

## **Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar**

### **Health Intervention in High Biopsychosocial Risk Families: Long Term Follow-up of Family Functioning**

Maria Lorena Weinreich  
Carmen Gloria Hidalgo  
Pontificia Universidad Católica

Este estudio forma parte de otro mayor que tuvo como objetivo evaluar el impacto a largo plazo de un programa de salud integral familiar, de un centro de salud de la comuna de La Florida en Santiago. Se informan los hallazgos de la evaluación de seguimiento del funcionamiento familiar de las familias en condiciones de riesgo biopsicosocial que participaron en el programa. Se utilizó un diseño cuasiexperimental prospectivo de mediciones repetidas: pre intervención, post intervención y seguimiento. Se administró el test "Cómo es su familia", a 31 madres de las familias intervenidas, evidenciándose una mejoría significativa en factores importantes del funcionamiento familiar, como la comunicación y el estilo familiar de resolución de problemas, lo que es relevante, al ser un factor de protección de las condiciones de salud de los individuos.

This study is part of a larger research whose purpose was to evaluate the long term impact of a family integral health program, of a Center of Health of the sector of "La Florida" in Santiago. The main findings concerning the evaluation of the follow-up of the family functioning of the families in conditions of biopsychosocial risk taking part in the program are informed. A prospective quasi-experimental design of repeated measurements was used: pre intervention, post intervention and follow-up. The test "What is your family like" was administered to 31 mothers of the treated families. A significant improvement was noted in important factors of the family functioning, such as the communication and the family's problem resolution style, which is relevant as it is a protection factor of the health conditions of the individuals.

#### **Antecedentes**

Las instituciones del ámbito social han concentrado sus esfuerzos en los últimos años, por generar intervenciones focalizadas en la familia como unidad básica de la sociedad. De esta forma, diversos programas y proyectos se benefician al obtener una visión más contextualizada e integral del ser humano y sus problemáticas, dejando atrás el conocimiento aislado y fragmentario.

El ámbito de la salud no ha escapado a este interés en la familia, ya que a partir de diversos estudios se ha comenzado evidenciar la marcada influencia que ésta ejerce en el proceso salud-enfermedad. Una

familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud (Hortwitz, 1986).

La literatura que relaciona a la familia con el proceso salud-enfermedad ha estado dirigida, principalmente, a dar a conocer estudios e investigaciones que demuestran la importancia del funcionamiento familiar en las diversas manifestaciones de este proceso (Fisher & Ranson, 1995; Florenzano, 1994). Aunque aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que éste se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Valdés, Serrano & Florenzano, 1994).

---

María Lorena Weinreich y Carmen Gloria Hidalgo, Escuela de Psicología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a María Lorena Weinreich, Luis Zegers 975, Santiago, Chile. E-mail: loreweinreich@hotmail.com

Este estudio fue financiado por Proyecto Fondecyt N°1000505. La autora agradece a equipo interdisciplinario del Programa de Familia del Centro de Salud Villa O'Higgins de la comuna de La Florida.

A partir de lo anterior, se hace indispensable determinar los aspectos que forman parte de un funcionamiento familiar armónico y disarmónico, ya que son de gran importancia para la clínica comunitaria y la salud pública, al constituirse en la base para el desarrollo de programas y su tratamiento (Wagner, 1997). La familia mitiga los efectos de los eventos estresantes externos, a la vez que es un agente generador de estrés, por tanto a partir de ella se facilita la posibilidad de determinar la menor o mayor vulnerabilidad para enfermar (Hidalgo, Cornejo, Carrasco, Cabezas, Brito & Acevedo, 1999).

La familia y su funcionamiento se pueden constituir en un factor de riesgo para la salud de sus miembros. El término factor de riesgo proviene de la tradición epidemiológica y es definido como un conjunto de variables que preceden a la aparición de un trastorno o evento negativo en la población, por tanto está asociado a la probabilidad de morbilidad o mortalidad futuras (Valdés et al., 1994).

En la literatura sobre el tema se observa que existen factores del funcionamiento familiar que se constituyen en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia. Los factores protectores son aquellos que reducen las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud y motivan a la persona al logro de las tareas de cada etapa de su desarrollo (Valdés et al., 1994). La influencia de estos factores se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes. Al respecto, investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente. Entre los aspectos del funcionamiento familiar asociados a condiciones de riesgo se encuentran: el grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre sus miembros (Florenzano, 1998).

Asimismo, las familias con dificultades en la relación conyugal o con conflictos de pareja, son más vulnerables a presentar problemas de violencia intrafamiliar, abuso y dependencia de drogas y alcohol, abuso sexual y negligencia, condiciones que aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad al interior de la familia (Belsey, 1996).

En la misma línea, algunas investigaciones revelan que las familias con un alto nivel de disfuncionalidad, presentan serios problemas de salud mental (trastornos emocionales y enfermedades psiquiátricas), factores que aumentan la severidad de estresores del ambiente, como problemas de salud y difi-

cultades financieras (Bonvicini, 1998; Cummings & Davies, 1994; Fisher & Ranson, 1995; Haugland, & Havik, 1998).

