

# Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar

ANGELINA DOIS<sup>1,a</sup>, PAULINA BRAVO<sup>2,3,b</sup>,  
ISABEL MORA<sup>4</sup>, GABRIELA SOTO<sup>4,c</sup>

## Development of a tool to conduct family studies in primary health care

**Background:** *The Family and Community Health Model (MAIS) establishes the continuity of care as an essential principle. The Family Study, as a clinical strategy, allows to have sufficient and timely information and knowledge about users of health care services, facilitates their accompaniment and is a source of information to improve the quality of care and the management of health centers. Aim:* *To develop a tool to conduct family studies, devised by experts in Primary Health Care. Material and Methods:* *Using a qualitative method, an electronic Delphi was conducted on 24 experts on primary health care. Afterwards, the content validation was carried out with the participation of judges. Results:* *The resulting tool considers two levels of family assessment. It allows to distinguish those families that would benefit from interventions of greater complexity than those derived from the usual care of health centers. Conclusions:* *The tool to perform family studies responds to the informational and continuity component of Continuity of Patient Care principle. It may be a proposal for the continuous improvement of Chilean primary care.*

(Rev Med Chile 2019; 147: 589-601)

**Key words:** *Continuity of Patient Care; Family Health; Primary Health Care.*

El modelo de atención integral de salud familiar (MAIS) establece como principio irrenunciable la continuidad de la atención, es decir, el grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo<sup>1,2</sup>, para esto, el equipo de salud requiere contar con la información y conocimientos suficientes y oportunos sobre el usuario y con la certeza que la atención será reconocida y continuada por otros proveedores<sup>3</sup>. Esta situación es relevante tanto para prestaciones otorgadas en un mismo centro de salud como para la coordinación en red con los distintos niveles de atención en que

el usuario participa. Existe consenso respecto a la necesidad de contar con un sistema integrado y un protocolo común de registro clínico, que contribuya a mejorar la gestión del sistema de salud con herramientas clínicas que faciliten sistemas de comunicación, de referencia y de contrarreferencia eficientes y expeditos<sup>4,5</sup>. Una de las dificultades de la continuidad de la atención es su evaluación, más aun cuando el foco del cuidado clínico está en el individuo, pero también en su familia. En Chile se han hecho esfuerzos por sistematizar la información a través de instrumentos de valoración familiar, los que en su mayoría dan cuenta de uno(os) aspecto(s) específico(s) de la realidad

<sup>1</sup>Departamento de Salud del Adulto y Senescente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>3</sup>School of Social Sciences, Cardiff University, Cardiff, UK.

<sup>4</sup>Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Enfermera-matrona, Magíster en Psicología de la Salud.

<sup>b</sup>Enfermera, PhD (Medicine).

<sup>c</sup>Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica.

Fuente de apoyo financiero: Fondo de Investigación en Salud, Escuela de Enfermería UC (FIENF), Proyecto FIENF 1706. La Dirección de Investigación de la Escuela de Enfermería no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Recibido el 18 de febrero de 2019, aceptado el 2 de mayo de 2019.

Correspondencia a:  
Angelina Doís  
Av. Vicuña Mackena 4860, Macul.  
adois@uc.cl

familiar y no de su conjunto<sup>2,6-9</sup>, lo que mantiene una visión parcial de las necesidades, recursos y posibles intervenciones. Una forma distinta de aproximarse integralmente al principio de la continuidad del cuidado con énfasis en el paciente y su familia, es a través de un estudio de familia, que es una estrategia clínica integradora<sup>10</sup>, que permite hacer un mapa actualizado de la situación biopsicosocial de la familia, determinar el nivel de atención que requiere e iniciar precozmente acciones preventivas en familias o de intervención más compleja con familias que cursan con condiciones de salud y psicosociales de riesgo. Por último, posibilita involucrar activamente a las personas en el cuidado de su salud, dado que el enfoque familiar se centra en un modelo de relación colaborativo entre usuarios y profesionales<sup>2</sup>, poniéndolas en el centro del cuidado, en cuanto se destaca la experiencia individual de la familia y sus necesidades particulares. Una herramienta estructurada para el desarrollo de los estudios de familia permite acceder rápidamente a la información de los usuarios, sus problemas de salud y su evolución, lo que facilita el acompañamiento clínico y puede mejorar la calidad de la atención, la educación permanente y la gestión de los centros de salud<sup>11</sup>.

