabe

8.- ¿ Qué es menopausia?

- a) La última menstruación en la vida de una mujer
- b) Una etapa en la vida de una mujer madura
- c) es la etapa en que una mujer ya no puede quedar embarazada
- d) es la etapa en que la mujer ya no puede realizar el acto sexual
- e) no sabe

9.- ¿Con qué frecuencia debe realizarse el aseo genital?

- a) Diariamente
- b) 2 veces por día
- c) más de dos veces al día
- d) día por medio
- e) no es necesario realizarlo

10.- El agua para realizar el aseo debe ser:

- a) corriente (potable)
- b) hervida
- c) hervida más antiséptico
- d) corriente más antiséptico
- e) corriente más hervida

- 11.- El cambio de ropa interior debe ser:
- a) 2 veces al día
  - b) diario
  - c) día por medio
  - d) dos veces por semana
  - e) 1 vez por semana
- 12.- ¿Qué consejos le dieron a Ud. sobre cuidados durante la menstruación?
- a) no bañarse y/o no lavarse la cabeza
  - b) no realizar ejercicios físicos
  - c) no tener relaciones sexuales
  - d) efectuar su vida habitual
  - e) no recuerda
- 13.- ¿Desde qué momento una adolescente puede quedar embarazada?
- a) antes de la primera menstruación
  - b) antes que aparezcan las características sexuales secundarias
  - c) después de la primera menstruación
  - d) después que hayan aparecido las características sexuales secundarias
  - e) no sabe
- 14.- ¿Sabe Ud. que factores son necesarios para que se produzca un embarazo?.
- 15.- ¿En qué órgano materno se desarrolla el feto?.
- a) estómago
  - b) ovarios
  - c) útero
  - d) trompas
  - e) no sabe

16.- ¿Sabe Ud, que son los métodos anticonceptivos?.

17.- De los siguientes, ¿Cuáles considera Ud. M.A.C.?

- a) Ritmo (calendario)
- b) aborto
- c) píldoras
- d) condón
- e) lavados vaginales

18.-¿Quién le ha informado de los M.A.C?

- a) padres o pareja
- b) amigos
- c) profesionales
- d) medios de comunicación
- e) nadie

19.- Los peligros de un aborto provocado son:

- a) infección
- b) esterilidad
- c) hemorragia
- d) muerte
- e) no tiene peligros

20.- ¿Cómo ha obtenido Ud. su información sexual?

- a) padres
- b) escuela
- c) amigos
- d) pareja
- e) medios de comunicación

21.- ¿para quién cree que es necesaria la información

- a) para todas las personas sexual?
- b) sólo para parejas que mantienen actividad sexual
- c) para novios
- d) sólo para personas de determinada edad

e) No se necesita

22.- ¿Quién cree Ud, que debe dar información sexual?

a) padres

b) profesores

c) líderes religiosos

d) profesionales de la salud

e) otros

23.- ¿Qué cree Ud. que deben dar los padres a sus hijos en materia sexual?

a) conocimientos

b) educación, orientación

c) amor

d) valores

e) nada

24.- ¿Sabe Ud. qué es Paternidad responsable?

INSTRUMENTO DE MEDICION ANTES - DESPUES

TEMA: Aprovechamiento de recursos y distribución del presupuesto familiar.

- 1.- ¿Qué entiende Ud. por Recurso?
  - a) el dinero que uno tiene
  - b) las cosas materiales que posee
  - c) los conocimientos que tienen las personas
  - d) todas las anteriores
  - e) no sabe
  
- 2.- ¿Cómo distribuye Ud. el dinero que recibe?
  - a) alimentos, ropa, pago de terreno, golosinas
  - b) alimentos, ropa, golosinas
  - c) alimentos, golosinas
  - d) otros
  
- 3.- ¿Qué necesidades considera más importante para su familia?
  - a) De alimentación y vestuario
  - b) de vivienda
  - c) económicas (de dinero)
  - d) afectivas
  - e) no sabe
  
- 4.- ¿Existen cambios en la distribución de su presupuesto familiar cuando alguien se enferma?
  - a) SI
  - b) NO

TEMA: Hábitos alimenticios y de consumo.

1.- ¿Cuántas comidas consume su familia al día?

- a) desayuno, almuerzo, onces y comida
- b) desayuno, almuerzo y comida
- c) desayuno, almuerzo y onces
- d) almuerzo, onces y comida
- e) almuerzo y comida

2.- ¿Cuántas veces en la semana consume los siguientes alimentos?

<u>    </u> CARNE	<u>    </u> VERDURAS	<u>    </u> LEGUMBRES
<u>    </u> HUEVOS	<u>    </u> FRUTAS	<u>    </u> FIDEOS
<u>    </u> LECHE	<u>    </u> PESCADO	<u>    </u> ARROZ

3.- ¿Cómo considera la alimentación de su grupo familiar?

<u>CANTIDAD</u>	<u>CALIDAD</u>
a) Buena	a) Buena
b) Regular	b) Regular
c) Mala	c) Mala
d) no sabe	d) no sabe

TEMA: Autocuidado de la Salud.

- 1.- ¿Qué entiende Ud. por Salud?.
- 2.- ¿Qué es para Ud. la Enfermedad?.
- 3.- ¿Cree Ud. que hay enfermedades que se pueden evitar teniendo cuidado en el hogar?.
- 4.- ¿Conoce Ud. algunas técnicas para prevenir enfermedades?.
- 5.- ¿Qué es para Ud. la Higiene Ambiental?.
- 6.- ¿Qué cosas cree Ud. que debe evitar para tener buena salud?.

INSTRUMENTO ANTES - DESPUES

TEMA: Adolescencia

- 1.- ¿Qué es la adolescencia?
  - a) una etapa por la cual atraviesan todos los indiv.
  - b) una etapa que se extiende entre los 12 y 18 años
  - c) una etapa en que ocurren una serie de cambios físicos y psíquicos en los individuos.
  - d) no sabe
- 2.- ¿Cuáles son los cambios físicos que deben ocurrir en el desarrollo sexual del adolescente?
  - a) aparición del vello axilar y pubiano
  - b) aumento del tamaño de la espalda
  - c) desarrollo de las mamas
  - d) ensanchamiento de caderas
  - e) todas las anteriores
  - f) no sabe
- 3.- ¿Has experimentado cambios en tu cuerpo?
  - a) SI (cuáles)
  - b) NO
- 4.- ¿Le has comunicado a alguien los cambios que te ocurren?
  - a) SI (a quién)
  - b) NO
- 5.- ¿Alguien te había explicado estos cambios?
  - a) SI (quién)
  - b) NO
- 6.- ¿Qué entiendes por Amistad?
- 7.- ¿Te gusta tener amigos?
  - a) SI
  - b) NO



- c) después de la primera menstruación
  - d) después que hayan aparecido las características sexuales secundarias
  - e) no sabe
- 4) ¿Sabes tú desde qué edad un hombre puede embarazar a una mujer?
- a) de 12 a 14 años
  - b) de 15 a 16 años
  - c) de 17 a 18 años
  - d) de 19 a 20 años
  - e) no sabe
- 5.- ¿En qué momento la pareja puede iniciar la actividad sexual?
- a) cuando la pareja se ama y lo desea
  - b) cuando exista responsabilidad
  - c) cuando hay una relación estable
  - d) sólo cuando están casados
  - e) no sabe
- 6.- ¿Qué es masturbación?
- a) acariciar las propias zonas erógenas hasta lograr placer
  - b) acariciar las zonas erógenas de la pareja
  - c) una manipulación de genitales hasta lograr placer, que es normal en el hombre
  - d) manipulación de genitales hasta lograr placer, que es normal en la mujer
  - e) no sabe.
- 7.- Tú crees que la masturbación:
- a) es una alteración del desarrollo psicológico
  - b) disminuye la capacidad física e intelectual
  - c) causa impotencia
  - d) es normal en alguna época del desarrollo
  - e) no sabe

- 8.- ¿En qué órgano materno se desarrolla el feto?
- a) el estómago
  - b) el ovario
  - c) el útero
  - d) las trompas
  - e) no sabe
- 9.- De los siguientes, cuáles son M.A.C?
- a) Ritmo (calendario)
  - b) aborto
  - c) píldoras
  - d) condón
  - e) lavados vaginales
- 10.- ¿Quién le ha informado acerca de los M.A.C.?
- a) padres
  - b) amigos o pololo
  - c) profesionales
  - d) medios de comunicación
  - e) nadie
- 11.- ¿Qué entiendes por:
- a) aborto:
  - b) embarazo:
  - c) enfermedad venérea:
  - d) eyaculación:
- 12.- ¿Cómo se puede adquirir una enfermedad de transmisión sexual?
- a) por medio de acricias íntimas con la pareja
  - b) por medio de una relación sexual genital de pareja
  - c) a través de relaciones sexuales gen. sólo con prostitutas
  - d) por masturbación
  - e) no sabe

13.- ¿Cómo has obtenido la mayor parte de la información sexual?

