

Caracterización de la salud familiar de una localidad para orientar un plan de cuidado

Characterization of the family health in a locality aimed at preparing a care program

Yuleer Navarro Peña, Alide Salazar Molina

Universidad de Concepción. Chile.

RESUMEN

Antecedentes: para gestionar el cuidado del grupo familiar resulta útil conocer cuál es su situación de salud y la estratificación de las familias según tal condición.

Objetivos: determinar la situación de salud de las familias inscritas en el CESFAM Lorenzo Arenas de Concepción, Chile y determinar la aceptación de la intervención familiar por parte del jefe de hogar y del grupo familiar.

Métodos: diseño transversal y descriptivo. El universo estuvo constituido por 5591 familias inscritas en el CESFAM Lorenzo Arenas y la muestra correspondió a 204 familias seleccionadas mediante muestreo probabilístico. Se trabajó con un 95 % de confianza y un intervalo de confianza del 5%. Se utilizó como instrumentos de recolección de datos un cuestionario de antecedentes biodemográficos, la prueba de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL), el inventario de características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar. Se aplicó a los jefes de familias previo consentimiento informado. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS 17.0 y para su análisis se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: El 75 % de las familias clasificó en la zona de elevada criticidad y buen funcionamiento intrafamiliar, el 22 % presentó ajuste familiar, el 3 % presentó afección de extrema gravedad, con elevada criticidad y disfuncionalidad. No se presentaron casos de relaciones intrafamiliares disfuncionales con baja criticidad. El 74 % de los jefes de hogar declararon que aceptarían la intervención familiar y el 42 % declararon que todo el grupo familiar la aceptaría.

Conclusiones: predominan las familias con afección grave dada por la criticidad familiar, de ellas un alto porcentaje aceptaría la intervención del equipo de salud. Esta información orienta la gestión del cuidado y la elaboración de un plan de cuidado para las familias de esta localidad.

Palabras clave: salud de la familia, enfermería de la familia, medicina familiar y comunitaria.

ABSTRACT

Background: To manage the family group care, it is useful to know the health situation and the stratification of the families according to their conditions.

Objectives: To determine the health situations of families registered at CESFAM Lorenzo Arenas de Concepcion in Chile and to determine the acceptance of family intervention by the head of the household and the family group.

Methods: Cross-sectional and descriptive design. The universe of study was formed by 5591 families registered at CESFAM Lorenzo Arenas and the final sample consisted of 204 families selected by the probabilistic sampling. The confidence index of 95% and the confidence interval was 5%. The instruments of data collection were a questionnaire on biodemographic antecedents, the family functioning perception test, the inventory of risky family characteristics and the family health matrix. It was all applied to the heads of households after informed consent. SPSS program 17.0 served to process data which were analyzed through summary statistics.

Results: In the group, 75% of families classified into the highly critical condition area and good intrafamily functioning, 22% presented family adjustment, 3% had extremely severe problems, highly critical conditions and dysfunctionality. There was no case of dysfunctional intrafamily relationships with low critical conditions. In this study, 74% of the heads of households stated that they would accept family intervention and 42% said that the whole family group would also do it.

Conclusions: Predominance of families with serious illnesses due to highly critical conditions in the family, a high percentage of which would accept the health team intervention. This information is useful to direct the care management and the preparation of a care program aimed at the families living in this locality.

Keywords: family health, family nursing, family and community medicine.

INTRODUCCIÓN

En la década de los noventa, el sistema de salud Chileno experimenta cambios que buscan mejorar la atención brindada a la población. En 1993 los consultorios se transforman en Centros de Salud y en 1998 surgen los primeros Centros de Salud Familiar con los cuales se implementa el "Modelo de atención integral en salud", con enfoque familiar.^{1,2}

El "Modelo de atención integral en Salud", con enfoque familiar, reemplazó al modelo biomédico, ya que este estaba resultando insuficiente para enfrentar las necesidades sanitarias de una población que había experimentado un cambio demográfico (envejecimiento), un cambio en el perfil epidemiológico (de enfermedades infectocontagiosas a crónicas), cambios sociales y económicos.³ En el modelo de atención integral, las problemáticas de salud se abordan considerando "a las personas en su integridad física y mental y como seres sociales que forman parte de una familia y que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio físico, social y cultural".³ Además con el modelo adquiere relevancia el rol de la familia que pasa a constituir una unidad de cuidado y un blanco de análisis e intervención en salud.^{1,2,3}