El objetivo de este artículo es dar cuenta de los resultados del proceso de diseño de una herramienta para estudios de familia (HEF) construida y validada por expertos en Atención Primaria de Salud (APS) chilena.

## Material y Método

Estudio de diseño cualitativo. Se realizó un cuestionario con técnica Delphi electrónico<sup>4</sup> con profesionales expertos en APS. Los criterios de inclusión fueron: ser profesionales de la salud que trabajaran en APS al menos los últimos 5 años, jefes de servicios de salud, jefes de área de salud de corporaciones municipales, directores de centros de APS y académicos que hubieran desarrollado líneas de trabajo e investigación vinculadas a la APS. El marco muestral inicial estuvo formado por 34 expertos de reconocida experiencia profesional, seleccionados a través de muestreo por conveniencia y en cadena y que aceptaron participar. Se consideró un coeficiente de competencia de experto (Kcomp)

alto ( $\geq 0,8$ )<sup>12</sup>, lo que redujo el grupo inicial a 24 expertos. Para construir el primer cuestionario se realizó una revisión de la evidencia disponible sobre los elementos considerados en los estudios de familia y las experiencias de uso de los mismos. Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués, a partir del año 2000, con acceso libre a texto completo en bases de datos como PubMed, Web of Science, PROQUEST, CINAHL, Scopus y Scielo. Posteriormente, se realizó un análisis detallado de los artículos directamente relacionados con las ideas y aspectos relevantes en el tema de forma de identificar las dimensiones, formatos y contenidos más importantes considerados en la construcción de los estudios de familia.

Cada experto recibió los cuestionarios a través de una plataforma virtual. Se realizaron tres rondas de cuestionarios semiestructurados que permitieron consolidar y validar los resultados obtenidos en las rondas previas. Para el análisis de cada una se utilizó el método de análisis de contenido<sup>13</sup>. Las tasas de respuesta para cada cuestionario fueron de 86,3%, 86,3% y 63,6%, respectivamente.

Los criterios para finalizar el proceso fueron la convergencia de las estimaciones individuales en un mínimo de 80% y la estabilidad de las repuestas.

Una vez finalizado el instrumento se procedió a la validación de contenido por agentes claves o jueces<sup>14-16</sup>. La validez de contenido buscaba determinar si los ítems considerados reflejaban el dominio de contenido que se deseaba evaluar. Se consideró la participación de 6 jueces y se determinó como criterio de inclusión que cada uno contara con al menos 5 años de experiencia en el trabajo directo con familias, lo que obligó a intencionar la muestra<sup>16</sup>. Ningún miembro del grupo de jueces participó en el grupo de expertos. Los criterios de validez interna considerados fueron calidad y cobertura del contenido, complejidad cognitiva y adecuación lingüística<sup>16</sup>. Los criterios de validez externa fueron la transferencia y generalización, la comparabilidad y la sensibilidad de la instrucción; todas condiciones que repercuten en los profesionales que utilizaran la HEF. Cada juez utilizó una pauta de evaluación con una explicación clara del objetivo del juicio que se le solicitaba como también información relacionada con el uso de la HEF, lo que le permitió evaluar relevancia, suficiencia y pertinencia

del contenido. Luego se procedió al análisis de los datos, considerando la concordancia de la evaluación de cada ítem en revisión. El análisis de las respuestas permitió construir la versión final de la HEF.

El proyecto de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (código 171130001).