- a) de padres
- b) de escuela
- c) de amigos
- d) de pololos
- e) de medios de comunicación

14.- ¿Quién crees tú que debe dar información sexual?

- a) padres
- b) profesores
- c) líderes religiosos
- d) profesionales de la salud
- e) otros

15.- ¿Con qué frecuencia realizas tu aseo genital?

- a) diariamente
- b) dos veces al día
- c) más de dos veces al día
- d) día por medio
- e) a veces no lo realiza

16.- El agua que utilizas es:

- a) corriente (potable)
- b) hervida
- c) hervida más antiséptico
- d) corriente más antiséptico
- e) corriente más hervida

17.- ¿Qué utilizas para secarte los genitales?

- a) papel higiénico
- b) toalla higiénica
- c) toalla de baño personal
- d) toalla de baño familiar
- e) otros

18.- El cambio de tu ropa interior es:

- a) dos veces al día
- b) diario
- c) día por medio
- d) dos veces por semana
- e) una vez por semana

19.- ¿Cuántas veces te cepillas los dientes?

- a) diariamente
- b) dos veces al día
- c) más de dos veces al día
- d) día por medio
- e) a veces no lo realiza

20.- ¿Cuántas veces te lavas el pelo?

- a) diariamente
- b) día por medio
- c) una vez por semana

21.- ¿Cuántas veces te bañas?

- a) diariamente
- b) día por medio
- c) una vez por semana

TEMA: LA FAMILIA

1.- ¿Qué entiendes por Familia?

2.- ¿Sabés cuáles son las funciones de la familia?

3.- ¿Qué haces en los ratos libres cuando estás en casa?

4.- ¿Dispone toda la familia, alguna vez, de un mismo día libre?

- a) SI (qué hacen)
- b) NO

- 5.- ¿Con cuál de los integrantes de tu familia compartes más amenudo?
- 6.- Cuando estás triste o nervioso, ¿se acerca alguien a preguntarte la causa? ¿quién?
- 7.- Cuando tienes algún problema, ¿lo das a conocer a alguien? ¿a quién?
- 8.- ¿Qué te gusta de tu familia?
- 9.- ¿Qué no te gusta de tu familia?
- 10.- Si formarás una familia, ¿cómo te gustaría que fuera?
- 11.- ¿Tienes responsabilidades en casa? ¿cuáles?
- 12.- ¿Te permiten tener amigos?
  - a) SI (los puedes llevar a casa)
  - b) NO (¿dónde se reúnen?)
- 13.- ¿Te permiten salir o ir a fiestas?
- 14.- ¿Qué entiendes por Paternidad responsable?
- 15.- ¿Sabes qué roles deben cumplir tus padres?

TABULACION DE DATOS, POBLACION CHILE AVANZA  
Y VILLA PRIMAVERA

1.- Constitución de la familia.

Tipo de Familia \ Población	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
Legal	50	62.50	57	59.40
Consensual	12	15.00	12	12.50
Persona sola (+)	16	20.00	21	21.90
S/datos	2	2.50	6	6.20
TOTAL	80	100	96	100

(+) Persona sola = incluye a viudas, solteras y separadas, con o sin hijos

2.- Distribución de la población por edad.

Edades \ Población	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
0 - 12	118	32.70	153	29.94
13 - 18	40	11.10	96	18.79
19 - 59	178	49.30	218	42.67
60 y más	22	6.10	41	8.02
Sin dato	3	0.80	3	0.58
TOTAL	361	100.0	511	100.00

3.- Nivel de instrucción de la población.

Población Grado de Instruc.	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
Sin instruc.(+)	60	16.62	87	17.03
Educ. básica	151	41.83	280	54.79
Educ. media	60	16.62	93	18.20
Educ. superior	0	0.0	2	0.40
sin dato (#)	90	24.93	49	9.58
TOTAL	361	100.0	511	100.0

(+) sin instruc. = incluye niños hasta 5 años y adultos analfabetos

(#) sin datos = esta cifra es más alta porque la mayoría de las cifras no consignan este dato.

4.- Ocupación del jefe de hogar.

Población Ocupación	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
Jubilados	24	30.00	15	15.63
Trab. estable	16	20.00	33	34.38
PEM o POJH	5	6.25	7	7.29
Trab. ocasion.	18	22.50	22	22.91
Cesante	8	10.00	10	10.41
sin dato	9	11.25	9	9.38
TOTAL	80	100.00	96	100.00

5.- Previsión del jefe de hogar.

Población / Previsión	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
SI	45	56.25	53	55.21
NO	26	32.50	36	37.50
sin dato	9	11.25	7	7.29
TOTAL	80	100.00	96	100.00

6.- Ingreso mensual del grupo familiar.

(en pesos)

Población / Ingreso	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
menos de \$5.000	22	27.50	29	30.21
5.000 - 10.000	32	40.00	40	41.66
más de 10.000	12	15.00	16	16.67
sin dato	14	17.50	11	14.46
TOTAL	80	100.00	96	100.00

7.- Tipo de vivienda.

Población Vivienda	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
Casa	48	60.00	80	83.33
Mediagua	12	15.00	4	4.17
Choza	1	1.25	0	0.00
sin dato	19	23.75	12	12.50
TOTAL	80	100.00	96	100.00

8.- Familias incorporadas al programa.

Población Fam. Incorporadas	Villa Primavera		Chile Avanza	
	Nº	%	Nº	%
SI	44	55.00	61	63.54
NO	36	45.00	35	36.46
TOTAL	80	100.00	96	100.00

9.- Recolección de basuras.

Tipo recolecc.	Población		Chile Avanza	
	Villa Primavera			
	Nº	%	Nº	%
camión	38	47.50	80	83.33
quema	0	0.00	0	0.00
quebrada	2	2.50	1	1.04
sin datos	40	50.00	15	15.63
TOTAL	80	100.00	96	100.00

10.- Existencia de animales.

Exist. animales	Población		Chile Avanza	
	Villa Primavera			
	Nº	%	Nº	%
SI	14	17.50	54	56.25
NO	16	20.00	23	23.96
sin datos	50	62.50	19	19.79
TOTAL	80	100.00	96	100.00

11.- Servicios Básicos.

Población \ Serv. Básicos	Villa Primavera				Chile Avanza			
	SI	NO	s/d	Tot	SI	NO	s/d	Tot
Luz	70	3	7	80	88	1	7	96
Agua	67	7	6	80	89	0	7	96
Alcantarillado	58	15	7	80	88	1	7	96

Es necesario señalar que los datos médicos de las familias que componen estas poblaciones no son uniformes en las fichas, razón por la cual no se pudo llegar a una tabulación de ellos. Además, los datos sobre estados mórbidos que se consignan en la ficha, en general, son escasos, remitiéndose a las anotaciones que hace cada profesional en el momento de la atención, por lo cual la desigualdad existente no permite establecer comparaciones.

