



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda

LUZ ENITH VELÁSQUEZ RESTREPO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
MANIZALES
2012

Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda

LUZ ENITH VELÁSQUEZ RESTREPO

Tesis para optar al título de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar

Directora:

VILMA FLORISA VELÁSQUEZ G.
Profesora Titular
Universidad Nacional de Colombia
Directora de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
MANIZALES
2012

Agradecimientos

Doy infinitas gracias a Dios, por darme la oportunidad de crecer como persona y como profesional. Por regalarme cada día de vida y permitir alcanzar esta meta

A mi madre, Luz Dary, mujer fuerte e inteligente, quien me ha enseñado que la vida es un continuo reto y que se debe afrontar con fortaleza y perseverancia.

A Raúl, mi esposo, mi amigo, cómplice de esta aventura y responsable de incentivar me para seguir adelante

A Nicolás, hijo de mi alma, por el tiempo que dejamos de compartir, por las noches en que te dormiste sin verme, por los fines de semana de sacrificio sin juego.

A mis tías, Rosalba y Rosilia por su afecto y confianza. A mi padre, hermanos, por creer en mí.

A mi abuela y madre, Carmen, por su crianza y amor, y quien estoy segura estaría orgullosa y sé me que acompaña en este momento.

A la profesora Vilma Velásquez, por su orientación, compromiso, entrega y sobre todo por su paciencia y palabras de aliento.

A las directivas de la Fundación Universitaria del Área Andina, seccional Pereira, por su apoyo incondicional y su confianza, por su disposición y comprensión.

A mis compañeras y amigas, por su apoyo incondicional, respeto y cariño.

A Ana Teresa, amiga, por tus enseñanzas, consejos, porque dejaste una huella hermosa en mi vida y mi alma.

A la ESE Salud Pereira, por permitir llevar a cabo la investigación en uno de sus Centros de Salud, al doctor Javier Alejandro Gaviria, a la doctora Sofía Alzate, a la enfermera Gladys Cardona y a todos los funcionarios.

A las 50 familias de la comuna Villasantana, por abrir las puertas de sus casas y participar de la investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, muchas gracias.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el Riesgo Familiar Total (RFT) y el grado de Salud Familiar General (GEN) en familias con preescolares enfermos en un Centro de salud de Pereira, Risaralda, entre abril y mayo de 2011.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal. Muestra aleatoria simple de tamaño 44 correspondiente a un error máximo admisible de 1,5 y una confianza de 95, ajustada a 50. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta a un miembro de la familia adulto. Cada familia se valoró con los dos instrumentos Riesgo Familiar Total RFT 5-33 y Salud Familiar General ISF: GEN 21 (Amaya 2004).

Resultados: las 50 familias están conformadas por 204 personas. El 40 por ciento de estas familias se encuentran en situación de desplazamiento. Cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (43%), predominan las familias tipo I nucleares (64%), con un promedio de 3,8 personas por familia. El 46 por ciento de familias se encuentran amenazadas, especialmente por condiciones psicoafectivas (88%), se perciben poco organizadas (74%) y satisfechas (98%).

Discusión y Conclusiones: Todas las familias con preescolares están expuestas a riesgos biológico demográficos (por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad), socioeconómicos, psicoafectivas, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud. Hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico. La salud familiar es un proceso cambiante, dependiente de las influencias internas y externas a la familia que modifican la percepción individual de los riesgos y de las dimensiones de salud.

Palabras clave: salud familiar, riesgo, promoción y prevención, enfermería, salud infantil.

SUMMARY

Objective: To characterize the Family Risk Total (FRT) and the degree Family Health General (FHG) in families with preschool patients in a health center Pereira, Risaralda, between April and May 2011.

Methods: Cross sectional study. Simple random sample of size 44 corresponding to a maximum permissible error of 1.5 and a confidence of 95, set to 50. Informed consent was surveyed to adult family member. Each family was assessed with the two instruments RFT 5-33 Total Family Risk and Family Health General ISF: GEN 21 (Amaya 2004).

Results: 50 families are made up of 204 people. 40 percent of these families are in situations of displacement. About half of the population are children and adolescents (43%), predominantly type I nuclear families (64%), with an average of 3.8 persons per family. 46 percent of families are threatened, especially psycho conditions (88%), perceived poorly organized (74%) and satisfied (98%).

Discussion and Conclusions: All families with preschoolers exposed to biological risk population (for its composition, history of morbidity and mortality), socioeconomic, psycho, the lifestyle practices of health and social services and health. There is complexity in the interplay of risks and their effects, which deserve continuing study, conceptual and methodological. Family health is a changing process, dependent on internal and external influences that modify the family's perception of risk and health dimensions.

Keywords: family health general, risk, promotion and prevention, nursing, child health, family risk total.

Contenido

Pág.

1. MARCO REFERENCIAL	3
1.1 Descripción del área problemática	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 PROPÓSITO GENERAL	19
1.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	19
1.5 OBJETIVOS	20
1.5.1 Objetivo General	20
1.5.2 Objetivos Específicos	20
1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	20
1.6.1 Familia	20
1.6.2 Caracterización Familiar	21
1.6.3 Riesgo	21
1.6.4 Riesgo Familiar Total	22
1.6.5 Salud Familiar	22
1.6.6 Grado de Salud Familiar	22
1.6.7 Grado de Satisfacción Familiar	23
1.6.8 Preescolar	23
1.6.9 Familias con Preescolares enfermos	23
1.6.10 Familia con preescolares con enfermedades prevalentes de la Infancia	23
1.6.11 La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	24
2. MARCO TEÓRICO	25
2.1 Conceptualización de Familia	25
2.1.1 Estructura Familiar	29
2.1.2 Ciclo Vital Familiar	30
2.2 Salud Familiar y Enfermería	31
2.3 TEORÍA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	32
2.3.1 Postulados de la Teoría de Riesgo Familiar Total	34
2.4 TEORÍA DE ORGANIZACIÓN SISTÉMICA	35
2.4.1 Metas del sistema	37
2.4.2 Dimensiones del Proceso	37
2.5 FAMILIA Y SALUD EN COLOMBIA	38
2.6 RIESGOS Y GRADO DE SALUD EN FAMILIA CON PREESCOLARES	42
3. MARCO DE DISEÑO METODOLÓGICO	47
3.1 TIPO DE ESTUDIO	47
3.2 UNIVERSO	47

3.3	POBLACIÓN.....	48
3.4	MUESTRA	48
3.5	MEDIDAS PARA DISMINUIR LOS SESGOS	49
3.6	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
3.7	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	50
3.8	ESCENARIO DEL ESTUDIO	50
3.8.1	Recolección de datos	53
3.8.2	Muestra piloto.....	53
3.9	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	54
3.9.1	El instrumento RFT: 5-33.	54
3.9.2	El instrumento de Salud Familiar General ISF-GEN 21.	55
3.10	ASPECTOS ÉTICOS	57
3.10.1	Aplicación del principio de respeto a la dignidad humana.....	57
3.10.2	Principio de no maleficencia	58
3.10.3	Principio de reciprocidad	58
3.10.4	Principio de justicia.....	58
3.10.5	Principios éticos con quienes participan en la investigación	59
3.11	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	59
4.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	61
4.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS.....	61
4.1.1	Estructura familiar.	62
4.1.2	Riesgos individuales.....	65
4.1.3	Educación sexual en la familia.	66
4.1.4	Percepción de riesgo, salud o enfermedad.....	67
4.1.5	Condiciones de salud.	68
4.2	RIESGO FAMILIAR TOTAL	73
4.2.1	Riesgo Familiar Total (RFT)	74
4.2.2	Riesgo Familiar Total por Tipología Familiar	74
4.2.3	Distribución del Riesgo Familiar Total por factores.....	75
4.2.4	Perfil de las familias según factores del riesgo familiar total	76
4.2.5	Factores de riesgo.....	77
4.3	GRADO DE SALUD FAMILIAR TOTAL	84
4.3.1	Salud Familiar Total	85
4.3.2	Escala de organización familiar	85
4.3.3	Escala de satisfacción familiar.....	88
5.	CONCLUSIONES.....	91
6.	RECOMENDACIONES.....	93

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual de familias con preescolares y escolares según tipo de familia, riesgo familiar y grado de salud familiar en tres estudios	43
Tabla 2 Nivel de confianza y error máximo admisible de la muestra	49
Tabla 3. Instrumento RFT: 5-33 y sus sub-escalas. Consistencia interna y correlación ítem-prueba	54
Tabla 4. Distribución por edad y género	62
Tabla 5. Distribución del número de miembros por familia.	63
Tabla 6. Distribución de personas según el rol reportado dentro del sistema familiar.	65
Tabla 7. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social	66
Tabla 8. Educación sexual en la familia	66
Tabla 9. Distribución de la Percepción de riesgo	67
Tabla 10. Percepción del riesgo de los miembros de la familia según tipología familiar	68
Tabla 11. Distribución de las condiciones de salud de los niños y niñas preescolares y el total de menores de 12 años.	69
Tabla 12. Distribución de la Morbilidad de los preescolares atendidos en un centro de salud de Pereira.	70
Tabla 13. Distribución de las condiciones generales de salud de los miembros de las familias y de los preescolares enfermos	71
Tabla 14. Riesgo Familiar Total	74
Tabla 15. Riesgo Familiar Total por Tipología Familiar	75
Tabla 16. Distribución factores del Riesgo Familiar Total	75

Tabla 17. Correlación entre el RFT y las dimensiones consideradas en este riesgo	84
Tabla 18. Distribución porcentual de la Salud Familiar Total	85
Tabla 19. Distribución Escala de Organización Familiar	86
Tabla 20. Distribución porcentual de Escala de Organización familiar	86
Tabla 21. Escala de Satisfacción Familiar	89
Tabla 22. Distribución porcentual de la satisfacción familiar	89

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual de la tipología familiar	64
Gráfica 2. Antecedentes de morbilidad familiar	72
Gráfica 3. Distribución porcentual de las Instituciones de apoyo familiar	73
Gráfica 4. Perfil de las familias según factores del riesgo familiar total	76
Gráfica 5 Distribución del Riesgo para ambiente psicoafectivo	78
Gráfica 6. Servicios y prácticas de salud de la familia	79
Gráfica 7. Condiciones de vivienda y vecindario	80
Gráfica 8.Situación Socioeconómica	81
Gráfica 9 Manejo de menores	83

Introducción

El presente estudio titulado “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda”, pertenece a la línea de investigación de Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar y Medición en Salud. Área temática de Riesgo Familiar y de Salud Familiar, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Está fundamentado en la teoría de Organización Sistémica de la doctora Marie Louise Friedemann y en el Modelo de Riesgo Familiar Total de la doctora Pilar Amaya, se utilizan los instrumentos de Riesgo Familiar Total (RFT 5-33) y de Salud Familiar (ISF-GEN 21), diseñados, implementados y validados por la doctora Amaya.

El fenómeno identificado para el presente estudio es el riesgo familiar y el grado de salud, estudiado en las familias con preescolares enfermos. El estudio es útil para la enfermería familiar porque aporta información para el cuidado de enfermería a familias con preescolares, enfrentadas a factores de riesgo como: riesgos individuales por grupo de edad, riesgos biológico- familiares, riesgos de medio ambiente y riesgos de servicios de salud y familia, de la misma manera permite plantear programas y proyectos de cuidado integral en salud para las personas, familias y la comunidad, para mejorar la calidad de vida de estas familias.

Los resultados contribuyen en la formación y en el quehacer de cuidado de los profesionales de la salud y otros trabajadores para la oportuna, adecuada e integral prestación de servicios de salud teniendo en cuenta la familia. En el proyecto se presentan los siguientes aspectos: el marco de referencia, marco teórico, marco metodológico, aspectos éticos y aproximación al análisis de resultados, cronograma, presupuesto y financiación.

1.MARCO REFERENCIAL

El marco de referencia detalla los siguientes aspectos: descripción del área problema, planteamiento del problema, justificación, propósito, objetivos y conceptos principales.

1.1 Descripción del área problemática

La UNICEF (2008), plantea que la “gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a factores sociales, las causas detrás de la “mala salud” son la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Su causalidad se relaciona en lo inmediato a enfermedades comunes infantiles, falta de cuidado de la niñez y una ingesta alimentaria insuficiente o inadecuada”¹. Por lo tanto, varios de los factores que producen enfermedad en la niñez y crecimiento inadecuado de los niños, dependen del contexto, los conocimientos y conductas de las familias y las comunidades, por lo que es importante conocer los principales riesgos que presentan las familias con preescolares para este estudio.

Al finalizar el siglo XX una de cada tres muertes en los menores de 5 años se debió a enfermedades infecciosas y desnutrición, así mismo en este grupo poblacional, se encontró que 70 por ciento de las consultas médicas fueron ocasionadas por Infecciones Respiratorias Agudas, diarrea y desnutrición². A pesar de los esfuerzos y de las políticas en pro de la infancia, y ya en pleno siglo XXI, el informe de la UNICEF del año 2008, manifiesta que “diariamente mueren aproximadamente 26.000 niños menores de cinco años, y casi todas las muertes ocurren en países que se encuentran en desarrollo. Más de un tercio de esos niños y niñas mueren durante el primer mes de vida, generalmente en su hogar y sin acceso a servicios esenciales de salud ni a los productos básicos que podrían salvarlos”³. De igual forma, se reafirma en que estas muertes podrían haberse

¹UNICEF. Lineamientos estratégicos para la erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. Panamá, 2008. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf). Consultado febrero 24 de 2011.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. The Word Health Report 2002. Disponible en. <http://www.who.int/whr/2002>

³ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF. Estado de la infancia en América Latina y el Caribe. Supervivencia infantil. 2008.

evitado, ya que son originadas de enfermedades comunes en la primera infancia y que en presencia de recursos y de cuidados, no constituirían un riesgo tan alto; entre las enfermedades encontradas estuvieron las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas y la desnutrición, que afecta negativamente su crecimiento y desarrollo.

A pesar de la puesta en marcha de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, desde el año 2002, donde los gobiernos se comprometieron a tratar de alcanzar un conjunto de objetivos, estrategias y medidas en esferas prioritarias para los derechos y el bienestar de la Infancia, el crecimiento económico sesgado está dejando a millones de niños en la pobreza. Estas familias tienen que hacer frente a numerosas desventajas. La peor de todas consiste en que los niños nacidos en familias pobres tienen menos posibilidades de sobrevivir, de recibir una nutrición adecuada durante los primeros años de vida, un problema que produce daños irreparables en una etapa fundamental para el desarrollo físico y mental. Además, los niños que nacen en estas condiciones tienen muy pocas posibilidades de terminar la enseñanza primaria y de adquirir los conocimientos y las aptitudes que les ayudarían a escapar de la pobreza, con lo que se perpetúa de este modo el ciclo intergeneracional de empobrecimiento⁴

Si bien han disminuido las cifras de mortalidad, la realidad se encuentra lejos de alcanzar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵, que busca reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años a escala mundial entre 1990 y 2015, lo que implica que el número de muertes debe reducirse a la mitad durante los próximos 2 años, lo que significa reducir a 13.000 por día o menos de 5 millones por año⁶.

La desnutrición es un importante problema de salud en los niños; si bien en general no es registrada como causa básica de morbimortalidad, una proporción variable de las muertes de niños y niñas menores de 5 años tienen ésta como causa asociada. Según la ENDS- 2010⁷ utilizando los patrones de crecimiento de la OMS⁸, en Colombia 13 por

⁴ UNICEF. La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Avances hacia “Un mundo apropiado para los niños y las niñas” 2007.p.5. disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/La_infancia_y_los_objetivos_de_desarrollo_del_milenio.pdf. Consultado febrero 2012.

⁵ Estado Mundial de la Infancia 2008. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/index.html> Consultado abril 15 de 2011

⁶ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. UNICEF. Op cit., p. 1.

⁷ PROFAMILIA ENDS 2010, Op cit., p. 294-297.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/es/>. Consultado febrero 18 de 2011.

ciento de los niños menores de 5 años presentaron retardo en crecimiento, entre ellos, 3 por ciento es considerado como severo; 3 por ciento presentaron desnutrición global, y 1 por ciento presentó desnutrición aguda, estas dos últimas más comunes en los menores de 6 meses. Habitualmente, los menores desnutridos tienen una mayor frecuencia de episodios de infecciones respiratorias y diarreas; contribuyendo a un mayor deterioro en el estado nutricional del niño, la desnutrición también influye en el grado de desarrollo psicomotriz y en el crecimiento y desarrollo de los niños, siendo un factor determinante en el rendimiento escolar futuro, porque su condición está determinada por su alimentación y sus enfermedades. "En comparación con sus compañeros más adinerados, los hijos de los hogares más pobres en los países en desarrollo corren el doble de riesgo de morir antes del quinto cumpleaños", según destacan los expertos en uno de los informes. <http://www2.esmas.com/salud/201851/impulsa-unicef-objetivos-del-milenio>.

Por otra parte, la situación de la familia en Colombia, durante las últimas décadas del siglo XX sufrió una transformación que tuvo su génesis en los drásticos procesos de urbanización, el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Sus características endógenas variaron en la medida en que cambió la tradicional división sexual de roles, la mujer aumentó su nivel educativo y entró a participar activamente en el mercado laboral. Al mismo tiempo, las familias son víctimas de la pobreza, de las crisis económicas, el desempleo y el conflicto armado, tanto por la mortalidad que este fenómeno genera, como por la situación de migración y desplazamiento de amplios sectores de la población⁹. El fenómeno del desplazamiento forzado ha mostrado un comportamiento típico derivado de la necesidad de subsistencia: la mayoría de los desplazados se trasladan a las ciudades capitales e intermedias, que se ven impactadas por el acrecentamiento de sus zonas marginales, presionando los presupuestos y políticas de atención en áreas sociales, tales como salud, educación, servicios públicos, vivienda y trabajo¹⁰. A Pereira llegaron principalmente familias procedentes de la zona noroccidental de Risaralda y el sur de Antioquia¹¹. Según Bello M. (2003)¹² en algunas áreas del país, el desplazamiento es un fenómeno silencioso, diario, cotidiano, efectuado por un miembro de la familia o por la familia completa, es un proceso de ida y regreso, de sucesivas expulsiones, cortos retornos y estabilizaciones temporales, que dura años, dependiendo de los actores armados y el poder que ejerzan sobre el territorio.

⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2002.

¹⁰ MONTOYA ZAPATA Jorge Andrés, ABAB FRANCO Juliana, RIVERA ARCILA Biviana Yulieth; HINCAPIE CUBIDES Victoria Eugenia. Problemas Sociales en Risaralda. 2010 pág. 16

¹¹ CEPAL y Naciones Unidas. IBÁÑEZ Ana María y VELÁSQUEZ Andrea. El impacto del desplazamiento forzado en Colombia. 2008. Internet Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf> Consultado Septiembre 2011.

¹² BELLO Marta: El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. 2003. Disponible en: http://www.uasb.edu.ec/padh/revista7_/articulos/martha%20bello.htm. Consultado octubre 2011.

Así mismo, la calidad de vida, la pobreza y la marginalidad han empeorado teniendo que hacer un gran esfuerzo para alcanzar uno de los Objetivos del Milenio, que es el trabajar por la erradicación del hambre y la pobreza extrema, ya que una de las consecuencias de la crisis económica siendo éste responsable de la restricción en el consumo familiar de alimentos¹³ y aunque el acceso y desempeño de las mujeres en el sistema educativo ha mejorado, padecen mayor desempleo estructural y son más vulnerables a las crisis económicas¹⁴.

En otra parte de la problemática, al debatir sobre la Ley 100 de 1993, Hernández¹⁵ asegura: “las inequidades propias del mercado se consolidan, con una correlativa debilidad de los programas de salud pública y de la función pública en su conjunto, debido a una pérdida de los referentes territorial y poblacional, tan importantes en salud: predomina lo curativo, se debilita la prevención y la promoción, y los hospitales del Estado deben comportarse como agentes de mercado o verse abocados a la muerte institucional”¹⁶.

Retomando la situación de la familia, en la actualidad hay cambios en la estructura y en el imaginario sobre la familia. La familia nuclear, que tanto la Iglesia como el Estado y la sociedad promovieron y exaltaron desde la Independencia, ha ido abriendo paso a nuevas estructuras familiares, producto de la evolución de la sociedad y la cultura que, a su vez, ha presionado cambios en la legislación, la cual busca adaptarse a las demandas de las familias, las mujeres, las herencias, los niños, los derechos conyugales, entre otros aspectos¹⁷.

La familia de ayer era numerosa, el padre ejercía la autoridad de manera rígida y asumía el papel de proveedor económico. La madre se encargaba de formar, atender al esposo-compañero e hijos, conciliar entre ellos y establecer mecanismos de comunicación. Los valores tradicionales eran: respeto, honradez, buenos modales, obediencia.¹⁸ En la familia actual coexisten lo tradicional y lo nuevo, ello establece la necesidad de armonizar

¹³ FEDESARROLLO. Encuesta Social: Resultados preliminares. En: Revista Coyuntura Social. Bogotá: 2000, mayo: 47-48.

¹⁴ ECHEVERRY LOPEZ, María E. La situación de la salud en Colombia. En: La salud pública hoy. enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Memorias Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002.p.350.

¹⁵ HERNÁNDEZ A, Mario. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Universidad Nacional de Colombia. En: La salud pública hoy. Op. cit., p.457.

¹⁶ CABALLERO, Alonso L, URIBE Carlo V. Pobreza Desarrollo. Salud Uninorte 2007; p. 1-3.

¹⁷ VILLAVECES N, Juanita y ANZOLA G, Marcela. Anotaciones sobre cultura en Colombia. Borradores de investigación. 004351. Centro Editorial Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Bogotá: 2005.

¹⁸ QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. La perspectiva de género y las nuevas organizaciones familiares. Universidad Nacional de Colombia. 2008.

lo contemporáneo y lo clásico y equilibrar el cambio y el conflicto inherentes¹⁹. Para la familia, la enfermedad de un hijo o hija puede representar diferentes problemas, desde la afectación del núcleo familiar, ya que pueden presentarse dificultades en la comunicación tanto entre los padres como entre padres e hijos, algunos cuidadores desconocen la forma de tratar a estos niños enfermos y en ocasiones dejan a un lado a los demás miembros de la familia²⁰, a este factor se le puede sumar la condición económica.

Además, los cambios en la familia, en las interacciones y en las pautas de crianza pueden afectar los estilos parentales y el desarrollo socio afectivo en la infancia. Así, para Cabrera, Guevara y Barrera²¹ los conflictos que enfrentan los padres diariamente y el estrés experimentado, debido a funciones relacionadas con la crianza, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional.

En el 2002, el informe del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD mostró que los hogares biparentales se rompen porque se presentan eventos como la viudez, el abandono, la separación y el divorcio²². La separación de los padres del niño afecta la función de la familia; las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud en Colombia permiten apreciar que la mujer colombiana está acudiendo en forma reiterativa al divorcio; así, las mujeres separadas y divorciadas representaron el 13 por ciento en el 2000²³, 15 por ciento en el 2005²⁴ y 14 por ciento en el 2010²⁵. Asimismo se ve cómo ha aumentado la feminización de la jefatura de los hogares, de 28 por ciento en 2000²⁶ pasó a 30 por ciento en el año 2005²⁷ y a 34 por ciento en 2010²⁸.

¹⁹ QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Op. cit., p. 83.

²⁰ LOURO BERNAL, Isabel de Lourdes; SERRANO PATTEN, Ana. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2010, vol.36, n.1, pp. 38-53.

²¹ CABRERA, V., GUEVARA, I. y BARRERA, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. Acta Colombiana de Psicología, 9 (2), 115-126.

²² DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Misión Social. 2002. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Alfa omega Colombiana, Bogotá. 2002. p. 43.

²³ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Bogotá: 2000. p.35-60.

²⁴ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Bogotá: 2005. p.41-65.

²⁵ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Bogotá: 2010. p.39-71.

²⁶ *Ibíd.*, p. 35-60.

²⁷ *Ibíd.*, p. 41-65.

²⁸ *Ibíd.*, p. 39-71.

En cuanto a la tipología de familia, tanto en el año 2005 como en 2010 se encontró que 35,5 por ciento es nuclear completa, 11,2 por ciento nuclear incompleta (falta el padre o la madre), 16,3 por ciento de hogares es de familia extensa y 5,4 por ciento está constituido por familias compuestas por parientes y no parientes.

Entre las principales problemáticas en que se ve comprometida la familia con niños están el maltrato infantil y la violencia de pareja; las estadísticas en Colombia, presentan dos millones de niños maltratados cada año, 850.000 de los cuales son de forma severa, existe una alta frecuencia de maltrato de niños y niñas en edad escolar y adolescentes entre 5 y 14 años.²⁹ Durante el 2005 Medicina Legal efectuó 10.187 (16.6% de la violencia intrafamiliar) dictámenes médicos en menores maltratados, de los cuales 36 por ciento fueron actos de violencia generados por el padre; 28 por ciento generados por la madre, padrastro 9 por ciento y el resto ocasionado por otros miembros de la familia, afectando a los niños con edad promedio de 9 años y a las niñas de 10 años de edad promedio³⁰.

Al respecto, Pons y Cerezo³¹, identificaron factores asociados a los cambios que afectan negativamente la parentalidad, como son los antecedentes de castigo en la madre, la baja satisfacción materna y la percepción negativa del bebé entre otros, que se convierten en factores de riesgo para maltrato y alteraciones emocionales.

En cuanto al aumento de los casos de violencia intrafamiliar en Colombia, en los últimos años se han multiplicado las comisarías, defensorías, juzgados de familia, las unidades de las personerías y procuraduría que atienden casos de violencia intrafamiliar. A su vez, algunas fiscalías han creado una unidad encargada de delitos sexuales y otra dedicada a la violencia intrafamiliar para responder al aumento de denuncias que han llegado a sus dependencias. Por otro lado, el estudio del Departamento Administrativa Nacional de Estadística (DANE) sobre violencia en las familias colombianas afirma que las características particulares de la familia en la que crezca un menor pueden proteger o contribuir al desarrollo de comportamientos agresivos y violentos³².

²⁹ CELY, Camila. Los niños en Colombia: avances y retrocesos. ser más humano. Programa de Derechos Humanos USAID. <http://www.sermashumano.com/content/view/343/39>

³⁰ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Violencia Intrafamiliar. Colombia 2005. p.117.

³¹ CUERVO M Ángela. Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 6, No 1, Fundación Universitaria Los Libertadores. 2010.p.112.

³² BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), Departamento Nacional de Planeación (DNP), Universidad de los Andes CEDE. Violencia en las familias Colombianas. Bogotá, agosto 2002. p.39.

Dentro de los factores de riesgo que pueden influir positiva o negativamente en el crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años³³, están considerados los que tienen que ver con la familia así:

- a) Características de los padres: edad, nivel educativo y empleo.
- b) Composición y estabilidad familiar: unidad familiar, tipo de familia y conflictos familiares.
- c) Valores de la familia: solidaridad, respeto, tolerancia, diálogo y participación.
- d) Demográficos: tamaño de la familia, lugar entre los hermanos.
- e) Psico-emocionales: amor y afecto, salud mental del niño y los integrantes de su familia, que sumadas a factores de orden cultural, socioeconómico, genéticos, estimulación adecuada, nutricionales y otros, determinan el riesgo de la familia y las prácticas de cuidado de la salud que favorecen el bienestar de las familias.

Los momentos de mayor riesgo para la familia de los preescolares se presentan cuando hay situaciones causadas por problemas de alimentación, de deserción y/o bajo rendimiento académico y de igual forma las prácticas de autocuidado (salud oral, higiene personal)³⁴.

Otro elemento importante en la estructura poblacional de Pereira y Risaralda es la migración, tal como se presenta en el Avance en la Política Pública de Infancia y Adolescencia. Risaralda 2009-2019 “la tasa de migración neta para el periodo 1985-2000 presenta drásticas variaciones con relación al nivel nacional. De ser un departamento al que principalmente llegaban personas (decenio 1985-1995), Risaralda se constituyó en un departamento de emigrantes, por encima de la tendencia nacional hasta el año 2010³⁵. Estos procesos de expulsión derivan en la recomposición de los grupos familiares, de tal forma que los niños, niñas y adolescentes, quedan al cuidado de adultos y adultas distintos a los padres y madres, y que en ocasiones no cuentan con las condiciones o capacidades suficientes para la adecuada protección de los menores de edad³⁶”. Al mismo tiempo, quienes integran las familias son afectados por problemas

³³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá: febrero de 2000. p. 3-4.

³⁴ ENRÍQUEZ GUERRERO, Carolina Lucero y CATAÑO Nora. Riesgo Familiar Total en familias con escolares y rendimiento académico. Una comparación en un centro educativo distrital de Bogotá. Revista Avances XXVII. No 1. 2009.

³⁵ GOBERNACIÓN DEL RISARALDA. Avance en la Política Pública de Infancia y Adolescencia. Risaralda 2009-2019. Documento de trabajo. p.19.

³⁶ *Ibid.* .p.19-20

tradicionales que inciden en la convivencia como la violencia intrafamiliar, las formas autoritarias que constituyen las relaciones generacionales y la inequidad entre los géneros³⁷.

Sobre este aspecto, Santibáñez y Calle,³⁸ han planteado lo siguiente: "En la última década se ha producido un aumento importante en la migración femenina desde muchos países de la región de América Latina y el Caribe; este fenómeno es provocado por el desempleo, cambios en las perspectivas socioeconómicas, o la necesidad de conseguir un ingreso adicional para mantener a la familia y a los niños que quedan detrás. Las mujeres también emigran para escapar de la violencia sexual, el abuso, los estigmas sociales o las presiones para contraer matrimonio. Además, abandonan sus lugares de residencia para reunirse con sus cónyuges o para evitar la discriminación y las normas que restringen su vida debido a su condición de género". Por lo tanto, la emigración afecta a los niños, niñas y adolescentes de diferentes maneras durante su ciclo de vida, sea porque acompañan a sus padres, porque emigran solos o porque son dejados atrás por uno o ambos padres migrantes. El efecto de la emigración (regular e irregular, interna y externa) sobre los niños debe ser visto en el contexto más amplio de la situación de pobreza y desigualdad entre países y al interior de cada país³⁹.

En el año 2010, Pereira contaba con una población proyectada según censo 2005 de 457.078 habitantes; 84 por ciento de sus pobladores vive en el área Urbana y el 16 por ciento restante en el Área Rural.⁴⁰ En el municipio predomina la población femenina (52,3%), se estima que en 2010 Pereira tuvo un total de 238.874 mujeres, frente a 218.204 hombres, o sea 5.6 por ciento más de mujeres que hombres, tal vez producto de la violencia y procesos de migración que vive nuestro país. El 24 por ciento corresponde a menores de 15 años, 7,6 por ciento son menores de cinco años y de éstos el 6.3 por ciento son niños y niñas entre los dos y cinco años. El 46,4 por ciento de la población está en edad productiva y reproductiva (entre los 15 y 44 años), y 22,8 por ciento son mayores de 50 años, que requieren atención especial por parte de la sociedad y el estado; con el fin de brindarles mejores condiciones de seguridad y bienestar social⁴¹.

³⁷ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Seminario Internacional Familias: cambios y estrategias. Presentación general final. Octubre, 2005. p.1.

³⁸ SANTIBÁÑEZ, C., CALLE, I. "For better social protection of migrant children's rights in Bolivia: an overview of the situation of adolescent girls affected by migration and related policy recommendations", documento de trabajo, La Paz, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2010. Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/7/42147/desafios-11-cepal-unicef.pdf>.p.6. Consultado febrero 24 de 2012.

³⁹ . FEUK, Rut , PERRAULT Nadine y DELAMÓNICA Enrique, La infancia y la migración internacional en América Latina y el Caribe . Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio UNICEF Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/7/42147/desafios-11-cepal-unicef.pdf>.p.7 Consultado febrero 24 de 2012.

⁴⁰ SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Perfil Epidemiológico 2010 p. 18.

⁴¹ ALCALDÍA DE PEREIRA. Plan territorial de salud, 2008.p. 72

La mencionada distribución poblacional obliga a las entidades gubernamentales y no gubernamentales a establecer estrategias y/o modelos de atención dirigidos a la salud sexual, la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, el control de la natalidad, la incorporación de estilos saludables de vida, y la promulgación de proyectos que mejoren el empleo o la capacidad adquisitiva de los residentes en el municipio de Pereira⁴².

En cuanto a la morbilidad en los menores de 5 años, se encuentra que los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, presentan como primeras causa de consulta: la infección respiratoria aguda (IRA), bronquiolitis, y las enfermedades diarreicas agudas(EDA) ⁴³, dando un peso a la consulta total del municipio de 60 por ciento por IRA y 17 por ciento por EDA ⁴⁴, otra preocupación surge del aumento en los eventos de accidentes ocurridos en el hogar, encontrando como las causas más frecuentes las caídas y las intoxicaciones⁴⁵. Los cambios bruscos y continuos en el clima, debido a su ubicación geográfica, y las prácticas higiénicas inadecuadas como el no uso del tapabocas y el lavado de manos incorrecto; que constituyen comportamientos que aún permanecen en las familias, y hacen necesario continuar trabajando en el saneamiento básico y las prácticas higiénicas.

Al igual que en otros países en vía de desarrollo, la mortalidad en menores de 5 años ha disminuido en forma gradual (entre los años 2000 y 2010, en un 40.8%), sin embargo esta disminución no es suficiente para dar cumplimiento a los objetivos planteados por el nivel nacional, el cual esperaba una reducción de las dos terceras partes de la mortalidad observada, las causas están asociadas a las infecciones respiratorias agudas y a las enfermedades diarreicas agudas⁴⁶

“La mortalidad por IRA en menores de 5 años pasó de una tasa de 25.7 * 100.000 niños menores de 5 años a una de 2.9 * 100.000 niños menores de 5 años en el 2010, lo que equivale a una disminución en la tasa de 77.4 por ciento; con respecto a la mortalidad por enfermedad diarreica aguda, aunque el descenso no es constante ya que presenta varios picos, el más alto está en el 2000 con una tasa de 14.0 * 100.000 niños menores de 5 años, y para el 2010 presenta una tasa de 2.9 * 100.000 niños menores de 5 años, lo que equivale a una disminución del 79.2 por ciento, esto demuestra que los programas de

⁴² SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Op. cit., p. 18.

⁴³ *Ibíd.*, p. 30.

⁴⁴ SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Plan operativo Estrategia AIEPI 2008-2011.

⁴⁵ SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Sistema de información en salud pública. Consultado el 3 de diciembre de 2011.

⁴⁶ SECRETARÍA DE SALUD. Op cit., p. 57.

vacunación y la implementación de la estrategia AIEPI han tenido un impacto positivo en estas cifras⁴⁷.

El sector de Villasantana, comuna objeto de estudio, es prioridad para el municipio, ya que allí se concentra gran parte de la población y específicamente en edad infantil, además de encontrarse factores de riesgo para las familias, como el desempleo, la pobreza, el acceso inadecuado a los servicios de salud, el desplazamiento y el bajo nivel educativo. A pesar de los esfuerzos que se realizan tanto en el sector la Alcaldía, salud, educación, y de diferentes instituciones como ICBF que hace presencia en el sector con hogares tradicionales, madres FAMI, jardín social, ONS (Organizaciones No Gubernamentales), entre otras, no se ha logrado impactar en la disminución de dichos factores⁴⁸. El conjunto de población que consulta en el Centro de Salud está constituido en su mayoría por preescolares y ancianos, así mismo existe la presencia continua de enfermedades como la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda.⁴⁹.

En Pamplona, Colombia, un estudio de familias con preescolares reportó predominio de alto riesgo familiar (47%) y medio (38%), percepción de poca salud familiar (58%) y satisfacción con la familia (76%)⁵⁰, lo que muestra la problemática que viven estas familias, que pueden ser comunes a las familias de Pereira.

Todo lo expuesto permite visualizar los riesgos familiares en las familias con preescolares, que pueden afectar positiva o negativamente en el grado de salud y de satisfacción familiar, la disminución de la morbimortalidad por IRA, EDA, maltrato por ejecución, o negligencia, la desnutrición. Cabe resaltar que las nuevas tipologías familiares determinan cambios en el comportamiento de los niños y niñas, que aunados a los propios de la edad preescolar hacen que estas familias se conviertan en vulnerables. Puesto que la familia influye en el desarrollo biosocioafectivo del preescolar y aunque son varios los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar los factores de riesgo de la familia y problemas de salud en la infancia.

Es imperativo continuar con la implementación de la estrategia AIEPI en el sector, que abarque desde el componente clínico hasta –quizá el más importante– que confluye en el empoderamiento de las familias en la percepción del riesgo y en pasar de la retórica a la puesta en marcha de las prácticas familiares. Además, en los servicios de salud, los

⁴⁷ SECRETARÍA DE SALUD. Op cit., p. 57.

⁴⁸ SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Informe encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) comuna Villasantana Diagnóstico Local Participativo de la estrategia AIEPI. 2011. P. 38.

⁴⁹ ESE SALUD PEREIRA. Departamento de Estadística. 2011.

⁵⁰ URIBE M, Angélica. Riesgo familiar total y grado de salud familiar de las familias con niños menores de cinco años que asisten al programa ampliado de inmunizaciones en IPS públicas y privadas del municipio de Pamplona en los primeros siete meses del año 2004. Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. P.125-26.

profesionales no han sido capacitados para hacer un abordaje integral de la familia y corresponde principalmente a enfermería el brindar un cuidado integral.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el ámbito internacional, la familia es considerada como piedra angular para los procesos en salud, por tal motivo la OMS (Organización Mundial de la Salud), afirma que se debe aumentar la salud de la población “haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud”⁵¹.

De esta manera, considerando a la familia como: “una compleja institución social basada en necesidades humanas universales de carácter biológico (la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana), cuyos miembros comparten un espacio social definido en términos de conyugalidad, de paternidad-maternidad, y de relaciones de parentesco, además de las necesidades de naturaleza psicológica, igualmente importantes, como el afecto, el cuidado, el apoyo y el reconocimiento”⁵², así esta debería ser el entorno protector natural de los niños preescolares, pero muchas veces es el sitio donde se les disciplina con violencia.

El Estado colombiano adoptó mediante el documento Conpes Social 91 del 14 de marzo de 2005 “Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) -2015”, presentando para cada uno de los objetivos, las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015, así como las estrategias necesarias para implementar y fortalecer su consecución⁵³. Una de las medidas más importantes para contribuir al cumplimiento de los ODM, es la expansión de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (conocida como AIEPI). En ese sentido se sugiere ampliar la cobertura hacia los grupos más vulnerables a través de las actividades comunitarias, familiares y en los servicios de salud; incorporar los nuevos componentes de AIEPI según el perfil epidemiológico y la capacidad operativa (neonatal/perinatal y desarrollo infantil); reforzar el papel de la familia y la comunidad en el abordaje de la salud materno infantil a través de las prácticas clave e integración de AIEPI en la atención del ciclo de vida de los pequeños. Asimismo, se debe incluir la

⁵¹ ORTIZ, María Teresita. La salud familiar, Caracterización de un área de salud. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana, Vol. 15, No 4, 1999. p. 443.

⁵² ALONSO G, Juan Carlos. Conceptos, transformaciones y políticas familiares en Latinoamérica. Familias en Bogotá: realidades y diversidad. Editora académica Martha Lucía Gutiérrez B. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2008. P.21.

⁵³ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL .REPÚBLICA DE COLOMBIA. Documento Conpes Social 140. Modificación Conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”. Disponible en : <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rSQAQZqBj0Y%3D&tabid=1235>

enseñanza de AIEPI en las facultades de medicina y escuelas de enfermería, entre otros centros de formación⁵⁴. Esta estrategia surgió

en 1992 como una propuesta de la Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-Unicef- con el objetivo de reducir las altas tasas de mortalidad de enfermedades infecciosas, mediante el trabajo en la modificación de factores de riesgo individuales o de grupos humanos. La estrategia integra programas de efectividad probada como el manejo de la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda, entre otros, con iniciativas de protección de la salud, como el programa de crecimiento y desarrollo y los planes ampliados de inmunizaciones infantil y la incidencia de episodios⁵⁵

De esta manera, en América Latina, la estrategia AIEPI se ha visualizado más allá de la prevención con enfoque de riesgo, a cargo de los servicios de salud, retomando una orientación de salud pública en donde se tienen en cuenta los determinantes sociales que condicionan el bienestar individual y colectivo, para desencadenar un abordaje integral que garantice el derecho de las niñas y niños a la salud y el pleno derecho de sus potencialidades, como resultado del esfuerzo de la familia y la sociedad en su conjunto, en donde la planificación social, las políticas públicas, la transdisciplinariedad, la coordinación programática transectorial y la participación social, desempeñan un papel fundamental⁵⁶.

De acuerdo con estas directrices a escala internacional y el nuevo enfoque en Atención Primaria en Salud, para el manejo de la salud donde se involucra la familia de forma directa, permiten orientar tanto las políticas públicas, como los planes y programas de salud familiar, donde es importante analizar el papel de enfermería, apoyado en el resultado de estudios investigativos sobre el cuidado de la familia, que puedan generar futuras intervenciones en salud familiar desde enfermería⁵⁷.

Del mismo modo, la Ley 266 de 1996 de la profesionalización de enfermería, plantea como sujeto de atención la familia⁵⁸. El cuidado de Enfermería, que define los principios

⁵⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alianza Regional Acción por la Salud Familiar: Taller Subregional de Evaluación y Planificación. Acción por la salud de la infancia la familia. Washington, D.C: OPS, 2005. (Serie FCH/CA/05.10.E). Consultado en <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sitallersalvador.pdf>. 14 de febrero de 2012.

⁵⁵ LAMUS, Francisco, DURÁN Rosa, DOCAL María del C, Soto Luz y RESTREPO Sonia. Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Revista Gerencia, Política. Salud. Bogotá (Colombia), 6(12):126-143, enero-junio de 2007.p.128-129.

⁵⁶ *Ibíd.*, p.130.

⁵⁷ ENRIQUEZ Carolina. Op. Cit., p 32.

⁵⁸ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 de 1996. Profesionalización de la Enfermería.

específicos de la práctica profesional entre los que se encuentran el de integralidad que orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender a sus dimensiones físicas y espirituales. Los principios como la individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad aseguran el cuidado integral de enfermería a la persona, la familia, la comunidad y a su entorno, teniendo en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores. Allí la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad son elemento esencial del proceso de cuidado, fundamentado en los estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos para promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud.

Los anteriores principios de la Ley 266, están relacionados con los que plantea la Ley 1438 de 2011⁵⁹, especialmente los principios de Prevalencia de derechos y el Enfoque diferencial donde se destaca la importancia de tener en cuenta a la familia, en este caso las familias de los niños en edad preescolar, para identificar los factores de riesgo y protectores en los "ámbitos familiar e individual en esta etapa del ser humano que es básica en el proceso de socialización y en su desarrollo biológico, afectivo, emocional, cognitivo, comunicativo, ético, moral, político, lúdico, estético y laboral, para mejorar la situación de salud de estas familias⁶⁰. La referida Ley (1438 de 2011) presenta cambios en los conceptos relacionados con la prestación de los servicios entre ellos: La universalidad, solidaridad, y la eficiencia que implica la cobertura a la familia como elemento importante para su cumplimiento. Esta cobertura familiar reconoce la importancia que esta unidad básica tiene en la promoción y mantenimiento de la salud o en el deterioro de la misma, así las Entidades Promotoras de Salud tienen como función: "Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las IPS. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS"⁶¹

Por otra parte, en Colombia existen políticas que buscan reconocer los derechos de los niños y las niñas:

La constitución política de Colombia en el Artículo 44⁶². "Manifiesta que son derechos fundamentales de los niños: entre otros la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, tener una familia y no ser separados de ella, el

⁵⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011. Reforma al Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 2.

⁶¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. numeral 3 del artículo 178.

⁶² COLOMBIA, Constitución Política de Colombia, 1991. Artículo 44.

cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos⁶³. En la Ley 100 de 1993, se priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia; además en la última modificación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1438 de 2011)⁶⁴ se establece la atención preferente y diferencial a la infancia y adolescencia, en la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y soportado mediante el documento CONPES 091 de 2005⁶⁵ (República, 2005) que retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y contiene como cuarto objetivo, reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años en dos terceras partes para el año 2015.

Como apoyo al cumplimiento de las metas del milenio, en Colombia la Ley 1450 de 2011⁶⁶ define el Plan de Desarrollo Nacional 2011-2014, y cuyo objetivo es consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y. en definitiva, mayor prosperidad para toda la población, así mismo en el Artículo 137, Atención Integral de la Primera Infancia AIPI, definirá e implementará el esquema de financiación y ejecución interinstitucional de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, este esquema permitirá la sostenibilidad de la estrategia y la ampliación progresiva de la cobertura con calidad.

Así mismo, el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006⁶⁷, permite que Colombia armonice su legislación con los postulados de la Convención de los Derechos del Niño, y en su artículo 29 establece que: "...desde la primera infancia los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial, para garantizar a los niños, las niñas y adolescentes, su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Lo que es retomado por la estrategia AIEPI, ya que busca intervenir en tres ambientes; tiene en cuenta la capacitación de los trabajadores de la salud en lo referente a la identificación temprana de signos de alarma, en el direccionamiento local, que busca garantizar la atención con calidad y un último componente que pretende empoderar la familia de prácticas sencillas pero definitorias en el estado de salud y de prevención de la enfermedad de los niños y niñas.

⁶⁴ COLOMBIA CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 1438 de 2011.

⁶⁵ COLOMBIA CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Consejo Nacional de Política Económica y Social 091 de 2005. Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015.p.1.

⁶⁶ COLOMBIA CONGRESO DE LA REPÚBLICA Ley 1450 de 2011.

⁶⁷ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y adolescencia.

Además, la Ley 1122 de 2007⁶⁸ aclara que la salud pública está “constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país” y que dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

En el Decreto 3039 de 2007, que armoniza el plan de desarrollo nacional, las políticas del sistema de protección social, los objetivos del milenio, los acuerdos internacionales, agenda de salud de las Américas y el área Andina, tiene entre sus propósitos mejorar el estado de salud de la población colombiana, y su principal objetivo está encaminado a minimizar la pérdida de bienestar, mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, las Entidades Promotoras de Salud y los sectores tanto públicos como privados cuyas acciones afectan la salud y las personas. Establece el alcance de los planes de salud pública del país para “Promover las condiciones y estilos de vida saludable y proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables, mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales en, salud pública, individuales y colectivas”⁶⁹.

En Colombia las disposiciones en el marco de las políticas de salud pública exigen modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria con el objeto de garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país⁷⁰ y con la Ley 1438 de 2011 y la implementación de la Atención Primaria, se hace necesaria la orientación individual, familiar y comunitaria, incluyendo el diagnóstico de factores de riesgo familiares como funciones de los equipos básicos⁷¹.

La familia como fenómeno de intervención para enfermería, confirma, la relevancia que tiene para la aproximación a su exploración con métodos y procedimientos científicos con el propósito de direccionar intervenciones intersectoriales que controlen factores de riesgo⁷² y de esta manera puedan favorecer el buen desarrollo de los preescolares

⁶⁸ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 de 2007. Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁶⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública capítulo I.

⁷⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Op. cit., p.13.

⁷¹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438. (19, enero, 2011). Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D C: Diario Oficial. No. 47.957. 2011, p.1 -51

permitiendo analizar las actuales estrategias que enfermería está utilizando en Atención Primaria.

Sin embargo, es evidente la limitación en la integración de todos los sectores, y del espectro de cuidadores en su conjunto, al proceso de gestión de la salud y el bienestar de la infancia, como también que los otros dos componentes de la estrategia AIEPI, fortalecimiento de la organización de los servicios y fortalecimiento de las prácticas familiares y comunitarias, se encuentran fundamentalmente sin desarrollar, en relación con lo que ha sido el despliegue del factor “curso clínico” dentro del componente “mejorar habilidades”, sin que las competencias comunicativas y educativas hayan trascendido al ejercicio cotidiano de los padres y cuidadores de salud de los niños , entre otros aspectos⁷³.

Dentro de un modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con el grupo de familias con preescolares, para mejorar su bienestar biopsicosocial. Esto redundaría en la reducción de la demanda en los servicios de salud⁷⁴.

La salud integral se relaciona con la capacidad de la familia, como sistema, para mantenerse sana, en el sentido de que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad de que las familias con alto índice de disfunción familiar estén adaptadas y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas. A pesar de que este sistema está condicionado a las pautas sociales y a las políticas de desarrollo, refleja la adaptación del hombre al medio en que se mueve y por ello el proceso salud-enfermedad gira en torno y en función de la familia.

En conclusión, es definitivo el abordaje integral de la familia como fuente de protección y desarrollo de todos sus miembros, en el proceso de socialización; en la medida en que esté fortalecida y reciba apoyo de las diferentes instituciones del estado se constituye en una fuente generadora de factores de protección para todos sus miembros y de la unidad familiar como tal. La investigación, contribuye a ampliar el conocimiento de enfermería sobre las distintas problemáticas que se puedan presentar en este campo, y así apoyar la formación de profesionales de enfermería especializados en salud preescolar, que hagan un abordaje integral de la familia con el individuo preescolar.

Todo lo anterior, demuestra la relevancia del estudio del riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias con hijos preescolares enfermos, donde la familia se concibe

⁷² VELIZ GUTIÉRREZ, José Ángel, et al. El período de lactancia materna, su relación con el tipo de familia, funcionamiento y apoyo familiar. En: Revista CTMA Avances. La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública. Vol. 9, No. 2. 2007. p. 3.

⁷³ LAMUS, Francisco, DURÁN Rosa, Docal María del C, Soto Luz y RESTREPO Sonia. Op. cit., p.141.

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 145

como una unidad de análisis para la evaluación e intervención en salud, identificando sus riesgos individuales y familiares; y el grado de organización y satisfacción de las familias participantes. Lo que contribuye a dar continuidad al proceso de conocimiento de la familia en Colombia, a través de la línea de investigación de “Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar, Enfermería Familiar, Medición en Salud”, a la vez que fortalece el conocimiento de la familia en Risaralda y es un aporte a la disciplina de enfermería para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud, hacia la orientación individual, familiar y comunitaria.

De manera que la investigación realizada por profesionales de Enfermería con sólidas bases científicas, éticas, humanísticas y líderes en el proceso del cuidado de la salud a escala individual, familiar y de la comunidad, contribuya a la creación de políticas integrales de salud y bienestar, con la participación activa de los diferentes actores y sectores de la sociedad; que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y de la población, especialmente la menos favorecida, haciéndola beneficiaria de la actividad académica e investigativa, que conduzcan a materializar el propósito final de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la infancia y la familia y por ende de la sociedad en general.

1.3 PROPÓSITO GENERAL

Identificar el riesgo familiar total y el grado de salud en las familias con preescolares enfermos por enfermedades prevalentes de la infancia consultantes en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda, con el fin de facilitar el planeamiento de acciones con intervención de enfermería para el mantenimiento de la salud y para mejorar la calidad de vida de estas familias con preescolares.

1.4 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características del riesgo familiar total y grado de salud en las familias con preescolares enfermos en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Caracterizar el riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar la composición por tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo, en las familias con preescolares enfermos en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda
- Describir el riesgo familiar total en familias con preescolares enfermos en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda.
- Describir el grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos en un centro de salud, municipio de Pereira, Risaralda.

1.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

A continuación se presentan los conceptos básicos de la investigación que hacen referencia a: Familia, caracterización familiar, riesgo, riesgo familiar total, salud familiar, grado de salud familiar, grado de satisfacción familiar, preescolares, familia con preescolares enfermos, preescolares consultantes por enfermedades prevalentes de la infancia, Estrategia AIEPI.

1.6.1 Familia.

Según Friedemann⁷⁵, “Es una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, es un sistema abierto que brinda estabilidad y permite el óptimo desarrollo biológico, emocional y social de cada uno de los miembros del grupo y está conformada por la pareja, dos o más personas que llevan funciones de familia y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia está definida como todas las personas que un individuo considera su familia. Es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, triadas y mayores unidades, definidas por vínculos de consanguinidad, afecto y normas, que establecen diferentes formas de relación, con responsabilidades individuales, compartidas o comunes. Los individuos que la conforman tienen distintas relaciones entre sí y la familia como unidad tiene a su vez relaciones con

⁷⁵ FRIEDEMANN, Marie Louise. The framework of systemic organization a conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks: age 1995. p. 11.

otros sistemas de contacto en el ambiente. El sentido de pertenencia de cada uno de los miembros de una familia es un requisito para que la familia funcione, lo que permite que en la familia se puedan incluir todas las personas que el individuo considera como tal por tener una conexión emocional y funcional”.