### Participantes

La mayoría de los expertos participantes fueron mujeres, médicos, con un tiempo de ejercicio profesional en APS entre 11 y 20 años, que trabajaban mayoritariamente en atención clínica directa y gestión (Tabla 1).

El grupo de jueces lo constituyeron distintos profesionales de la salud, con 11,5 años promedio de ejercicio profesional en la atención directa de usuarios (Tabla 2).

**Tabla 1. Caracterización del grupo de expertos participantes**

	Número respuestas	Ronda 1		Ronda 2		Ronda 3	
		n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	13	68,42	15	78,95	10	71,43
	Masculino	6	31,58	4	21,05	4	28,57
	Total	19	100	19	100	14	100
Rango edad (años)	31-40	7	36,84	10	52,63	7	50
	41-50	6	31,57	4	21,05	2	14,28
	51-60	5	26,31	1	5,26	2	14,28
	≥ 61	1	5,26	4	21,05	3	21,42
	Total	19	100	19	100	14	
Profesión	Médico/Médico Familiar	7	36,84	9	47,37	6	42,86
	Enfermero(a)/ Enfermero(a)-matrón(a)	4	21,05	2	10,52	2	14,29
	Matrón (a)	1	5,26	0	--	1	7,14
	Psicólogo (a)	3	15,78	3	15,78	1	7,14
	Trabajador(a) Social	3	15,79	4	21,05	2	14,29
	Nutricionista	1	5,26	0	--	1	7,14
	Odontólogo	0	--	1	5,26	1	7,14
Total	19	100	19	100		100	
Área de desempeño (seleccione todas las que corresponden)	Urbano	18	94,73	17	89,47	14	100
	Rural	8	42,1	6	31,57	5	35,71
	Clínico-asistencial	18	94,73	13	68,42	10	71,42
	Investigación	5	26,3	0	--	0	--
	Gestión	1	5,26	16	84,21	12	85,71
	Docencia	6	31,57	9	47,36	8	57,14
	Intervención Comunitaria	2	10,52	0	--	1	7,14
Región(es) de desempeño profesional APS (seleccione todas las que corresponden)	Región Metropolitana	11	57,89	12	63,15	10	71,42
	IV	0	--	1	5,26	0	--
	V	3	15,78	4	21,05	2	14,29
	VI	0	--	1	5,26	0	--
	VII	1	5,26	0	--	0	--
	VIII	3	15,78	1	5,26	1	7,14
	IX	3	15,78	2	10,52	2	14,29
	X	0	--	1	5,26	1	7,14
Tiempo de experiencia en APS (años)	≤ 10	4	21,05	3	15,78	3	21,42
	11-20	10	52,63	11	57,89	8	57,14
	21-30	2	10,52	3	15,78	1	7,14
	31-40	3	15,78	2	10,52	2	14,29
	Total	19	100	19	100	14	100

**Tabla 2. Caracterización del grupo de jueces participantes**

Género	Femenino	3
	Masculino	3
	Total	6
Rango edad (años)	30-35	3
	36-40	3
	Total	6
Profesión	Médico familiar	2
	Enfermero(a)/ Enfermero(a)-matrón(a)	2
	Psicólogo (a)	1
	Trabajador(a) Social	1
	Total	6
Formación académico/profesional (seleccione todas las alternativas que correspondan)	Licenciatura	6
	Magíster	3
	Doctorado	1
	Especialidad médica	2
	Especialidad profesional	1
	Terapeuta familiar	1
Área de desempeño profesional (seleccione todas las alternativas que corresponden)	Urbano	6
	Rural	2
	Clínico-asistencial y/o comunitaria	6
	Investigación	3
	Gestión	4
	Docencia	5
Tiempo de experiencia profesional (años)	5-10	3
	11-15	3
	Total	6