En la práctica, priman las acciones con enfoque familiar, pero dirigidas a la salud de los individuos, vale decir centradas en el individuo que constituye el «caso índice». El desafío surge al plantear el cuidado de la familia propiamente tal, independiente del diagnóstico que pueda o no tener alguno de sus integrantes, es decir que el «caso índice» pase a ser la propia familia. Para afrontar el cuidado de la familia, se requiere que el equipo de salud la evalúe como sistema, utilice instrumentos acordes, plantee diagnósticos familiares e intervenga de acuerdo a estos diagnósticos.²

La evaluación de la familia está íntimamente unida al cuidado de ella, ya que para una adecuada programación de intervenciones el sustrato básico corresponde a un adecuado diagnóstico.^{4,5} En la actualidad, en Chile se cuenta con pautas que permiten estratificar las familias, según riesgo biopsicosocial,⁶ sin embargo centrarse sólo en este aspecto limita la visión del equipo de salud, por ello se utilizan también una serie de instrumentos promovidos por el Ministerio de salud de Chile, que miden de manera independiente otros aspectos de la familia.^{1,2}

En la definición del concepto de salud familiar, los diferentes autores tienen como factor común la consideración de la multidimensionalidad de dicho concepto,^{2, 6-8} lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar una evaluación integral que considere aspectos intra y extrafamiliares, sin embargo autores coinciden que en Chile aún persiste la escases de herramientas de evaluación familiar con enfoque sistémico,^{6, 9,10} que permitan lograr "la gran foto de la familia y no sólo un conjunto de síntomas, lo que permite tomar mejores decisiones".¹¹

Para realizar la evaluación de la salud de la familia, Louro en el año 2004¹² desarrolló el "Modelo Teórico y Metodológico para la evaluación de Salud del grupo Familiar en la Atención Primaria". Este modelo tiene la ventaja de ofrecer el componente teórico que establece la concepción de la salud del grupo familiar y el componente metodológico que ofrece los instrumentos para su evaluación. Louro señala que la salud del grupo familiar es una condición dinámica y multicausal configurada por seis dimensiones, que corresponden a: contexto socio - económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social. La salud de la familia, se relaciona con la capacidad de ésta para afrontar constructivamente las crisis en un determinado contexto sociocultural y económico, generando bienestar y potenciando el desarrollo de sus integrantes.

Enfermería y el Modelo de atención integral, con enfoque familiar tiene como factor común el interés por abordar el cuidado de la familia, ya que el cuidado y su gestión corresponden al ámbito del ejercicio de la profesión de enfermería¹³. Para aportar con información que puede resultar útil para la toma de decisiones en el proceso de la gestión de los cuidados de las familias, es que se realizó la presente investigación, cuyos objetivos fueron:

- Determinar la situación de salud de las familias del sector Lorenzo Arenas de Concepción
- Determinar la aceptación de la intervención familiar, por parte del jefe de hogar y de la familia

La incorporación a la evaluación de la salud de las familias, de la aceptación a las intervenciones del equipo de salud, resulta útil para gestionar su cuidado, ya que esta información orientará también a los equipos a seleccionar las familias con las cuales iniciarán sus planes de cuidado, como focalizar y distribuir sus esfuerzos, puesto que contar con la participación de las familias favorece el éxito de toda intervención familiar.^{4,14}

MÉTODOS

El presente es un estudio transversal, descriptivo, cuya unidad de análisis estuvo constituida por la familia inscrita en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Lorenzo Arenas, cuyo domicilio se encontraba en la zona geográfica asignada a dicho CESFAM.

El universo estuvo constituido por 5591 familias y la muestra por 204 familias. Se realizó un muestreo probabilístico, se trabajó con un 95 % de confianza y un intervalo de confianza de un 5 %.