1.6.2 Caracterización Familiar

La caracterización de la familia se describe en función de la estructura: tipología (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia atípica, formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolar, familia con adolescentes, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana y familia multicíclica) y composición (número de personas promedio, edad, sexo) y los riesgos individuales y familiares⁷⁶.

La medición que se utiliza para caracterizar el riesgo de las familias se realiza por medio de un instrumento denominado Riesgo Familiar Total (RFT: 5- 33) Amaya P. (2004). Se determina por medio de cinco categorías: Condiciones psicoafectivas, Servicios y prácticas de salud, Condiciones de vivienda y vecindario situación socioeconómica y manejo de menores⁷⁷.

El grado de salud familiar (funcionamiento, dinámica y organización) se determina por medio de cuatro dimensiones: mantenimiento, cohesión, cambio e individuación, que se miden por medio del instrumento de Salud Familiar General: ISF: GEN-25⁷⁸.

1.6.3 Riesgo

Según Amaya de Peña “Es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar” 79 . Amaya P. hace referencia a Backet, Davies y Petros Barvazain (1984) en el año 2000, definiendo el riesgo como el incremento en la probabilidad de consecuencias adversas, por la presencia de uno o más factores, como “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona o un grupo de personas, que se

⁷⁶ AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Manual: Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y aplicación. 1 ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.p.31.

⁷⁷ *Ibíd.*, p.31.

⁷⁸ AMAYA Pilar. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN-21 Manual: aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia, 2004.p.23

⁷⁹ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total. RFT-533. Op. Cit., p.19.

conocen como asociadas con la posibilidad de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido”⁸⁰.

1.6.4 Riesgo Familiar Total.

Probabilidades de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña P. y Herrera, 2000). Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómicos, psicoafectivas, de prácticas y servicios de salud (Amaya de Peña, 1998). Además, involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de ésta, prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlado los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social y de salud permanente⁸¹.

1.6.5 Salud Familiar.

Para Friedemann (1995), “La salud familiar es considerada como una experiencia satisfactoria de congruencia familiar, que se logra cuando se adquiere el balance de las metas familiares: crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad, con la presencia de estrategias de las cuatro dimensiones: cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, siempre y cuando la familia se encuentre satisfecha con su forma de funcionamiento y responda a las demandas del entorno”⁸²

1.6.6 Grado de Salud Familiar.

La teoría de Organización Sistémica desarrollada por Friedemann 1989-1995, plantea “la familia como un sistema abierto, que tiende a ser congruente, y por tanto tiene unas metas y dimensiones de proceso. Desde esta teoría, una familia será saludable en la medida en que como sistema logre sus metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, siempre y cuando la familia se encuentre satisfecha con su forma de funcionamiento y responda a las demandas del entorno”⁸³.

⁸⁰ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total. RFT-533 Op. Cit., p, p. 8.

⁸¹ Ibid., p. 20.

⁸² FRIEDEMANN.1995, Op cit., p. 18.

⁸³ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Salud Familiar. ISF: GEN: 21. Op. cit., p. 21-23.

1.6.7 Grado de Satisfacción Familiar.

Es la apreciación subjetiva actual del informante acerca del agrado de los miembros de la familia con el estado de organización, de acuerdo con lo reportado en cada uno de los ítems (no por dimensiones de proceso) de la escala de organización sistémica⁸⁴.

1.6.8 Preescolar.

En esta investigación se entiende por preescolar el niño o niña con edad comprendida entre los 2 y 5 años, que cumple con los criterios de inclusión a la investigación.

1.6.9 Familias con Preescolares enfermos.

Son familias con hijos que tienen edades comprendidas entre 2 y 5 años, con enfermedades prevalentes de la infancia como: Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, Maltrato, Dengue, Malaria, Accidentes caseros y Desnutrición y que consultan en un centro de salud del municipio de Pereira.

1.6.10 Familia con preescolares con enfermedades prevalentes de la Infancia.

El reconocimiento de la aparición del síntoma o enfermedad en un miembro familiar puede alterar la organización de la familia pero también, tal como lo afirma Fernández, M. (2004)⁸⁵. “el funcionamiento familiar influye en la aparición de enfermedades resultantes de la ausencia de mecanismos compensatorios para enfrentar las mismas enfermedades, enfermedades psiquiátricas, enfermedades comunes en la infancia, así como conductas que finalmente colocan en riesgo la familia. Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; la evolución de la enfermedad, afecta directamente cada una de las esferas (afectiva, física, económica y social de la familia), produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.”

⁸⁴ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Salud Familiar: Familias en General ISF: GEN: 21 Op. cit., p. 24.

⁸⁵ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 47 No.6 (nov.-dic. 2004), p. 252-253.

1.6.11 La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)⁸⁶

Es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, y de esta forma contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez. La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos los padres.

Por tanto, la enfermedad de acuerdo a lo planteado por Fernández M.⁸⁷ trae efectos adversos para la salud no sólo de la persona que la padece sino del núcleo familiar en conjunto y se puede convertir en un factor de riesgo para la familia. La presencia de enfermedad a nivel individual y grupal es un dato importante para detectar el riesgo familiar total⁸⁸.

⁸⁶ OMS, UNICEF. Sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia AIEPI. Consultada el 24/10/10 en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>

⁸⁷ FERNÁNDEZ ORTEGA, Op.cit., p. 252-253

⁸⁸ LEYVA MORALES Luz Amparo. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria "clínica San Pedro Claver", Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, Bogotá 2007-2008, p. 48.

2. MARCO TEÓRICO

Los contenidos que conforman el marco teórico para el presente estudio investigativo son: conceptualización de familia, teoría del riesgo familiar total, teoría de organización sistémica, familia colombiana, Familia Pereirana, familia con niños preescolares enfermos, salud familiar y enfermería.

2.1 Conceptualización de Familia

El debate sobre familia a lo largo de la historia ha pasado por diferentes etapas, modificaciones, abordajes, posturas, encuentros y desencuentros, donde cada disciplina propone modelos teóricos destinados a favorecer el desarrollo disciplinar o de su práctica social. Por ello son múltiples las definiciones que se encuentran sobre la familia y la influencia que ejerce en la vida de todos y cada uno de los miembros que la componen y como cada uno de ellos afecta la dinámica de la misma. De esta manera, la familia es entendida por los estudiosos de esta temática como institución y como grupo social, que se encarga “de resolver problemas, satisfacer necesidades y cumplir funciones relevantes para los miembros de estos grupos y para la sociedad en su conjunto”⁸⁹. La familia como concepto ha cambiado a través de la historia de la humanidad. Cada concepto varía de acuerdo con el sistema socioeconómico imperante. A continuación se dan a conocer algunos conceptos de familia, en los cuales se resalta la importancia que tiene para la sociedad.

La familia en los diversos tipos que ha asumido a través de la historia, se reconoce como una creación cultural, universal, encargada de resolver el problema de la reproducción de la especie y de la subsistencia del grupo a través de la regulación de la vida sexual, de la procreación, de la socialización de las nuevas generaciones, y de la división social del

⁸⁹ ANDERSON, Jeanine. Mundos en transformación: familias, políticas públicas y su intersección. En: ARRIAGADA, Irma y ARANDA, Verónica. comps. Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces” (28-29, octubre, 2004: Santiago de Chile). Serie Seminarios y Conferencias [online]. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 2004, no. 42 [citado 27 enero 2011], p. 197-224. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/20555/ssc42_Familia_Parte1.pdf. p. 197-198.

trabajo⁹⁰. Es la célula fundamental de la sociedad que para el caso de este estudio actúa como cuidador primario del preescolar.

Todos los estudios coinciden en que la familia es el primer grupo de socialización del individuo. Su presencia como organización está presente en todas las culturas, con la característica distintiva de que las relaciones entre sus miembros se rigen principalmente en un nivel afectivo. Además, es la estructura socializadora que sigue manteniendo un mayor contacto con el individuo, si consideramos que está presente en sus fases evolutivas más importantes como son la lactante, la infantil y la adolescente⁹¹.

Respecto a lo anterior, Smilkstein (1980) manifiesta que “Familia es una unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos, con o sin niños tienen el compromiso de nutrirse o apoyarse emocional y físicamente. Deciden compartir recursos tales como tiempo, espacio y dinero. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay un ambiente de hogar”⁹².

En otros términos, Amaya⁹³ plantea: “La familia está constituida por un grupo de individuos hombres – mujeres, adolescentes y niños, cuyo rango de edades puede extenderse dos o más generaciones. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad. La familia normalmente posee una larga historia colectiva. Su vida es un continuo flujo del distante pasado, del presente y futuro. La familia tiene ciertas propiedades que les distinguen: comparten un lenguaje, una clase social, un hogar y un ingreso económico, tiene como funciones especiales proporcionar la satisfacción de necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos”.

Watenberg (1999), expresa que: “Las familias son conjuntos de personas entre las que median lazos cercanos de sangre, afinidad o adopción, independientemente de su cercanía física o geográfica y de su cercanía afectiva o emocional. Son grupos de personas unidos por vínculos de parentesco, aunque vivan en hogares diferentes. En la familia se combinan tiempo y bienes a fin de obtener el mayor bienestar posible. En situaciones difíciles la familia actúa como un escudo que protege a sus miembros de las amenazas y peligros. Los lazos de solidaridad suelen ser más intensos en sociedades con niveles incipientes de seguridad social como la colombiana. Y, entonces, la unidad

⁹⁰ LÓPEZ, Yolanda. La familia como campo de saber de las ciencias sociales. Santafé de Bogotá: Revista de Trabajo Social. No.5. 2003, p. 26.

⁹¹ CHAN GAMBOA, Elsy Claudia. Socialización del menor infractor. Perfil Psicosocial Diferencial en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco (México). Tesis Doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. 2006. p.13.

⁹² SMILKSTEIN, Gabriel. En: MEJIA, Diego y otros. Salud Familiar. ASCOFAME, Bogotá, 1990. p. 30-33.

⁹³ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Familias de Ancianos y Escolares del Sector de la Estrella, Ciudad Bolívar (Fase diagnóstica) Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 1992, p. 12.

familiar aparece con más fuerza cuando alguno de sus miembros pasa por situaciones difíciles⁹⁴. La solidaridad, la cooperación, el respeto al disenso y una actitud armonizadora en el núcleo familiar constituyen la base para la formación de los futuros ciudadanos en un marco de libertad y justicia⁹⁵.

En la familia *también se producen grandes dosis de bienestar social*⁹⁶: en su función generadora de bienestar, la familia tiene tres dimensiones importantes, es fuente de necesidades, de forma complementaria es proveedora de actuaciones de bienestar, y es soporte de completo bienestar. Como fuente de necesidades, la familia ocupa un lugar destacado aquí nacen las necesidades sociales de bienestar, tales como: educación de los hijos, mantenimiento de los ancianos, y de la salud de sus miembros, ocio, etc. La familia como facilitadora de actuaciones de bienestar asume las tareas de educación de los hijos en las primeras fases de su vida y las complementa en los centros escolares, al igual que en materia de salud, vejez, etc., hasta el extremo de que ninguna institución estatal suple por completo la acción familiar. Por el contrario, es más frecuente que la familia supla al Estado y por último la familia actúa brindando el mayor bienestar posible a sus miembros lo cual en varias circunstancias se realiza atendiendo enfermos, viejos, niños, dando apoyo a miembros desempleados.

Asimismo, la familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está hecha por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad⁹⁷. Como lo afirman Gracia y Musitu⁹⁸ (2000), la familia desempeña las funciones de procrear, de socializar, de sostener económicamente, de cuidar emocionalmente a los hijos y, por supuesto, de la crianza. Con estas tareas proporciona a sus miembros confort, tranquilidad, seguridad y salud. Para ello, Eguiluz (2003)⁹⁹, propone tres niveles de interacción: biológico, psicológico y social. A nivel biológico, su función es perpetuar la especie; a nivel psicológico, su función es crear los vínculos inter-relacionales para la satisfacción de necesidades individuales; a nivel social, su función es la de transmitir las creencias, valores, costumbres y habilidades al individuo que contribuyen a su desarrollo.

⁹⁴ MISIÓN SOCIAL, Op. cit., p. 35.

⁹⁵ EROLES, Carlos (2000). Citado por VELÁSQUEZ G, V. Caracterización de las familias con adultos mayores beneficiarios o potenciales beneficiarios del programa de atención integral a la población adulta mayor en Funza Cundinamarca en el año 2003. Tesis (Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar). Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. p.40.

⁹⁶ MONTORO ROMERO, Ricardo. Dimensiones económicas y sociales de la familia. "El eterno debate sobre la familia". Fundación Argentaria, Madrid, 2000.

⁹⁷ MILLER, F.J.W. "The Epidemiological Approach to the Family as Unit in Health Statistics". Arch.argent.pediatr. 1999; 97 (4): 23.

⁹⁸ GRACIA, E; MUSITU, G. Psicología social de la familia. Barcelona: Paidós.2000.

⁹⁹ EGUILUZ, L. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax.2003.

También, la familia como institución social es un sistema de normas que según la cultura, tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros, a partir de las cuales se garantiza el adecuado funcionamiento biológico de los individuos que conforman la sociedad, la reproducción de sus miembros, y además, una adecuada socialización, provisión y distribución de bienes y servicios, como el mantenimiento del orden dentro del grupo y en su relación con el resto del sistema social, la definición del sentido de la vida y la motivación para preservar la supervivencia individual y de grupo¹⁰⁰.

Desde la salud, Velandia refiere: la salud también tiene una relación significativa con la organización y actitudes familiares e influye en la respuesta de la familia a los cambios.¹⁰¹ Por lo general, la atención de salud ocurre en el ambiente familiar. “Muchos episodios de enfermedad nunca llegan al dominio profesional y cuando lo hacen, es la familia quien determina cuándo y a quién acudir. Posteriormente, es la familia quien determina la adhesión y el cumplimiento del tratamiento (Smilkein, 1980)”¹⁰² Si bien la familia ha perdido y transformado muchas de sus funciones, continúa asumiendo un peso importante en el cuidado de la salud.

Por otra parte, en estudios de la familia colombiana, Gutiérrez de Pineda (1961), afirma:

“El vínculo familiar constituye el centro biológico generador e incubador de nuevos contingentes humanos que día a día se incorpora a la vida, tanto para sustituir a los que van desapareciendo como para engrosar las familias de la población. Analizado este concepto desde otro ángulo, la familia es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la colectividad”¹⁰³.

La Constitución Política de Colombia¹⁰⁴, en el artículo 42, define a la familia como: *el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. Además, se contempla el derecho a construir vínculos naturales o jurídicos; derecho a la protección integral; derecho al patrimonio inalienable e inembargable; derecho a la honra, la dignidad y a la intimidad del núcleo familiar; derecho a la igualdad y al respeto de derechos y deberes de la pareja, derecho a ser protegido contra toda forma de violencia; derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos. Los niños y las niñas tienen derecho a pertenecer a una familia y a no ser*

¹⁰⁰ HERNÁNDEZ, Pastor. Funciones y características de la educación preescolar. México: Universidad Pedagógica Nacional. México. ILCE.2005. p. 1-6.

¹⁰¹ VELANDIA, Ana Luisa. Interrelaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia. En: Memorias II Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín. 1989. p.77.

¹⁰² AMAYA DE PEÑA, Op.cit., p.78.

¹⁰³ GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Familia y Cultura en Colombia. Departamento de Sociología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores. 1961 p. 13.

¹⁰⁴ COLOMBIA. Constitución Política de 1991. Capítulo II, De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículos 42, 44-46. Edición: 19. Bogotá: Editorial: Panamericana. 1998.

separados de ella. En esta definición se observa la importancia que se da a la familia como institución sobre la cual se construye la sociedad.

Finalmente desde la perspectiva sistémica, la familia se considera el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones. El sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales, y por lo tanto, la familia será finalmente afectada por cada unidad del sistema¹⁰⁵. De acuerdo con la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1976)¹⁰⁶ todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas; de este modo, se puede considerar a la familia como un sistema abierto, que cambia y ajusta su estructura al entrar en contacto con el sistema social.

En definitiva, dada la complejidad de la familia, existen diversas definiciones que han sido analizadas desde distintos puntos de vista. Para el presente estudio de investigación el concepto de familia seleccionado es el de Friedemann¹⁰⁷, considerado como una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema abierto que brinda estabilidad y permite el óptimo desarrollo biológico, emocional y social de cada uno de los miembros del grupo. La familia está conformada por la pareja, o dos o más personas que llevan funciones de familia y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia está definida como todas las personas que un individuo considera su familia.

2.1.1 Estructura Familiar

De La Revilla¹⁰⁸ describe la estructura familiar como un proceso dinámico que cambia de acuerdo con el momento histórico en que se estudia, la etapa del ciclo vital que atraviesa o con determinados acontecimientos vitales a que se ve sometida. A continuación se presenta el ciclo vital familiar y la tipología familiar.

2.1.1.1 Tipología Familiar. La familia de acuerdo con su estructura se clasifica de diversas formas. En términos generales la más frecuente incluye la familia nuclear, familia extensa y otras formas familiares o familias atípicas. Amaya¹⁰⁹ presenta dos categorías de familias, que son utilizadas por la investigadora en el presente estudio:

¹⁰⁵ HERNÁNDEZ, Pastor. Op. cit., p. 1-6.

¹⁰⁶ BERTALANFFY, V. Teoría General de Sistemas. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. 1976.

¹⁰⁷ FRIEDEMANN, 1995, Op cit., p. 11.

¹⁰⁸ DE LA REVILLA, Luis. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994. Op. cit., p. 27.

¹⁰⁹ AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Op cit., p.43,44.

Familias tipo 1: conformadas por familias nucleares (nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida) y parejas

Familia nuclear: “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”.

Familia nuclear modificada: “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”.

Familia nuclear reconstruida: Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.

Pareja: Compuesta sólo por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, están casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante

Familias tipo 2: conformada por familias extensas (extensa y extensa modificada) y atípicas.

Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos).

Familia extensa modificada: “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres.

Familia atípica: No se enmarca en las anteriores. Pueden ser parejas o grupos con o sin lazos consanguíneos¹¹⁰.

En sentido amplio, el profesional de enfermería debe preocuparse por conocer más los diferentes conceptos de familia para brindar un cuidado congruente a las familias, con apoyo de diferentes profesionales.

2.1.2 Ciclo Vital Familiar

A lo largo de siglo XX se explica la familia a partir del reconocimiento de su ciclo de vida. Uno de los patrones más divulgados y utilizados para el estudio de la familia ha sido el modelo de Duvall (1962)¹¹¹, referenciada por Friedemann. Esta autora define ocho etapas secuenciales por las que atravesaría una familia desde su creación hasta la disolución, la cual está determinada por la edad del hijo mayor, definidas de la siguiente manera:

¹¹⁰ AMAYA DE PEÑA, P. Instrumento Riesgo Familiar Total RTF 5-33 Manual .Op. cit., p.57.

¹¹¹ FRIEDEMANN. Ciclo vital familiar. 1986 p.90.

Etapa I. Comienzo de la familia:
Etapa II. Familias con bebés
Etapa III. Familias con hijos preescolares
Etapa IV. Familia con hijos escolares
Etapa V. Familias con adolescentes
Etapa VI. Familias con adultos jóvenes
Etapa IV. Familia en la mediana edad
Etapa VIII. Familias en retiro

Cada una de estas etapas del ciclo en forma evolutiva conlleva un desequilibrio durante los periodos de transición entre una etapa y otra, problemas propios, nuevas estructuras, nuevas demandas, crisis, acomodados, y adaptaciones, acompañadas de unas variaciones en las características sociales y económicas del y en el sistema familiar. En estas variaciones radica su interés, por cuanto al conocer las características de cada una de estas etapas, permite brindar un cuidado de forma continua y longitudinal a lo largo del tiempo, para resolver problemas y propiciar intervenciones de enfermería en lo relacionado con la prevención y promoción, en la búsqueda de la funcionalidad familiar y el cumplimiento básico del desarrollo familiar en cada etapa del Ciclo Vital Familiar.

2.2 Salud Familiar y Enfermería

La enfermedad afecta la familia, y la familia tiene que adaptarse a los cambios que ocurren en sus miembros afectados, tanto en el mantenimiento, como en la patogénesis y en el tratamiento de la enfermedad¹¹². Por lo que se hace importante que las enfermeras continúen observando e investigando y definiendo cuidados para las familias, como está planteado en la Ley de enfermería donde los sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad. Con el fin de que el profesional de enfermería pueda orientar a la familia con la ayuda de un equipo interdisciplinario. La persona y la familia son ignoradas como elementos indispensables dentro de la salud-enfermedad y se desconoce como contexto social primario, como quienes finalmente “midan”, “asumen” y “sufren” los resultados de la acción “dada”. “Algunas enfermeras especialmente en salud pública, salud mental, obstetricia y pediatría han demostrado mayor interés y responsabilidad en el cuidado de la familia, centrándose en el continuo madre-hijo. Así el trabajo con el individuo en el contexto familiar es un compromiso y una responsabilidad del ejercicio profesional. Donde la salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad”. Como eje fundamental en la sociedad es preocupación de diversas profesiones que por muchos años se han ocupado del estudio y cuidado de la misma, todos coinciden en que la familia es la unidad social básica y que requiere un enfoque de atención que permita ofrecer una salud familiar tanto para los integrantes como para la familia en su totalidad.

¹¹² AMAYA, Pilar. Salud familiar y Enfermería. El impacto de la familia sobre la salud y la enfermedad. En: Memorias del Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Auspiciado por la OMS y el Ministerio de Salud. 1987. Bogotá, 1988. p.485-490.

Es necesario que desde las diferentes profesiones se inicie el trabajo en cuanto a la salud familiar, aunque en enfermería cada vez se hacen esfuerzos por contribuir con ella, es preciso que se preste mayor importancia como la raíz de donde parten grandes problemáticas sociales.

A continuación se presentan los referentes teóricos que guían el presente estudio, basados en dos enfoques teóricos propuestos por enfermeras: Teoría del Riesgo Familiar Total (Amaya P. 2004) y Teoría de Organización Sistémica (Friedemann M.L. 1995).

2.3 TEORÍA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL

El enfoque conceptual de riesgo familiar total desarrollado por Amaya de Peña (1992; 1998; 2000^a), se basa en resultados de la investigación (evidencias preliminares confirmadas) y en la práctica familiar¹¹³

La familia en función de los parámetros de riesgo individuales de cada uno de los miembros que componen la familia y los riesgos comunes a la unidad familiar (biológicos, demográficos y ambientales; se describen los riesgos socioeconómicos, el ambiente físico de vivienda y el vecindario, el ambiente psicoafectivo familiar, el estilo de vida de la familia, las prácticas de salud y la disponibilidad de los servicios sociales y de salud).

Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social de salud permanente¹¹⁴.

En su teoría de riesgo, la doctora Pilar Amaya define como factor de riesgo “Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o que esté especialmente afectada de manera adversa, a un proceso mórbido.”¹¹⁵. Backet, Davies y Petros Barvazain (1985), en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, sugieren formas de aplicación y uso del sistema de riesgo “la idea de una discriminación positiva en el cuidado de la salud basada en la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema, como cuidado familiar y personal, cuidado comunitario, incremento en cobertura, mejoramiento referencial,

¹¹³ AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Op., cit., p. 19-20.

¹¹⁴ Ibíd. p. 20.

¹¹⁵ Ibíd., p. 19.

modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional y políticas intersectoriales.¹¹⁶

Amaya, citando a Clemencia Stone, Eigsti, y McGire clasifica los factores de riesgo en tres aspectos:

1. **Características biológicas o hereditarias** (algunas características genéticas incrementan el riesgo de determinadas enfermedades y dolencias)
2. **Los factores físicos, sociales, familiares, económicos, y ambientales** (por ejemplo las poblaciones menos favorecidas tienen un mayor riesgo de sufrir un problema de salud)
3. **Los patrones de comportamiento y el estilo de vida** (muchas de las causas principales de mortandad y enfermedad son determinadas por patrones en el estilo de vida, tales como la dieta, el tabaco, el ejercicio, el alcohol y el consumo de drogas.¹¹⁷

Entonces, es importante que tanto la familia como la enfermera identifiquen los riesgos, para de esta forma desarrollar intervenciones en forma temprana y oportuna. La caracterización del riesgo familiar total permite convertirlo en una herramienta útil que permita determinar los elementos que actúan y contribuyen al detrimento de la salud familiar.¹¹⁸

Actualmente, en las familias colombianas y de otros países vecinos se presentan cada vez más riesgos para su salud debido a factores biológicos, ambientales, culturales y sociales, que, por lo general, no son percibidos por sus integrantes y que lógicamente no contribuyen a la resolución del problema.

Amaya (2004) realiza cuatro precisiones conceptuales de acuerdo con anteriores conceptos:

a) "Existen riesgos comunes que hacen su contribución variable a la carga de enfermedad según su tipo y región. Con la presencia de riesgos comunes, los factores pueden ser estimados para ver su efecto global, no solo en la morbilidad sino también sobre la expectativa de vida saludable (EVS) por entidades particulares y lugares; b) se conoce por investigación de Ezzati y colaboradores, que la contribución de los riesgos puede ser individual, en asociación e incluso superpuestos, y que actúan provocando diferentes grupos de dolencias; por ejemplo, enfermedades contagiosas, materno-perinatales en condiciones nutricionales deficientes, que aportan de manera

¹¹⁶ AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Op., cit., p. 19.

¹¹⁷ Ibid., p. 23.

¹¹⁸ GLOMBOK, Susan. Modelos de familia. ¿Qué es lo que de verdad cuenta? España: Colección familia. Educación. 2007. p. 208.

sustancial a la pérdida total de años de vida saludable. En regiones de alta mortalidad se reportan hasta 490 millones de años de vida de incapacidad ajustada (AVI); c) se ha demostrado que en algunas regiones la tendencia general de los factores de riesgo en conjunto abandonan a la carga por enfermedad y contribuyen a la pérdida de vida saludable entre 8.3 y 10.7 años. Entre los factores que de manera amplia han participado de esta carga por enfermedad están el alcohol, el tabaco, la hipertensión, y los altos niveles de colesterol que se coligan a prácticas y comportamientos insalubres adoptados por la población; d) hay, además, factores de riesgo directos, otros que se comportan como mediadores y otras expresiones que hay que analizar teórica y matemáticamente”¹¹⁹.

2.3.1 Postulados de la Teoría de Riesgo Familiar Total

Los postulados planteados en la Teoría de Riesgo Familiar Total recaen en las categorías principales: una que expresa los elementos relacionados con la medición del riesgo y otra que denota lo relacionado con los sistemas de salud y su operación.¹²⁰

1. El riesgo familiar es la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o de desorganización de la unidad familiar.
2. Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir, que hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de salud individual y familiar en el momento de la valoración.
3. Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables y algunos son modificables.
4. La calificación de riesgo familiar se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
5. El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.
6. Hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico.
7. La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia.
8. Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud.