## Resultados

El estudio permitió construir una herramienta para estudio de familia (HEF) que considera dos niveles de valoración familiar, permitiendo distinguir aquellas familias que se beneficiarían con intervenciones de mayor complejidad y aquellas que pueden ser abordadas desde la atención habitual de los centros de salud. Esta división se basa en el principio que cada intervención en salud debe ajustarse a las necesidades particulares de cada familia, razón por la cual, la valoración familiar debe surgir siempre relacionada con el problema o situación actual por la cual el usuario o familia consultan, respondiendo a la pregunta *¿De qué manera los factores familiares (estructura, composición, redes de apoyo, etc.) impactan positiva o negativamente el diagnóstico/evaluación, curso, tratamiento/abordaje y pronóstico de la situación o problema actual de este paciente o familia?*

La valoración familiar inicial puede ser reali-

zada por un profesional de la salud en una o más consultas de salud habituales y permite determinar si el paciente y su grupo familiar podrían beneficiarse de un estudio de familia desarrollado con una herramienta como la propuesta en este artículo. En la Figura 1 se muestran los elementos que, a juicio de los expertos, debe considerar la valoración familiar inicial.

Si se concluye que la familia requiere de una intervención de mayor complejidad<sup>17</sup>, entonces los expertos sugieren realizar un estudio de familia en el marco de una valoración familiar avanzada. En la Figura 2 se muestran los elementos adicionales que debiera considerar este tipo de valoración

## Discusión

El MAIS como eje organizador de la APS ha seguido caminos diversos en su ejecución, lo que ha implicado distintos niveles de instalación del

**HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA EN APS****VALORACIÓN FAMILIAR INICIAL**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre profesional(es) que realiza(n) la valoración inicial: \_\_\_\_\_

**1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA FAMILIA**

1.1 Nombre del caso índice: \_\_\_\_\_

1.2 Grupo Familiar (Incluya Genograma).

Nombre						
Fecha Nacimiento						
Estado Civil						
Parentesco (con el caso índice)						
Escolaridad (último curso que completó)						
Antecedentes de salud relevantes						
Actividad principal (remunerada o no)						
¿Cohabitan en el mismo hogar?*						
Si/No						
Identifique con una X al Jefe(a) de Hogar						
Nacionalidad/etnia						

\*Para quienes no viven en el mismo hogar, sólo agregar a quienes el caso índice considere como significativos.

Genograma

**Figura 1.** Valoración familiar inicial.

1.3 Indique si la familia se reconoce como parte de algún credo o profesan alguna religión

1.4 Tipo de familia: marque la alternativa que corresponda

Hogar unipersonal	Formada por un solo integrante	
Nuclear monoparental	Formada por uno de los padres y uno o más hijos	
Nuclear biparental	Formada por el padre y la madre, con uno o más hijos	
Extendida	Formada por una pareja o uno de los miembros de esta, con uno o más hijos, y otros miembros parientes y no parientes o por abuelos y sus nietos sin la presencia de los padres	
Reconstituida o ensambladas	Formada por una pareja, con o sin hijos comunes y los hijos de uniones conyugales o de consenso anteriores, de uno o ambos miembros de la pareja.	
En acordeón	Caracterizada porque uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados (trabajo fuera del lugar de residencia, fuerzas armadas, trabajo en sistemas de turnos semanales, etc) que obliga a delegar las funciones parentales en el cónyuge que permanece en el hogar durante una parte de cada ciclo.	
Homoparental	Formada por una pareja del mismo sexo o por uno de los padres (homosexual), con uno o más hijos comunes o de uniones previas	
Sin núcleo	Carece del núcleo familiar primario, y está formada por dos o más personas, que pueden o no estar emparentadas	

## 2. MOTIVO DE CONSULTA

2.1 ¿Cuál(es) es (son) los problemas o dificultades actualmente prioritarios para el (la) usuario(a) o familia consultante? Describalos por orden de relevancia desde la perspectiva de la familia.