Nuevamente, en la emergencia de estos problemas jugarían un rol determinante la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación, como dimensiones que favorecen que el sistema tenga mayor flexibilidad y adaptabilidad (Olson & MacCubbin, 1986 en Ell & Northen, 1990). Una familia que logre un nivel de funcionalidad adecuado en cada uno de estos factores, logrará prevenir la emergencia de problemáticas de salud física y mental entre sus miembros.

Dada la marcada influencia que han ejercido los planteamientos anteriores, ha surgido un notorio interés por implementar planes de intervención en salud integral que involucren a la familia, sobre todo en el ámbito de la atención primaria. El enfoque de salud integral familiar humaniza el nivel primario y permite el abordaje de las temáticas de salud a través de la promoción de los roles y funciones que cumple la familia para mantener a sus miembros en óptimas condiciones de salud. Este enfoque ha demostrado tener mayor resolutivez al trabajar interdisciplinariamente y en red con otras instituciones de salud (Rottman, 1998).

A esta metodología de intervención se sumó el Centro de Salud Villa O'Higgins de la comuna de La Florida, que en 1994 implementó un programa piloto dirigido a familias de alto riesgo biopsicosocial. El objetivo principal de este programa consistió en crear un modelo de salud integral familiar que fuera eficaz y eficiente al intervenir en las principales problemáticas que enfrentaban las familias en riesgo. Estas familias se caracterizaban por presentar problemas biomédicos y psicosociales, estar en condiciones de extrema pobreza y tener una baja cobertura de asistencialidad (Hidalgo et al., 1999).

De acuerdo al modelo familiar, el centro sectorizó a la población y realizó un diagnóstico preliminar básico de la situación de salud de las familias en riesgo biomédico y psicosocial. Postularon al programa las familias derivadas de otros programas del centro, junto a las que se encontraban en situación de extrema pobreza, según la encuesta CAS. La condición de riesgo biopsicosocial se definió aplicando una pauta de factores de riesgo social y de factores protectores. Los factores considerados por la pauta, elaborados por el equipo de salud fueron: a) biomédicos: embarazo adolescente, riesgo de desnutrición en menores de un año, síndrome bronquial obstructivo frecuente y enfermedades crónicas (alcoholismo, hipertensión arterial severa y diabetes

descompensada), b) violencia intrafamiliar, adicciones, conductas delictuales y condiciones de pobreza. El PRODEFA estuvo constituido por un equipo interdisciplinario: médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, asistentes sociales y estudiantes en práctica de psicología, quienes definían las acciones para cada familia de acuerdo a sus principales problemas de salud física y social, y sus variables de riesgo y potencialidad. Las variables consideradas de riesgo fueron: tipo de vivienda, situación económica, situación laboral, dinámica familiar y condiciones de salud. Las variables de potencialidad fueron: nivel de escolaridad, capacitación, clima familiar, estrategias de resolución de problemas, participación comunitaria y ocupación del tiempo libre (Hidalgo et al., 1999).

El programa de familias en riesgo biopsicosocial (PRODEFA), se insertó en el sistema de atención primaria de salud y se orientó a los principales problemas de la comunidad, integrando la promoción, prevención y rehabilitación. En el programa se favoreció un trabajo interdisciplinario y se buscó la participación de todos los sectores conexos a la salud, con la finalidad que la población atendida lograra un bienestar biológico, psíquico y social (Hidalgo, Cornejo, Carrasco & Cabezas, 1998).

Dado que es importante que los programas se sometan a evaluación con el fin de determinar si realmente responden a las necesidades de la comunidad en que intervienen, el programa mencionado fue evaluado una vez terminada la intervención, mostrando una clara efectividad frente a los problemas de la población atendida. El PRODEFA evidenció buenos resultados en la satisfacción usuaria con el modelo de atención, en la evaluación de mejoría y/o solución de los problemas tratados (tanto por usuarios como por el equipo de salud), y en la disminución de los factores de riesgo y de las consultas por morbilidad en niños y adultos. También se observó una mejoría en el funcionamiento familiar de las familias intervenidas (Hidalgo et al., 1999).

Al evaluar a partir de un diseño prospectivo de mediciones repetidas pre y post intervención con el test "Cómo es su familia", se demostró que el PRODEFA produjo un cambio significativo en sentido positivo en el funcionamiento familiar de las familias involucradas, en el corto plazo, es decir una vez finalizada la intervención. Los factores en que se observaron los cambios fueron los siguientes: comunicación, roles y rutinas, estilo familiar de resolución de problemas, valores y creencias de la familia e impacto de eventos estresantes, especialmente de salud.