ANEXO: Trabajo Individual de Caso, con las familias de la Población El Sauzal, ingresadas al Programa de Medicina Familiar en el período comprendido entre Noviembre de 1984 y Junio de 1985.

Los datos que se presentarán a continuación, corresponden a las 18 familias incorporadas al Programa. En ellos se incluyen una caracterización de la familia, los principales problemas que las aquejan y las acciones realizadas por alumnas con el fin de integrarlas al programa y de tratar los problemas susceptibles de abordar.

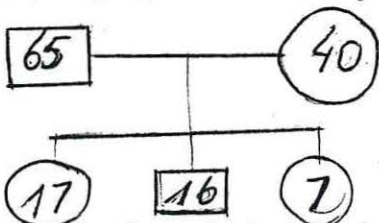
-- Familia N° 1

a) Identificación de la familia: legal completa

-N° integrantes: 5 = 2 hombres y 3 mujeres

-Asisten a Med. Fam.: la madre y 3 hijos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo masculino, 65 años, 6° preparat. cesante (vende plantas ocasionalmente), sin previsión sin antecedentes mórbidos ni atención dental.
- Cónyuge: sexo F, 40 años, 1° Hdes., dueña de casa, sin previsión. Diabética, desdentada parcial, higiene oral regular.
- Primer hijo: sexo F, 17 años, 2° medio, estudiante (noct.), sin previsión, antecedentes de asma bronquial higiene oral regular.
- Segundo hijo: sexo M, 16 años, 4° básico (nocturno), sin previsión. Problemas de aprendizaje y rendimiento escolar. Buena higiene dental.
- Tercer hijo: sexo M, 7 años, 2° bás., estud., sin previsión. Sin problemas conductuales, mala higiene oral.

c) Principales problemas detectados por equipo interdisciplinario:

- 1) Escolaridad, hijo 16 años
- 2) Diabetes sin control, dueña de casa
- 3) Situación previsional Jefe de hogar

Plan terapéutico establecido por el equipo:

- Control médico, dental y matrona a los integrantes de la familia
- Ingreso de dueña de casa a club de diabéticos
- Derivado a alumna para trámites previsión.

d) Resumen Situación Inicial:

- Relaciones: buena relación de pareja, entendimiento, afecto y buena comunicación.

Buenas relaciones familiares: afecto y respeto entre los miembros; autoridad ejercida por el padre; diálogo y comunicación entre padres e hijos.

- Situación socioeconómica: CAS: II, Ingreso aprox. \$6.000. (venta de plantas y trabajos ocasionales).

- e) Evolución de los problemas: problema de hijo menor (16a) no se ha solucionado. D. de casa mostró interés en participar en club, pero no asistió, aunque sí lo hizo a citas dental y de matrona.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: Con el fin de lograr la participación de las familias en el programa de M.F., se realizaron 2 V.D. previas con fines de motivación y luego, las 3 entrevistas correspondientes a través de las cuales se obtuvieron los datos necesarios para identificar la familia y presentarla al equipo interdisciplinario.

II- Posterior a M.F.: En cumplimiento del plan terapéutico, se realizaron 3 V.D. con el fin de motivar a la D. de casa a participar en el club de diabéticos, lo cual no se logró por diversas razones aducidas por afectada.

Alumna realizó gestiones de orientación en cuanto a trámites de jubilación de J. de hogar, para lo cual se realizaron entrevistas con éste y su cónyuge.

En caso de hijo con problemas de aprendizaje, se realizó una labor de apoyo, con V.D. semanales durante el primer mes y luego una vez al mes, con entrega de materiales visuales, a fin de reforzar las actividades programáticas escolares.

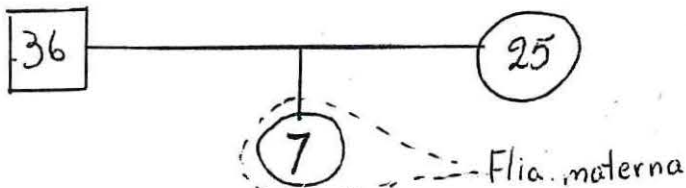
Familia presenta continuamente diversos problemas, de origen diferente y que, en su mayoría no son abordables por Servicio Social, tales como: falta de dinero para solucionar problemas de terreno, cesantía jefe de hogar, deficiencias alimenticias, etc., todos los cuales son planteados a alumnas en cada visita.

-- Familia N° 2

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 3 = 1 hombre y 2 mujeres
- Asisten a M.F.: la madre y su hija

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 36 años, 8° bás., cesante, sin previsión, sin antecedentes de morbilidad.
- Cónyuge: sexo F, 25 años, 8° bás., cesante, sin prev. Diabetes sin control.
- Hija: sexo F, 7 años, estud., 1° bás., es muy retraída, tiene pocos amigos.

c) Principales problemas detectados por equipo:

- 1.- falta de interés por autocuidado de la salud
- 2.- poco confiables, impresionan como gananciosos
- 3.- disgregación familiar (disfunción)

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: se encuentran totalmente deterioradas, no existiendo ningún lazo entre la pareja. Cónyuge vive allegada en casa de su madre, quien la alimenta y ha criado a su hija.
- Situación socioeconómica: CAS I, sin ingreso declarado

e) Evolución de los problemas: Mediante V.D. realizada por alumna, se comprobó que el conflicto diagnosticado por equipo de M.F., en realidad no es tal, ya que la pareja continúa viviendo en su propio hogar, en forma relativamente estable. Las indicaciones médicas y odontológicas no han sido seguidas,

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: A fin de lograr la participación de esta familia en el programa, debieron realizarse 3 V.D. previas, puesto que no se decidieron a participar de inmediato. Luego se realizaron las 3 entrevistas destinadas a extraer los datos de la familia.

II- Posteriores a M.F.: Como una forma de lograr la asistencia del grupo familiar a los controles, se efectuaron 3 V.D. posteriores al ingreso de la familia al programa, en las cuales se realizó una labor de apoyo psicológico, ya que los continuos problemas de relaciones entre la pareja les impiden preocuparse de su propia salud. Sin embargo, es necesario señalar que la pareja no acepta reconocer sus problemas y manifiesta "tener excelentes relaciones".

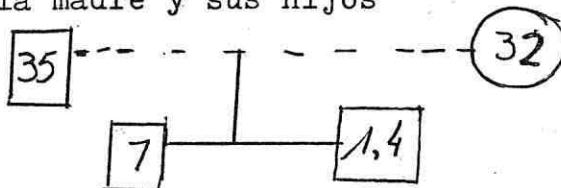
-- Familia N° 3

a) Identificación de la familia: consensual completa

-N° integrantes: 4 = 3 hombres y 1 mujer

-Asisten a M.F.: la madre y sus hijos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 35 años, (cas/sep), 8° bás., chofer, sin previsión. Bebedor moderado y fumador habitual. No tiene antecedentes mórbidos. Atención dental irregular.
- Cónyuge: sexo F, 32 años, (solt), 2° año Ingen. química, D. de casa, sin previsión. Presenta secuelas físicas por atropello en pierna izquierda. Neurosis por infidelidad de pareja, fumadora ocasional.
- Primer hijo: sexo M, 7 años, 2° bás., estud., sin previsión. (hijo natural) Buen rendimiento escolar, sin probl. conductuales ni anteced. mórbidos.
- Segundo hijo: sexo M, 1,4 años, presenta desnutrición por diarreas frecuentes.

c) Principales problemas detectados por equipo:

- problemas de pareja por diferencia cultural y promiscuidad del jefe de hogar
- riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual
- probl. odontológicos
- infección urinaria sin tratamiento de D. de casa

Plan terapéutico: - control maternal para ver último PAP

- control médico con examen de orina
- control del conviviente (por citación)
- citación a dental

d) Resumen Situación Inicial:

- Relaciones: Familia conformada por convivencia estable de 7 años. Entre la pareja existen problemas de infidelidad de jefe de hogar. En gral., las relaciones del grupo familiar son malas.
- Situación socioeconómica: CAS III, ingreso aproximado \$8.000.

e) Evolución de los problemas: La situación de pareja, que era el problema más grave, ha sido superada. En cuanto a los problemas de salud física, la pareja no les ha dado ninguna importancia. Además, su casa continúa desaseada y muy descuidada.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: se hicieron las 5 visitas domiciliarias de rigor, con el fin de motivar y llevar las familias al programa.