Los instrumentos de recolección de datos fueron:

- Cuestionario de recolección de datos sociodemográficos: Elaborado por la autora.
- Prueba de evaluación de relaciones intrafamiliares (FF-SIL), diseñado y validado por Louro et al,¹² para determinar las relaciones intrafamiliares que corresponde a una de las dimensiones del Modelo de Salud Familiar de Louro.
- Inventario de características familiares de riesgo, diseñado por Louro,¹² cuyo objetivo es evaluar las otras cinco dimensiones del Modelo de Salud Familiar de Louro, identificando la presencia de características de riesgo para luego determinar niveles de criticidad familiar.

Con los resultados de la prueba FF-SIL y del inventario de características familiares de riesgo se procedió a la construcción de la *matriz de salud familiar* que corresponde a un procedimiento mediante el cual se obtiene la situación de salud del grupo familiar y además permite la estratificación de las familias, según tal condición.

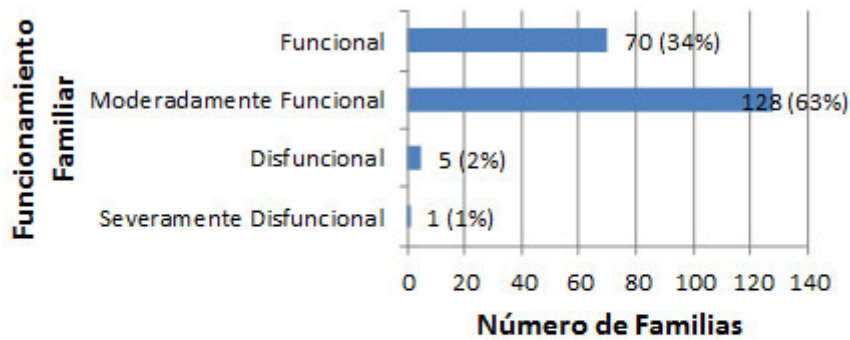
La recolección de datos fue realizado por la autora, se aplicó los instrumentos a los jefes de familias, previa firma de consentimiento informado. Los datos se codificaron y analizaron en una base de datos del programa SPSS 17.0. Se utilizó estadística descriptiva.

El estudio fue revisado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, obteniendo su aprobación. Además se obtuvo la autorización de las autoridades del Centro de salud familiar Lorenzo Arenas.

RESULTADOS

Los encuestados (as) correspondieron principalmente a mujeres, de edad promedio de 55 años y con más de ocho años de estudios. En cuanto a las características de las familias del estudio predominan las familias nucleares y biparentales, el tamaño promedio fue de 4,2 integrantes y el promedio de hijos de las familias que los tienen es de 2,1. Con respecto al ingreso per cápita, predominan aquellas familias con un ingreso per cápita igual o inferior a US \$110.68 y aquellas con un ingreso per cápita igual o inferior a US \$187.44

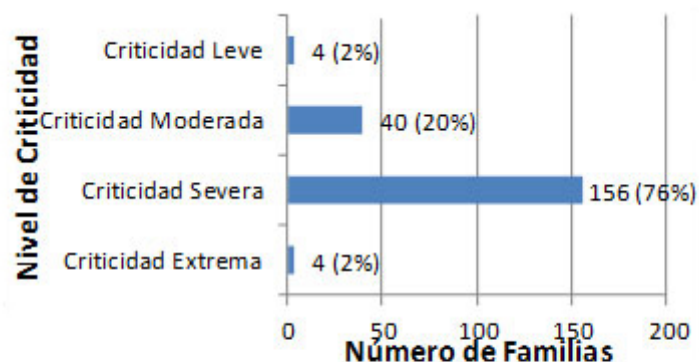
En cuanto a la dimensión de relaciones intrafamiliares dada por el funcionamiento familiar, como se observa en la figura 1, predominan las familias moderadamente funcionales (63 %). La escala de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL), considera siete categorías que dan cuenta de la variable, en cuanto a estas categorías en la población en estudio, más del 70 % de las familias alcanzaron puntajes satisfactorios en las categorías adaptabilidad, cohesión, comunicación, rol y armonía. Un 66 % de las familias alcanzó puntajes satisfactorios de la categoría de afectividad y la categoría que presentó mayor alteración fue la de permeabilidad, ya que sólo un 34,5 % presentó puntajes satisfactorios en esta categoría.