En una segunda etapa (2000-2002), el programa de familia ha sido nuevamente evaluado con el fin de determinar su impacto a largo plazo sobre las familias en riesgo biopsicosocial. La importancia de evaluar el programa a largo plazo responde a que uno de los problemas más serios de la salud integral, mental y física, está relacionado con la mantención en el tiempo de los efectos que producen este tipo de intervenciones. En el área de los servicios de salud es indispensable que estos programas sean sometidos a evaluaciones sistemáticas, con el fin de que se vean retroalimentados y mejorados en su calidad (Carey & Posavac, 1985). Además es relevante evaluar el impacto del Programa en el curso del tiempo, readecuando el diseño de atención para mejorar su impacto y obtener una óptima ecuación costo-beneficios (Hidalgo et al., 1999).

La evaluación de impacto del funcionamiento familiar es determinante, ya que están involucrados procesos complejos que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de los miembros de una familia. Un impacto positivo en el funcionamiento de las familias, a partir de las intervenciones llevadas a cabo en el PRODEFA (trabajo en equipo interdisciplinario con cada familia, visitas domiciliarias, educación, consejería, psicoterapia individual y familiar, promoción de redes de apoyo e inserción comunitaria, derivación a programas para intervención, prevención y educación en salud, entre otras), indicaría que se logró un efecto positivo sobre los factores de riesgo existentes y un refuerzo de los factores protectores mantenido en el tiempo, aumentando las posibilidades de una optimización de las condiciones de salud de las familias.

De este modo, el interés de este trabajo consistió en determinar el impacto del PRODEFA en el funcionamiento familiar de las familias intervenidas, 18 meses después de finalizada su participación, esperando que se mantuviera el cambio favorable obtenido en la medición posterior a la intervención.

## Método

### *Participantes*

Un total de 100 familias de alto riesgo biopsicosocial formaron parte del PRODEFA. De acuerdo a la clasificación de riesgo, el 88.7% de las familias ingresó por factores mixtos (biomédicos y psicosociales), un 9.9% por psicosociales y sólo un 1.4% por biomédicos (Hidalgo et al., 1999).

De estas 100 familias 82 fueron evaluadas una vez finalizada la intervención y 31 de ellas formaron parte de este trabajo que presenta la evaluación de seguimiento, luego de haber perdido una parte de ellas, principalmente por razones

de traslado o cambio de casa, y en menor medida, por negación de algunas madres a volver a formar parte de un estudio y problemas de administración. El cuestionario "Cómo es su familia", se administró a las madres de cada grupo familiar, en la mayoría de los casos jefas de hogar. En casos excepcionales, cuando la madre no se encontraba, se aplicó a padres y abuelas.

### *Materiales e instrumentos*

La evaluación del funcionamiento familiar se desarrolló a través de la aplicación del test "Cómo es su familia", considerando los factores y subfactores definidos por Hidalgo y Rodríguez (1998). Este cuestionario fue promovido por la OPS y surgió de la integración inicial de los modelos "Familia, Ajuste y Respuesta Adaptativa" de Joan Paterson, "Resiliency Model of Family Adjustment and Adaptation" de Marilyn y Hamilton McCubbin y el "Modelo Circumplejo

de Sistemas Maritales y Familiares" de David Olson. Fue desarrollado por profesionales, académicos e investigadores sobre la familia de distintas universidades de América. En el país el instrumento fue validado por un equipo de investigación de la Universidad de Chile y en el 2º análisis factorial se obtuvo un índice de validez (análisis factorial varimax) razonable (rango entre 53.6 y 53.9 de varianza explicada). La confiabilidad o consistencia interna de los factores procedió de las escalas originales de donde fueron tomados, el análisis estadístico aplicado a los datos obtenidos en el estudio piloto y de la aplicación del coeficiente Alfa de Cronbach a los datos del estudio. Dichos coeficientes oscilaron en los factores entre 0.51 y 0.81, encontrándose la mayoría entre 0.60 y 0.80, lo que permitió confiar en la consistencia de dichos factores (Rodríguez, Valdés & Florenzano 1996; Hidalgo & Rodríguez, 1998). El test consta de un cuestionario de 30 preguntas que contienen 146 ítems que miden el funcionamiento familiar y se agrupan en nueve factores y 19 subfactores (Tabla 1).