¹¹⁹ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 24.

¹²⁰ Ibíd., p.19-20.

9. Los servicios sociales y de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de efectividad y de operación.
10. Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
11. Algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.
12. Los riesgos se asocian a las características propios de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado interdependiente intrafamiliar o institucional si es el caso.
13. El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.
14. El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención y a nivel político-administrativo en las instancias municipal y regional.

El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto donde está inmersa". El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de centros de atención.

2.4 TEORÍA DE ORGANIZACIÓN SISTÉMICA

La Teoría de Organización Sistémica de ML Friedemann (1995)¹²¹ se basa en la identificación y análisis de las dimensiones y metas del sistema familiar. Desde su perspectiva el mundo se concibe como un microsistema abierto compuesto de subsistemas, tales como las familias y las personas, la familia es vista como un sistema social expresado en transmitir cultura a sus miembros.

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

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

¹²¹ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 18.

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

Las estrategias familiares caen en las cuatro dimensiones del proceso de ML Friedemann: Mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación. Las dimensiones son independientes entre sí. Todos los procesos familiares incluyen comportamientos coordinados que buscan regular las condiciones de los cuatro sistemas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad familiar (Figura 1).

El proceso de búsqueda de congruencia se enfoca en cuatro objetivos o metas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad. Estas cuatro metas interactúan entre sí para lograr un equilibrio dinámico a través del cual el sistema –cuando es saludable– se acomoda hasta encontrar la congruencia¹²². Para ser organizadas, las familias deben practicar en la vida cotidiana algunas conductas relacionadas con las cuatro dimensiones del proceso. El énfasis para cada dimensión puede variar entre las familias

Figura 1. Teoría de Organización Sistémica: Un enfoque conceptual para familias y enfermería (Friedemann, 1995)



Figura 1. FRIEDEMANN, M.L. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks. 1995. p. 21

¹²² AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 23

Friedemann (1995) hace énfasis en la congruencia de la familia como sistema, su relación con el entorno y la interacción entre los miembros. La congruencia se concibe como el equilibrio entre el control de la ansiedad y el bienestar de las personas que componen la familia, es propiciada por la interacción de las metas entre sí y el entorno. La visión expuesta por la autora respecto a la familia como sistema que a su vez interactúa con sistemas ambientales y sus propios subsistemas, permite ampliar el concepto sobre familia, siendo mucho más que la suma de las partes¹²³

2.4.1 Metas del sistema

Como se expresó antes, el proceso de búsqueda de congruencia se enfoca en cuatro objetivos o metas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad.

La estabilidad se refiere a la tendencia de un sistema a mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta comunes, arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan a cada nueva generación.

El crecimiento es la tendencia a reorganizar valores primarios y prioridades para adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social; el crecimiento es necesario cuando la estabilidad de una persona se ha vuelto incongruente con el entorno.

El control es la tendencia a regular las fuerzas externas mediante el uso de mecanismos internos o de sistemas externos como los económicos, políticos y sociales, para reducir la vulnerabilidad y proteger al sistema de las amenazas.

La espiritualidad es el esfuerzo por lograr la identidad, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad frente a la realidad (Friedemann, Jozefowicz, Schrader, Collins et Strandberg, 1989; Friedemann, 1995)¹²⁴.

2.4.2 Dimensiones del Proceso

Según ML Friedemann, la conducta, valores y creencias subyacentes que se utilizan para alcanzar las metas pueden categorizarse en cuatro dimensiones del proceso: el mantenimiento, cambio del sistema, cohesión e individuación.

¹²³ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 24.

¹²⁴ Ibíd., p. 21.

Mantenimiento del sistema: se refiere a la estructura de la familia y a la flexibilidad familiar, incluye todas las acciones dirigidas a mantener el sistema con las rutinas diarias de descanso, autocuidado, comidas, limpieza, roles, rituales, patrones de comunicación y todas aquellas conductas que apuntan a reducir la amenaza de cambio. Las operaciones de mantenimiento del sistema hacen referencia a la perpetuación de la cultura familiar preservando los patrones tradicionales entre las generaciones.

Cambio del sistema: está constituido por acciones conscientes de la persona, que lleva a la toma de decisiones para aceptar, integrar o no cierta información para cambiar o reemplazar viejos valores, actitudes o conductas. Para que se presente el cambio debe existir presión dentro o desde el ambiente, la tensión lleva a la persona a asumir o determinar prioridades de la vida. Es decir, se llega al cambio del sistema con actos controlados por la persona que llevan a la toma de decisiones.

Coherencia del sistema: es la unión de los subsistemas de una persona en un todo unificado y son las conductas necesarias para mantener la unidad. La cohesión tiene como una de sus metas la estabilidad de la familia y el resultado es interpretado como sentido de unidad.

Individuación del sistema: la cohesión es requisito para el proceso de la individuación e incluye las actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte del individuo, le enseñan acerca de sí mismo y le dan sentido al propósito de vida. Es la aceptación de cada uno de los miembros de la familia y la adaptación a las diferencias individuales que da como resultado el crecimiento familiar (M.L.Friedemann, 1995)

Cada una de las dimensiones se encuentran interrelacionadas unas con otras, siendo realmente difícil separarlas. Es así como la cohesión es un requisito para la individuación pero a su vez tiene como blanco la espiritualidad. En los subsistemas ambientales, los humanos ajustan su propio ritmo y patrón para permitir la conexión con otras unidades de su escogencia, tales como el sistema de amistad y de trabajo; a través de estas unidades las personas desarrollan sus talentos, lo cual les permite ganar entendimiento y lograr el crecimiento

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

2.5 FAMILIA Y SALUD EN COLOMBIA

“En la familia se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. Bajo su influencia se aprenden los

comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte.”¹²⁵ Deben tener en cuenta también, dos conceptos claves como son la “salud familiar “la cual se refiere a un estado comparativo de salud de los individuos dentro de la familia y que “salud de la familia “se refiere a descripciones evaluativas o funciones y estructuras de la familia como un foco dual en ambas, salud y miembros individuales y salud de la familia como un todo¹²⁶.

En Colombia las disposiciones en el marco de las políticas de salud pública exigen modelos de atención, tales como: salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria con el objeto de garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. La Ley 1438, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.¹²⁷ Dichas acciones con el individuo, familia y comunidad requieren cada vez más programas oportunos y eficaces, acordes con los principios y políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque integral. Se hace necesario incrementar los esfuerzos conjuntos de la sociedad, para disminuir el peso de la muerte en el periodo neonatal y la mortalidad infantil que está estrechamente relacionada con diferentes variables, como el acceso de la comunidad a agua potable y saneamiento básico, las condiciones de nutrición de la mujer y los niños, las prácticas de higiene y alimentación, el nivel educativo de las madres y el acceso a los servicios sociales básicos, incluyendo servicios de salud y vacunación.

Para ello es necesario, realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia y la implementación de la atención primaria en salud la que debe tener en cuenta entre otros los siguientes elementos¹²⁸:

El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios:

¹²⁵ LOURO, Op.cit., p. 48-51.

¹²⁶ PARDO, M Torres. Familia y cuidado. En: Dimensiones del cuidado. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.1998. p. 127.

¹²⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud . Bogotá, enero del 2011.

¹²⁸ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438. Op., cit., artículo 13.

Universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud. Cultura del autocuidado. Orientación individual, familiar y comunitaria. Atención integral, integrada y continua. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad. Participación activa de la comunidad y Enfoque territorial.

En otros términos, la Ley 1438, tiene componentes que permiten realizar la salud familiar a través de los equipos básicos de salud, promoviendo el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a escala nacional, Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia. Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo con sus necesidades y las políticas y reglamentación de dichos servicios. Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al establecer que una persona no está afiliada al sistema se inicie el trámite de incorporación para que pueda acceder a los servicios de protección social.

Para ello, es importante que los profesionales de la salud conozcan que la familia en Colombia ha sufrido cambios desde todos los niveles, los procesos de modernización y sus transformaciones han producido cambios en las características generales de la familia. Las investigaciones muestran que las transformaciones económicas, jurídicas, religiosas, ocurridas en los años noventa, así como los cambios geopolíticos y la economía mundial, han producido modificaciones estructurales y funcionales en la familia colombiana como institución y como grupo social, con repercusiones sobre los valores y conductas familiares (Echeverri A.1994; p.105).

Las últimas Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de los años 2005 y 2010 muestran un incremento de la jefatura de la mujer en el hogar, pasando en Colombia de 30,3 a 34,0 y en la región central de 31,2 a 37 por ciento, según las encuestas se han encontrado diferencias significativas entre el sexo en la jefatura del hogar y el nivel de pobreza, siendo las familias con jefaturas femeninas, las más desfavorecidas, hecho derivado de la inequidad de género. La distribución por grupos de edad muestra disminución en la población menor de cinco años, en el 2005¹²⁹, correspondió al 9,7 por ciento y en el 2010, al 8,8 por ciento de la población total. Una explicación importante se encuentra en la disminución de la tasa total de fecundidad que pasó de 2,4 hijos por mujer en el 2005 a 2,1 hijos por mujer en el 2010; de igual manera, la tasa de natalidad pasó de 20 a 18 por mil nacidos vivos en los mismos años¹³⁰.

¹²⁹ PROFAMILIA. ENDS 2005. p.37- 96.

¹³⁰ Ibid., p.35- 102.

En la búsqueda del cumplimiento de la meta del milenio de reducir el hambre y la pobreza, Colombia ha efectuado valiosos esfuerzos. Sin embargo, hoy se encuentra dentro de los países con pobre desempeño en el logro de este objetivo, ya que la crisis económica de los años noventa revirtió el progreso alcanzado entre 1978 y 1998 (una reducción de la proporción de colombianos en situación de extrema pobreza de 45% a 17.9% y en situación de pobreza de 59.1% a 51.5%)¹³¹. Al tratar de restablecer las condiciones de estabilidad económica para crecer y retomar el camino hacia la reducción de la pobreza y la indigencia, se pasa de 23 por ciento de colombianos que en el 2000 estaban por debajo de la línea de indigencia a 16 por ciento en 2003. Colombia perdió como resultado de la crisis económica en tres años lo que había logrado en veinte. Según CEPAL (2002 y 2003), los resultados anteriores revelan que Colombia presenta un avance de - 77 por ciento (1990-2002) en la reducción de la pobreza¹³².

De esta manera, la situación de la familia en Colombia es el resultado de los cambios que se han producido: por un lado en su estructura, en sus formas de constitución y en sus formas de organización, y por el otro, en las características de la política social y de la diversidad social, cultural y étnica del país¹³³.

Por lo tanto, para ayudar a una familia a ser saludable no basta con abordar los problemas de salud de sus miembros individuales, es necesario ayudar al grupo familiar a promover el autocuidado, y como un todo a cumplir adecuadamente las funciones fundamentales de la familia y a construir un entorno que favorezca el desarrollo humano de todos ellos, el cual les permita crecer y desarrollarse respetando su dignidad y de acuerdo a sus expectativas y necesidades.¹³⁴ Su condición de salud depende de una adaptación exitosa a los desafíos cambiantes de la vida familiar y al desarrollo de sus miembros, propios del ciclo vital familiar.

Para Amaya (1987) "Salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad"¹³⁵. Desde el concepto de Walsh, citado por Amaya¹³⁶, con cuatro perspectivas; se considera la salud

¹³¹ PROFAMILIA. ENDS 2005. Op. cit., p.22.

¹³² COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA-DANE Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Documento Metodológico y Resultados. Santafé de Bogotá. 1998.

¹³³ ZAMUDIO C, Lucero y RUBIANO B, Norma. Las familias de hoy en Colombia. Bogotá. Formato Comunicación Diseño. 1994. p. 73.

¹³⁴ SUÁREZ, B Miguel; ESTRELLA, S. Eva. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. En: RAMPA-Revista de atención integral de salud y medicina familiar para la atención primaria. Perú, Vol. 1, No 1, 2006.p. 41.

¹³⁵ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Salud Familiar y Enfermería. Memorias del 1º Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá. Octubre 1,2 y 3 de 1987. p. 484.

¹³⁶ AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar ISF: GEN-21. Op. cit. p.19.

familiar como el funcionamiento familiar asintomático, en ausencia de síntomas, disfunción o psicopatología en los miembros individuales; el funcionamiento familiar óptimo, según una teoría o paradigma; el funcionamiento familiar promedio determinado por una familia que se encuentra dentro del rango de lo usual o prevalente y los procesos familiares transaccionales basados en la integración, mantenimiento y el crecimiento del sistema familiar que satisface las demandas internas y externas de la sociedad y de la época.

De esta manera la salud familiar hay que verla en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad)¹³⁷. La Ley 1438 hace posible que en Colombia se trabaje por la salud familiar, es necesario esperar la reglamentación de la misma, pero un estudio como el actual va a permitir que los resultados permitan abordar la familia desde diferentes perspectivas para su intervención.

2.6 RIESGOS Y GRADO DE SALUD EN FAMILIA CON PREESCOLARES

En la revisión de literatura sobre riesgos y grado de salud de familias con preescolares en Colombia, se encontró un estudio realizado en Pamplona¹³⁸ y dos estudios de familias con escolares^{139, 140} (Tabla 1).

Los resultados muestran que en la familia con preescolares¹⁴¹, predominan las familias tipo 1 (nuclear, nuclear modificada, 59%), las enfermedades de carácter familiar que se presentan son: asma, hipertensión, IAM, enfermedad renal, enfermedades infecciosas y las relacionadas con el estilo de vida, hábitos y costumbres de comunidades desarrolladas tales como las Cardiovasculares (Hipertensión). Las enfermedades predominantes como el asma, están relacionadas con las de mayor prevalencia en la infancia, como la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.

¹³⁷ GONZÁLEZ, B Idarmis. Reflexiones acerca de la salud familiar. En: Revista Cubana Medicina General. La Habana Cuba, Vol. 16, No. 5, 2000.p. 508.

¹³⁸ URIBE M, Angélica. Riesgo familiar total y grado de salud familiar de las familias con niños menores de cinco años que asisten al programa ampliado de inmunizaciones en IPS públicas y privadas del municipio de Pamplona en los primeros siete meses del año 2004. Tesis de Maestría en Enfermería.

¹³⁹ PIZA F, Patricia. Caracterización del riesgo familiar total y el grado de salud de las familias con escolares de la institución educativa Atanasio Girardot, sede Rafael Pombo, municipio Girardot, Cundinamarca 2006. . Tesis de Maestría en Enfermería.

¹⁴⁰ ENRÍQUEZ G, Carolina. 2007. Op. cit. p. 47

¹⁴¹ URIBE M, Angélica. Op. Cit., p.125-26

Estas familias presentan alto riesgo familiar (47%), relacionado especialmente con la categoría de medio ambiente en sus cinco subcategorías: prácticas de salud 3.12; ambiente físico de la vivienda y vecindario 2.46; Ambiente socio-económico 1.93, ambiente psico-afectivo familiar 1.23, estilo de vida de la familia 0.36. Lo que señala como riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa. Además las familias, se perciben poco saludables (58%) y satisfechas (76%). Estos resultados, sugieren una reingeniería organizacional de los servicios de salud acordes a los planteamientos de la Ley 1438 de 2011, especialmente dirigidas a las familias con niños, como una estrategia para contribuir al logro de los objetivos del milenio, teniendo en cuenta las tareas de desarrollo de la familia, y en especial en etapa III del Ciclo Vital Familiar, que busquen satisfacer las necesidades de los miembros de la familia y las características propias de esta etapa, descritas por Duvall, cuando el niño va adquiriendo dominio de su cuerpo y logra controlar esfínteres, explora y reconoce su medio ambiente y empieza a desarrollar autonomía e iniciativa. Los padres son los encargados del trabajo de socialización y enseñarlo a controlar sus impulsos y la satisfacción de sus necesidades. Las tareas de desarrollo de esta familia están enfocadas a satisfacer las necesidades de los miembros de la familia, para la adecuación del hogar, espacio, privacidad y seguridad; la socialización del niño, la integración de nuevos niños mientras aún se satisfacen las necesidades de otros niños; el mantenimiento de relaciones saludables dentro de la familia (maritales y padres e hijos) y el exterior de la familia (familia extendida y la comunidad)

Tabla 1. Distribución porcentual de familias con preescolares y escolares según tipo de familia, riesgo familiar y grado de salud familiar en tres estudios

Caracterización de las familias por riesgo familiar/tipo de familia/grado de salud y satisfacción	Estudio 1¹⁴² Familia con preescolares (n = 100)	Estudio 2¹⁴³ Familia con Escolares (n =216)	Estudio 3¹⁴⁴ Familia con Escolares (n =186)
Tipo de familia			
Familias Tipo 1: nuclear, nuclear modificada.	59	66	65
Familias tipo 2: Extensa, extensa modificada y atípicas	41	34	35
Grado de salud			
Riesgo familiar alto	47	0.7	9
Riesgo familiar medio	38	8.6	31
Riesgo familiar bajo	15	90.7	60
Muy saludable	19	94	61

¹⁴² URIBE M, Angélica. 2004. Op.cit.p.59

¹⁴³ PIZA F, Patricia. 2006. Op.cit.p. 59

¹⁴⁴ ENRÍQUEZ G, Carolina. 2007. Op. cit. p. 47

Tabla 1. Distribución porcentual de familias con preescolares y escolares según tipo de familia, riesgo familiar y grado de salud familiar en tres estudios (Continuación)

Caracterización de las familias por riesgo familiar/tipo de familia/grado de salud y satisfacción	Estudio 1 ¹⁴⁵ Familia con preescolares (n = 100)	Estudio 2 ¹⁴⁶ Familia con Escolares (n =216)	Estudio 3 ¹⁴⁷ Familia con Escolares (n =186)
Saludable	23	4	20
Poco saludable	58	2	19
Grado de satisfacción			
Altamente satisfecha	25	57	64
Satisfecha	51	40	35
Poco satisfecha	24	3	1

Fuente: Investigaciones sobre Caracterización de las familias con preescolares y escolares. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Programa de Maestría en Enfermería

Para la familia con hijo preescolar, el cuidado a la familia se debe orientar desde la prevención, la promoción o asesoramiento anticipado con: Programas de prevención de accidentes, control de niño sano, vacunación; el asesoramiento familiar anticipado debe estar focalizado: en la adaptación de la familia al medio escolar, a un análisis de la relación de pareja, una revisión de las tareas familiares para replantear su distribución; y la identificación de fortalezas familiares, para contar con estos recursos, los cuales ayudan a las familias a entender su crecimiento individual y familiar de la etapa.

De manera general se puede decir que la edad de preescolar se establece a partir de los dos años hasta los cinco años. En esta etapa se fomentan y regulan mecanismos fisiológicos que influirán en aspectos físicos, psicológicos y sociales, se adquieren aspectos afectivos y cognitivos que darán un progreso apropiado para su desarrollo. Se evidencia la relación talla niños/ padre en los preescolares, se establecen funciones reguladoras en cuanto a su crecimiento dadas por factores genéticos, neurohormonales y locales, el ambiente, llega a afectar la velocidad de crecimiento y su resultado final, las enfermedades, y las perturbaciones psicológicas, cuya influencia puede ser directa e indirecta. Se da un desarrollo neuro-psicomotor (conoce su nombre completo, compara pesos y líneas desiguales, diferencia formas, responde al hambre, sueño, frío, diferencia la anatomía de su cuerpo, entre otras actividades), se desarrolla la actividad motora gruesa y fina (sube y baja escaleras alternando los pies, usa tijeras, maneja los cubiertos, etc.). Se establece relación con sus allegados desempeñando roles, permitiendo el

¹⁴⁵ URIBE M, Angélica. 2004. Op.cit.p.59

¹⁴⁶ PIZA F, Patricia. 2006. Op.cit.p. 59

¹⁴⁷ ENRÍQUEZ G, Carolina. 2007. Op. cit. p. 47

desarrollo de la capacidad que lo prepara para la siguiente etapa (exploran su cuerpo manifiestan valores e independencia). (Echeverry López, I semestre 2002)¹⁴⁸.

Por lo anterior, es necesario un conocimiento para acordar criterios de educación donde los educadores impartan decisiones conforme a la socialización de valores, cuidado, protección, y estimulación de todas las capacidades del preescolar. En este escenario se considera fundamental la participación de la familia y la escuela en la educación de los preescolares, dado que marca al individuo para toda la vida dándole una estructura mental y afectiva que condiciona su futuro desarrollo humano y cultural. La función educativa en la familia puede ser problemática pues no se da una preparación específica en este sentido. La familia transmite valores, actitudes cívicas, y políticas a pesar del cambio a través de la historia y los tiempos; además es un escuela de auto-perfeccionamiento, dado que todos los miembros aprenden de todos cada día; se convierte en un control social eficaz; permitiendo así adaptarse a normas básicas de comportamiento y a los máximos niveles de dignidad humana por lo tanto exige realismo y sentido común.

Así mismo, identificar que el reconocimiento de la aparición del síntoma o enfermedad en un miembro familiar puede alterar la organización de la familia pero también, tal como lo afirma Fernández, M. (2004)¹⁴⁹ el funcionamiento familiar influye en la aparición o no de enfermedades, como la descompensación de las mismas enfermedades, enfermedades psiquiátricas, y en conductas que finalmente ponen en riesgo la familia. Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; la evolución de la enfermedad, afecta directamente cada una de las esferas (afectiva, física, económica y social de la familia), produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.

Para mejorar la salud de los niños, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), formularon la *Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*¹⁵⁰ es como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de

¹⁴⁸ ECHEVERRY LÓPEZ, María E. La situación de la salud en Colombia. Op cit., 2002. p.350.

¹⁴⁹ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 47 No.6 (nov.-dic. 2004). pp.252-253.

¹⁵⁰ OMS, UNICEF. Sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia AIEPI. Consultada el 24/10/10 en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>

cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, y de esta forma contribuye a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez. La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad. AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos los padres.

En consecuencia, encontramos que hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico de las familias con preescolares enfermos. Por tanto, la enfermedad de acuerdo a lo planteado por Fernández M.¹⁵¹ trae efectos adversos para la salud no sólo de la persona que la padece sino del núcleo familiar en conjunto y se puede convertir en un factor de riesgo para la familia. La presencia de enfermedad a nivel individual y grupal es un dato importante para detectar el riesgo familiar total¹⁵² y el grado de salud familiar.

¹⁵¹ FERNÁNDEZ ORTEGA, Op.cit., p. 252-253.

¹⁵² LEYVA MORALES Luz Amparo. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria "clínica San Pedro Claver", Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, Bogotá 2007-2008.p.48.

3. MARCO DE DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo del diseño metodológico incluye los siguientes aspectos: tipo de estudio, universo, población, criterios de inclusión, criterios de exclusión, muestra, escenario del estudio, aspectos éticos y legales, descripción del instrumento, recolección de datos, procedimientos y aproximación al análisis de los resultados.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo. Es un estudio descriptivo porque a través de los datos obtenidos mediante la información suministrada por las familias seleccionadas, se describen los datos arrojados por los instrumentos, los cuales permiten interpretar y analizar una situación de un grupo poblacional que se encuentra en evidente vulnerabilidad con respecto a otros¹⁵³. El diseño cuantitativo implica hacer una recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos Riesgo Familiar: RFT 5-33, e Instrumento de Salud Familiar General ISF-GEN 21, lo cual permite clasificar y analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos.

3.2 UNIVERSO

Está compuesto por todas las familias con preescolares enfermos, consultantes en los diferentes Centros de Salud del municipio de Pereira Risaralda.

¹⁵³ HUNGLER, B. y POLIT, D. Investigación científica en ciencias de la salud. 5 ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.

3.3 POBLACIÓN

Corresponde a todas las familias con preescolares enfermos atendidas en el Centro de Salud de Villasantana del Municipio de Pereira Risaralda, que cumplan con los criterios de inclusión.

3.4 MUESTRA

Conformada por 50 familias con preescolares enfermos, que son atendidas en el Centro de Salud de Villasantana del municipio de Pereira Risaralda, entre abril y mayo de 2011, que cumplan con los criterios de inclusión.

Sobre el comportamiento estadístico de los instrumentos de Salud Familiar ISF: GEN 21 y el Instrumento de Riesgo Familiar Total: RTF.33, como componentes de la salud familiar, se apoyó el establecimiento de los requisitos de precisión propios para la determinación del tamaño de la muestra definitivo. La muestra piloto conformada por 50 familias de niños preescolares que consultaron por enfermedades prevalentes de la infancia, elegidas de manera aleatoria en el Centro de Salud de Villa Santana de la ciudad de Pereira fue prevista y llevada a cabo con el fin de obtener información preliminar, a manera de preámbulo, para llevar a cabo el cálculo de varios tamaños de muestra acordes con niveles elegibles de error máximo admisible y de confianza.

La estimación de la desviación estándar en la muestra piloto tanto para la escala del grado de organización familiar como para el grado de satisfacción familiar, como medida de variabilidad de ellas, fue de 5,02081 y 4,1605 respectivamente. Para efecto de contar con una muestra con la mayor holgura posible, se admitió la desviación numéricamente mayor es decir 5,02081 y se asumió una población infinita.

Con estas consideraciones, el tamaño de la muestra aleatoria simple para este trabajo, se calculó mediante la expresión usual para estimar promedios, puesto que dentro de la descripción de los resultados estos serán un medio para ella. La expresión algebraica para dicho cálculo es:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \hat{\sigma}^2}{e^2}$$

Donde $100(1-\alpha)$ % corresponde al nivel de confianza, expresado porcentualmente; $z_{1-\alpha/2}$ el percentil correspondiente, de una distribución normal estándar; $\hat{\sigma}$ la estimación de la desviación estándar en la muestra piloto y e error máximo admisible en la estimación del promedio de la dimensión.

Distintas combinaciones de los elementos de precisión de la muestra producen los tamaños que se compilan en la siguiente tabla:

Tabla 2 Nivel de confianza y error máximo admisible de la muestra

		ERROR MÁXIMO ADMISIBLE	
		2	1,5
CONFIANZA	90	18	31
	95	25	44
	99	42	75

Fuente: cálculos obtenidos a partir de la muestra piloto, según instrumentos ISF GEN 21. Pereira 2011

Atendiendo a la viabilidad de identificación y entrevista de la familia con hijos preescolares consultantes por enfermedades prevalentes de la infancia, se optó por una muestra aleatoria simple de tamaño 44 correspondiente a un error máximo admisible de 1,5 y una confianza de 95 por ciento. Dado que la muestra piloto fue constituida por 50 familias, tamaño mayor que el sugerido por los cálculos, el tamaño definitivo para el trabajo se establece en 50 familias, con lo cual la muestra piloto se constituye en la muestra definitiva.