Fuente: Situación de salud de grupos familiares de Lorenzo Arenas, 2011

Fig. 1. Distribución de familias, según funcionamiento familiar (Escala FF-SIL)

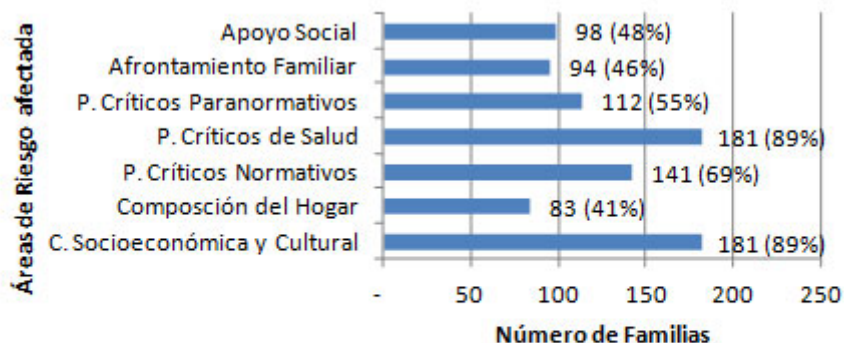
En relación a la criticidad familiar, evaluada a través del inventario de características familiares de riesgo, a partir de la figura 2, se puede señalar que en la población en estudio se encontró un alto porcentaje de familias (76 %) que presentan criticidad severa.



Fuente: Situación de salud de grupos familiares de Lorenzo Arenas, 2011

Fig. 2. Distribución de familias, según Criticidad familiar
(Inventario de características familiares de riesgo)

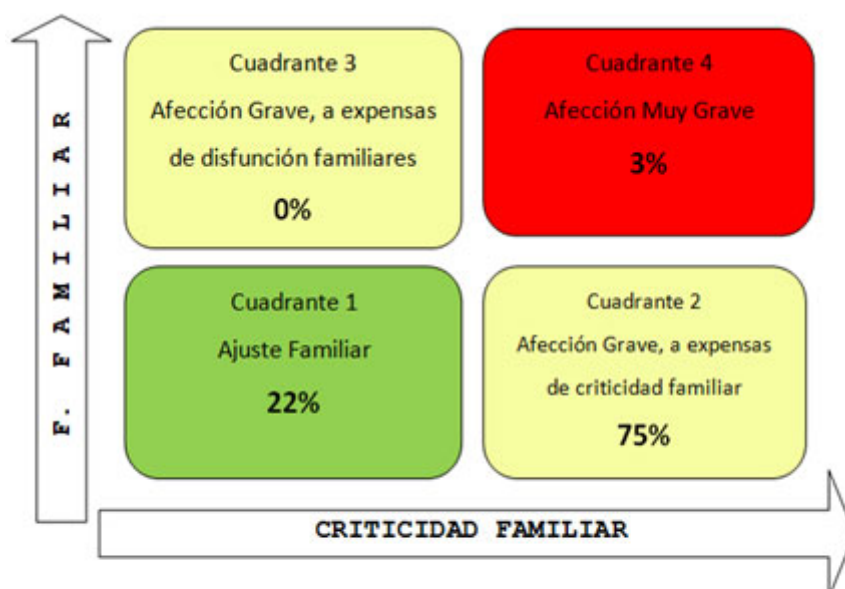
En cuanto a las cinco dimensiones que configuran la salud familiar y que son evaluadas a través del inventario de características de riesgo para determinar la criticidad familiar (figura 3), destaca el alto porcentaje de familias que presentan características de riesgo del contexto socioeconómico y cultural, entre ellas el mayor porcentaje de familias presentan las características economía crítica y vivienda insegura. Destaca también el alto porcentaje de familias con características de riesgo del área de salud, entre ellos la presencia de familias con un integrante con alteración nutricional por exceso y la presencia de un integrante postrado.



Fuente: Situación de salud de grupos familiares de Lorenzo Arenas, 2011

Fig. 3. Distribución de las familias, según áreas de riesgo afectada.

Con respecto a la Salud Familiar, en la figura 4 se muestra como se distribuyen las familias del sector Lorenzo Arenas, según tal condición. Destaca que el 75% de familias, corresponden a familias con Afección Grave, a expensas de criticidad familiar y se ubican en el cuadrante 2.