Tabla 1

*Definición de factores y subfactores del test "Cómo es su familia"*

Factor	Subfactor	Definición
Comunicación conyugal y jerarquía	Comunicación conyugal	Apertura, confianza y satisfacción en la interacción de pareja.
Valores y creencias	Valores individuales	Se valora el esfuerzo personal, el poder, el dinero y la sexualidad.
	Valores morales	Grado de importancia dado a los valores relativos a la unidad familiar y al respeto personal.
Vínculos familia extensa y amigos	Sin subfactores	Existencia de vínculos reales con familiares y amigos.
Comunicación, roles y rutinas	Comunicación y roles	Disponibilidad y forma de interacción entre los miembros de la flia. y el papel que juega c/u.
	Rutinas	Actividades habituales y rituales de la familia.
Estilo familiar de resolución de problemas	Cohesión y participación	Percepción de resolución de problemas a través de la unión y el apoyo afectivo.
	Redefinición del problema	La familia intenta ver el problema positivamente.
	Apoyo redes institucionales	Busca ayuda profesional o centros de salud.
Percepción de recursos de la familia	Redes familiares externas	Siente que cuenta con familia extensa.
	Redes de comunicación de la familia. nuclear	La madre percibe la buena comunicación padres-hijos como un recurso.
	Redes de apoyo de la familia. nuclear	Percibe que los hijos cuentan con el apoyo de la familia nuclear.
Eventos estresantes	Familiares, Vivienda Económicos, Escolares Laborales	Eventos estresantes relacionados con temas asociados a la temática que define al subfactor.
Riesgo y salud familiar	Abusos de sustancias, trastornos emocionales, VIF y embarazo adolescente	Conductas de riesgo y problemas de salud asociados a la temática que define el subfactor.

Con la finalidad que el test tuviera una aplicación clínica, Hidalgo y Rodríguez (1998) desarrollaron una adaptación estadística, para lo cual construyeron un perfil de funcionamiento familiar cuantificado, que indica el grado de vulnerabilidad biopsicosocial de una familia particular. Este protocolo establece una distribución de riesgo en base a percentiles. En el primer rango de percentil se encuentran los puntajes de cada factor de mayor riesgo y en el quinto los de menor riesgo.

### *Diseño y Procedimiento*

Para este estudio se utilizó un diseño cuasiexperimental prospectivo de mediciones repetidas. Las mediciones pre y post intervención se llevaron a cabo con anterioridad en el proyecto: "Modelo de intervención en salud familiar: Evaluación y mejoramiento de la calidad del programa de familias en riesgo biopsicosocial en un consultorio de atención familiar" (Hidalgo et al., 1999)<sup>1</sup>. La presente evaluación de seguimiento, se desarrolló 18 meses después de realizada la evaluación posterior a la intervención.

La aplicación de la encuesta y recuperación de los datos fue directa, y la administración del instrumento fue realizada por una entrevistadora especialmente entrenada, dadas las características culturales de la muestra. La entrevista se llevó a cabo en forma individual en el domicilio de las madres. La administración tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

## Resultados

En primera instancia se llevó a cabo una comparación entre los grupos (pre, post y seguimiento), con base al puntaje total para cada factor. Se utilizó un análisis de la varianza de mediciones repetidas, aplicando la prueba  $F$ , considerando significativo cualquier valor menor a 0.05. Luego se evaluó la variación de rango entre los tres grupos, a través de los protocolos clínicos del test, para lo cual se realizó un análisis de la varianza para muestras dependientes, aplicando la prueba  $F$ , considerando significativo cualquier valor menor a un  $p$  de 0.05.

En la comparación entre los grupos con base al puntaje total para cada factor, se observaron diferencias significativas que evidenciaron una mejoría en el funcionamiento familiar en el período de seguimiento, respecto a los momentos pre y post intervención, en los factores y subfactores que se muestran en la Tabla 2.

### *Valores y Creencias*

Determina una mayor flexibilidad de la importancia atribuida a los valores y creencias por parte de la

familia, respecto al período pre y una mantención de esta en el post 2 ( $F = 5.16; p < 0.0088$ ).

### *Comunicación, Roles y Rutinas*

Se determinó una mejoría en el seguimiento respecto a los períodos pre y post intervención, con relación a la disponibilidad y forma de interacción entre los miembros de la familia, en los roles y actividades rutinarias que realizan, lo que les otorga una mayor estabilidad y cohesión ( $F = 9.80; p < 0.002$ ).

### *Satisfacción con la Calidad de Vida*

Indicó una mejor percepción del bienestar general por parte de las madres de estas familias en el seguimiento, respecto a los períodos pre y post ( $F = 9.35; p < 0.0003$ ).

### *Percepción de Eventos Estresantes*

Disminuyeron significativamente la presencia de factores o elementos generadores de tensión de origen interno o externo a la familia, con relación al pre y el post ( $F = 21.47; p < 0.0000$ ).

### *Riesgo y Salud Familiar*

Se evidenció una disminución de los problemas de salud y comportamientos que perturban el desarrollo integral de la familia, respecto al pre y al post ( $F = 5.16; p < 0.0088$ ).

### *Estilo Familiar de Resolución de Problemas*

Indicó la utilización de mejores estrategias por parte de la familia frente a la solución de sus problemas, a través de estrategias personales e institucionales, respecto a los momentos pre y post intervención ( $F = 8.13; p < 0.0008$ ).