---



---

2.2 Considerando el(los) problemas o dificultades priorizados por la familia se sugiere que el profesional evalúe (agregue todas las columnas que sean necesarias):

Problema	Cómo estos problemas dificultan que la familia cumpla sus funciones	Recursos individuales con que cuenta la familia	Recursos familiares con que cuenta la familia	Recursos externos con que cuenta la familia	Estrategias que ha utilizado la familia para enfrentar el problema	Resultado obtenido

Figura 1. Valoración familiar inicial (continuación).

- 3. REDES.** Se sugiere consultar por la presencia y uso de redes de apoyo. Marque con una X todas las que corresponde.
- a. Redes Primarias:
    - a. Familiares: \_\_\_\_\_
    - b. Vecinos: \_\_\_\_\_
    - c. Amigos: \_\_\_\_\_
    - d. Otros (identifique): \_\_\_\_\_
  - b. Redes secundarias (asociado al sentimiento de pertenencia a dichas redes)
    - a. Agrupación social: \_\_\_\_\_
    - b. Agrupación o gremio: \_\_\_\_\_
    - c. Iglesia/templo/culto: \_\_\_\_\_
    - d. Trabajo: \_\_\_\_\_
    - e. Otros (identifique): \_\_\_\_\_
  - c. Redes institucionales
    - a. Municipalidad: \_\_\_\_\_
    - b. Salud: \_\_\_\_\_
    - c. Escuela/jardín/instituto/universidad: \_\_\_\_\_
    - d. Programa estatal: \_\_\_\_\_
    - e. Otros (identifique): \_\_\_\_\_

**4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES:**

**4.1** Desde la perspectiva de la familia ¿qué condiciones familiares o de su entorno los podrían ayudar a mejorar su situación o problema (factor protector)? Identifíquelos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.2** Desde la perspectiva de la familia qué condiciones familiares o de su entorno podrían empeorar la situación o problema (factor de riesgo). Identifíquelos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.3** ¿Hay otros estresores presentes actualmente en la familia que pudieran impactar en el motivo de consulta? Identifíquelos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5 PLAN DE TRABAJO** (evaluar con el usuario a partir de la valoración inicial realizada)

	Si	No	Quizás
¿El consultante /familia está(n) dispuesto(s) a realizar acciones/ cambios para abordar la situación que está(n) viviendo?			
¿Qué acciones estaría dispuesto(a) a realizar para abordar la situación que está(n) viviendo?			
¿Qué tipo de ayuda espera obtener del equipo del CESFAM?/ ¿cuáles son sus expectativas			

**Figura 1.** Valoración familiar inicial (continuación).

**5.1** En función de la respuesta del cuadro anterior, marque con una X el nivel de intervención que considera más apropiado para abordar las necesidades de esta familia:

Nivel I	El foco es la atención de problemas biomédicos agudos y/o situaciones de urgencia. Ejemplo de intervenciones de este nivel es la Historia clínica orientada a problemas	
Nivel II	Considera la familia como determinante de conductas saludables y/o de riesgo. Ejemplo de intervenciones de este nivel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería breve</li> <li>• Consejería familiar informativa</li> <li>• Intervención grupal para personas con problemas de salud similares (con o sin un familiar)</li> <li>• Guías anticipatorias/Orientación familiar anticipatoria</li> <li>• Entrevista motivacional</li> </ul>	
Nivel III	Familia como apoyo a la intervención clínica, apoyo emocional y resolución de conflicto. Ejemplo de intervenciones de este nivel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista familiar</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Grupos de apoyo (con participación de familiares)</li> <li>• Intervenciones familiares complejas</li> <li>• Toma de Decisiones compartidas en salud</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Estudio de familia</li> </ul>	
Nivel IV	La familia es el foco prioritario de intervención. Ejemplo de intervenciones de este nivel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista familiar</li> <li>• Estudio de familia</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Intervención en dupla</li> <li>• Integración a la red de apoyo social-familiar</li> </ul>	
Nivel V	Terapia familiar, desarrollada por terapeutas entrenados que intentan modificar las estructuras de las familias disfuncionales. Este nivel no corresponde a la APS.	