II- Posteriores a M.F.: en este caso se ha seguido visitando constantemente la familia, como una forma de lograr que tanto la dueña de casa como el jefe de hogar se preocupen un poco más por su salud y la de sus niños. Se realizaron 2 entrevistas con D. de casa y una con el jefe de hogar, además de una entrevista, con fines terapéuticos, a la pareja.

Con el cónyuge, sin embargo, la labor ha sido más difícil por cuanto generalmente no se encuentra en casa durante el día por razones de trabajo.

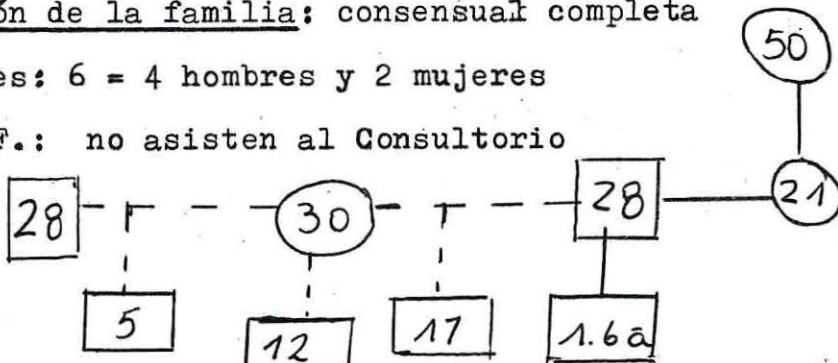
-- Familia N° 4

a) Identificación de la familia: consensual completa

-N° integrantes: 6 = 4 hombres y 2 mujeres

-Asisten a M.F.: no asisten al Consultorio

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 28 años, soltero, 3° bas., comerciante ambulante, sin previsión, s/anteced. mórbidos.

- Cónyuge: 30 años, separada, 2° medio, D. de casa, sin previsión, anteced. de asma.

- Hijastro: sexo M, 12 años, 6° bás., sin prev., no tiene anteced. mórbidos.

- Hijo: sexo M, 5 años, Kinder, sin anteced. mórbidos.

- Suegra: sexo F, 50 años, ex-lavandera, sin previsión, 2° preparatoria. No/se consignan datos de morbilidad

- Cuñado: sexo M, 17 años, soltero, 2° medio, estud., sin prev., y sin anteced, mórbidos.

c) Principales problemas detectados por equipo: No es posible detectar problemas puesto que la familia no asiste a la citación.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: La familia presenta algunos problemas de relaciones debido principalmente a las actividades recreativas que realiza el jefe de hogar, en las cuales no incluye a su pareja.

- Situación socioeconómica: CAS II, ingreso aproximado \$6.000.

F) Acciones realizadas por alumnas: La labor de alumna se circunscribió al ámbito de la M.F., es decir, una vez realizadas las V.D. necesarias para el programa, y siendo que la familia no acudió a la cita-ción, ésta dejó de ser visitada.

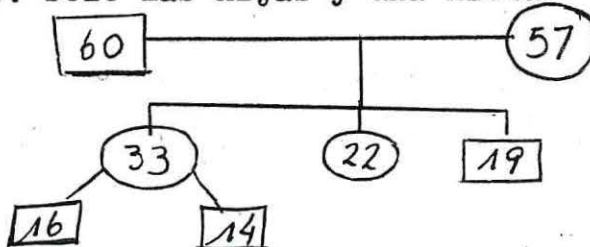
La no asistencia de la familia al Consultorio les ha hecho perder su oportunidad, puesto que el proceso es lento y no es factible que se repita toda la primera etapa con una misma familia.

-- Familia N° 5

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 7 = 4 hombres y 3 mujeres
- Asisten a M.F.: sólo las hijas y una nieta

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 60 años, POJH, sin prev., 2° preparat., alcohólico no declarado.
- Cónyuge: 57 años, 3° preparat., D. de casa, sin previsión. Cuadros mórbidos múltiples: obesidad, diabetes, etc..

- Primer hijo: sexo F., 33 años, 6° Bás., (actualmente recluida en la cárcel). Sin antecedentes mórbidos.

Segundo hijo: sexo F, 22 años, D. de casa, analfabeta, problemas psiquiátricos.

- Nieto: sexo M, 16 años, 7° bás., no consigna datos de morbilidad.

- Nieto: sexo M, 14 años, 5° bás., estud., no consigna datos de morbilidad.

- Tercer hijo: sexo M, 19 años, 3° bás., cesante, sin previsión, antecedentes de probl. psiquiátricos.

c) Principales problemas:

- Problema socioeconómico
- Hacinamiento
- Alcoholismo del jefe de hogar
- Problemas conductuales de adolescentes

Plan terapéutico: No se establecen acciones a seguir, en vista a la poca acogida que tuvo el programa en los asistentes y a la no asistencia de los padres.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: existen muchos problemas en la pareja, especialmente por alcoholismo del jefe de hogar y morbilidad de cónyuge. Las relaciones familiares en general se encuentran bastante deterioradas: Relajamiento moral, Falta de preocupación de los adultos hacia adolescentes.
- Situación socioeconómica: CAS I, situación deficiente sin ingreso declarado.

e) Evolución de los problemas: Dadas las características de la familia, la evolución de los problemas ha sido bastante lenta, sin embargo, algunos cambios se han registrado, debido a que la madre de los menores (hija mayor recobró la libertad).

f) Acciones realizadas por alumnas: esta familia ha sido reconocida, dentro del Consultorio, como "conflictiva", por lo tanto, luego de realizadas las primeras Visitas domiciliarias, y en vista de la acogida que tuvo el programa, se les efectuó una entrevista colectiva, y luego, solamente se mantuvieron contactos ocasionales con algunos miembros de ella.

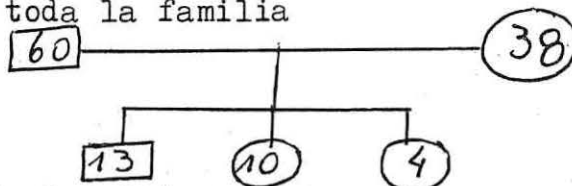
-- Familia N° 6

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 5 = 2 hombres y 3 mujeres

- Asisten a M.F.: toda la familia

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 60 años, 6° bás., jubilado de la Marina mercante, sufre de tabaquismo crónico.

- Cónyuge: 38 años, 6° bás., D. de casa, hipertensa, problemas ginecológicos.

- Primer hijo: sexo M, 13 años, 7° bás., estud., aparentemente sano, (no registra anteced. morbilidad).

- Segundo Hijo: sexo F, 10 años, 4° bás., estud., sin antecedentes de morbilidad (sólo resfríos).

- Tercer hijo: sexo F, 4 años, no asiste a J. Inf. Se le diagnostica desnutrición.

c) Principales problemas detectados:

- Problemas médicos: H.T.A. de cónyuge (sin control), tabaquismo crónico de J. de hogar, desnutrición hija menor. No hay problemas de relaciones familiares.

Plan terapéutico: el problema más urgente de solucionar es la desnutrición de menor, para lo cual se dispone su ingreso en J. Infantil, a fin de aprender hábitos alimenticios.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: familia formada por matrimonio y sus tres hijos. Pareja bastante bien afiatada, donde se destaca la comunicación, afecto y solidaridad no sólo entre los padres, sino también con sus hijos.