De igual forma, se apreciaron diferencias significativas que mostraron una mejoría significativa en el seguimiento respecto a los momentos anteriores en los siguientes subfactores: valores individuales ( $F = 5.56; p < 0.0063$ ), valores morales y espirituales ( $F = 5.30; p < 0.0078$ ), comunicación y roles ( $F = 6.33; p < 0.0033$ ), rutinas ( $F = 4.74; p < 0.0126$ ), cohesión y participación ( $F = 6.95; p < 0.002$ ), satisfacción con la familia ( $F = 12.02; p < 0.0000$ ), estrés en salud ( $F = 5.96; p < 0.0045$ ), estrés en familia ( $F = 7.72; p < 0.0011$ ) y estrés laboral ( $F = 4.29; p < 0.0185$ ).

<sup>1</sup> Proyecto financiado por Fondecyt N°1960526

Tabla 2

Comparación de puntajes totales entre los grupos pre, post y post 2

Factores	Promedios			Significación, ANOVA		
	Pre	Post 1	Post 2	muestras dependientes		
F2 Valores y creencias	28.1	26.2	27.6	$F = 5.16$	$p < 0.0088$	***
F2A Valores individuales	14.2	13.3	14.7	$F = 5.56$	$p < 0.0063$	***
F2B Valores morales y espirituales	13.9	12.9	12.9	$F = 5.30$	$p < 0.0078$	***
F4 Comunicación, roles y rutinas	23.4	23.6	27.0	$F = 9.80$	$p < 0.0002$	***
F4A Comunicación y roles	13.1	13.3	15.1	$F = 6.33$	$p < 0.0033$	***
F4B Rutinas	10.2	10.3	11.9	$F = 4.74$	$p < 0.0126$	**
F5 Estilo familiar resolución de problemas	26.8	28.8	30.8	$F = 8.13$	$p < 0.0008$	***
F5A Cohesión y participación	16.6	18.0	19.8	$F = 6.95$	$p < 0.002$	***
F7 Satisfacción calidad de vida	29.2	29.6	33.6	$F = 9.35$	$p < 0.0003$	***
F7A Satisfacción con la familia	15.8	16.9	19.5	$F = 12.02$	$p < 0.0000$	***
F8 Eventos estresantes	34.3	34.0	27.3	$F = 21.47$	$p < 0.0000$	***
F8A Estrés en salud	7.0	7.0	5.5	$F = 5.96$	$p < 0.0045$	***
F8B Estrés familia	12.6	12.9	10.1	$F = 7.72$	$p < 0.0011$	***
F8F Estrés laboral	2.6	2.6	1.7	$F = 4.29$	$p < 0.0185$	**
F9 Riesgo y salud familiar	33.9	33.9	35.1	$F = 5.16$	$p < 0.0088$	***

\*\* Significativo al 0.05 \*\*\*Significativo al 0.01

En el análisis de la variación de rango de cada factor según los perfiles clínicos, también se apreciaron cambios en sentido positivo en el nivel de riesgo biopsicosocial en el seguimiento respecto a los períodos anteriores (Tabla 3). Este análisis es relevante dado que la disminución de rango implica una variación de puntaje lo suficientemente grande como para señalar una modificación de las condiciones de riesgo biopsicosocial a partir del funcionamiento familiar.

Nuevamente se observa una mejoría significativa en el área de la comunicación, roles y rutinas ( $F = 8.19$ ;  $p < 0.0007$ ); en el estilo familiar de resolución de problemas ( $F = 15.64$ ;  $p < 0.0000$ ), principalmente por una mejoría en la cohesión y participación de la familia ( $F = 11.56$ ;  $p < 0.0001$ ) y una mayor búsqueda de apoyo de redes institucionales ( $F = 47.73$ ;  $p < 0.0000$ ); en las redes de apoyo de la familia nuclear ( $F = 4.23$ ;  $p < 0.0190$ ); en la satisfacción con la calidad de vida ( $F = 11.22$ ;  $p < 0.0001$ ), principalmente con la familia ( $F = 8.48$ ;  $p < 0.0006$ ); en la percepción de eventos estresantes ( $F = 9.55$ ;  $p < 0.0003$ ), lo que se traduce en una menor percepción de estos, mayoritariamente a nivel familiar ( $F = 8.07$ ;  $p < 0.0008$ ), laboral ( $F = 5.80$ ;  $p < 0.0050$ ) y en salud ( $F = 3.44$ ;  $p < 0.0305$ ). Por último, se aprecia un menor riesgo de trastornos emocionales ( $F = 4.01$ ;  $p < 0.0232$ ) y violencia intrafamiliar ( $F = 5.53$ ;  $p < 0.0063$ ).

## Discusión

Los resultados obtenidos en el Cuestionario “Cómo es su familia”, muestran una mantención en el tiempo de la mejoría detectada en la evaluación post intervención, en las áreas hipotetizadas inicialmente: a) comunicación, roles y rutinas; b) cohesión y participación de la familia y búsqueda y apoyo de redes institucionales (estrategias de resolución de problemas); y c) la disminución en la percepción de eventos estresantes en salud. Los dos primeros son muy importantes a la hora de evaluar el impacto del programa sobre el funcionamiento familiar, ya que su mejoría implica una mayor disponibilidad y forma de interacción entre los miembros de cada familia, una mayor estabilidad, un mayor número de actividades realizadas en conjunto, un vínculo emocional entre sí más fortalecido y, por último, un estilo de resolución de problemas que recurre a las redes institucionales existentes, lo que fortalece al sistema, en particular en estas familias que viven en un contexto de pobreza y de riesgo biopsicosocial.