Fuente: Situación de salud de grupos familiares de Lorenzo Arenas.

Fig. 4. Matriz de Salud Familiar.

En cuanto a la aceptación por parte del jefe de hogar, la tabla 1 muestra que el 74 % declararon que aceptarían la intervención familiar y en cuanto a la aceptación de toda la familia a este tipo de intervenciones destaca que el 42 % cree que el resto de su familia aceptaría participar de una intervención familiar. De las familias que presentan Afección Grave a expensas de criticidad familiar, predominan aquellas en que todos los integrantes aceptarían la intervención familiar del equipo de salud, mientras que, de las familias que presentan Afección muy grave de la salud familiar, ninguna de ellas declara que aceptaría la intervención del equipo de salud.

Tabla 1. Distribución de familias, según aceptación de la intervención familiar del encuestado y de la familia

| Aceptación del encuestado/ Aceptación familiar | Porcentajes Observados (n=204) |
|--|--------------------------------|
| • Aceptación del jefe(as) de hogar | |
| Sí Aceptaría | 74 % |
| No Aceptaría | 26 % |
| • Aceptación familiar | |
| Sí Aceptarían | 42 % |
| No Aceptarían | 35 % |
| Sólo algunos Aceptarían | 23 % |

DISCUSIÓN

Se observó que predominan las familias con un moderado y buen funcionamiento familiar, al igual que en otros estudios en población chilena en que se ha medido esta variable con el APGAR familiar.¹⁵⁻¹⁸ En Chile se evaluó el funcionamiento familiar con la escala FF-SIL, (Gonzalez J., Lecaros J., Moyano M. Capital Social Familiar Y Delincuencia Adolescente. [Memoria para optar al título de psicólogo y a la mención Psicología Social de las Organizaciones]. Universidad de Talca, 2008) en un estudio descriptivo y comparativo de familias de jóvenes no infractores de la ley y de familias de jóvenes infractores de la ley, entre los resultados se observó un predominio del buen funcionamiento en el primer grupo y un predominio de la disfunción en el segundo grupo de familias. Respecto de las categorías contempladas en el instrumento de evaluación de funcionamiento familiar (FF-SIL), tanto el estudio mencionado anteriormente como el estudio de familias cubanas de pacientes con insuficiencia renal crónica,¹⁹ coincidieron con el presente estudio en la alteración de la permeabilidad, ya que esta fue la categoría en la cual se observó el menor porcentaje de familias que alcanzó el puntaje máximo de los ítems que la medían.

El alto porcentaje de familias con un buen funcionamiento familiar corresponde a un hallazgo positivo, ya que es considerado como un factor protector^{8, 12} Louro señala con respecto a la dimensión de relaciones intrafamiliares, que "un buen funcionamiento familiar actúa como un prisma que refracta o modula la vivencia de procesos críticos, de manera que ante circunstancias de riesgo, si las relaciones intrafamiliares son buenas, no parece agudizarse la situación problema",²⁰ mientras que la disfuncionalidad está relacionada con problemas de salud familiar y de los miembros del grupo.¹⁴

En cuanto a la criticidad familiar, dada por la presencia de ciertas características de riesgo que ponen a la familia en condición de sobreesfuerzo para afrontar la vida cotidiana,¹² se puede señalar que la mayor proporción de las familias presenta criticidad severa, determinada por características de riesgo del área socioeconómica, procesos críticos de salud y de apoyo social, entre ellas cabe mencionar una economía crítica, vivienda insegura, y la presencia de un integrante postrado.

En la población en estudio predominaron las familias con características de riesgo del contexto socioeconómico, al igual que las familias de otros estudios donde se ha evaluado también esta dimensión,^{6, 21} esta situación constituye un factor importante a considerar, ya que otros autores^{14,21} mencionan que si bien la disfuncionalidad y múltiples problemas familiares no se dan exclusivamente en familia con situación de pobreza, éste es un factor de riesgo y que influencia en la cronificación de los múltiples problemas familiares. .