- Situación socioeconómica: CAS II, ingreso \$15.000

e) Evolución de los problemas: Cónyuge fue enviada a interconsulta con la matrona, a la cual asistió. Por su parte, hija menor fue ingresada al J. Infantil con el propósito de crearle hábitos de alimentación.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: en la realización de la labor profesional, se efectuaron una serie de visitas domiciliarias, cuyo objetivo primordial fue motivar a la familia a fin de ingresarlas en el programa.

II- Posteriores a M.F.: luego de la asistencia de la familia al programa, las acciones tuvieron como propósito fundamental, llevar a cabo el plan terapéutico establecido con el equipo.

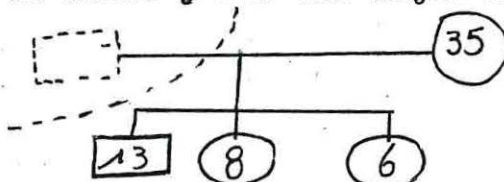
A través de las visitas domiciliarias y las entrevistas realizadas con la familia, tanto alumnas como equipo, se pudo comprobar que ésta no presenta patologías graves y por lo tanto, es considerada como una "Familia Funcional", siendo utilizada como modelo para comparar otras familias de la misma población.

-- Familia N° 7

a) Identificación de la familia: legal incompleta

- N° integrantes: 4 = 1 hombre y 3 mujeres
- Asisten a M.F.: la madre y sus dos hijas menores

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo F, 35 años, cas-sep, analfabeta, cesante, sin previsión (trab. ocasionales) Sufre crisis nerviosas, leve deficiencia mental.
- Primer hijo: sexo M, 13 años, estud., 3° bás. Bajo rendimiento escolar, por deficiencia mental leve (límite fe)
- Segundo hijo: sexo F, 8 años, 3° bás., ha sido criada por sus abuelos maternos. No se consignan datos de morbilidad.
- Tercer hijo: sexo F, 5 años, Kinder, presenta principio de desnutrición.

c) Principales problemas detectados:

- neurosis de jefe de hogar, además de probl. ginecolog.
- retardo en el rendimiento escolar de hijo por deficiencia mental;
- problemas conductuales de hijo mayor
- problema socioeconómico por cesantía jefe de hogar
- desnutrición hija menor

Plan terapéutico:

- Citación a matrona y psicólogo a jefe de hogar.
- citación a psicólogo a hijo mayor
- se deriva la familia a alumna para tratamiento por malas relaciones de jefe de hogar con hijo mayor

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: por problemas de neurosis de jefe de hogar y deficiencia de menor, los problemas entre la madre y el hijo mayor se agravan. No hay diálogo ni armonía; en general, malas relaciones.
- Situación socioeconómica: CAS I, sin ingreso declarado. Recibe alimentación de sus padres.

e) Evolución de los problemas: Jefe de hogar no asistió a las citaciones, como tampoco lo hizo su hijo. En cuanto a los problemas conductuales, éstos no pueden mejorar por sí solos, por cuanto la no asistencia al psicólogo imposibilita su solución. Familia en general no muestra interés por la resolución de problemas, impresionan como "gananciosos".

f) Acciones realizadas por alumnas:

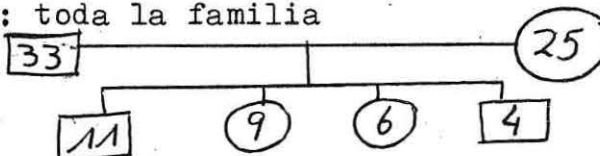
- I- Previas a M.F.: Con el propósito de ingresar la familia al programa se realizaron 3 V.D. y luego las 3 entrevistas destinadas a identificar la familia en sus características básicas.
- II- Posteriores a M.F.: A fin de lograr que la familia asistiera a los controles y citaciones se les hicieron 3 V.D., luego de lo cual, al no obtener resultados positivos, se les siguió visitando esporádicamente, una o dos veces en el mes solamente, puesto que no manifestaron interés alguno en la ayuda que se les ofreció.

-- Familia N° 8

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes; 6 = 3 hombres y 3 mujeres
- Asisten a M.F: toda la familia

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 33 años, 7° bás, cesante (POJH) sin previsión y sin anteced. mórbidos.
- Cónyuge: 25 años, 7° bás, labores de casa, sin previsión. Sufre de soriasis, embarazada, sin atención dental.
- Primer hijo: sexo M, 11 años, 5° bás, estud. Mala salud oral.
- Segundo hijo: sexo F, 9 años, 3° bás, estud. En tratamiento dental.
- Tercer hijo: sexo F, 6 años, Kinder. Anteced. de tifus y hepatitis; con atención dental.
- Cuarto hijo: sexo M, 4 años, no estudia, Bajo peso, problemas de lenguaje, sin atención dental.

c) Principales problemas detectados:

- problemas socioeconómicos
- embarazo E.G.D. (edad gravidez dudosa) de cónyuge
- hacinamiento
- planificación familiar inadecuada

Plan terapéutico:

Sólo se plantean soluciones respecto al problema de salud. Examen matrona y trabajo de ésta con pareja acerca de planificación familiar.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: No se observa disfunción severa. Existe buena comunicación de pareja, la autoridad y decisio

nes son compartidas por la pareja.

e) Evolución de los problemas: Problema de salud de la cónyuge se mantiene, ya que no ha sido posible detectar edad gestacional. Se recomienda ecografía. En lo que respecta a Planificación familiar, ésta es tratada por matrona, con ayuda de alumnas (reforzamiento).

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: previa a la atención por equipo, se realizó una labor de motivación y de identificación de la familia, a través de 5 V.D.

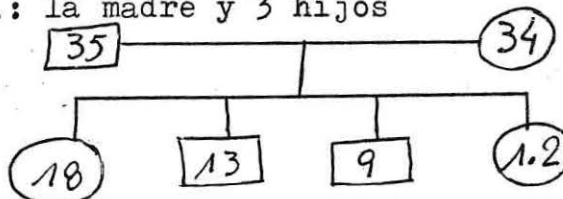
II- Posteriores a M.F.: la labor estuvo orientada a vigilar el cumplimiento de las indicaciones. Se realizaron aproximadamente 7 V.D. y contactos ocasionales con la cónyuge para saber su estado de salud. Se incentivó a la pareja a que asistiera a la consulta de la matrona, reforzando los contenidos entregados por ésta en cuanto al M.A.C. adecuado. Las V.D. se efectuaron hasta culminación de embarazo.

-- Familia N° 9.

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 7 = 4 hombres y 3 mujeres
- Asisten a M.F.: la madre y 3 hijos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 35 años, POJH, 5° preparat., sin preevisión, fuma y bebe moderadamente, sin anteced. mórbidos ni atención dental.
- Cónyuge: 34 años, 7° preparat, labores de casa, aparentemente sana, sin atención dental.
- Primer hijo: sexo F, 18 años, 8° bás, cesante, madre soltera, posible embarazo, aparentemente sana.
- Segundo hijo: sexo M, 13 años, 6° bás, sin prev., aparentemente sano, con atención odontológica.
- Tercer hijo: sexo M, 9 años, 3° bás, sin anteced. mórbidos y sin atención dental.
- Cuarto hijo: sexo F, 1,2 años, apnea emocional, estado de salud regular.

c) Principales problemas detectados:

- problemas socioeconómicos
- probable apnea emocional de menor de 1,2 años
- riesgo leve en lo socioeconómico

Plan terapéutico:

Solamente se señala control médico frecuente mientras menor no demuestre mejoría. Problema socioeconómico no fue planteada soluciones.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: La pareja establece una buena relación, autoridad y decisiones compartidas. Existe ambiente de comunicación y afecto en el hogar.

- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso aprox.

\$4.000

e) Evolución de los problemas: La menor ha superado pro  
blema de salud, sin embargo presenta cuadros mórbidos  
típicos de la infancia. Problema socioeconómico con-  
tinúa sin modificaciones. En relación a indicaciones  
y citas a dental, éstas fueron cumplidas.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: se realizaron 2 V.D. con fines de  
motivación; 3 V.D. destinadas a investigar la situa-  
ción inicial.

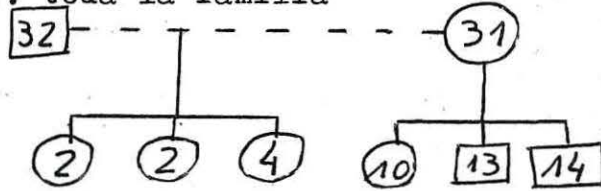
II- Posteriores a M.F.: las V.D. se limitaron a vigilar  
el cumplimiento de las indicaciones, restringiéndose  
al máximo, llegando al máximo de 5 V.D. en to-  
tal durante el período.

-- Familia N° 10

a) Identificación de la familia: consensual

- N° de integrantes: 8 = 3 hombres y 5 mujeres
- Asisten a M.F.: toda la familia

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 32 años, 2° bás, cesante, sin previsión, alcohólico intermitente. Estado civil, soltero.
- Cónyuge: 31 años, cas-sep. 3° medio, PEM, ocasionalmente trabaja en Feria, sin previsión. No hay antecedentes de morbilidad.
- Primer hijo: sexo M, 14 años, 5° bás, hijo de primer matrimonio de conviv. Sufre de enuresis, probable dislexia.
- Segundo hijo: sexo M, 13 años, 5° bás., hijo de primer matrim. Operado de caderas, anteced. de epilepsia.
- Tercer hijo: sexo F, 10 años, 4° bás, asiste a CAD., problema odontológico, nutricional y visual.
- Cuarto hijo: sexo F, (hijo de pareja) 4 años, J. Infantil. Epilepsia en control.
- Quinta y sexta hijas: mellizas, sexo F, 2 años. Internas en hogar por anteced. de desnutrición.

c) Principales problemas:

- alcoholismo de Jefe de hogar
- hacinamiento
- epilepsia sin control de una de las menores
- incomunicación de la pareja
- probl. de afectividad entre hijos mayores y pareja.

Plan terapéutico:

- Tratamiento antialcohólico de jefe de hogar e inter-consulta problema orgánico.

d) Resumen situación Inicial:

- Relaciones: continuas desanencias en la pareja por alcoholismo de jefe de hogar. Mala relación de pareja, poca afectividad, comunicación defectuosa, incapaces de solucionar sus problemas. Alteración de la función sexual. La relación con los hijos es problemática, rechazo al padrastro; padres poco demostrativos afectivamente. Diálogo y comunicación son negativos a causa de alcoholismo de J. de hogar.

- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso \$5.000 aprox.

e) Evolución de los problemas: Conducta de jefe de hogar en cuanto a consumo excesivo de alcohol experimentó un leve cambio luego de participar en M.F.. Problema de hacinamiento se superará con la ayuda de la propia familia que construirá una ampliación en su vivienda. Incomunicación de pareja y problemas de afectividad se superan paulatinamente a medida que supera alcoholismo el J. hogar.

f) Acciones realizadas por alumnas:

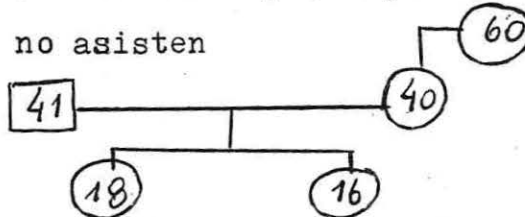
I- Previas a M.F.: como se acostumbra se hicieron las V.D. necesarias para motivar y llevar las familias al programa (2 V.D. y 3 entrevistas).

II- Se realizaron V.D. semanales en el primer mes, luego se fueron espaciando. Estas tuvieron como objetivo incentivar a la familia a participar en la solución de sus propios problemas y promover el cumplimiento de las indicaciones. Además, se llevó a cabo una labor de apoyo con la D. de casa a fin de mejorar sus relaciones de pareja. Para ello se efectuaron aproximadamente 7 entrevistas y las consiguientes V.D.

-- Familia N° 11

- a) Identificación de la familia: legal completa
- N° integrantes: 5 = 1 hombre y 4 mujeres
  - Asisten a M.F.: no asisten

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 41 años, 6° prep., comerciante ambulante, sin prev., fumador ocasional, bebedor moderado. Probable afección renal.
- Cónyuge: 39 años, 6° prep., labores de casa. Ap. sana.
- Primer hijo: sexo F, 17 años, 3° medio. Aparentemente sana, tendencia a la obesidad.
- Segundo hijo: sexo F, 16 años, 6° bás, ed. diferencial, sobrepeso, menstruaciones irregulares.
- Suegra: 66 años, pensionada S.S.S., separada. Aparentemente sana, desdentada parcial. 3° preparat.

c) Principales problemas: No son consignados ya que la familia no asistió a la citación de M.F.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: satisfactorias. Buena comunicación entre padres e hijos. Buen nivel afectivo. Disfunción familiar leve entre la pareja,

e) Evolución de los problemas: La no asistencia de la familia a M.F., no hace posible visualizar sus problemas ni saber el desarrollo de éstos,

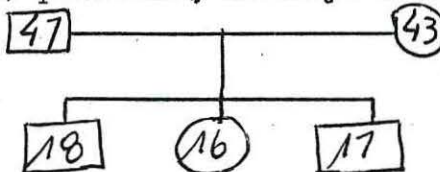
f) Acciones realizadas por alumnas: Con el fin de motivar la participación de la familia en el programa se realizaron 5 V.D.: 2 de motivación y 3 de investigación. La no asistencia al programa implicó una suspensión de las V.D., por considerarse un rechazo a M.F.

-- Familia N° 12

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 5 = 3 hombres y 2 mujeres
- Asisten a M.F.: 4 personas, Incluye a los padres

Familiograma:



b) Caracterización de la familia:

- Jefe de hogar: sexo M, 47 años, analfabeto, cesante, (POJH), sin previsión, desdentado casi total. Antec. de secuelas de accidente (1970)
- Cónyuge: 43 años, 3° bás, labores de casa (lavados ocasionales), sin prev. Ap. sana, DIU sin control.
- Primer hijo: 18 años, sexo M, 2° medio, estud., Nació con labio leporino. Ap. sano. Con atención dental.
- Segundo hijo: sexo M, 17 años, 7° bás, no estudia. Presenta problemas de conducta, probable conflicto con la justicia. (cesante).
- Tercer hijo: sexo F, 16 años, 1° medio. Se observa tranquila, equilibrada. Ayuda en quehaceres. Ap. sana.

c) Principales problemas:

- problema odontológico grave en la pareja
- desviación conductual de algunos hijos
- probable conflicto con justicia de hijo

Plan terapéutico:

- citas a dental para la pareja
- problema conductual en este momento no existe por alejamiento de hijos, por razones de trabajo.

d) Resumen situación inicial:

Relaciones: Autoridad es ejercida por jefe de hogar. Decisiones son compartidas por pareja, mayor influencia de la madre en los hijos. Relaciones con hijos son conflictivas en la mayoría de los casos.

- Situación socioeconómica: CAS II, ingreso no declarado.

e) Evolución de los problemas: Durante el seguimiento efectuado con la familia se pudo comprobar que ésta no se interesa por la superación de sus problemas, por lo cual no se ha logrado un avance positivo.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: se realizaron las V.D. de rigor, con fines de motivación e investigación de las características familiares.