**5.2** ¿Cree usted que con una intervención correspondiente al nivel II esta familia avanzaría en su mejoría? Si su respuesta es SI, diseñe el plan de trabajo necesario que usted u otro profesional puede desarrollar dentro de la atención habitual que ofrece el centro de salud.

**5.3** ¿Cree usted que con una intervención de nivel III o IV esta familia avance en su mejoría?

Si su respuesta es SI, realice un Estudio de Familia (preguntas a continuación).

Si su respuesta es NO, indique si se recomienda derivar a algún programa dentro de la comunidad (municipal, ONG, etc), o de otro nivel de atención (COSAM, CRS, etc.):

---



---

**Figura 1.** Valoración familiar inicial (continuación).

**HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA EN APS****ESTUDIO DE FAMILIA (VALORACIÓN FAMILIAR AVANZADA)**

Nombre profesional(es) que realiza(n) la valoración inicial: \_\_\_\_\_

**1. ANTECEDENTES SOCIALES:****1.1** Ingreso familiar total promedio mensual: \_\_\_\_\_**1.2** Vivienda: ¿Considera usted que el lugar donde habita junto a su familia influye en el/los problema (s) actual(es) de la familia o su calidad de vida? Explique la perspectiva de la familia.\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2. Ciclo vital familiar****2.1** De acuerdo a la valoración profesional ¿En qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia? Considere que pueden coexistir etapas adicionales del ciclo vital para familias en proceso de separación y nueva convivencia o matrimonio (Anexo 1).\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2.2** ¿La familia considera o verbaliza que necesita apoyo para alcanzar alguna tarea de la etapa del ciclo vital? Explique.\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2.3** Pensando en el motivo de consulta, ¿cómo influye el ciclo vital familiar en el motivo de consulta / situación familiar? Explique.\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3. Estructura y dinámica familiar:**

De acuerdo al motivo de consulta, identifique los aspectos de la estructura familia prioritarios de evaluar (no es necesario que los incorpore todos).

**3.1 Roles: se sugiere realizar las siguientes preguntas**

- ¿Cómo se han redistribuido los roles y funciones a partir de la situación familiar actual?
- ¿Cómo ha sido esto para cada uno de los miembros de la familia?
- ¿Quién cumple el rol del experto de la familia en temas relacionadas con la salud?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3.2 Jerarquía: se sugiere realizar las siguientes preguntas**

- ¿Algún integrante del grupo familiar ejerce un rol de autoridad?
- ¿Ha habido algún cambio en eso a raíz de la situación que motiva la consulta?
- ¿Quién está actualmente tomando las decisiones principales en la familia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Figura 2.** Valoración familiar avanzada.

### 3.3 Adaptabilidad y cohesión: se sugiere realizar las siguientes preguntas

- ¿Cómo han cambiado las cosas en la familia desde que este problema o dificultad ocurre?
- ¿Qué ajustes han sido necesarios para adaptarse a la nueva situación familiar desde que el(los) problemas o dificultades ocurren?
- ¿Qué ha ayudado/dificultado en este proceso actual de adaptación a la nueva situación?
- ¿Existen antecedentes de este problema o dificultad en la familia?
- Si existen antecedentes ¿cómo lo afrontaron en dicha ocasión?, ¿qué ayudó y qué no?, ¿qué es diferente ahora?
- ¿Para quién más esta situación es un problema o dificultad?
- ¿Qué pasaría si el problema o dificultad ocurriera con menos frecuencia o se resolviera?

---



---



---



---

### 4. Instrumentos de evaluación familiar

De acuerdo al motivo de consulta evalúe si es necesario el uso de otros Instrumentos de Evaluación Familiar y/o Individual que pueden ser de utilidad para comprender y abordar el caso. Describa el/los instrumentos utilizados y los resultados obtenidos.