En cuando a la salud familiar, se puede señalar que las tres cuartas partes de los grupos de familias participante de este estudio presentaron Afección grave, a expensas de criticidad familiar (cuadrante 2), vale decir, son familias que, a pesar de presentar altos niveles de criticidad, dada la presencia de las características de riesgo que las posicionan en una situación de sobrexigencia, mantienen buenos niveles de funcionamiento intrafamiliar, tienen la capacidad de afrontar constructivamente las crisis, generando bienestar y potenciando el desarrollo de sus integrantes, a este tipo de familia Louro las llama resilientes.¹² Además este tipo de familia refuerza la idea de que el funcionamiento familiar es el prisma que modula la vivencia de procesos críticos.¹² Las características de riesgo que presentaron estas familias, son similares a las que presentaron las familias con riesgo biopsicosocial del estudios de evaluación integral de familias chilenas con el

instrumento "como es SU/TU familia".⁶ En el estudio de la salud familiar de familias cubanas con hijos con el diagnóstico de anemia drepanocítica²² al igual que en el presente estudio predominaron las familias con Afección grave a expensas de la criticidad familiar (cuadrante 2), la criticidad en estas familias estaba dada por alteraciones de los procesos críticos de salud, además en ambos estudios quedó desierto el cuadrante 3.

De las familias del presente estudio cerca de la cuarta parte de ellas, se ubicaron en el cuadrante 1, estas son las familias potenciadoras del desarrollo de sus integrantes y predominaron en la caracterización de familias de jóvenes con éxito escolar²³ y en el estudio de familias cubanas de diferentes regiones.¹²

La escasa cantidad de familias del presente estudio que presentaron Afección muy grave, ubicadas en el cuadrante 4, presentaban una criticidad extrema y con un escaso recurso intrafamiliar para hacer frente a esta condición. Este tipo de familia coincide con las descritas como familias multiproblemáticas y en cuya caracterización figuran estas mismas características.¹⁴ Si bien es cierto el porcentaje de familias en esta condición es bajo, no deja de ser preocupante, ya que son familias de alto riesgo y que no potencian el adecuado desarrollo de sus miembros por lo que requieren de acciones interdisciplinarias e intersectoriales. Similares características presentaron las familias chilenas de menores atendidos en programas implementados por la Protectora de la Infancia.²¹

Adicionalmente se consideró la necesidad de conocer si los(as) jefes de hogar aceptarían la intervención familiar del equipo de salud de su CESFAM y cuál consideraban ellos que sería la respuesta del resto de los integrantes de su familia, encontrándose como hallazgo positivo que el mayor porcentaje de los(as) jefes de hogar sí aceptaría la intervención por parte del equipo de salud, éste es un factor favorable ya que para iniciar una intervención es necesario contar con la participación de la familia lo que favorecerá el logro de objetivos, y según estos resultados se podría contar con la aceptación de quien lidera la familia. Al analizar cuál sería la respuesta del resto de los integrantes de su familia ante la oferta de intervención familiar, encontramos que casi la mitad declara que cree que toda su familia sí aceptaría la intervención, sin embargo llama la atención que de las familias con Afección Muy Grave, en ninguna de ellas se observó la aceptación de toda la familia de la intervención del equipo de salud.