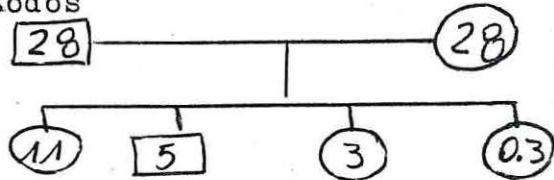
II.- Posteriores a M.F.: En el escaso tiempo que se pudo trabajar con la familia, se orientó a la pareja respecto al problema de conducta presentado por alguno de los hijos, aún cuando éstos actualmente no se encuentran en el hogar, Todo esto no ocupó más de 5 V.D..

-- Familia N° 13

a) Identificación de la familia: legal completa

- N° integrantes: 6 = 2 hombres y 4 mujeres
- Asisten a M.F.: todos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 28 años, 8° bás, trab. ocasional, sin prev., problemas a las vías urinarias, bebedor moderado, sin atención dental.
- Cónyuge: 28 años, 4° bás, labores de casa (ocasionalmente lavados) sin prev. Con atención dental.
- Primer hijo: sexo F, 11 años, 6° bás. Aparentemente sana, sin anteced. mórbidos de importancia.
- Segundo hijo: sexo M, 5 años, Kinder. 2 veces hospitalizado por bronconeumonía al año de edad. En control de niño sano.
- Tercer hijo: sexo F, 3,6 años. Aparentemente sana.
- Cuarto hijo: sexo F, 3 meses, lactancia natural. Está en control.

c) Principales problemas detectados:

- Hacinamiento
- Insalubridad de la vivienda

Plan terapéutico:

Se plantea entregar orientación solamente, ya que problemas escapan a la competencia tanto del equipo interdisciplinario, como de Servicio Social mismo.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: Existe afectividad entre padres e hijos, aún cuando la autoridad es ejercida por la madre. Severa disfunción familiar que terminó en alejamiento

de la familia, del J. de hogar, a petición de su cónyuge, pese a lo cual aporta semanalmente, en forma voluntaria para los gastos.

e) Evolución de los problemas: Los problemas de esta familia se derivan de las condiciones de vida propias de la población en que están insertas, por lo cual la evolución es lenta y difícil.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: antes de presentar la familia al equipo, se realizaron 2 V.D. para motivarlas a participar en el programa y 3 V.D. para preparar el Informe Social con la caracterización de la familia.

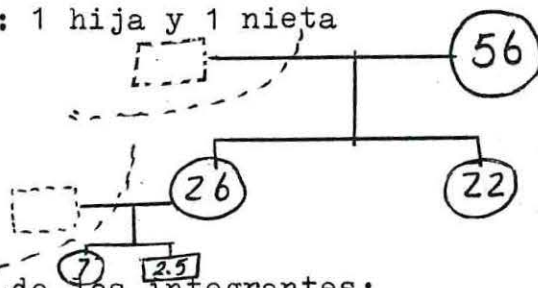
II- Posteriores a M.F.: Siguiendo las indicaciones del plan terapéutico se entregó orientación a los diferentes miembros acerca de Salud e Higiene Ambiental, como una forma de prevenir enfermedades derivadas de las malas condiciones habitacionales. Para ello, se efectuaron % V.D..

-- Familia N° 14

a) Identificación de la familia: Legal, completa

- N° integrantes: 5 = 1 hombre y 4 mujeres
- Asisten a M.F.: 1 hija y 1 nieta

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo F, 56 años, cas-sep. 4° bás, empleada cas partic., sin prev., sin anteced. mórbidos.
- Primer hijo: sexo F, 26 años, cas-sep, 1° medio, labores de casa, epiléptica recuperada.
- Segunda hijo: sexo F, 22 años, 1° medio, cesante, sin prev. Con probl. menstruales.
- Nieto: sexo F, 7 años, 2° bás, aparentemente sana. Con atención dental.
- Nieto: sexo M, 2,5 años, anteced. de haber sufrido soplo cardíaco al nacer. Asma en control

c) Principales problemas: Dada la escasa participación y bajo interés de los miembros de esta familia y la falta de antecedentes necesarios para que el equipo realizara el diagnóstico, se hizo necesario efectuar nuevas citaciones personales para llegar a aclarar la situación por la cual atraviesa este grupo familiar. Estas no tuvieron respuestas positivas, por lo cual el trabajo profesional debió ser suspendido hasta que la familia cambie de actitud y decida participar.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: El cónyuge de la J. de hogar abandono éste por problemas surgido con su esposa. Por otro lado, la hija mayor, que estuvo casada durante 7 años,

también se separó y se fue a vivir con su familia de origen, causando nuevos conflictos entre sus padres.

- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso Aprox. de \$7.000 mensuales.

e) Evolución de los problemas: No ha sido posible visualizar los problemas con claridad y por lo tanto, no hay evolución posible.

f) Acciones realizadas por alumnas: Estas se limitaron a la realización de las V.D. necesarias para llevar a la familia al Consultorio(5 V.D.).

-- Familia N° 15

a) Identificación de la familia: consensual

- N° integrantes: 5 = 2 hombres y 3 mujeres (1 flotante)
- Asisten a M.F.: no asisten

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: (flotante) sexo M, 24 años, se ignora su actual domicilio y lugar de trabajo.
- Conviviente: 23 años, soltera, analfabeta, labores de casa, sin prev., sin anteced. mórbidos de importancia
- Primer hijo: sexo F, 4 años, J. Infantil, sin atención dental.
- Segundo hijo: sexo M, 3 años, sin atención dental. Hospitalizado por infección urinaria.

Tercer Hijo: sexo F, 3 años, sin atención dental. No hay antecedentes mórbidos.

c) Principales problemas: La familia no asistió a M.F., sin embargo, los problemas fueron detectados a través de consultas.

- abandono de hogar de J. de hogar
- salud oral deficiente en todos los miembros
- bajo coeficiente intelectual de la conviv.
- inmadurez de conviv.
- embarazo sin control
- higiene corporal deficiente
- problema económico por ausencia J.H.

Plan terapéutico: no pudo establecerse por no asistencia de familia al Consult.

Sin embargo, alumnas, en conjunto con profesionales, luego de revisar los anteced. acordaron continuar las V.D. a fin de entregar algunos contenidos educativos.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: no existe afecto ni respeto entre la pareja. El diálogo y comunicación se ven dificultados por intromisión de los padres de J.H. (madre), quien abandonó el hogar hace 2 meses (Febrero 1985).
- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso aprox \$1.800

e) Evolución de los problemas: J. de hogar lo abandona, por celos. Continúan problemas económicos. Niños presentan dermatitis e impétigo (falta de aseo).

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: con objeto de incorporar la familia al programa, se realizaron 2 V.D. con fines de motivación. Con posterioridad se efectuaron las 3 entrevistas de rigor para obtener la información básica para el Informe Social.

II- Posteriores a M.F.: en cumplimiento del plan terapéutico, se efectuaron 4 V.D. a fin de conseguir que madre asista a controles, entregando al mismo tiempo, algunos contenidos sobre la importancia de mantener la higiene, tanto en el hogar como en lo personal.

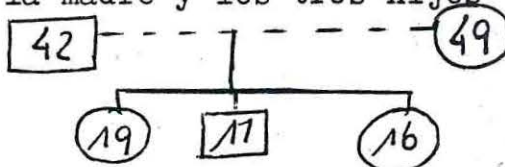
Por ser éste un grupo familiar muy conflictivo y presentar la madre una bajo C.I., es muy difícil lograr cambios en las actitudes o comportamiento que le permitan enfrentar con mayor responsabilidad el futuro.