3.5 MEDIDAS PARA DISMINUIR LOS SEGOS

Entrenamiento de la investigadora por parte de la autora de los instrumentos para el diligenciamiento de éstos.

Se conto con espacio cómodo, privado y tranquilo para la entrevista

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familias con preescolares enfermos por enfermedades prevalentes de la infancia: Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas, Maltrato, Dengue, Malaria, Accidentes caseros y Desnutrición, de estrato socio-económico 1, 2, 3, atendidos en el Centro de Salud de Villasantana del municipio de Pereira Risaralda.
- Disposición de los padres o cuidadores para informar voluntariamente en el estudio acerca de su familia.
- El informante debe ser un adulto, con capacidad mental para responder en una entrevista los “instrumentos”, la persona adulta que se presente como padre, madre, familiar o acudiente del niño, y que haya vivido más de un año en la familia y que tenga conocimiento de ésta

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familias con niños sanos atendidos en el Centro de Salud de Villasantana del municipio de Pereira, Risaralda.
- Familias con hijos preescolares que consultaron por otras patologías no contempladas en la estrategia AIEPI, atendidos en el Centro de Salud de Villasantana del municipio de Pereira, Risaralda.
- Familias con informante adulto que no se considera de la familia, ni es cuidador del niño preescolar.
- Familias con informante adulto que tenga menos de un año de permanencia en la familia.
- Adultos con discapacidad para la comunicación fluida: sordera, dificultad para hablar.
- Informantes que desistan de brindar información una vez se haya iniciado el diligenciamiento de los instrumentos.

3.8 ESCENARIO DEL ESTUDIO

El presente estudio se lleva a cabo en el municipio de Pereira, comuna Villasantana zona marginada, ubicada al noroccidente de la ciudad de Pereira, con topografía irregular por las grandes pendientes formadas por micro cuencas de caños y quebradas (“El Calvario”, “Vera cruz”, “La Mina” y “El Chocho”) que presenta serios desequilibrios económicos y sociales; surge como producto de una invasión territorial en 1978 de personas pobres del municipio y de algunos de los cientos de desplazados por la violencia armada de la época¹⁵⁴.

Actualmente, Villasantana está constituida por 15 barrios pertenecientes a los estratos uno y dos: El Remanso, Tokio, Las Brisas, El Danubio, Intermedio, Las Margaritas, Bella Vista El Otoño, La Isla, Ciudadela Comfamiliar, Monserrate, San Vicente, Vera Cruz, Canceles y Nuevo Plan, tiene una población aproximada de 25.000 habitantes; además cuenta con varias iglesias no católicas y “una católica y quien financia el periódico “Villa Santana positiva”; una estación de Policía y una casa de justicia”¹⁵⁵, una comisaría de familia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar hace presencia con hogares comunitarios tradicionales (presta el servicio público a los niños y niñas menores de 6

¹⁵⁴ ARANA SÁNCHEZ, Maritze. Proyecto pedagógico mediatizado para el fortalecimiento del canal comunicativo entre la casa de justicia y la comuna de Villa Santana de la ciudad de Pereira. 2011. Universidad Tecnológica de Pereira.

¹⁵⁵ *Ibíd.*, p. 12.

años) y FAMI (atención a las familias en desarrollo con niños y niñas desde su gestación hasta los dos años), un Jardín Social: servicio de atención integral a la primera infancia espacios físicos especialmente diseñados para prestar el servicio con el fin de promover su desarrollo y propiciar su participación como sujetos de derechos.

También hace presencia con desayunos tanto para niños y niñas escolarizados como ancianos y niños y niñas des escolarizados, infortunadamente no llega a la totalidad de la población ya que no hay cupos suficientes, otra falencia del programa es que funciona entre el lunes y el viernes, lo que deja sin alimento a esta población vulnerable.

La población aproximada es de 20.340 habitantes, según datos de planeación municipal la tasa de crecimiento entre el año 1988 y el año 2000, ha sido del 43 por ciento, producto de la reubicación de otros barrios, generando problemas sociales como inseguridad, ilegalidad de predios, viviendas pobres sin servicios (agua, alcantarillado y energía)¹⁵⁶, producto de éstos es necesario el mejoramiento en las viviendas y la dotación de servicios públicos. Se encuentra un mayor porcentaje de personas entre los 25 y los 40 años, desempleadas y sin estudios, los menores de 5 años representan 43.6 por ciento de la población total, los menores de 13 años dependen del jefe del hogar. El desempleo es muy alto, en promedio es de 47.99 por ciento, la situación es crítica ya que la mitad de estos desempleados nunca han trabajado y el 24 por ciento hace más de 6 meses que están desocupados¹⁵⁷. La población ocupada, se clasifica entre obreros y empleados, en oficios que no necesitan de grandes conocimientos, herramientas sofisticadas o una cultura elevada, clasificándose en mano de obra no calificada. Los ingresos familiares se encuentran por debajo del salario mínimo legal mensual vigente y son destinados principalmente a alimentación, y transporte, los requerimientos de salud, educación, recreación y cultura no se satisfacen. Hecho que evidencia la pobreza en la que vive esta comuna.

Según la Secretaría de Educación Municipal¹⁵⁸ en la comuna existen siete instituciones educativas (Jaime Salazar Robledo, Villa Santana Sede Las Margaritas, Compartir Las Brisas, Manos Unidas Sede los Tanques y Tokio, inaugurado en el año 2010 como respuesta a la necesidad demostrada por el alto grado de analfabetismo en mayores de 13 años, que correspondía al 10,4%.y con capacidad para más de 1.500 alumnos, en promedio se atiende una población de 5.720 estudiantes. También cuenta con programa Sabatino dirigido a adultos.

¹⁵⁶ ALCALDÍA DE PEREIRA. Plan de Desarrollo municipal de Pereira, año 2010.

¹⁵⁷ DANE. Censo General perfil comuna Villa Santana – Pereira. 2005 Boletín disponible en http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/risaralda/comuna_villa_santana_pereira.pdf. Consultado el 10 de marzo de 2011.Comuna Villa Santana – Pereira

¹⁵⁸ ALCALDÍA DE PEREIRA. Secretaría de Educación 2010. Disponible en http://www.pereiraeduca.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=566:inversiones-en-educacion-en-la-comuna-villa-santana&catid=27:sistemas&Itemid=16. Consultado el 10 de octubre de 2010.

Otro problema que predomina en el sector es el alto índice de violencia intrafamiliar y con ello otras dificultades que inciden en la convivencia de la familia y el barrio, como es el consumo y distribución de alucinógenos, conflictos entre vecinos, presencia de grupos al margen de la ley, desempleo y prostitución, situaciones que se enfrentan a otra gran preocupación por parte de la comunidad: la inadecuada utilización del tiempo libre de los jóvenes¹⁵⁹

En cuanto a salud, la zona cuenta con una Unidad Intermedia, encargada de atender urgencias, hospitalización y consulta externa, y un centro de salud de primer nivel de complejidad, escenario del presente estudio y donde se desarrolló la recolección de datos, el Centro de Salud de Villasantana presta servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad, cuya función es fomentar el bienestar social de la población del municipio y el desarrollo socioeconómico de la región; mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica general institucional y rural de recuperación y rehabilitación de la enfermedad; dirigido a la población afiliada a los diversos regímenes de salud (subsidiado, contributivo y pobres no afiliados)¹⁶⁰, ambos pertenecientes a la red de prestación de servicios de la Empresa Social del Estado ESE Salud Pereira, y que tiene consolidada una red de prestación de servicios que se encuentra distribuida de manera georeferenciada en tres nodos principales de atención como son las Unidades Intermedias de Cuba, Kennedy y Centro, las cuales cubren las necesidades en salud de la población urbana y rural en los sectores Suroccidental, Nororiental y Centro de la ciudad respectivamente.

Se observan grandes dificultades en la atención derivadas del exceso de demanda de los servicios y la permanencia de los profesionales y técnicos que allí laboran. La capacidad instalada es insuficiente para atender toda el área de influencia. La atención en consulta externa se brinda de lunes a viernes entre las 7:00 de la mañana y las 4:00 de la tarde, diariamente se ofrecen citas programadas que se asignan telefónicamente; además cuenta con consultas prioritarias, necesarias especialmente en preescolares con episodios de Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda y bajo peso para la edad. La oportunidad en la consulta se encuentra entre 3 y 4 días¹⁶¹. El Centro de Salud, actualmente se encuentra en proceso de implementación de la estrategia AIEPI.

La situación de Villasantana se contempla en los planes de desarrollo municipal y ha sido objeto de múltiples intervenciones estatales y académicas. Sin embargo, hasta el momento no se ha medido el Riesgo Familiar Total (RFT) de las familias de la comuna; esta información es fundamental para realizar la planeación y el seguimiento de las intervenciones.

¹⁵⁹ ARANA SÁNCHEZ, Maritze, Op cit., p. 13.

¹⁶⁰ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE Salud Pereira. Portafolio de servicios. Disponible en <http://saludpereira.gov.co/>, febrero 21 de 2011.

¹⁶¹ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE Salud Pereira. Estadísticas año 2010

3.8.1 Recolección de datos

Se desarrolló en el Centro de Salud Villasantana. Para la ejecución del presente estudio se tiene en cuenta:

- Aplicación de la prueba piloto a un grupo de familias con preescolares enfermos que cumplieran los criterios de inclusión.
- La autorización de la Empresa Social del Estado ESE Salud Pereira para el acceso a la institución y la aplicación de los instrumentos a los padres y cuidadores que asistieran solicitando consulta médica.
- La autorización por cada uno de los participantes para la muestra del estudio.
- Aprobación de la autora de los instrumentos para hacer uso de ellos, el RFT: 5-33 y el ISF: GEN-21
- El entrenamiento para el diligenciamiento de los instrumentos y sus curvas de calificación por parte de la autora de los instrumentos en tres sesiones de capacitación, y validación cultural de los aspectos contemplados en éste.
- La aplicación del instrumento al informante que designe la familia se debe hacer en una sala de consulta externa del Centro de Salud de Villasantana, que ofrece privacidad y está libre de interferencias.
- Se utilizaron los instrumentos de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33, y el ISF: GEN-21.

3.8.2 Muestra piloto

La prueba piloto fue aplicada a un grupo de 50 familias con preescolares enfermos en el Centro de Salud de Villasantana, del municipio de Pereira, Risaralda, que cumplieron con los criterios de inclusión, después de la firma del consentimiento informado. Se empleó el tiempo necesario para permitir la familiarización del instrumento, adquirir habilidad para el desarrollo de las preguntas y asegurar una mayor comprensión de las mismas.

Con la realización de la muestra piloto se probó el tiempo promedio para evaluar cada familia, la forma correcta de hacer las preguntas y ajustar la estrategia para que los participantes se desplazaran hasta el hospital. El tiempo aproximado de duración para la aplicación de los instrumentos fue de 60 minutos para familias extensas y 40 minutos para familias nucleares en promedio con cada informante de la familia, logrando como objetivo precisión en la manera de formular las preguntas y la forma de consignarla en los instrumentos.

3.9 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se utilizaron los instrumentos de Riesgo Familiar Total: RFT 5-33 (1992-1998) y de Salud Familiar: ISF-GEN. 21 (1998) de la doctora Pilar Amaya de Peña, quien autorizó su utilización en la presente investigación (Anexo 1). A continuación se describen los instrumentos de acuerdo con el Manual, elaborado por la doctora Pilar Amaya:

3.9.1 El instrumento RFT: 5-33.

Fue validado en población colombiana de estratos socioeconómicos bajos, con una aplicación a 2.364 familias distribuidas en 17 departamentos y 76 municipios del país¹⁶². El instrumento RFT:5-33, cuenta con un nivel de confiabilidad aceptable, estimada mediante el coeficiente de consistencia Kuder-Richardson #20, tiene una consistencia 6 entre .y .76 indicando que son factores homogéneos y altamente consistentes. El rango de correlaciones ítem-prueba, se encuentra entre .27 y .87. El factor más consistente es el de condiciones psicoafectivas, mientras que el menos homogéneo es el de manejo de menores. Por otro lado, el índice de consistencia para la prueba total es de .86, señalando que la escala también es altamente homogénea, a pesar de estar subdividida en diferentes factores (Tabla 2).

Si bien el instrumento RFT: 5-33 está compuesto de diferentes factores aislados mediante análisis factorial, estos no son independientes. Mediante la correlación de los puntajes brutos de las cinco escalas se encontró una serie de relaciones entre los factores componentes del cuestionario, el rango de correlaciones se encuentra entre .24 y .52 entre factores y entre .61 y .80 entre los factores y el total, con un nivel de significancia menor a .01. La correlación más alta se presenta entre los factores situación socioeconómica y servicios y prácticas de salud, y esta relación es coherente desde el punto de vista práctico y teórico; por su parte , la correlación más baja se da entre los factores condiciones psicoafectivas y condiciones de vivienda y vecindario.

Tabla 3. Instrumento RFT: 5-33 y sus sub-escalas. Consistencia interna y correlación ítem-prueba¹⁶³.

Subescala	KR 20	Número de ítems
Total	.86	33
Condiciones psicoafectivas	.76	10
Servicios y prácticas de salud	.68	6
Condiciones de vivienda y vecindario	.70	5
Situación socioeconómica	.72	6
Manejo de menores	.60	6

¹⁶² AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33,2004, Op. cit.,p.39.

¹⁶³ Ibid., p. 39.

Para la construcción de las escalas de puntuaciones estandarizadas (PE), se estimaron primero la media y la desviación estándar de los puntajes directos totales del instrumento RFT: 5-33, así como los puntajes de los cinco factores aislados mediante los análisis factoriales. Luego, se estimó la puntuación Z correspondiente a cada uno de los puntajes brutos esperados, que para el total del instrumento RFT: 5-33 se encuentra entre 0 y 33 (33 ítems con puntajes de 0 ó 1). Así se obtuvo una escala de puntuaciones estandarizadas Z con media= 0 y desviación estándar =1. Ya que esta escala arroja valores negativos si un puntaje directo es inferior a la media, se construyó una escala de puntuaciones estandarizadas (PE), por medio de la transformación lineal de la escala de puntuaciones Z, en una escala media =60 y desviación estándar =10 ($PE=Z \times 10 + 60$) (Magnusson, 1969)¹⁶⁴

3.9.2 El instrumento de Salud Familiar General ISF-GEN 21.

El instrumento Salud Familiar General: ISF GEN-21 está compuesto por tres secciones. La primera describe algunos aspectos importantes para la identificación, tipificación y composición de la familia, aunque no tiene peso alguno sobre el total del instrumento. La segunda contiene el libreto de la aplicación para ser leído por el entrevistador al participante. La tercera parte está compuesta por 21 ítems que puntúan en dos escalas de tipo Likert, una para el componente de organización familiar y otra para la satisfacción familiar¹⁶⁵. Amaya presenta así la descripción del instrumento:

Identificación de la familia: En la primera parte del instrumento se recolectan datos de identificación de la familia evaluada y de la persona que brinda la información para el diligenciamiento del instrumento. Se solicitan datos acerca del nombre de la familia, y la presencia o no de gestantes. También se incluye la localización de la familia, el tipo de familia. Además recoge datos del número de miembros que componen la familia y datos del informante.

3.9.2.1 Escalas de organización familiar y Satisfacción familiar. Esta sección consta de 21 ítems para ser respondidos en dos escalas tipo Liker, una destinada a la organización de la familia, es decir cómo se representa la familia en lo cotidiano (columna *su familia es así*), y otra destinada a medir la satisfacción familiar, o qué tanto le gusta al individuo lo que describió acerca de la familia (columna *le gusta que su familia sea así*). Estas escalas se puntúan con valores de 4, 3, 2, 1, según los criterios de aplicación y calificación. Los ítems están agrupados en cuatro factores, así:

Factor 1: Cohesión (9 ítems).

Factor 2: Cambio (8 ítems).

Factor 3: Individuación (2 ítems)

Factor 4. Mantenimiento (2 ítems).

¹⁶⁴ AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33,2004, Op. cit., p. 39.

¹⁶⁵ AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar: familias en general, 2004, Op. cit., p.30

La confiabilidad del ISF GEN 21: se estimaron índices de consistencia interna para las escalas del instrumento (Organización y Satisfacción Familiar) así:

Los coeficientes Alfa de Cronbach, tanto para la escala de Organización Familiar (.86), como para la escala de Satisfacción Familiar (.92) fueron altos, dando razón de una elevada homogeneidad y de una buena consistencia interna de cada una de las escalas. Los coeficientes Alfa de los factores oscilaron entre .43 y .81 en la escala de Organización Familiar y entre .53 y .87 en la escala de Satisfacción. La validez de la prueba se realizó con validez de contenido por un panel de cinco expertos que evaluó la claridad, adecuación, relevancia y pertinencia.

Se realizó validez de constructo, en la escala de Organización Familiar, el primer factor recoge todos los ítems de cohesión y dos de mantenimiento; el factor 2 recoge los ítems de cambio y dos de individuación. El factor 3 incluye dos ítems de individuación y el factor 4, dos ítems de mantenimiento. Con lo anterior se puede afirmar que con la muestra normativa se validaron claramente los constructos propuestos por Friedemann (1995), de cohesión y cambio del sistema, y en menor medida los constructos de mantenimiento del sistema e individuación como factores presentes en el funcionamiento familiar.

Este instrumento ha sido sometido a varias pruebas psicométricas, a saber: Validez concurrente con el Apgar familiar y el ASF-E; Validez de contenido con índice de Martuzzi y el índice de validez de contenido igual o mayor a .80 en ambas medidas; confiabilidad (Alfa Cronbach de .90 para la escala de Organización y .91 para la escala de Satisfacción).

La validez concurrente en el estudio de Amaya de Peña (1998): se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes de las escalas de ISF: GEN y los puntajes en las pruebas APGAR Familiar y EEE-F (Evaluación de estrategias de efectividad familiar, Friedemann (1991) que son instrumentos para medir constructos relacionados con funcionamiento y efectividad familiar. Durante el estudio de estandarización del ISF:GEN 21 con las 2364 familias, se aplicaron además otras pruebas relacionadas: el instrumento de Salud Familiar en gestación ISF: GES17 y el instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33, lo que mostró correlación entre las escalas de los instrumentos ISF:GEN 21 e ISF:GES-17 en un rango entre .59 y .83, indicando que existe una relación muy estrecha entre los dos instrumentos, que sustenta una hipótesis: que estos instrumentos miden un constructo común, salud familiar, aunque cada tipo de familias tenga características diferentes.

Por otro lado las correlaciones entre el ISF: GEN 21 y el RFT: 5-33 son negativas y tienen valores similares, indicando que a mayor salud familiar, menor riesgo familiar. Eso se muestra coherencia con la teoría, ya que el RFT: 5-33 pretende medir el riesgo familiar, un constructo que va en dirección opuesta al de salud familiar.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, el presente estudio se clasifica en categoría A, que corresponde a una investigación de bajo riesgo, ya que no se efectúa ninguna intervención invasiva o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Para el desarrollo del proyecto “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda”, la investigadora tuvo presente la aplicación de los siguientes aspectos éticos y bioéticos:

Solicitud de autorización a la autora de los instrumentos Doctora Pilar Amaya ([Anexo 1 A](#))

Autorización de la doctora Pilar Amaya, para la utilización de los instrumentos RFT 5-33 (Riesgo Familiar Total) y ISF-GEN. 21 (Anexo 1B).

Permiso y autorización de la Institución ESE Salud Pereira, (Anexo 2A, 2B y 2C).

Respeto por la dignidad de los participantes en cuanto a ser considerados como seres humanos con derechos, acatando su libertad de decisión, para lo cual se tuvo en cuenta el consentimiento informado, teniendo presente el respeto por la dignidad humana, los principios de confidencialidad y autonomía (Anexos 3A, 3B y 3C).

Aval del comité de bioética de la Universidad Nacional de Colombia (Anexo 4)

3.10.1 Aplicación del principio de respeto a la dignidad humana

Las familias que participaron en la investigación lo hicieron por decisión libre, sin coacción alguna y firmaron el consentimiento, después de informarles claramente y de forma adecuada cuáles eran los objetivos, propósitos, métodos, riesgos y beneficios calculados como producto de esta investigación. La familia fue informada del derecho de participar o no en la investigación. Se respetó el derecho a retirarse en cualquier momento sin presentar razón alguna y sin que se tengan represalias que puedan perjudicarlo posteriormente.

Según el artículo 14 de la Resolución 8430 de 1993, se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autorizó su participación en la investigación, con pleno

conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Después de asegurarse de que el participante comprendiera la información, la investigadora presentó el formato de consentimiento informado para que lo firmara voluntariamente. Se permitió a la familia solicitar en cualquier momento de la investigación aclaración de dudas, se protegió el derecho a la integridad de cada una de las familias participantes, resguardando su identidad, a través de un código, para mantener la confidencialidad y se informó al participante que no se afectaría su integridad física, emocional o psicológica.

Se informó a los participantes que el proyecto de investigación no ofrecía pago o beneficio económico por parte del investigador. Las familias fueron elegidas o preseleccionadas de acuerdo al número de ellas que tengan hijos en edad preescolar y que consulten al Centro de Salud objeto de interés para la investigación.

3.10.2 Principio de no maleficencia

Se vigiló a las familias que participaron en el proyecto cuidadosamente a lo largo de la investigación

3.10.3 Principio de reciprocidad

Se socializaron los resultados obtenidos de la investigación en la institución de salud y con los participantes, en reconocimiento a la contribución y aporte que se logró para la ciencia y el cuidado de las familias con hijos preescolares. Se les informó que los resultados obtenidos se emplearán sólo para fines del estudio, garantizándoles a la vez que dicha información no va a ser utilizada en su contra o con fines perjudiciales para sí mismo. Los resultados ayudan a planear los cuidados de enfermería a los niños y niñas en edad preescolar y siempre se mantendrá el respeto a la confidencialidad y privacidad de las familias y los niños y niñas en edad preescolar, que participaron del estudio. No se presentaron datos de identificación.

3.10.4 Principio de justicia

Se garantizó a las familias participantes en la investigación, que los resultados orientarán el cuidado de enfermería para que estas tengan las mismas posibilidades en términos de beneficio. Se le garantizó a la familia un trato digno, independiente de las acciones que tome durante la investigación, o bien de las opiniones que tuvieron acerca del cuidado ofrecido por la enfermera. Se les informó a las familias que se cumplirán los compromisos adquiridos desde el inicio de la investigación hasta que finalice. Se les

aseguró a las familias que la información obtenida es la estrictamente necesaria y que por lo tanto no se utilizará para obtener información adicional.

En relación con el respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad, se le aseguró que la información obtenida no la pondrá nunca en evidencia ante otros, ésta no se compartirá con personas ajenas a la investigación, a menos que haya autorización expresa de su parte.

3.10.5 Principios éticos con quienes participan en la investigación

Una vez obtenidos, se socializaron los resultados de una forma clara, responsable y apropiada a las personas que contribuyeron en la realización del estudio, a la población que apoyó la generación del conocimiento respectivo, e igualmente a la institución implicada en el proceso.

3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados de la investigación no se pueden generalizar a todas las familias con preescolares enfermos. El alcance de los resultados del estudio se reduce a la institución en la cual se desarrolló el trabajo. Además solo considera la percepción de un miembro de la familia.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos obtenidos a partir de la información suministrada a través de las entrevistas a las 50 familias se reportarán según la siguiente distribución:

En primer lugar, se reportan algunas características generales de las familias entrevistadas como el tipo de familia, de vivienda, el rol del entrevistado, el número y tipo de enfermedades de carácter familiar, las instituciones de apoyo familiar y características de los miembros de las familias como su edad, género y su estado de salud (sano, enfermo o en riesgo) según la percepción de la persona entrevistada. En una segunda parte, se reportan los resultados del Riesgo Familiar Total (RFT 5-33), dedicándole un apartado a los resultados generales y otro a los resultados discriminados de acuerdo con las dimensiones del instrumento. En tercer lugar, se hace un reporte de los resultados obtenidos en las dos escalas del instrumento Grado de Salud Familiar General: ISF GEN-21 (Escala de Organización y Escala de Satisfacción) que miden el grado de salud familiar.

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

La información se obtuvo de la aplicación de los instrumentos RFT 5-33 y el ISF: GEN-21, a 50 familias con hijos preescolares enfermos, consultantes en un Centro de Salud del municipio de Pereira, Risaralda, conformadas por un total de 204 personas. Los instrumentos fueron contestados en su mayoría por las madres de familia (90%), seguidos por los padres (4%), tíos (4%) y abuelo (2%), que llevaron sus hijos enfermos para ser atendidos en el Centro de Salud, durante los meses de abril y mayo de 2011, familias residentes en la comuna Villasantana de Pereira. El 40 por ciento de estas familias se encuentran en situación de desplazamiento. La mayoría de las familias (98%) se perciben como mestizos o blancos, y 2 por ciento como afrocolombianas e indígenas respectivamente.

La ubicación geográfica del sector abarca la ladera nororiental de Pereira. La población es de estratos socioeconómicos I y II, altamente vulnerable por la pobreza y el desempleo; está expuesta a riesgos topográficos de deslizamientos y a riesgos ambientales por inadecuada disposición final de basuras.

4.1.1 Estructura familiar.

Se estableció con la descripción y análisis de la composición familiar, tipología familiar y rol de los integrantes.

4.1.1.1 Composición familiar. La distribución por edad reportada en la Tabla 4, muestra que cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (43%), y de estos, el 27 por ciento son menores de 5 años, y la mayoría presentan enfermedades prevalentes de la infancia (91%), como resultado del cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio. Lo que significa que esta población debe ser objeto prioritario de políticas especiales, como está establecido en la Ley 1438 del 2011,¹⁶⁶. Estos resultados son llamativos frente a los encontrados en la ENDS 2010, donde sólo el 29 por ciento de la población total es menor de 15 años y en Pereira donde el 24 por ciento corresponde a menores de 15 años, siendo 7,6 por ciento menores de cinco años y de éstos el 6.3 por ciento son niños y niñas entre los dos y cinco años, que requieren atención especial por parte de la sociedad y el estado; con el fin de brindarles mejores condiciones de seguridad y bienestar social¹⁶⁷.