Los datos mencionados demuestran también una disminución de la percepción de eventos estresantes, que señala, desde la perspectiva de las madres, no sólo una menor presencia de estresores, sino también la sensación de una menor vulnerabilidad frente a estos eventos, principalmente a nivel de salud,

Tabla 3  
Cambio de rango en el nivel de riesgo biopsicosocial

Factores	F	Significación
F2 Valores y creencias	$F = 5.99$	0.0042 **
F4 Comunicación, roles y rutinas	$F = 8.19$	0.0007 **
F4A Comunicación y roles	$F = 5.11$	0.0089 **
F4B Rutinas	$F = 4.06$	0.0222 **
F5 Estilo familiar resolución de problemas	$F = 15.64$	0.0000 **
F5A Cohesión y participación	$F = 11.56$	0.0001 **
F5C Apoyo de redes institucionales	$F = 47.73$	0.0000 **
F6C Redes de apoyo familia nuclear	$F = 4.23$	0.0190 **
F7 Satisfacción calidad de vida	$F = 11.22$	0.0001 **
F7A Satisfacción con la familia	$F = 8.48$	0.0006 **
F8 Eventos estresantes	$F = 9.55$	0.0003 **
F8A Estrés en salud	$F = 3.44$	0.0386 **
F8B Estrés familia	$F = 8.07$	0.0008 **
F8F Estrés laboral	$F = 5.80$	0.0050 **
F9 Riesgo y salud familiar	$F = 3.70$	0.0305 **
F9B Trastornos emocionales	$F = 4.01$	0.0232 **
F9C Violencia intrafamiliar	$F = 5.53$	0.0063 **

\*\* Significativo al 0.05

aunque también se aprecia en estrés familiar y laboral. De igual forma, se mantuvo sin modificaciones, como era esperado, la flexibilidad de las familias lograda en el período post, frente a la valoración absoluta y extrema (definitivo para vivir/nada importante), atribuida a los valores y creencias, tales como: estudios, ocupación, dinero, vida sexual, creencias religiosas, entre otras.

Sin embargo, los resultados obtenidos fueron más allá, al manifestarse una mejoría en áreas no contempladas inicialmente, y que están altamente relacionadas con un funcionamiento familiar armónico, como la satisfacción con la calidad de vida, principalmente con la familia y el área personal, aspecto potenciado en el programa, especialmente en las mujeres por las condiciones de marginación y falta de oportunidades en que se encontraban la mayor parte de ellas, las cuales mostraban al inicio del programa mucha desesperanza respecto a su futuro y falta de confianza en sus recursos personales y familiares. Asimismo, se apreció una mejoría en el estilo familiar de resolución de problemas, principalmente en el área de la cohesión y participación de la familia, aspecto intervenido en el programa, a través de talleres, reuniones informativas, consejerías y abordajes terapéuticos que buscaron fortalecer los recursos de la familia en su conjunto. En general la red de apoyo de la familia nuclear se amplió en la

evaluación de seguimiento, respecto a las evaluaciones pre y post intervención. Estos factores son relevantes ya que indican una optimización de la utilización de recursos por parte de la familia, al fortalecer los existentes en su interior y recurrir a nuevas redes de apoyo.

A partir de la existencia de un funcionamiento familiar más sólido, es posible comprender el menor impacto emocional que tuvieron los eventos estresantes, principalmente a nivel de salud, trabajo y familia. La familia percibió y utilizó mejor sus recursos y recurrió a redes institucionales y familiares, lo que la hizo menos vulnerable frente a estresores de su ambiente. Llama la atención que a pesar de existir en el país condiciones externas (a nivel económico), más desfavorables que en las mediciones anteriores, estas familias no presentaron un aumento del estrés económico y laboral.

De esta forma se puede explicar también, de acuerdo a los datos obtenidos, la disminución en el riesgo y salud familiar, que implicó un menor número de problemas y comportamientos que perturbaron el desarrollo integral de la familia. Esto se evidenció sobre todo, en la menor presencia de violencia intrafamiliar, lo que es coherente con la relevancia otorgada a la intervención de este problema por el equipo interdisciplinario del Centro de Salud Villa O'Higgins. Este resultado corrobora que un funcio-

namiento familiar armónico se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemáticas de salud.

Los autores mencionados en la revisión realizada para esta investigación recalcan los factores clave que forman parte de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, factores en que existe un mayor acuerdo en cuanto a su conceptualización y posibilidades de medición. Estas áreas corresponden principalmente a la adaptabilidad y cohesión familiar, la comunicación y la capacidad de resolución de problemas (Brook, Whiteman & Brook, 1999; Ell & Northen, 1990; Tolan, Huesmann & Zelli, 1997).