-- Familia N° 16

a) Identificación de la familia: consensual

- N° integrantes: 5 = 2 hombres y 3 mujeres
- Asisten a M.F.: la madre y los tres hijos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 42 años, 4° bás, comerc. ambulante, sin prev. Apparently sin atención dental.
- Conviviente: 49 años, 7° bás. PEM, sin previsión. Salud regular, sin atención dental.
- Primer hijo: sexo F, 19 años, 3° medio, cesante, sin prev.. Apparently sana.
- Segundo hijo: sexo M, 17 años, 8° bás., ayuda a su padre en el com. amb. sin prev. Apparently sano.
- Tercer hijo: sexo F, 16 años, 8° bás. Apparently con retraso psicológico.

c) Principales problemas:

- Problema socioeconómico; hacinamiento
- Incomunicación sexual de la pareja
- falta de examen de PAP en dueña de casa
- probable retardo mental en hija menor
- problemas odontológicos en toda la familia
- probable problema visual de conviviente
- pie plano de hijo

Plan terapéutico: Control médico, dental y de matrona.

Orientación en torno a problema de incomunicación

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: Se observa afecto y buen trato en los miembros; el padre es responsable y demuestra afecto a sus hijos. La madre ejerce matriarcado. Vida de pareja irregular por incomunicación sexual.

- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso aprox. \$10.000

e) Evolución de los problemas: el problema habitacional ha sido superado por habilitación de piezas para hijo de conviv., quien paga por su estadía. Continúa incomunicación sexual de la pareja, pese a orientaciones recibidas. Conviv. no se ha efectuado PAP ni asistió a tratamiento dental, hijos no asistieron a interconsultas.

f) Acciones realizadas por alumnas:

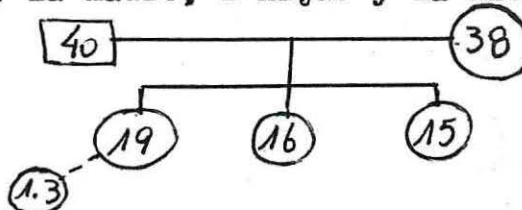
I- Previas a M.F.: Se hicieron 2 V.D. con fines de motivación para posibilitar incorporación de familia al programa. Con posterioridad se efectuaron las 3 entrevistas necesarias para lograr la identificación de la familia y poder presentarla al equipo de M.F.

II- Posteriores a M.F.: alumna realizó 4 V.D. y además, 2 entrevistas con el propósito de orientar e incentivar a la familia para que sigan las indicaciones dadas en el consultorio, puesto que no asistieron a ninguna de las citaciones.

-- Familia N° 17

- a) Identificación de la familia: legal completa
- N° integrantes: 6 = 5 mujeres y 1 hombre
  - Asisten a M.F.: la madre, 2 hijas y la nieta

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 40 años, 6° bás. trab. estable. Inmaduro. Sin anteced. de morbilidad.A.F.P
- Cónyuge: 38 años, 3° bás., empleada de cas partic., sin previsión. y sin anteced. mórbidos consignados.
- Primer hijo: sexo F, 19 años, 8° bás., cesante, tendencia a la neurosis, aparentemente inmadura pese a su maternidad. Vida sexual activa.

Segundo hijo: sexo F, 16 años, 3° medio, estud., rendimiento satisfactorio. Vida sexual activa sin M.AC.

- Tercer hijo: sexo F, 15 años, 7° bás. Bastante retraída, no confía en padres ni hermanas.
- Nieto: Sexo F, 1,3 años, no reconocida por su padre.

c) Principales problemas:

- disfunción familiar severa por crisis con hijas
- disfunción sexual de la pareja (no reconocida por ésta)
- inmadurez paterna (apego a fam. de origen)
- inmadurez materna (alteración de valores)
- hacinamiento (1 sólo dormitorio)
- mal aprovechamiento de recursos y presupuesto familiar
- desorientación y confusión en hijas
- problemas ginecológicos de adolescentes
- problemas odontológicos en toda la familia

Plan terapéutico: - Entrevistas individuales con adolescentes.  
- entrev. individuales con pareja  
- citaciónna dental  
- reforzar conductas y valores, utilizando lazo afectivo con nieta.

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: la pareja no satisface adecuadamente su relación afectiva y sexual, evitando tocar el tema. Las relaciones entre hijas son conflictivas, especialmente con hija menor. Trabajo de madre le impide mantener vigilancia y control sobre sus hijas; otorga desmedida importancia a su aporte económico.

- Situación económica: CAS; no tienen, ingreso considerado insuficiente por la familia, pero no declarado.

e) Evolución de los problemas: Padre rechazó atención dental, no así hija menor. En consulta posterior de hija (16 años) se diagnostica neurosis de angustia.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a M.F.: Se efectuaron las V.D. destinadas a recabar los datos necesarios para ingresar la familia al programa.

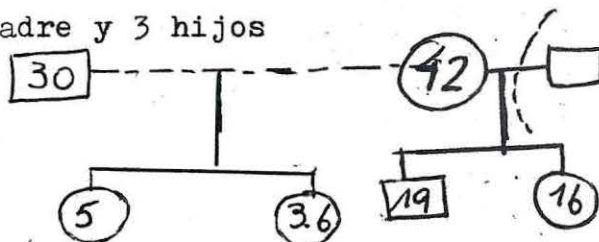
II- Posteriores a M.F.: en entrevista de alumna con hija mayor, ésta informa que padre viajó al extranjero. Se comprueba que relaciones familiares han mejorado. Se han realizado 6 entrevistas con el fin de entregar orientación a adolescentes. Una entrevista especial con dueña de casa para entregar orientación sobre problema de higiene ambiental.

-- Familia N° 18

a) Identificación de la familia: consensual

- N° integrantes: 6 = 2 hombres y 4 mujeres
- Asisten a M.F.: la madre y 3 hijos

Familiograma:



b) Caracterización de los integrantes:

- Jefe de hogar: sexo M, 30 años, soltero, 6° bás, trab. ocasional, sin ingreso fijo ni previsión. Aparentemente sano, no bebe y fuma moderadamente.
- Conviviente: 42 años, 3° bás, labores de casa, cas-sep 5 hijos de primer matrim. 2 de conviv. actual.
- Primer hijo: sexo M, 19 años, 2° medio, (además de curso en INACAP), cesante, sin prev. Tendencia a la ingestión excesiva de alcohol. Rebeldía e inmadurez.
- Segundo hijo: sexo F, 8° bás, 18 años, labores de casa. Sin anteced. mórbidos. Vida sexual activa.
- Tercer hijo: sexo F, 5 años, Kinder, sin atención dental ni anteced. mórbidos serios (sólo resfríos)
- Cuarto hijo: sexo F, 3,6 años, J. Infantil. Hija no planificada producto de ambarazo con DIU.

c) Principales problemas:

- problema conductual de hijo mayor
- riesgo de fracaso en probable matrimonio de hija
- problemas odontológicos leves en la familia
- cesantía de J. de hogar y conviviente

Plan terapéutico: - atención psicólogo hijo mayor

- orientación a hija sobre riesgo en matrim. prematuro
- citación para tratamiento al grupo familiar

d) Resumen situación inicial:

- Relaciones: Familia conformada por convivencia estable de 11 años. La pareja se muestra satisfecha de su relación afectiva, autoridad y decisiones compartidas. Hay respeto mutuo y comprensión, buena comunicación sexual entre la pareja.

- Situación socioeconómica: CAS I, ingreso variable

e) Evolución de los problemas: Esta ha sido positiva, por cuanto los problemas conductuales del hijo mayor han disminuido. La segunda hija se casó, con el consentimiento de los padres y no tiene mayores problemas.

f) Acciones realizadas por alumnas:

I- Previas a MF: En este caso, se cumplieron las 5 V.D. de rigor para incorporar la familia al programa.

II- Posteriores a M.F.: en cumplimiento del plan terapéutico, se realizaron entrevistas tanto con los padres como con los jóvenes, destinadas a entregarles orientación sobre la mejor forma de enfrentar algunos de sus problemas. Se logró autorización para matrimonio de hija y al mismo tiempo, en el trabajo de apoyo con hijo mayor se consiguieron algunos leves avances.