Tabla 4. Distribución por edad y género

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0 a 1	0	0	0	0	0	0
2 a 5	16	29	39	71	55	27
6 a 12	11	46	13	54	24	12
13 a 18	3	33	6	67	9	4
19 a 30 años	23	43	30	57	53	26
31 a 49 años	21	42	29	58	50	25
50 a 59 años	1	20	4	80	5	2
60 ó más	4	50	4	50	8	4
Total	79	39	125	61	204	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011

En las 50 familias predomina la población femenina en todos los grupos etáreos, (61%), posiblemente por la feminización de la jefatura de los hogares¹⁶⁸, resultados cercanos en

¹⁶⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438, op. Cit., Título II Artículo 17.

¹⁶⁷ ALCALDÍA DE PEREIRA. Plan territorial de salud, 2008.p. 72

¹⁶⁸ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). 2010. p.34.

Pereira, donde la población femenina supera en un 5.6% a los hombres, tal vez producto de la violencia y procesos de migración que vive nuestro país. Se observa una marcada disminución en la proporción de adolescentes (4%), frente a los datos de población de adolescente en la ENDS 2010 con aproximadamente el 20 por ciento¹⁶⁹, explicado desde los criterios de inclusión del estudio de familias con preescolares y a la disminución de la tasa global de fecundidad y el control de la natalidad más marcadas en los últimos 20 años, de igual manera, un factor coadyuvante a la disminución de la población adolescente es la muerte por violencia y causas externas, más frecuente en población joven. Cabe anotar que en la comuna seleccionada la población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes está altamente expuesta al riesgo de violencia social por conductas infractoras y consumo de sustancias psicoactivas.

Frente al número de personas por familia, (Tabla 5), se observa predominio de las familias conformadas por 3, 4 y 5 personas (22, 41 y 25 por ciento respectivamente), con un promedio de 3,8 personas por familia, similar al reportado en Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 para Colombia y al reporte de número personas por familia, donde afirma: “el último quinquenio aumentaron los hogares con 1, 2, 3 y 4 personas, en tanto que disminuyeron los de 5 y más”.

Tabla 5. Distribución del número de miembros por familia.

Número de Miembros	Frecuencia	Porcentaje
3	15	22
4	21	41
5	10	25
6	3	9
7	1	3
Total familias	50	100,0
Promedio	3,84 personas por familia	

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

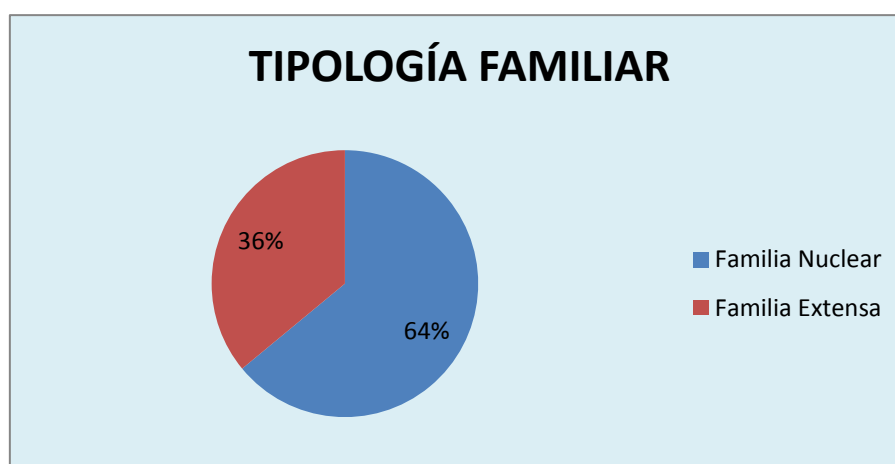
Frente al número de personas por familia, la tabla 2 muestra predominio de las familias conformadas por 4 y 3 personas (38 y 30 por ciento respectivamente), con un promedio de 3,8 personas por familia.

El promedio de integrantes por familia es similar a lo reportado para Colombia y Pereira en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010; donde, en “el último quinquenio aumentaron los hogares con 1, 2, 3 y 4 personas, en tanto que disminuyeron los de 5 y más”.

¹⁶⁹ Ibíd p.35.

4.1.1.2 Tipología familiar. La gráfica 1 muestra la distribución porcentual de tipos de familias, encontrándose predominio en las familias nucleares (Tipo I) con 64 por ciento, sin embargo de estas, el 28 por ciento, corresponde a familias nucleares reconstituidas, lo que significa que existe la presencia importante de padrastro o madrastra al interior de las familias. Aunque la proporción de familias nucleares es más alta que lo reportado en la región central de Colombia (55,4%)¹⁷⁰ esta información debe ser manejada de forma prudente porque las definiciones operacionales sobre la tipología familiar en los dos estudios no son coincidentes y la muestra estudiada corresponde a familias en ciclo familiar con hijos preescolares o con hijos escolares.

Gráfica 1. Distribución porcentual de la tipología familiar



Fuente: Resultado según instrumento RFT 5-33. Pereira, 2011.

El 40 por ciento, de las familias encuestadas correspondió a población desplazada por la violencia, como reflejo de la situación del país y del departamento en este aspecto. A pesar de que la normatividad colombiana en sus Decretos (2169 de 2000, 951 de 2001, 2131 de 2003, 2675 de 2005, 170 de 2008) y leyes. (Ley 1190 de 2008, declaró ese mismo año como promoción de los derechos de las personas desplazadas; Ley 387 de 1997) busca restituir sus derechos y prevenir la acumulación de otras situaciones que aumenten el riesgo, es necesario continuar con el acompañamiento permanente de estas familias e intensificar la promoción de la salud, que permitan la identificación temprana de aspectos que pueden generar afectación a la familia.

4.1.1.3 Rol de los integrantes de las familias. En la distribución del rol de los integrantes predominan los hijos, madre, padre, padrastro, madrastra (68%), relacionado con la tipología de familias nucleares (tipo I - 64%). Se destaca como el resto de integrantes son familiares que aportan a las familias extensas, que por lo general se

¹⁷⁰ PROFAMILIA ENDS-2010. Op. cit., p 38.

reúnen alrededor de unas fuentes comunes de ingreso, con el propósito de favorecer la subsistencia de todos los miembros. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de personas según el rol reportado dentro del sistema familiar.

Rol	Frecuencia	Porcentaje
Hijo(a)	61	30
Madre (esposa)	38	19
Padre (esposo)	24	12
Tío(a)	20	10
Abuela	15	7
Padrastra – Madrastra	14	7
Sobrino(a)	13	6
Nieto(a)	12	6
Abuelo	7	3
Total	204	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Estos datos reflejan que el cuidado de la familia es asumido principalmente por las mujeres madres, tías o abuelas, por lo que la mayoría de la información fue suministrada por madres de familia (90%), que llevan sus hijos al centro de salud. Este dato garantiza la calidad de la información y el cumplimiento de los criterios de inclusión.

El vínculo del preescolar con su principal cuidador o cuidadora es esencial para su desarrollo emocional a largo plazo, así mismo como el número de horas que el niño o niña pase con éste, lo que se convierte en un referente para el niño o niña e influye positiva o negativamente en su desarrollo.

4.1.2 Riesgos individuales.

Se incluyen aquí algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con los servicios de salud, educación sexual, percepciones de salud, nutrición, vacunas, y otras que afectan la salud de los preescolares y sus familias, que se describen a continuación.

4.1.2.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ajustándose a las categorías del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), en la afiliación predomina el régimen subsidiado (95%), dados los criterios de inclusión de familias de estrato 1 y 2, que viven en el área de influencia o asisten a consulta en el Centro de Salud de Villasantana del municipio de Pereira Risaralda, a los

que pertenece esta población pobre, que tiene prioridad en la inclusión del régimen subsidiado (Tabla 7).

Tabla 7. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social

Servicio de salud	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	194	95
No afiliado	10	5
Total	204	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Cabe resaltar que el resultado sobre la afiliación de estas familias es superior al reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 del 88 por ciento de afiliación a escala nacional. Lo que refleja un mejoramiento en la proporción de afiliados, que repercute de manera efectiva en la disminución de los riesgos en estas familias, al estar recibiendo los beneficios como subsidiados; a pesar que la mayoría de personas económicamente activas se vinculan a la fuerza laboral con contratos ilegales, sin prestaciones sociales como salud, riesgos y pensiones, otra situación común ocurre con las ocupaciones informales como las ventas ambulantes, las personas buscan obtener recursos para la subsistencia y los ingresos no alcanzan para pagar el seguro de salud.

4.1.3 Educación sexual en la familia.

El 67 por ciento de los integrantes de las familias expresó que había tenido educación sexual. (Tabla 8). Esta situación se puede explicar posiblemente porque Risaralda es uno de los departamentos donde más se ha participado en actividades de educación sexual¹⁷¹.

Tabla 8. Educación sexual en la familia

Educación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Sin educación sexual	67	33
Con educación sexual	137	67
Total	204	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

¹⁷¹ Profamilia ENDS 2010. P. 476.

Este tipo de educación pudo ser el que recibieron durante la formación básica y secundaria. A partir de la Constitución de 1991, la Corte Constitucional emitió sentencia en la que dejó clara la importancia de la educación sexual en el país; el Ministerio de Educación, en virtud de ésta, le “otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas mediante la Resolución 3353 de 1993; este mismo año, se formuló el Proyecto Nacional de Educación Sexual”¹⁷². Sin embargo, aún no se observan cambios favorables en este sentido, entonces se considera que el proyecto del Ministerio no ha sido efectivo, tal como lo expresa la ENDS-2010: “En Colombia existe un bajo grado de conocimiento de muchas mujeres, especialmente adolescentes y jóvenes, sobre distintos aspectos de la sexualidad y la reproducción”¹⁷³. (ENDS-2010)

4.1.4 Percepción de riesgo, salud o enfermedad.

La mayoría de los integrantes de las familias se consideraron “sanos” (53%), (Tabla 9). Esta información es congruente con la percepción nacional, pues según la ENDS 2010, la salud de los colombianos se percibe como excelente, muy buena y buena, relacionado posiblemente, con la población que reside en área urbana que tiene una tendencia mayor a percibir su salud como excelente y buena¹⁷⁴, a la vez, las personas que conforman las familias extensas se perciben sanas (70%, Tabla 10), posiblemente porque al ser familias con hijos preescolares, la población se concentra en grupos jóvenes (menores de 30 años) que perciben su salud excelente y buena¹⁷⁵.

Tabla 9. Distribución de la Percepción de riesgo

Percepción de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Sanos	107	53
En riesgo	34	17
Enfermos	63	30
Total	204	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Podría pensarse entonces que la percepción es subjetiva, se puede considerar como una construcción individual mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento y de esta forma condiciona los tipos de ayuda a buscar; sólo puede comprenderse contextualizada

¹⁷² COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, Resolución 3353/93: “Por la cual se establece la obligatoriedad de la educación sexual en todos los establecimientos educativos del país que ofrecen y desarrollan programas de preescolar, básico, media y media vocacional”. Programa de Educación sobre Sexualidad.

¹⁷³ PROFAMILIA. ENDS-2010, Op. cit.p.121.

¹⁷⁴ Ibid., p. 404.

¹⁷⁵ Ibid.

en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona. Para este caso la percepción está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud como una condición indispensable para poder trabajar y sobrevivir.

Tabla 10. Percepción del riesgo de los miembros de la familia según tipología familiar

Percepción de riesgo	Familia Tipo I, nuclear		Familia Tipo II, extensa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sanos	45	63	92	69
En riesgo	13	18	27	20
Enfermos	13	18	14	11
Total	71	100	133	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

En algunos contextos es común encontrar que la resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación opacan la percepción de un problema de salud, principalmente en los adultos, siendo los niños los sujetos de mayor atención¹⁷⁶. Este fenómeno parece más común en familias extensas donde la enfermedad implica una condición clínica que trastorna la dinámica familiar en forma determinante y los síntomas leves se atienden con remedios caseros y hacen parte de la dinámica familiar y no se asumen como enfermedad.

En el presente estudio se encontró que existe conciencia del riesgo, posiblemente la presencia de enfermedades prevalentes de la niñez, ha permitido a las familias mayor acercamiento a los servicios de salud. Es válido resaltar que la participación en los programas de salud y el reconocimiento de los riesgos, en un escenario de comunicación- información - educación efectiva, es determinante en la adopción de comportamientos saludables, principalmente en el manejo de los niños, por la alta sensibilidad social hacia este grupo poblacional.

4.1.5 Condiciones de salud.

Se describe la presencia de problemas generales de salud de los niños y niñas preescolares, de igual manera se caracteriza la morbilidad específica del preescolar

¹⁷⁶ SACCHI Mónica, HAUSBERGER Margarita y PEREYRA Adriana. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Buenos Aires, Argentina 2007; p. 271-283 Internet. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73130305>

consultante y las condiciones de salud de los miembros de la familia y los niños y niñas de 2 a 5 años respecto a Accidentes, salud oral y agudeza visual o auditiva.

4.2.4.1 Condiciones de salud de los niños y niñas preescolares. En las 50 familias de los preescolares enfermos estudiados, se aprecian diferencias en las condiciones de salud de los niños preescolares y el total de niños menores de 12 años (Tabla 8), que dejan claro que las condiciones de los preescolares son realmente desfavorables para su crecimiento y desarrollo, por la presencia de enfermedades virales (94%), problemas: nutricionales (18%), esquema de vacunación incompleto (20%), maltrato (8%) y presencia de accidentes (8%).

La tabla 11, muestra predominio de riesgos en menores de 2 a 5 años: con esquema incompleto de vacunación (20%), presencia de infecciones virales (94%) y accidentes (8%), mientras que el maltrato aventaja a los niños de 0 a 12 años (21%).

Tabla 11. Distribución de las condiciones de salud de los niños y niñas preescolares y el total de menores de 12 años.

Condiciones de salud	Niños y niñas de 2 a 5 años		Niños y niñas de 0 a 12 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nutrición				
Sin problemas de nutrición	41	82	68	91
Con problemas de nutrición	9	18	7	9
Vacunas				
Esquema completo	40	80	67	89
Esquema incompleto	10	20	8	11
Maltrato				
Sin historia de maltrato	46	92	59	79
Con historia de maltrato	4	8	16	21
Infecciones virales				
Sin infecciones virales	3	6	23	31
Presencia de infecciones virales	47	94	52	69
Accidentes				
No ha tenido	46	92	74	99
Si ha tenido	4	8	1	1

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Se encontró una mayor proporción de niños con problemas nutricionales que la registrada en la línea de base de nutrición infantil para Risaralda, levantada en el año 2009, donde la prevalencia de desnutrición crónica para Risaralda fue de 11,7 por ciento, y para la zona urbana de Pereira, de 14,3 por ciento. A pesar de que la gran mayoría de

las familias se perciben sanas, los problemas nutricionales observados expresan que la población encuestada no tiene capacidad para identificar el riesgo nutricional y este es un elemento primordial para el normal crecimiento y desarrollo del niño.

La cobertura de vacunación en la población del estudio es del 80 por ciento, lo que explica la recurrencia de enfermedades prevalentes de la infancia; los niños tienen problemas de inmunidad que los hace más vulnerables. Es importante observar la presencia de maltrato en la quinta parte de niños menores de 12 años (20%) y 70 por ciento en los preescolares, situación que amerita un programa de promoción de la calidad de vida, donde se fortalezca el amor y el afecto a los niños, pues se reconoce que los adultos no identifican con claridad las situaciones de maltrato al menor o niegan el maltrato por temor a las represalias legales. Es imperativo continuar con el trabajo a favor del buen trato articulado con el ICBF, las comisarías de familia, escuelas y alcaldías frente al flagelo de esta enfermedad.

4.2.4.2 Morbilidad del preescolar. Considerando el motivo de consulta al momento de la recolección de información, entre los preescolares predominan los problemas de tipo respiratorio (92%), seguidos de los problemas intestinales (8%) (Tabla 12).

Estos dos eventos prevalentes en la infancia tienen un comportamiento preocupante en la población del estudio al compararlos con las prevalencias de Colombia. La infección respiratoria aguda se considera una de las principales causas de consulta y en la ENDS-2010 se encontró una prevalencia para Colombia del 9,1% y para Risaralda del 9,7. Según la mencionada encuesta, el 53 por ciento, de los niños de Colombia y el 55 por ciento, de los niños de Risaralda con síntomas de IRA fueron llevados a un centro de salud buscando tratamiento. Al analizar la alta prevalencia de IRA encontrada entre los consultantes de este estudio es necesario tener presente los factores ambientales, en el año 2011 el invierno se recrudeció en toda Colombia y se convirtió en el principal factor de riesgo para alcanzar cifras muy elevadas de eventos respiratorios, principalmente en niños y niñas.

Tabla 12. Distribución de la Morbilidad de los preescolares atendidos en un centro de salud de Pereira.

Tipo Enfermedades	Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Respiratorias	Rinofaringitis aguda	25	50
	Infección respiratoria viral	10	20
	Otitis media	3	6
	Bronconeumonía	2	4
	Laringitis	1	2
	Rinitis alérgica	1	2
	Asma	2	4
	Bronquitis	2	4
Intestinales	Infección intestinal viral	2	4
	Infestación parasitaria	2	4
Total		50	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Por su parte, la prevalencia de enfermedad diarreica aguda para Risaralda según la ENDS-2010 es de 12,6 por ciento¹⁷⁷ y entre los niños de este estudio se registró en el 8 por ciento, datos que se consideran muy elevados si se tiene en cuenta la prioridad que ha tenido su control en los programas de salud pública. Este dato señala la necesidad de llevar a padres y cuidadores la información adecuada sobre el uso de sales de rehidratación y la conducta a seguir ante la presencia de la enfermedad, ya que de su comportamiento depende en gran porcentaje la salud y la calidad de vida del niño o la niña.

En la ENDS¹⁷⁸, se pudo conocer que las buenas prácticas alimentarias y el uso de terapias como el suero oral, que se emplean, tienen relación con el nivel de educación de los padres participantes del estudio, siendo así: sin educación 74 por ciento, y a nivel de educación superior el porcentaje aumentó a 95,9 por ciento en Risaralda.

4.2.4.3 Condiciones generales de salud de los miembros de la familia y los niños y niñas de 2 a 5 años.

Las condiciones generales de salud se analizaron desde la presencia de accidentes, problemas de salud oral y agudeza visual o auditiva (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de las condiciones generales de salud de los miembros de las familias y de los preescolares enfermos

	Total de miembros de las familias		Preescolares enfermos consultantes	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Accidentes				
No	169	83	46	92
Si	35	17	4	8
Salud oral				
No tiene problemas	162	79	38	76
Tiene problemas	42	21	12	24
Agudeza visual o auditiva				
No tiene problemas	192	94	44	88
Tiene problemas	12	6	6	12

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011

¹⁷⁷ SACCHI Mónica, HAUSBERGER Margarita y PEREYRA Adriana. Op. cit., p. 254.

¹⁷⁸ Ibíd., p.256.

Se observa la presencia de problemas de salud en los niños preescolares especialmente relacionados con agudeza visual o auditiva (12%), salud oral (24%) y accidentes (8%). En el total de la población se destacan los problemas de salud oral (21%), lo que requiere intensificar un programa de prevención de accidentes en los niños y detección temprana de problemas de salud oral, visual y auditiva.

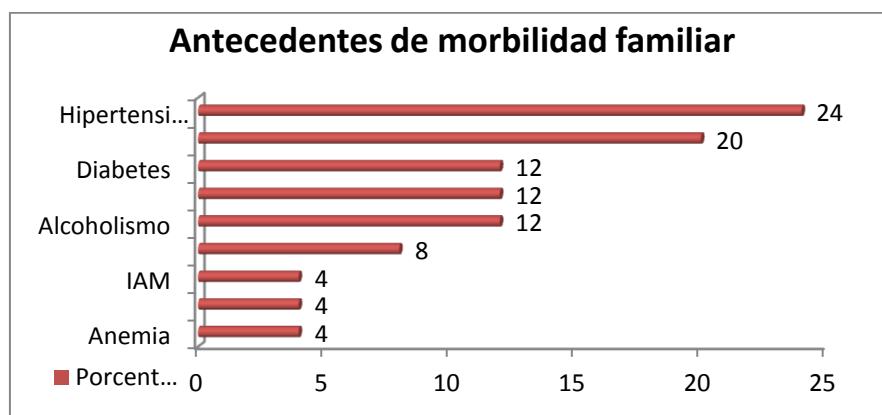
4.2.4.4 Antecedentes de carácter familiar

El 50 por ciento, de las familias expresaron antecedentes de enfermedad en alguno de sus miembros.

Entre éstos, las patologías más frecuentes fueron las enfermedades crónicas, degenerativas, no trasmisibles como hipertensión (24%), diabetes (12%), cáncer (12%). Se destaca el alto porcentaje de familias con enfermedades sociales como el maltrato (20%) y alcoholismo (12%). Lo que amerita la implementación de programas de enfermedades crónicas y salud mental, que afecten con mayor fuerza el componente psicosocial y repercutan en la dinámica de las familias. (Gráfica 2).

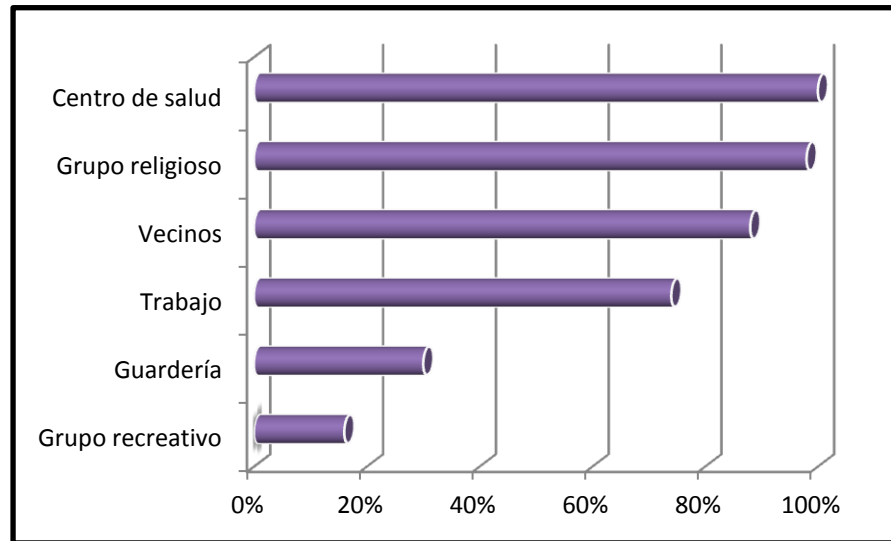
Los hallazgos registrados dejan una seria inquietud sobre la necesidad de profundizar en la percepción y los mecanismos de afrontamiento que tienen las familias residentes en este sector acerca de problemáticas concretas como el maltrato y el alcoholismo, que afectan de manera integral la dinámica de los hogares.

Gráfica 2. Antecedentes de morbilidad familiar



Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011

4.2.4.5 Instituciones de apoyo familiar. La gráfica 3, muestra que el total de familias consultadas valoran al Centro de Salud como el principal sistema de apoyo de las familias, es significativo porque tiene la capacidad de resolver problemas que aquejan a todas las familias con niños enfermos y pobres.

Gráfica 3. Distribución porcentual de las Instituciones de apoyo familiar

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

Los grupos religiosos ofrecen soporte espiritual, social, afectivo, material (98%), los vecinos son considerados como una red de apoyo importante para estas familias (88%). Las debilidades se ubican en el componente recreativo (16%) y el apoyo de guardería para los menores (30%), instituciones muy importantes para el desarrollo integral de los niños, que amerita un trabajo especial interinstitucional. Las familias de los preescolares enfermos desconocen la escuela como Institución de apoyo, esto se explica porque el estudio involucra principalmente preescolares (Gráfica 3).

Llama la atención el bajo porcentaje que reconoce a las guarderías como institución de apoyo, a pesar del trabajo continuo del ICBF, algunas de estas familias prefieren el cuidado en casa durante los dos primeros años de vida.

Se observa que el trabajo no constituye una fuente importante de apoyo económico y esta situación refleja lo encontrado a escala nacional donde el desempleo y el rebusque de recursos a través de actividades de ventas y comercio informal se han convertido en las principales fuentes de ingreso familiar para los estratos 1 y 2.

4.2 RIESGO FAMILIAR TOTAL

El riesgo familiar se evalúa a partir de cinco aspectos: el riesgo familiar total(RFT), el riesgo familiar total por tipología familiar, el riesgo familiar total por factores, el perfil de las familias según el RFT, los factores de RFT según tipología familiar y la correlación entre el RFT y los factores de riesgo.

4.2.1 Riesgo Familiar Total (RFT)

Para el puntaje total del instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, se definen tres categorías de calificación del riesgo familiar: familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto. La tabla 14 muestra la distribución del riesgo total de las familias del estudio, destacándose el mayor porcentaje de familias en riesgo bajo (54%) y ninguna en alto riesgo. Resultados que difieren al estudio de Pamplona donde predominó el alto riesgo familiar (47%)¹⁷⁹. Pero se debe tener en cuenta el planteamiento de Amaya¹⁸⁰ donde dice que es posible que en una familia que sea categorizada en el nivel de riesgo bajo, según el puntaje global, presente alguno de los factores ubicados en la categoría de riesgo alto a amenazada.

En esta perspectiva, identificar un 46 por ciento de familias amenazadas amerita priorizar la implementación de un programa en salud familiar e intensificar las acciones orientadas a controlar los factores de riesgo o modificar los existentes, acorde con los lineamientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de la Atención primaria en salud.

Tabla 14. Riesgo Familiar Total

Modalidades	Frecuencia	Porcentaje
Familias con riesgo bajo	27	54
Familias amenazadas	23	46
Familias con alto riesgo	0	0
Total	50	100

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

4.2.2 Riesgo Familiar Total por Tipología Familiar

La tabla 14 muestra diferencias en las interpretaciones globales del riesgo familiar entre los dos tipos de familia, se destaca mayor porcentaje de familias amenazadas en la familias tipo I nucleares (56%) que duplica el porcentaje de familias extensas amenazadas (28%). Este hallazgo es consistente con lo registrado en la tabla 10 respecto a la mayor proporción de familias nucleares que perciben riesgo de enfermar, frente a las familias extensas.