### 5. Plan de Salud Familiar (construido en conjunto con la familia)

**5.1** Resumen: a partir de la comprensión sistémica de la familia sintetice la situación familiar que se va a intervenir

---



---



---

**5.2** Plan de Intervención en Salud Familiar

- a) Al plantear los problemas/dificultades presentes vinculados al motivo de consulta considere la presencia de problemas familiares/individuales del ámbito biológico, socioeconómico, psicosocial y/o comunitario.
- b) Utilice una línea para cada problema o situación que deba ser abordada. Agregue todas las líneas que sean necesarias para completar el Plan de Cuidados
- c) Al plantear las actividades para abordar los objetivos propuestos considere:
  - a. acciones destinadas a modificar la situación problema (potenciar los recursos, evaluar las acciones ejecutadas por ellos y sus resultados, facilitar la toma de decisiones, etc.).
  - b. acciones destinadas a disminuir la carga tensional de la familia en otros ámbitos. Ejemplo: facilitar el control de patologías crónicas que pudieran descompensarse en situación de estrés.

**Figura 2.** Valoración familiar avanzada (continuación).

<b>Cartola para la elaboración de Plan de Cuidado Familiar</b>						
Problemas	Objetivos	Actividades propuestas (puede ser más de una por objetivo)	Respuesta esperada	Plazos para iniciar la ejecución de la actividad	Responsables reales de las actividades (determinar un solo responsable por actividad)	Recursos a movilizar (considere los recursos del intra e inter sector)

\*agregue todas las filas que sean necesarias

**5.3 Firma de acuerdos del plan de trabajo con la familia**

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del usuario

\_\_\_\_\_

Nombre y firma profesional de la salud

**5.4 Seguimiento del caso: a cargo de el/los (profesional(es) que hizo(eron) el Estudio Familia: marque con una "X" el plazo que corresponde:**

Próximo control	3 meses	6 meses	9 meses	1 año	Otro ¿cuál?
-----------------	---------	---------	---------	-------	-------------

**5.5 Cierre del Caso (marque la alternativa que corresponda)**

Alta por logro	
Alta por decisión del equipo	
Alta por decisión de la familia	
Traslado	
Abandono	
Derivación por complejidad del caso	
Otro (explique)	

**Figura 2.** Valoración familiar avanzada (continuación).

modelo en la realidad nacional. Respecto a los estudios de familia, el Ministerio de Salud de Chile reconoce que es necesario disponer de registros donde aunar esa información<sup>4</sup>, sin especificar la forma de hacerlo, lo que se ha traducido en acciones locales de mejora que no son necesariamente compartidas por otros centros de salud primarios.

La sistematización de las acciones de valoración de la salud familiar, y específicamente del estudio de familia, permite alcanzar un mayor conocimiento y comprensión de la situación de la familia más allá de lo relacionado con una matriz de riesgo (que hace énfasis en la contención del daño), lo que contribuye al fortalecimiento de los principios que orientan el modelo vigente (continuidad, integralidad y centralidad en el usuario)<sup>2</sup> y a avanzar en el desarrollo sostenido del MAIS.

Este estudio permitió construir y validar una HEF a partir del trabajo de expertos en APS.

La HEF es una herramienta concreta que ayuda a resolver los problemas de variabilidad relacionados con el desarrollo y registro de estudios de familia en la práctica clínica, estableciendo pautas para optimizar su implementación. Por otro lado, permite acceder rápidamente a la información de la familia, obtener datos continuos sobre las fortalezas familiares y los problemas de salud de sus integrantes, evaluar la evolución y facilitar el acompañamiento de la familia, y ofrecer información al equipo de salud para decidir con la familia sobre qué intervenciones de salud pueden ser de mayor utilidad para abordar su situación actual, considerando actividades informativas, preventivas o de consejería.