Entre las conclusiones, cabe destacar que predominan las familias con Afección Grave, a expensas de criticidad familiar y que sus jefes de hogar aceptarían la intervención del equipo de salud, por lo tanto a la luz de dichos resultados, se recomienda la elaboración de un plan de cuidado que considere: el uso del Enfoque de Resiliencia familiar, que ha sido recomendado también por otros autores chilenos;²⁴ el uso de estrategias de intervención de niveles 3 y 4 descritas por Doherty y Baird² para las familias con Afección Grave por criticidad familiar, del nivel 5 para las familias con Afección Muy Grave y del nivel 1 y 2 para aquellas con Ajuste Familiar; intervenciones de promoción del buen funcionamiento familiar; considerar *intervenciones dirigidas a crear el vínculo entre el equipo de salud y las familias con Afección muy grave y proponer como parte fundamental del Plan de capacitación del equipo de salud el tema de Intervención con enfoque de resiliencia familiar e Intervenciones de niveles 3, 4 y 5 descritos por Doherty y Baird.*²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de Chile, Ministerio de salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Manual de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2008; 9-192. Disponible en:
<http://www.ssmn.cl/APSweb/manualsaludfamiliar2008.pdf>
2. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino a Centro de Salud Familiar. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2008; 9-38. Disponible en:
http://www.medicinafamiliar.cl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26&Itemid=36
3. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. 2005; 1: 3-20.
4. Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E. 1977.
5. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red, Año 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2009; 26: 33-40. Disponible en:
http://www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1307&Itemid=95
6. Hidalgo CG, Carrasco E. Salud Familiar. Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago: Ediciones Universidad Católica. 1999.
7. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la Atención Primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98(2): 144-155.
8. Louro I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2009 Dic. 16] ; 20(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es&nrm=iso.
9. Valencia E, Gomez E. Una Escala de Evaluación Familiar Eco-Sistémica para Programas Sociales: Confiabilidad y Validez de la NCFAS en Población de Alto Riesgo Psicosocial. Psykhe, [revista en la Internet] , 2010 Mayo [citado 2010 Jun. 20]. 19(1): 89-103. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100007 &lng=es&nrm=iso. doi: 10.4067/S0718-22282010000100007.
10. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez Isabel. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev Chil Neuropsiquiatr. [revista en la Internet]. 2003 Ene [citado 2010 Jun. 20]; 41(1): 39-54. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100006 &lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272003000100006.

11. Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE.UU. Comprehensive Family Assessment Guidelines for Child Welfare. 2006. [citado 2010 Jul. 02]. Disponible en: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/family_assessment/
12. Louro Isabel. Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. [Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias de la Salud]. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 2004. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=2190>
13. Norma General Administrativa N° 19 "Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada", Exenta N° 1127, del Ministerio de Salud. Santiago, 14 de diciembre de 2007, publicada el 25 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/norma.doc>
14. Gómez E, Muñoz MM, Haz AM. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psykhé* [revista en la Internet]. 2007 [citado 2010 Jun. 10]; 16(2): 43-54 . Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2228. doi: 10.4067/S0718-22282007000200004.
15. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc. enferm.* [revista en la internet]. 2006 Dic [Citado 2012 Abr 21]; 12(2): 53-62. Disponible en: http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-95532006000200007&Lng=Es. Doi: 10.4067/S0717-95532006000200007.
16. Concha M, Rodríguez C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria* [revista en la Internet] 2010 [Citado 2012-04-11]; 19 (1); 41-50. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v19-1/3.pdf>
17. Urzua A, Pavlov R, Cortes R, Pino V. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Ter Psicol* [revista en la internet]. 2011 [Citado 2012-04-11]; 29 (1); 135-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100014
18. Riquelme E, Rojas A, Jiménez A. Equilibrio trabajo familia, apoyo familiar, autoeficacia parental y funcionamiento familiar percibidos por funcionarios públicos de Chile. *Trab. soc.* [revista en la Internet] 2012 Jun [Citado 2011 Ene 15] ; 18: 203-15. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
19. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *MEDISAN* [revista en la Internet] 2006 [citado 2011 Ene. 11]. 10(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm.
20. Louro I, Pría MC. Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2010 Ene. 11]. 24(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400006&lng=es&nrm=iso.

21. Gómez E, Cifuentes B, Ross MI. Protectora de la Infancia. Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas psychologica*, [revista en la Internet] 2010 Dic [citado 2010 Ago. 10]. 9 (3): 823-839. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/696>
22. Serrano A, Louro I, Vargas J, Osorio I, Chávez M. Situación de salud en familias de niños con padecimiento de anemia drepanocítica en Cuba. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. [revista en la Internet] 2008 Mar [citado 2010 Jul. 27] ; 11(1); 26-55. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/18544>.
23. Méndez Sutil V, Louro Bernal I, Bayarre Vea H. Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Jun 10] ; 27(1): 1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100001&lng=es.
24. Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia Familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*. [revista en la Internet] 2010 agosto-diciembre; [citado 2012 Jun 10]; 19(2): 103-131. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26416966005>

Recibido: 17 de agosto de 2012.
Aprobado: 4 de julio de 2013.

Yuleer Navarro Peña

Universidad de Concepción. Chile. Dirección: Alto Horno 252. Higuera, Talcahuano.
Fono: 56-965498853. Correo electrónico: yuleer.enfermera@gmail.com