La falta de apoyo familiar, sea de tipo instrumental, económico, informativo y afectivo es una situación que se ha encontrado relacionada con el mayor riesgo de enfermar. Las

¹⁷⁹ URIBE M, Angélica. Op. cit., .p.82

¹⁸⁰ AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33,2004, Op. cit.,p.49

redes sociales informales que se consolidan al interior de las familias extensas, por lo general cumplen características fundamentales como fuentes de apoyo, garantizan la fuerza de los vínculos derivada de la intimidad familiar, son redes densas en las que los miembros se conocen y contactan fácilmente y comparten patrones culturales. Posiblemente, la situación de pobreza y la falta de apoyo familiar y social sean las responsables de la mayor proporción de familias amenazadas entre las familias nucleares.

Tabla 15. Riesgo Familiar Total por Tipología Familiar

Escala RFT	Familia Tipo I (Nuclear)		Familia Tipo II (Extensa)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Familias amenazadas	18	56	5	28
Familias con bajo riesgo	14	44	13	72
Familias con alto riesgo	0	0	0	0

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

4.2.3 Distribución del Riesgo Familiar Total por factores

La tabla 15 muestra los resultados generales del RFT.5-33, por factores de riesgo, esto permite observar que las condiciones psicoafectivas son las que más influyen en el riesgo familiar (media de 2,38); mostrando un panorama preocupante para estas familias, ya que la desarmonía conyugal y la ingesta de alcohol o psicoactivos son factores de riesgo, que hacen necesario ofrecer un enfoque de riesgo para la salud familiar como lo plantea Amaya de Peña (2004), ya que, algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.

Tabla 16. Distribución factores del Riesgo Familiar Total

Factores	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Condiciones Psicoafectivas	0	4	2,38	1,141
Servicios y Prácticas de Salud	0	3	0,76	0,847
Condiciones de Vivienda y Vecindario	0	3	0,34	0,658
Situación Socioeconómica	0	2	0,50	0,735
Manejo de Menores	0	3	0,60	0,782

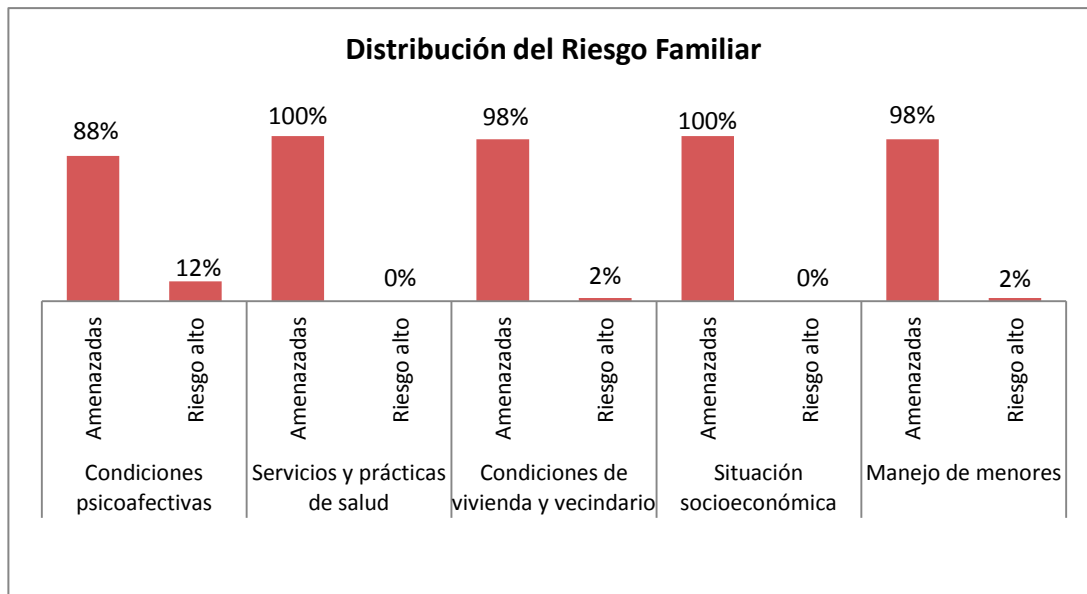
Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

4.2.4 Perfil de las familias según factores del riesgo familiar total

El gráfico 4 presenta el perfil general de las familias, se observa predominio de familias amenazadas en los cinco factores de riesgo estudiados. Es importante observar la presencia de alto riesgo de las familias en las condiciones psicoafectivas (12%), manejo de menores (2%) y condiciones de vivienda y vecindario (2%).

Según lo describe la doctora Pilar Amaya, las familias amenazadas demuestran por su composición e interacciones psico-afectivas desarmonía y dificultad en el manejo de los menores asociadas a las prácticas cotidianas inseguras, que demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar¹⁸¹, presentes en las familias de este estudio, donde se conjugan por un lado, las condiciones estructurales del sistema social, tales como pobreza, desempleo baja escolaridad, desplazamiento forzado, que afectan de manera directa las decisiones familiares y por otro, la propia capacidad de las familias para enfrentar las condiciones adversas y aquí se incluye la cultura, los modelos de crianza, el uso de servicios de salud, la concepción de género y los roles desempeñados por sus miembros.

Gráfica 4. Perfil de las familias según factores del riesgo familiar total



Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira. 2011.

¹⁸¹ AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Op. cit., p. 57-58.

4.2.5 Factores de riesgo

El riesgo familiar total, consta de 33 ítems distribuidos en cinco factores, a saber: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores¹⁸².

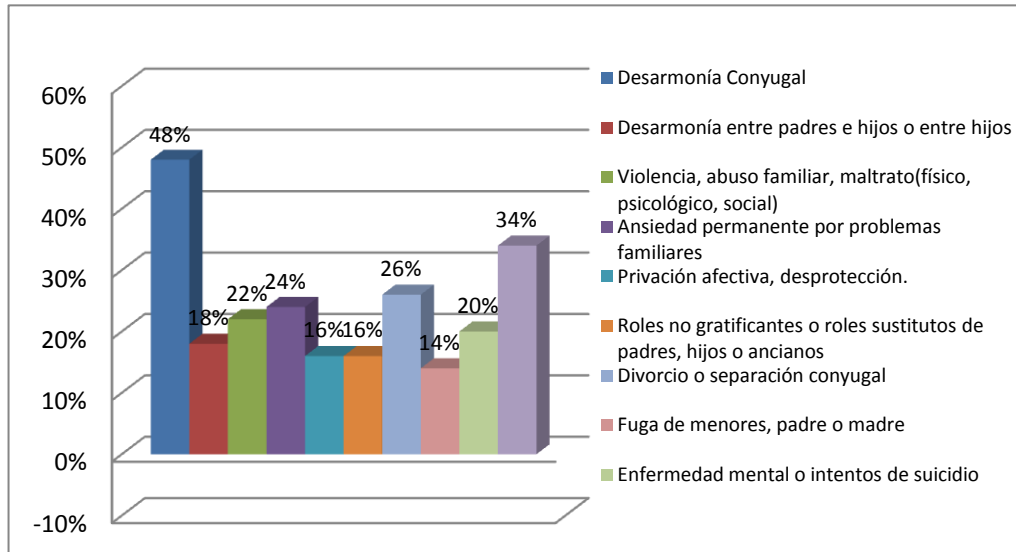
4.3.5.1 Riesgo por condiciones psicoafectivas. El riesgo por condiciones psicoafectivas, reportó que la mayoría de estas familias se encuentran amenazadas (88%) y en alto riesgo familiar (12%), (Gráfica 4), puesto que, casi la mitad de las familias presentan desarmonía conyugal (48%), una tercera parte de las familias consumen alcohol o psicoactivos (34%), una cuarta parte de las familias están separadas y presentan ansiedad permanente por problemas familiares, y en la quinta parte de las familias se presenta violencia, abuso o maltrato y enfermedad mental o intentos de suicidio (Gráfica 5). Es llamativo el porcentaje de fugas de menores, padre o madre en estas familias (14%), que sumado a los anteriores hallazgos y la violencia social del país, causa que estas familias se encuentren altamente amenazadas, sin un servicio de salud que trabaje en la prevención de la violencia y los diversos aspectos para su comprensión.

Es evidente que estos resultados son un fiel reflejo de la situación de salud mental de Colombia. El reporte de la ENDS 2010 indica que las causas de separación son: la violencia conyugal, la infidelidad por parte del compañero permanente y presenta como tercera causa de separación conyugal, el consumo de alcohol¹⁸³.

Estos hallazgos, plantean la necesidad urgente de trabajar en eventos relacionados con la salud mental, que permitan interrumpir la cadena de riesgos que corren de generación en generación, a través de acciones a escala intersectorial, interinstitucional, servicios costo efectivos apropiados, que favorezcan la atención primaria en salud, la promoción de salud mental en los diferentes niveles de atención, especialmente brindar apoyo para una vida familiar estable.

¹⁸² AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Op. cit., p. 33.

¹⁸³ PROFAMILIA. ENDS 2010. Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas por parte de la pareja. Op cit., p 1.

Gráfica 5 Distribución del Riesgo para ambiente psicoafectivo

Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira 2011.

La salud Mental hace parte de las 10 prioridades nacionales de Salud Pública. Según la OMS (2001)¹⁸⁴ siendo un estado de bienestar bio psico social en el cual un individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. El Ministerio de Salud, en su resolución 2358 de 1998¹⁸⁵, expresa que la Salud Mental es la capacidad que tienen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven, es un sentimiento de bienestar subjetivo, el desarrollo y uso adecuado de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivo y relacional, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

De la misma forma que la salud física la Salud Mental tiene algunos determinantes, que afectan positiva o negativamente el equilibrio mental de las personas, ellos son: la herencia, el ambiente, los servicios de salud, y el comportamiento. Se reconoce que el componente genético puede favorecer la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales. En el ambiente se incluye la violencia, la nutrición, la vivienda, la educación, el empleo, la recreación, la situación económica y política de un momento determinado. En los servicios de Salud se incluyen la accesibilidad, cobertura, entrenamiento y actitudes de los profesionales de la salud, la oportunidad y la calidad de los servicios y el comportamiento. El afecto y las buenas relaciones familiares, las habilidades comunicativas y la asertividad, el buen manejo de los conflictos y el estrés y el

¹⁸⁴ Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo, Salud Mental nuevos conocimientos nuevas esperanzas, 2001.

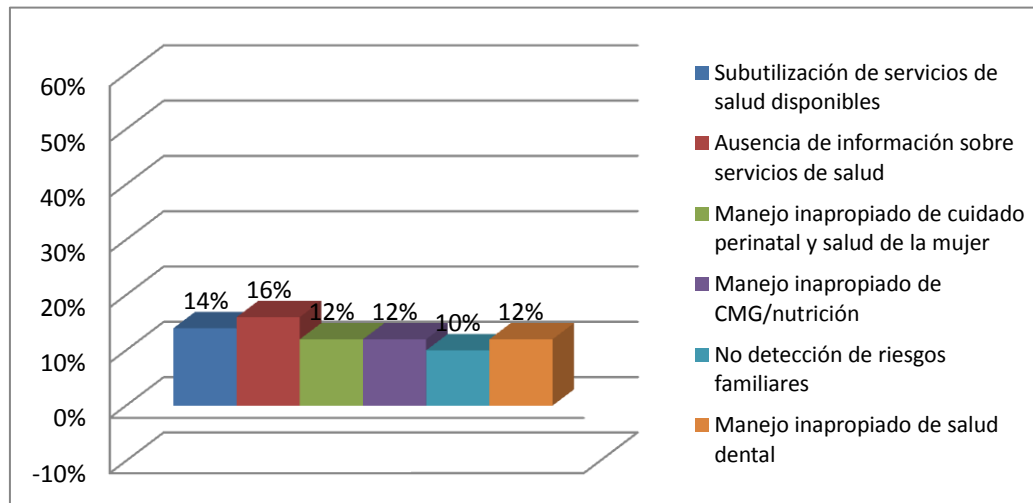
¹⁸⁵ COLOMBIA. Congreso de la República. Resolución 2358 de 1998. Política Nacional de Salud Mental.

acompañamiento familiar entre otros pueden convertirse en factores de riesgo o en factores protectores.

4.3.5.2 Riesgo de servicios y prácticas de salud de la familia. En cuanto a los servicios y prácticas de salud, se encontró que todas las familias están amenazadas (Gráfica 4) factor influido especialmente por la falta de información (16%), subutilización de servicios de salud disponibles (14%), (Gráfica 6). Es preocupante que las familias no encuentren información sobre los servicios de salud, siendo éste un factor determinante en el estado de salud de la población, es importante la evaluación continua y constante de los servicios que se brindan, es necesario entonces garantizar intervenciones oportunas, que propendan por la calidad. Se debe reevaluar y de ser necesario replantear la demanda inducida y la información en lo relacionado con derechos en salud. La enfermera juega un rol importante al liderar los procesos educativos.

En la gráfica 3 se registró que la totalidad de las familias consideraban el Centro de salud como la principal Institución de apoyo familiar, y en este factor de RTF todas las familias se encuentran amenazadas. Este hallazgo muestra un reclamo social, las familias esperan más apoyo de las Instituciones de salud, tanto para el acceso y oportunidad en los servicios, como para la detección oportuna de riesgos y el manejo apropiado de la salud.

Gráfica 6. Servicios y prácticas de salud de la familia



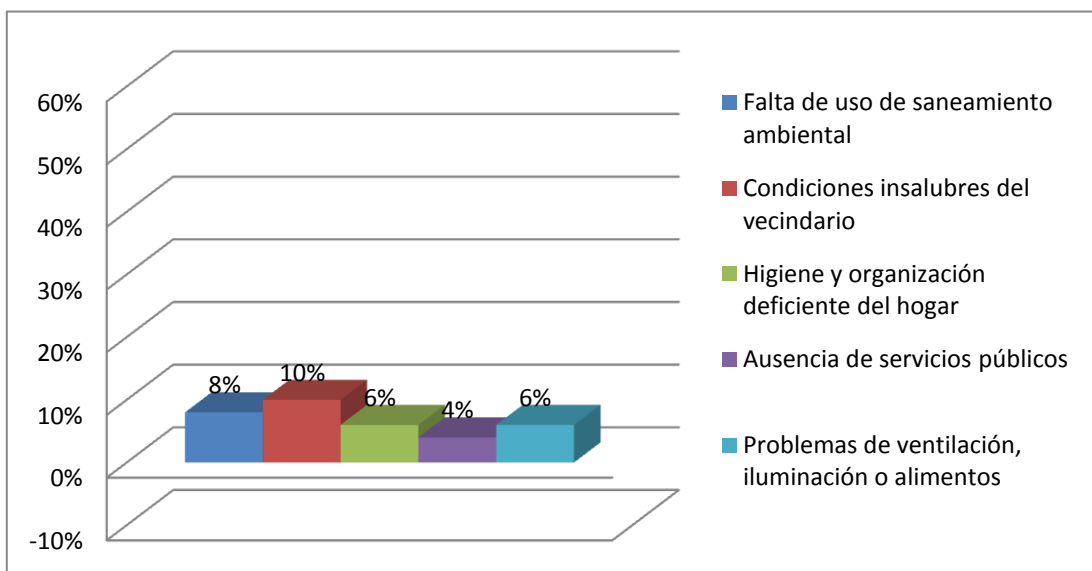
Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33

4.3.5.3 Riesgo de Condiciones de vivienda y vecindario. El riesgo por condiciones de vivienda y vecindario, reportó predominio de familias amenazas (98%), (Gráfica 4), influido especialmente por las condiciones insalubres del vecindario y la falta de saneamiento ambiental (Gráfica 7), observados durante la realización de las visitas al Centro de Salud por la presencia de basura en sitios inapropiados, la presencia de animales como roedores o vectores, que favorecen la aparición de enfermedades tanto

en los preescolares como en el resto de la población, aumentando el riesgo de la población en general.

Los aspectos de vivienda y vecindario han sido objeto de control permanente desde saneamiento ambiental y su cobertura se considera como indicador importante para evaluar la gestión en salud pública. Según la ENDS 2010¹⁸⁶, el 99 por ciento de los hogares colombianos cuenta con electricidad, alcantarillado y acueducto, también las características del piso han cambiado, de 6% en el 2000, a 9% en 2010.

Gráfica 7. Condiciones de vivienda y vecindario



Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira 2011

En el año 2006, la OPS/OMS¹⁸⁷ hace visible el aumento de enfermedades atribuibles a las condiciones de la vivienda; las de mayor prevalencia son: la IRA, Enfermedad diarreica, la infección intestinal, dengue y la malnutrición; sin desconocer otras como los accidentes, caídas e incendios, tuberculosis, asma, la violencia y los suicidios, con esta información se puede establecer relación con las enfermedades por las cuales consultan en el Centro de Salud, en el cual se tomaron los datos para la presente investigación.

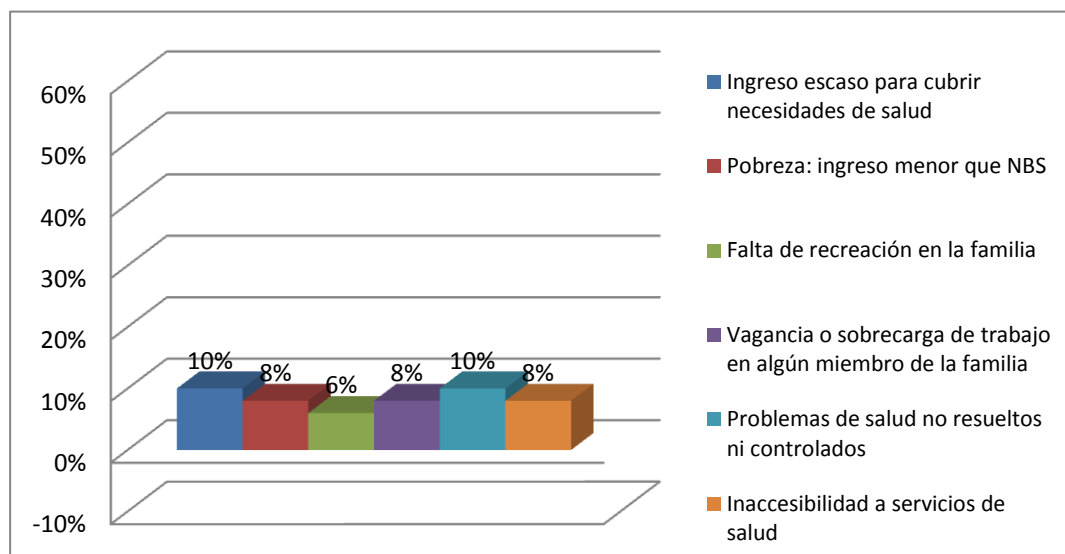
¹⁸⁶PROFAMILIA. ENDS 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=47. Consultado 13 de febrero de 2012

¹⁸⁷OPS –OMS. Estrategia de Vivienda Saludable. Colombia. Documento presentado en la reunión del Comité Temático de Salud de Población Desplazada, el 10 de octubre de 2006 en las instalaciones de OPS/OMS (en línea). [citado 07/28/2011], p. 10. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/instituciones/datosinstitucion.php?idinsti=74>

Según la ENDS 2010¹⁸⁸, los factores de riesgo de la salud, se relacionan con el estrato socioeconómico y a su vez con las condiciones de las viviendas.

4.3.5.4 Riesgo por Situación Socioeconómica. El riesgo por situación socioeconómica, reportó que la totalidad de las familias están amenazadas (Gráfica 4), afectadas principalmente por los escasos ingresos para cubrir las necesidades de salud y los problemas de salud no resueltos, ni controlados en 10 por ciento de las familias (Gráfica 8). Llama la atención que estas familias se encuentran ubicadas en uno de los sectores más pobres de Pereira y sin embargo solo 8 por ciento de las familias reporta pobreza, con ingreso menor que NBS. . La gráfica 8, muestra que de los seis ítems analizados, tres están relacionados con la falta de ingresos, e inaccesibilidad para resolver problemas de salud.

Gráfica 8. Situación Socioeconómica



Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira 2011

El desempleo conlleva a crisis familiares no esperadas. La falta de empleo, conlleva a la pobreza, aunque sus causas varían de acuerdo con el género, la edad, la cultura y otros factores sociales y económicos¹⁸⁹. La pobreza, se concibe como la situación que afecta a las personas que carecen de lo necesario para el sustento de sus vidas, es decir, que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, es un concepto multidimensional que no

¹⁸⁸ PROFAMILIA. Características Generales de los hogares y de la población. Op cit., p 1.

¹⁸⁹ FIDA, "Informe sobre la pobreza rural- El desafío consistente en acabar con la pobreza rural". Roma 2001. p. 19.

tiene en cuenta solo aspectos económicos sino que comprende aspectos espirituales y ambientales, limitando la oportunidad de vivir sanamente con libertad y dignidad.

En la actualidad se efectúan esfuerzos que propenden por disminuir la pobreza, muestra de esto son los objetivos del milenio, que plantean la imperiosa necesidad de erradicar la pobreza extrema y el hambre. En la Ley 1450 de 2011¹⁹⁰, El Departamento Nacional de Planeación, establece el diseño y orientación de los lineamientos técnicos mínimos para que se incluyan que los planes de desarrollo y los presupuestos de las entidades territoriales en materia de superación de la pobreza extrema deberían contener.

Según el DANE¹⁹¹, durante el periodo junio- agosto de 2011 la tasa global de ocupación en Colombia fue 56,1 por ciento y la de desempleo 10,9 por ciento. En agosto de 2011 y para el total nacional, la tasa de desempleo fue 10,1 por ciento (11,2% en agosto de 2010); en este periodo de referencia, el número de desocupados disminuyó en 192.000, situándose en 2'233.000 personas. Sin embargo la ciudad de Pereira, lideró el año anterior el desempleo con 20,5 por ciento. El índice de desempleo del año 2010 superó al presentado durante el 2009, las personas desocupadas pasaron de 61.000 en 2009 a 64.000 en 2010, y con ello se incrementó la informalidad, hecho que genera, entre otros, la variación en el tipo de afiliación al sistema de salud, alimentación deficiente, el subarriendo y acceso inadecuado a los servicios públicos, siendo determinantes como se mostró en el componente de vivienda y vecindario.

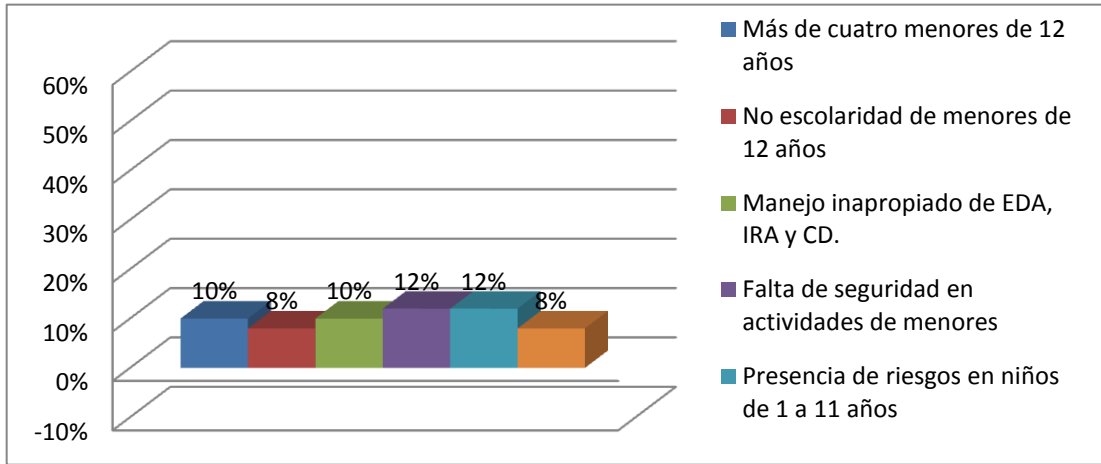
4.3.5.5 Riesgo con el manejo de menores. Este riesgo reportó que la gran mayoría de familias están amenazadas (98%) y el 2 por ciento están en alto riesgo (Gráfica 4), determinado especialmente por falta de seguridad en actividades, aparición de riesgos, manejo inapropiado de IRA y EDA y la presencia de más de cuatro menores de 12 años en las familias (Gráfica 9). Estas circunstancias se pueden relacionar directamente con las condiciones inadecuadas de las viviendas y el entorno en el que se desenvuelven estos chicos, la falta de saneamiento, la inseguridad, las bandas delictivas. Esta situación amerita un trabajo intenso especialmente con la estrategia de AIEPI, dado que es una estrategia encaminada a mejorar la calidad de vida de los niños y las niñas, disminuir el riesgo de enfermar y morir, en lo relacionado con el componente comunitario y la priorización de las 18 prácticas clave, este dato es coherente con el resultado del Diagnóstico Local Participativo¹⁹² de la estrategia, realizado durante el año anterior en el que los diferentes actores sociales, las familias determinaron como problemas el maltrato, el desconocimiento de signos de alarma en los menores de 5 años, además de las condiciones de insalubridad del sector.

¹⁹⁰ COLOMBIA CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1450 de 2011.

¹⁹¹ COLOMBIA. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. DANE Informe Coyuntura Económica Regional Risaralda- Pereira: agosto de 2011.

¹⁹² SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Diagnóstico Local Participativo Estrategia AIEPI. p. 30.

Gráfica 9 Manejo de menores



Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Pereira 2011

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de Pereira, año 2008, las enfermedades infecciosas y parasitarias han sido responsables de la mortalidad en los niños y niñas con edades comprendidas entre cero y cinco años, casi siempre se asocian con problemas de desnutrición y enfermedades de base incrementando el riesgo de muerte, especialmente en las comunas con necesidades básicas insatisfechas y desplazamiento forzado. Resalta la importancia de factores de riesgo como madres adolescentes, bajo nivel de escolaridad, negligencia y limitantes culturales en la población indígena residente en la comuna¹⁹³. Es importante continuar con la estrategia AIEPI, brindando educación en lo referente al manejo apropiado de estas enfermedades, que permitan la identificación temprana de los signos de alarma, y por ende la disminución de la morbimortalidad en el sector. Según los datos obtenidos, las intervenciones deben orientarse principalmente hacia la disminución de los riesgos psico-afectivos que se generan en las relaciones con niños, niñas y adolescentes, que afectan notablemente el riesgo familiar total de las familias de los preescolares enfermos.

4.3.5.6 Correlación entre el RFT y las dimensiones consideradas en este riesgo¹⁹⁴

La tabla 16 muestra la correlación entre el Riesgo Familiar Total y los factores riesgo de condiciones afectivas, servicios y prácticas de salud, situación socioeconómica y manejo de menores. Es de destacar que no se obtuvo correlación del RFT con las condiciones de vivienda y vecindario, posiblemente por estar ubicadas en el área urbana de Pereira, que cuenta con servicios públicos y donde las familias se sienten mejor organizadas que

¹⁹³ SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Perfil epidemiológico de Pereira, 2008.