A su vez, permite responder al principio de continuidad del MAIS, haciendo énfasis en su componente informacional<sup>3</sup>, al sistematizar los antecedentes mínimos requeridos sobre las familias usuarias de un centro de salud, y en el componente de continuidad de la gestión<sup>3</sup>. Este último, desde la perspectiva del proveedor de la salud, implica responder a ciertas metas e indicadores y desde la perspectiva del usuario contribuye a la continuidad asistencial<sup>18</sup>, que se ha asociado al aumento de la satisfacción usuaria con la atención, la reducción de las tasas de hospitalización, la disminución en el gasto de recursos, mayor adherencia al tratamiento y la mejora de la atención preventiva<sup>5</sup>, todos elementos vinculados al componente relacional de la continuidad.

La HEF construida desde el enfoque familiar

en salud permite distinguir entre aquellas familias que más se beneficiarán con una intervención inicial o compleja, de aquellas que reportarán beneficios menores. Es relevante señalar que, si bien esta herramienta define algunos elementos mínimos a considerar en el estudio de la familia, no limita el trabajo de los profesionales exclusivamente a ella, ya que cualquier estandarización estricta en el trabajo con familias hace perder el foco en el principio de centralidad; por tanto, debe ser considerada como un complemento para la actividad clínica de los profesionales de salud y el abordaje de familias en la atención primaria.

Por último, la HEF puede entenderse como una propuesta de mejoramiento continuo de atención en salud primaria que abre la posibilidad de continuar desarrollando un trabajo sistemático en la gestión de los centros de salud y en la capacitación de los equipos profesionales a lo largo del país.

## Referencias

1. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1. Santiago, Chile: MINSAL; 2005. 30 p. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf> [Consultado el 22 de mayo de 2019].
2. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Chile: MINSAL; 2013. 147 p. Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf> [Consultado el 22 de mayo de 2019].
3. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile* 2016; 144: 585-92.
4. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Rev Med Chile* 2017; 145 (7): 879-87.
5. DIVAP-MINSAL. Documento de Posición respecto al Valor Social de la Atención Primaria en Chile. Santiago, Chile: MINSAL; 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posici%C3%B3n-respecto-del-valor-social-APS.pdf> [Consultado el 9 de diciembre de 2018].
6. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y Salud

- Familiar. Un enfoque para la Atención Primaria. *Bol Of Sanit Panam* 1985; 98 (2).
7. Dal Forno D, Cardoso C, do Nascimento L. Evaluación de la atención primaria en salud: revisión de evidencia de la Primary Care Assessment Tool. *Enfermería Comunitaria* 2014; 10 (2).
  8. Puschel K, Repetto P, Solar MO, Soto G, González K. Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. *Rev Med Chile* 2012; 140 (4): 417-25.
  9. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *Gac Sanit* 2012; 26 Suppl 1:20-6.
  10. Salazar de La Cruz, M, Jurado A. Niveles de Intervención Familiar. *Acta Med Peruana* 2013; 30 (1).
  11. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar* 2005; 7 (Supl 1): 15-9.
  12. García V, Aquino S, Guzmán A, Medina A. El uso del método Delphi como estrategia para la valoración de indicadores de calidad en programas educativos a distancia. *Revista CAES* 2012; 3 (1): 200-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945837> [Consultado el 2 de diciembre de 2018].
  13. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis. *J Adv Nurs* 2008; 62 (1): 107-15.
  14. Escobar J, Cuervo A. Validez de Contenido y Juicio de Expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición* 2008; 6: 27-36.
  15. Chacón S, Pérez J, Holgado F, Lara A. Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psicothema* 2001; 13 (2): 294-30.
  16. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super.* 2014; 28 (3): 547-58.
  17. Doherty W. Family interventions in health care. *Family Relations* 1985; 34 (1): 129-37.
  18. Letelier MJ, Aller M, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA *Gac Sanit* 2010; 24 (4): 339-46.