Los resultados obtenidos a través del test evidencian que precisamente los factores a los que se hace alusión son los que mostraron una mayor mejoría. Se podría decir que a partir de la participación en el PRODEFA, las familias en riesgo mostraron una mayor cohesión y participación, una mejor comunicación al interior de ellas y, por último, una mayor utilización de recursos frente a la solución de sus problemas.

Esta mejoría en las condiciones de funcionalidad permite comprender el que disminuyera en las familias la tensión generada por situaciones de estrés, principalmente a nivel de la salud, lo que nuevamente demuestra que las acciones de salud biopsicosociales realizadas en el PRODEFA fueron eficaces, y es probable que propiciaran un mayor bienestar entre sus miembros. Un funcionamiento familiar armónico facilita que las familias cumplan las funciones económicas, biológicas, educativas y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales, a través de las cuales se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes (Ortiz, Lauro, Jiménez & Silva, 1999).

A partir de las modificaciones en el funcionamiento familiar señaladas, se podría decir que el programa de familia del Centro de Salud Villa O'Higgins respondió al modelo de salud familiar integral, al poner énfasis en las relaciones interpersonales al interior de la familia, y promover los roles y funciones que esta cumple para mantener a sus integrantes en óptimas condiciones de salud. Los buenos resultados en esta área evidencian como el plan de intervención no era definido desde las problemáticas individuales, sino desde la evaluación de los factores de riesgo y las potencialidades del grupo familiar como totalidad. Si bien las intervenciones no tenían como objetivo directo ni explícito, la modificación de la dinámica familiar, los cambios a este

nivel responden principalmente a una conceptualización sistémica familiar del equipo de salud, el cual fue capacitado en esta orientación por profesionales de la Pontificia Universidad Católica, y a las intervenciones en la salud mental de las familias. Los miembros del equipo adquirieron herramientas necesarias para una visión sistémica de los problemas de salud, conocimiento y habilidades de evaluación e intervención familiar en familias con riesgo biomédico y psicosocial y en problemáticas asociadas a salud mental (Hidalgo et al., 1998).

La evidencia encontrada en este trabajo colabora, junto a otros indicadores, en la validación del accionar del programa de familia desde una perspectiva de salud integral y corrobora también, la conveniencia de la evaluación de programas. A partir de análisis como el realizado, aunque tenga limitaciones, un programa recibe una retroalimentación orientada a reevaluar las nuevas necesidades y mejorar su calidad (Carey & Posavac, 1985). Al respecto, el análisis del funcionamiento familiar reflejó un empeoramiento de la comunicación conyugal, lo que podría responder posiblemente a que el programa privilegia los roles y funciones del subsistema parental y el fortalecimiento de las madres, en detrimento de la relación de pareja. En este caso, surge una nueva necesidad que debe ser considerada al momento de reimplementarse el programa, lo que no quiere decir que éste deje a un lado el énfasis que tenía puesto en las funciones parentales y las necesidades de la mujer, sino que los profesionales involucrados intervengan también en otros aspectos fundamentales de un funcionamiento familiar armónico, lo que se puede lograr a través de una adecuada capacitación.

La presente investigación no estuvo exenta de limitaciones de diversa índole. La primera de ellas estuvo relacionada con las dificultades que plantea la evaluación del funcionamiento familiar, a nivel metodológico. En la disciplina psicológica existe desde hace mucho tiempo el interés por evaluar la funcionalidad de una familia, pero desde un enfoque clínico. Sin embargo, en el área investigativa, aunque se aprecian notables avances, aún se observan limitaciones de los instrumentos por la complejidad del proceso evaluado y por las diferencias socioculturales de las distintas poblaciones. Además, se suma a esto el que no existe una unión sólida entre la teoría, la definición conceptual y la instrumentación (Tolan et al., 1997).

El cuestionario "Cómo es su familia" no escapa a esta restricción, lo que además es reforzado por el



equipo que participó en su confección y validación, tanto en Chile como en el extranjero, quienes plantean la necesidad de que el instrumento sea constantemente evaluado y validado en una construcción compartida. En Chile, el cuestionario continúa siendo validado y mejorado por un equipo de investigación de la Universidad de Chile. Además, el formato de respuestas variable del test para las distintas dimensiones hace compleja su administración y puntuación, así como también, la estructura de algunas preguntas resultaba poco clara y compleja, sobre todo en poblaciones de bajo nivel de escolaridad como la de este estudio. Sin embargo, por este motivo el cuestionario fue administrado por una encuestadora y no fue autoadministrado.

A pesar de lo anterior, el cuestionario presenta una serie de fortalezas que no deben ser obviadas; como el que es un instrumento validado para diferentes países, en un formato de relativa simplicidad, con una perspectiva integradora de enfoques familiares que han demostrado una sólida base teórica y empírica (Hidalgo, 1997).

Otras limitaciones de la investigación están asociadas a la muestra. El muestreo fue costoso y se perdió parte importante de la muestra por diferentes razones, como cambio de dirección y en menor medida por la negación de algunas madres a ser nuevamente entrevistadas, problemas de administración y protocolos pre intervención extraviados. Es importante consignar también que el hecho que las madres fueran elegidas para ser entrevistadas puede afectar la percepción de la influencia del programa en sus familias, debido a que puede existir en ellas una visión más positiva que la de otros miembros de la familia, ya que ellas participaron en un 34%, los hijos en un 44% y los padres sólo en un 8%, principalmente por problemas de horario, y por tanto, es probable que se sintieran más beneficiadas con las intervenciones. Por otro lado, existe el reto para que en posteriores evaluaciones se conozcan los puntos de vista del mayor número posible de miembros de una familia para pesquisar diferentes apreciaciones y tener una visión realmente global de lo que sucede en su interior, ya que el test fue administrado a una sola persona de la familia en lugar de hacerlo a varios de sus miembros. Sin embargo, este factor no implica que el análisis pierda validez para las pretensiones de este estudio, dado que las preguntas del cuestionario están orientadas a conocer cómo se encuentran los otros miembros de la familia y considera el ámbito relacional y de participación conjunta.

Aunque existen limitaciones, los resultados encontrados parecen significativos y resaltan el impacto del PRODEFA. Además, este estudio deja una luz y nuevos desafíos para posteriores investigaciones en el área de la atención primaria, que profundicen en la estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el proceso salud-enfermedad y en las modificaciones de sus distintas dimensiones, a partir de la implementación de intervenciones en salud familiar integral desde una perspectiva biopsicosocial. De esta forma, se lograrán reorientar las distintas intervenciones a nivel asistencial y preventivo, aproximándose en forma más eficiente a la familia y sus necesidades.

## Referencias

- Belsey, M. (1996). The concept of family health. En *Family: Challenges for the future*. New York: United Nations Publications.
- Bonvicini, K. (1998). The art of recruitment: The foundation of family and linkage studies of psychiatric illness. *Family Process*, 37, 153-165.
- Brook, J., Whiteman, M. & Brook, D. (1999). Transmission of risk factors across three generations. *Psychological Reports*, 85, 227-241.
- Carey, R. & Posavac, E. (1985). *Program evaluation*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Cummings, M. & Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. *Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Ell, K. & Northen, H. (1990). *Families and health care*. New York: Aldine de Gruyter.
- Fisher, L. & Ranson, D. (1995). An empirically derived typology of families: Relationships with adult health. *Family Process*, 34, 161-182.
- Florenzano, R. (1994). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Haugland, B. & Hovik, O. (1998). Correlates of family competence in families with paternal alcohol abuse. *Psychological Reports*, 83, 867-880.
- Hidalgo, C. G. (1997). *Estudio comparativo de las características de estructura y funcionamiento familiar, en familias pobres, clasificadas con o sin riesgo biopsicosocial*. Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública, Mención Salud Mental, Facultad de Medicina U. de Chile.
- Hidalgo, C. G., Cornejo, M., Carrasco, E. & Cabezas, A. M. (1998). Modelo de evaluación del programa de salud "Familias en Riesgo Biopsicosocial" en la atención primaria. *Cuadernos Médico Sociales XXXIX*(3-4), 92-110.
- Hidalgo, C. G. & Rodríguez, J. (1998). Perfil del funcionamiento familiar según el test "Cómo es su familia" para uso clínico. *Psykhé*, 7(2), 75-84.
- Hidalgo, C. G., Cornejo, M., Carrasco, E., Cabezas, A. M., Brito, M. & Acevedo, X. (1999). *Modelo de atención en salud familiar: Evaluación y mejoramiento de la calidad del programa "Familias en Riesgo Biopsicosocial" en un consultorio de atención familiar* (proyecto FONDECYT 1960526). Documento no publicado.

- Horwitz, N. (1986). Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud. En R. Florezano, N. Horwitz, I. Ringeling, G. Venturini & P. Villaseca, *Salud familiar*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- Ortiz, G. M., Lauro, B. I., Jiménez, C. L. & Silva, A. L. (1999). *La salud familiar: Caracterización de un área de salud*. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 15(3), 303-309.
- Rottmann, L. (1998). Centro comunitario de salud mental familiar: Equipo territorial de salud mental y psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIX(3-4), 48-55.
- Rodríguez, J., Valdés, M. & Florezano, R. (1996). Análisis de la confiabilidad y validez de un instrumento que mide el rol protector familiar en las conductas de riesgo adolescente. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXVII(2), 64-89.
- Tolan, P., Huesmann, L. R. & Zelli, A. (1997). Assessment of family relationship characteristics: A measure to explain risk for antisocial behavior and depression among urban youth. *Psychological Assessment*, 9(3), 212-223.
- Valdés, M., Serrano, T. & Florezano R. (1994). *Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y resiliencia*. Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría, Viña del Mar, Chile.
- Wagner, B. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298.