¹⁹⁴ MARTÍNEZ BENCARDINO, Ciro. Estadística y muestreo. 11a. edición. ECOE Ediciones. Bogotá, enero 2002.p.562.

en sus lugares de procedencia ya que menos del 10 por ciento de las familias reportaron riesgos.

Este hallazgo permite apreciar que el entorno global es similar en condiciones de vivienda para todas las familias, en los demás factores se presentan diferencias particulares que afectan la correlación con el RFT.

No se encontró correlación entre los cinco factores de riesgo estudiados, no existe asociación entre ellos, esto significa que pueden existir otros factores no analizados en esta escala que estén determinando el puntaje de riesgo. Aunque se visualiza una baja correlación entre la situación socioeconómica y los servicios y prácticas de salud (0,295) y las condiciones de vivienda y vecindario (0,232), que puede insinuar estos factores se afectan mutuamente de forma mínima.

Tabla 17. Correlación entre el RFT y las dimensiones consideradas en este riesgo

	Puntaje Total Riesgo Familiar	Condiciones Psicoafectivas	Servicios y Prácticas de Salud	Condiciones de Vivienda y Vecindario	Situación Socioeconómica	Manejo de Menores
Puntaje Total Riesgo Familiar	1	0,527	0,554	0,235	0,520	0,503
Condiciones Psicoafectivas		1	-0,009	-0,121	-0,134	0,128
Servicios y Prácticas de Salud			1	-0,107	0,295	0,160
Condiciones de Vivienda y Vecindario				1	0,232	-0,166
Situación Socioeconómica					1	0,071
Manejo de Menores						1

4.3 GRADO DE SALUD FAMILIAR TOTAL

A continuación se presenta la distribución de las familias estudiadas según los puntajes de salud familiar total, y luego se analiza cada uno de los componentes, la organización sistémica, el grado de satisfacción con el sistema, la cohesión y el cambio, según criterios establecidos en la escala GEN-21.

4.3.1 Salud Familiar Total

La salud familiar total es concebida como la congruencia de la familia en su interior, es un constructo elaborado a partir de los dos siguientes criterios de la familia, la organización sistémica y el grado de satisfacción con el sistema. Lo que indica la congruencia interna de la familia en su microsistema, y se expresa en la magnitud de operaciones y el grado de satisfacción con ellas¹⁹⁵. Los resultados obtenidos muestran como la gran mayoría de las familias se perciben saludables (98%), (Tabla 17), es decir que hay congruencia familiar, dado el funcionamiento, las interacciones, interrelaciones y transformaciones, entre los subsistemas en relación a su interior y al contexto de las familias.

Tabla 18. Distribución porcentual de la Salud Familiar Total

Modalidad	Frecuencia	Porcentajes
Familias poco saludables	1	2%
Familias saludables	49	98%
Familias muy saludables	0	0
Total	50	100

Fuente: Resultado según instrumento ISF GEN 21.Pereira 2011

Por ejemplo, es posible que para las familias de los preescolares enfermos la concepción de salud esté ligada a la capacidad funcional y productiva propia de los adultos, sin afecciones crónicas, que les permite trabajar y mantener la familia, razón por la cual no aparecen identificadas en esta escala. Este hallazgo genera la inquietud de profundizar en las concepciones de salud-enfermedad utilizando abordajes de investigación cualitativa, que permitan crear conciencia de riesgo.

4.3.2 Escala de organización familiar

Está representada por la demostración de patrones cotidianos tales como el apego a la familia, el grado de compromiso en dar y recibir cuidado, asumir las responsabilidades y cumplir con los roles asignados. Evalúa la unión de los miembros tanto en situaciones favorables como en dificultades y si detectan cuando tienen problemas. Es decir, permite conocer la cotidianidad de las familias, teniendo en cuenta factores como; cohesión, cambio, individuación y mantenimiento del sistema (Friedemann, 1995)¹⁹⁶.

¹⁹⁵ AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar: ISF: GEN-21. Op. cit., p.22.71-2.

¹⁹⁶ Ibid., p. 21.

Tabla 19. Distribución Escala de Organización Familiar

Modalidad	Frecuencia	Porcentaje
Sistema familiar poco organizado	37	74
Sistema familiar organizado	13	26
Sistema familiar muy organizado	0	0
Total	50	100

Fuente: Resultado según instrumento ISF GEN 21.Pereira 2011

La tabla 19 destaca que casi tres cuartas partes de las familias se perciben poco organizadas y ninguna muy organizada. Este resultado se explica por los datos obtenidos en la tabla 19 donde se evidencia como las familias, producto de las transformaciones familiares, han llevado entre otros aspectos al cambio de roles, que en ocasiones se confunden sin permitir que los miembros de la familia, crezcan y cumplan con el papel que les corresponde.

Al revisar la distribución porcentual de la escala de organización familiar (Tabla 19), se corrobora la desorganización al interior de estas familias, al encontrarse predominio en los porcentajes para la respuesta nunca, rara vez y algunas veces con lo que la familia hace. Se observa, entre otros factores, que en familias predomina la poca colaboración para cuidarse los unos a los otros, la desconfianza en lo que cada uno hace por fuera de la casa, no han logrado que la familia cambie con los cambios de la época, no se dicen las cualidades, no celebran fechas especiales...lo que hace ver que estas familias están trabajando poco en las dimensiones de mantenimiento, cambio, cohesión e individuación.

Tabla 20. Distribución porcentual de Escala de Organización familiar

ÍTEM	Nunca	Rara vez/algunas veces	Siempre	No aplica
Entre ustedes se colaboran para cuidarse los unos a los otros	22	72	6	0
Confía en lo que cada uno hace por fuera de la casa	16	78	6	0
Su familia ha logrado cambiar con los cambios de la época	14	80	6	0
Ustedes cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y/o el estudio	12	80	8	0
Permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales (fiestas, reuniones) fuera de la casa.	16	76	8	0
Se dicen las cualidades de cada uno	6	84	10	0
En su familia notan cuando alguno de ustedes tiene problemas o preocupaciones.	10	80	10	0
Celebran en familia fechas especiales (cumpleaños, misas, etc.)	10	80	10	0
Las cosas importantes para su familia son también importantes para cada uno.	12	76	12	0
Su familia está pendiente para que todos estén lo mejor posible	4	84	12	0

**Tabla 20. Distribución porcentual de Escala de Organización familiar
(continuación)**

ÍTEM	Nunca	Rara vez/algunas veces	Siempre	No aplica
Ustedes asisten juntos a espectáculos juntos (cine, parque, etc.)	4	82	12	2
En su familia, hay tareas propias para cada uno	16	72	12	0
Enseñan a las personas de su familia a defenderse por sí mismos	14	72	14	0
En su familia permanecen unidos en las buenas y en las malas	8	78	14	0
Se reconocen los logros de cada uno	12	74	14	0
Ustedes pueden confiar los secretos a alguien de su familia.	10	74	16	0
Confía en las amistades que cada uno escoge	10	74	16	0
Se castiga el incumplimiento de oficios y deberes	12	70	18	0
En su casa cada uno cumple con lo que debe hacer	10	68	22	0
El cariño entre las personas de su familia los hace sentir unidos	32	44	24	0
Cada uno sabe que puede contar con su familia en cualquier momento	14	58	28	0

Fuente: Resultados según instrumento ISF GEN 21. Pereira 2011.

Se observa poca flexibilidad en las familias ya que solo 8 por ciento de las familias **siempre** cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y/o el estudio y **siempre** permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales (fiestas, reuniones) fuera de la casa y solo 10 por ciento de las familias siempre celebran en familia fechas especiales y notan cuando alguno tiene problemas o preocupaciones, o se dicen las cualidades de cada uno. Este es un hallazgo muy importante para el trabajo con las familias del sector; recuperar los valores de democracia participativa, y el cumplimiento de las tareas pedagógicas como líneas de acción se convierten en elementos fundamentales para el trabajo en salud familiar.

Los resultados permiten concluir que en estas familias se tienen en cuenta poco las expresiones de cariño, poco se percibe el apoyo, la colaboración, la unidad que debe existir al interior de los grupos familiares, explicando porque en el puntaje total encontramos familias poco organizadas, si se tiene en cuenta que la cohesión tiene como una de sus metas el compromiso mutuo, el apoyo a la familia.

De igual manera, los resultados reflejan poco cambio en las familias, siendo este un motivo de gran preocupación, pues si las familias no se permiten la incorporación de otros conocimientos para asumir nuevas conductas familiares, y nuevos valores, es imposible que se logre la transformación de la cultura familiar.

Solo en 12 por ciento de las familias, **siempre** hay tareas propias para cada uno, la familia está pendiente para que todos estén lo mejor posible, las cosas importantes para

la familia son también importantes para cada uno de los miembros, asisten juntos a espectáculos (cine, parque, etc.), y en 18 por ciento se castiga el incumplimiento de oficios y deberes, lo que sugiere, que se requiere de una flexibilidad familiar que demanda acciones dirigidas a mantener el sistema con rutinas diarias de autocuidado, con las comidas, la limpieza, los roles, los patrones de comunicación, entre otros. La poca organización se podría explicar porque pocas veces se toma seriamente la sanción por el incumplimiento de oficios y deberes, así como la falta de normas y reglas claras y roles establecidos que permitan establecer el control familiar.

La pérdida de dominio sobre las tareas tradicionales tiene su raíz en la transformación de la sociedad, la educación en el hogar perdió importancia frente a la educación institucional, cada vez los niños salen de su hogar a edades más tempranas, en la mayoría de los casos porque las madres salen a trabajar para buscar el sustento. Los niños quedan a expensas de cuidadores que poco o nada se interesan por estimular su desarrollo. La presencia de los padres o de la figura de autoridad en casa, permite que los niños reconozcan los límites que existen para sus aventuras de exploración del mundo. Los seres humanos necesitamos establecer los horizontes para configurar nuestro campo de acción, para ubicarnos con claridad y movernos con seguridad entre los hombres y esto hace falta en las familias que hicieron parte de este trabajo.

En el 84 por ciento de las familias existe poca confianza en las amistades que cada uno escoge y no pueden confiar los secretos a alguien de su familia. La desconfianza de estas familias contribuye a la poca organización ya que no permiten a los integrantes ampliar sus horizontes y el crecimiento de sus miembros.

En las circunstancias descritas, el recinto familiar se convierte en un lugar frío y sin interés para sus integrantes. Una tarea fundamental aquí es la recuperación de la función pedagógica de la familia, entendida no solo como un proceso de adquisición de conocimientos, sino de aprehensión de vivencias que les muestran a los niños, niñas y adolescentes el actuar respetuoso y responsable de las personas mayores. Al mismo tiempo, estas vivencias desarrollan la individuación, propician espacios de expresión, de búsqueda y de emprendimiento de las aventuras que les proporcionan las fortalezas, para actuar por sí mismos y para formar su capacidad auto-reguladora.

4.3.3 Escala de satisfacción familiar

Según Amaya, esta escala se encuentra relacionada con la percepción y con el agrado y aceptación de los patrones habituales de organización de la familia¹⁹⁷. La tabla 21, muestra que casi la totalidad de las familias se perciben satisfechas.

¹⁹⁷ AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar: ISF: GEN-21. Op. cit., p.71.

Tabla 21. Escala de Satisfacción Familiar

Modalidad	Frecuencia	Porcentaje
Familias poco satisfechas	1	2
Familias satisfechas	49	98
Familias muy satisfechas	0	0
Total	50	100

Fuente: Resultado según instrumento ISF GEN 21.Pereira 2011

Esta escala no depende de las dimensiones de proceso sino que se relaciona con la organización sistémica como un todo, esto permite operacionalmente revisar y confrontar la consistencia de las percepciones que se tienen acerca de los diferentes satisfactores en la dinámica familiar

Tabla 22. Distribución porcentual de la satisfacción familiar

ÍTEMS	No me gusta	Me gusta poco	Me gusta/ Me gusta mucho
Entre ustedes se colaboran para cuidarse los unos a los otros	4	36	60
En su casa cada uno cumple con lo que debe hacer	10	30	60
Cada uno sabe que puede contar con su familia en cualquier momento	6	36	58
Celebran en familia fechas especiales (cumpleaños, misas, etc.)	2	42	56
En su familia notan cuando alguno de ustedes tiene problemas o preocupaciones.	4	40	56
Su familia está pendiente para que todos estén lo mejor posible	8	36	56
Las cosas importantes para su familia son también importantes para cada uno.	2	42	56
Se reconocen los logros de cada uno	4	42	54
Promedio de proporciones para cada una de las opciones de la escala	4	42	54
El cariño entre las personas de su familia los hace sentir unidos	0	48	52
Se castiga el incumplimiento de oficios y deberes	0	48	52
Confía en las amistades que cada uno escoge	0	48	52
Se dicen las cualidades de cada uno	2	46	52
Su familia ha logrado cambiar con los cambios de la época	2	46	52
En su familia permanecen unidos en las buenas y en las malas	4	44	52
Hay tareas propias para cada uno	6	42	52

Tabla 22. Distribución porcentual de la satisfacción familiar (continuación)

ÍTEMS	No me gusta	Me gusta poco	Me gusta/ Me gusta mucho
	Enseñan a las personas de su familia a defenderse por sí mismos	8	42
Cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y/o el estudio	8	42	50
Confía en lo que cada uno hace por fuera de la casa.	12	38	50
Permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales fuera de la casa.	2	50	48
Ustedes asisten juntos a espectáculos juntos (cine, parque, etc.,)	2	52	46
Ustedes pueden confiar los secretos a alguien de su familia.	8	50	42

Fuente: Resultados según instrumento ISF GEN 21. Pereira 2011

La tabla 22 presenta la distribución porcentual de la satisfacción familiar, las familias manifiestan que les gustan mucho 18 de los 21 ítem indagados, especialmente lo referente a la colaboración para cuidarse los unos a los otros y el cumplimiento de lo que debe hacer en casa, lo que indica que la mayoría los integrantes de las familias han asumido unos roles específicos con los cuales todos están de acuerdo, pues su cumplimiento y el cuidado mutuo les produce satisfacción.

A más de la mitad de las familias no les gustan las situaciones relacionados con actividades sociales fuera de la casa (52%), la asistencia juntos a espectáculos (54%) y el poder confiar los secretos a alguien de su familia (58%), lo que demuestra la importancia de fortalecer las relaciones entre los miembros de la familia a través de un vínculo afectivo, para lograr mayor cohesión y así aumentar la estabilidad y la satisfacción familiar.

5. CONCLUSIONES

El estudio permitió caracterizar el Riesgo Familiar Total y el Grado de Salud Familiar de familias con preescolares enfermos, consultantes en el Centro de Salud de Villasantana, sector de alta vulnerabilidad económica-social, ubicado en el nororiente del Municipio de Pereira.

Las características de la estructura familiar respecto a edad, género, composición familiar, tipología y rol de los integrantes reflejan los hallazgos obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para Colombia y Risaralda en el año 2010, para áreas urbanas.

Se encontraron grupos familiares con población joven, pues la mayoría de sus integrantes son menores de 30 años (69%), predominan las mujeres (61%), las familias extensas (64%), y se encontró un promedio de 3,8 personas por familia. El 95 por ciento de sus integrantes pertenece al régimen subsidiado de salud. Se observaron deficiencias en educación sexual en 33 por ciento de la población. Estos datos orientan acciones de salud familiar en la promoción y prevención de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, principalmente relacionados con prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y fortalecimiento de la autoestima.

Sobre la percepción de salud se encontró que la mayoría de las familias se consideraron sanos (67%), dato que muestra una alta valoración de la salud como condición que garantiza la posibilidad de trabajar y sobrevivir. Según la tipología familiar, la percepción de enfermedad es ligeramente mayor en las familias nucleares, situación que se explica por la importancia que tiene el apoyo familiar brindado por la familia extensa en la solución de problemas de salud.

En los niños y niñas en edad preescolar, los problemas de nutrición, el esquema incompleto de vacunación, las infecciones virales y los accidentes muestran proporciones mayores al relacionarlos con la totalidad los niños y niñas menores de 12 años, en quienes predomina la historia de maltrato. Para las acciones de salud familiar es importante trabajar el cuidado coherente con la cultura, que se ajuste cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los grupos familiares con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar que sean significativos, provechosos y satisfactorios.

Las 50 familias están conformadas por 204 personas. El 40 por ciento de estas familias se encuentra en situación de desplazamiento. Cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (43%), predominan las familias tipo I nucleares (64%), se encuentran el 46 por ciento de familias amenazadas, especialmente afectadas por condiciones psicoafectivas (88%), con una media de 2,38 representó el mayor riesgo, y muestra un panorama preocupante para estas familias, cabe anotar que la desarmonía conyugal, la ingesta de alcohol o psicoactivos, los conflictos intrafamiliares exigen acciones de salud familiar con enfoque de riesgo. Otra categoría que presentó riesgo en menor proporción fue la de los servicios y prácticas de salud, hallazgo que alerta sobre la calidad de la prestación del servicio.

Se encontró correlación entre el RFT y las condiciones psicoafectivas (0.527), los servicios y prácticas de salud (0.554), situación socioeconómica (0.520) y manejo de menores (0.503).

Las familias se perciben saludables (98%), poco organizadas (74%) y satisfechas (98%).

Estos hallazgos ratifican que la salud familiar es un proceso cambiante, dependiente de las influencias internas y externas a la familia que modifican la percepción individual de los riesgos y de las dimensiones de salud consideradas.

El riesgo familiar necesita de seguimiento continuo para el profesional de enfermería.

El riesgo familiar total y el grado de salud de las familias, permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.

6.RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación permiten plantear las siguientes sugerencias y recomendaciones

1. *Relacionadas con la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira*

Efectuar acompañamiento permanente al Centro de Salud y sus trabajadores en la implementación de la estrategia AIEPI

Fortalecer la estrategia de Atención Primaria en Salud y sensibilizar a sus funcionarios en cuanto a la atención y necesidades de la primera infancia.

Articularse con actores sociales que permitan el empoderamiento de las familias en lo referente a los riesgos individuales y familiares, así como la transformación de prácticas culturales y tradicionales, que requieren de trabajo constante, continuo y permanente.

Apoyarse de instituciones formadoras de recurso humano, profesional o técnico en el abordaje de la morbilidad en preescolares, en el sector.

Realizar medición de impacto de las actividades desarrolladas en el sector.

Apoyarse en la política de Salud Mental, propendiendo por el bienestar biopsicosocial de las familias y orientar intervenciones principalmente hacia la disminución de los riesgos psico-afectivos que se generan en las relaciones con niños, niñas y adolescentes, que afectan notablemente el riesgo familiar total de las familias de los preescolares enfermos.

Es importante observar la presencia de maltrato en la quinta parte de niños menores de 12 años (21%), que amerita un programa de promoción de la calidad de vida, donde se fortalezca el amor y el afecto a los niños, pues se reconoce que los adultos no identifican con claridad las situaciones de maltrato al menor o niegan el maltrato por temor a las represalias legales

Continuar con el monitoreo y vigilancia de la mortalidad materna e infantil.

Fortalecer los programas de salud pública relacionados con enfermedades prevenibles entre preescolares años (Programa Ampliado de Inmunizaciones, salud ambiental y control de vectores).

Formar agentes educativos, sociales y comunitarios institucionales en servicio: madres comunitarias, madres sustitutas, personas de servicios generales, jardineras, educadores infantiles, educadores comunitarios, agentes comunitarios de salud de la estrategia AIEPI, agentes de pastoral y educadores familiares, para suministrar a los preescolares, criterios de calidad, protección y educación, y proveerles, afecto y buen trato.

En lo referente a la estrategia AIEPI, brindar educación en cuanto al manejo apropiado de estas enfermedades, que permitan la identificación temprana de los signos de alarma, y por ende la disminución de la morbimortalidad en el sector. Según los datos obtenidos, las intervenciones deben orientarse principalmente hacia la disminución de los riesgos psico-afectivos que se generan en las relaciones con niños, niñas y adolescentes, que afectan notablemente el riesgo familiar total de las familias de los preescolares enfermos, así mismo el fortalecimiento de las unidades AIEPI comunitarias, del sector

Continuar con la educación en salud sexual y reproductiva, desarrollando nuevas metodologías que permitan el acercamiento con toda la población.

2. Relacionadas con el Centro de Salud

Continuar con el proceso de implementación de la estrategia AIEPI, buscando garantizar la atención integral a los niños y niñas.

Desarrollar estrategias de educación a las familias en todos los espacios a los que asista buscando que adquieran la competencia de identificación de percepción del riesgo, factores de riesgo, familiares, individuales, sociales, signos de alarma, así como el manejo adecuado de la IRA y la EDA, y organización de la familia.

Intensificar la aplicación de inmunobiológicos, en los niños y niñas del sector, ya que se encontró un porcentaje preocupante de esta población con esquema incompleto de vacunación.

Promover pautas de crianza adecuadas desde la gestación para crear bases sólidas que garanticen la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo integral de los niños preescolares.

Fomentar la lactancia materna exclusiva, como factor protector en la aparición de episodios de IRA, EDA y desnutrición así como el fortalecimiento de vínculos afectivos, en la disminución del maltrato infantil y familiar.

Desarrollar estrategias tendientes a la educación o intervención en lo relacionado con el uso del alcohol y de sustancias psicoactivas.

Abanderar procesos a favor del buen trato a los niños y niñas y al interior de las familias.

Generar espacios en la atención hacia la familia.

Desarrollar conversatorios con las familias y sus hijos preescolares

Realizar seguimiento a los riesgos familiares en las familias que consultan frecuentemente.

3. *Relacionadas con las instituciones formadoras de recurso humano*

Diseñar, desarrollar, ejecutar y dar continuidad a las estrategias de Promoción de la Salud dirigidas a la familia y la comunidad

Fomentar la investigación en salud familiar, enfermería familiar, contribuyendo al enfoque de cuidado integral

Diseñar y desarrollar estrategias de acompañamiento, sistematización de experiencias significativas, formación de talento humano y/o producción de investigación y construcción de conocimiento sobre el tema.

Incentivar al conocimiento de la familia y establecer compromiso con el Cuidado de Enfermería a la Familia, que contribuya a la disminución de riesgos sociales.

Incluir en el plan curricular las teorías de enfermería relacionadas con la atención en salud familiar y destacar la importancia de la transversalidad con todas las asignaturas.

Formar profesionales con liderazgo que participe en la construcción de políticas públicas a favor de las familias y la infancia.

Potenciar a las familias y cuidadores primarios — como sujetos de derecho —, para relacionarse con el niño de manera más equitativa e inclusiva, y de igual modo a los centros de desarrollo infantil y la comunidad, partiendo del respeto la diversidad cultural en las pautas de crianza.

Promover la salud y la nutrición de las familias, prevenir la enfermedad e impulsar prácticas de vida saludable.

Incentivar en las familias la importancia que tiene la literatura, el juego y el arte en el desarrollo de los niños y niñas.

Realizar alianzas estratégicas con instituciones gubernamentales y no gubernamentales a favor de las familias y la infancia.

Divulgar los programas que ofrecen entidades estatales como la alcaldía municipal, familias en acción y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otros.

Desarrollar capacitaciones para la formación de gestores comunitarios y familiares en AIEPI, así como en la promoción de la salud, garantizar continuidad y seguimiento.

Generar estrategias de acercamiento comunitario, en el marco de la APS.

Realzar medición de impacto tanto en las familias como en las comunidades intervenidas.

4. Relacionadas con la familia

Garantizar un ambiente propicio para el pleno crecimiento y desarrollo de los miembros de la familia.

Propiciar espacios entre los miembros de la familia, permitir el descanso del cuidador principal.

Asistir a las actividades educativas a favor de las familias desarrolladas tanto por entidades públicas como privadas.

Comprender que ser padre o madre es un proceso que requiere paciencia, tolerancia pero sobre todo mucho amor y que se debe establecer el vínculo con los hijos desde la gestación.

Asistir a los controles de Crecimiento y Desarrollo, a la aplicación de las vacunas, a odontología, en general a todas las consultas temprana y oportunamente.

Construir normas y reglas de convivencia familiar que propendan por el respeto y el mantenimiento del control

Dialogar frecuentemente con los preescolares y destinar tiempo al juego y disfrute de la familia

▪

5. Relacionadas con los medios de comunicación

▪

- **Producir y difundir programas que beneficien a la familia y los preescolares y de movilización a la sociedad y a sus diferentes estamentos para posicionar el tema de primera infancia en la agenda pública del país y a escala departamental.**

6. Relacionadas con la Comunidad

Proponer el plan comunal del deporte, recreación y el aprovechamiento del tiempo libre efectuando su seguimiento y evaluación con la participación comunitaria.

Propender por las estrategias a favor de las familias y los preescolares.

Respetar la diversidad cultural, que permitan la resolución de conflictos a través de los mecanismos legitimados por el Estado.

A. ANEXO 1A. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AUTORA DE LOS INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE MANIZALES

Pereira, octubre de 2010

Doctora

PILAR AMAYA REY

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Sede Bogotá

Reciba un cordial saludo

Como autora del proyecto de tesis “**RIESGO FAMILIAR TOTAL Y DE GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES EN UN CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO DE PEREIRA RISARALDA**” y bajo la dirección de la profesora **VILMA FLORISA VELÁSQUEZ**, solicito de la manera más atenta la autorización para aplicar los instrumentos: Riesgo Familiar Total (RTF: 5-33) y grado de salud familiar (ISF:GEN 21) de los cuales usted es autora, comprometiéndome a cumplir con los requerimientos exigidos.

- Tener en cuenta todas las consideraciones éticas para su aplicación.
- El instrumento no sufrirá ningún cambio.
- Los instrumentos serán utilizados exclusivamente para el desarrollo del proyecto de tesis.
- Las bases de datos, en medio magnético, serán entregadas a la autora directamente antes de terminar el proyecto.

La presente solicitud es con el fin de iniciar la prueba piloto de la investigación bajo los parámetros legales.

Cordialmente,

LUZ ENITH VELASQUEZ RESTREPO

c.c 25.235.022 Villamaría Caldas

Estudiante Programa de Maestría

cc Vilma Florisa Velásquez, Magda Lucía Flórez

ANEXO 1B AUTORIZACIÓN AUTORA DE LOS INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
POSGRADOS EN ENFERMERÍA

Bogotá, D.C. jueves 25 de noviembre de 2010

Profesora
VILMA FLORISA VELÁSQUEZ
Directora de tesis

Estudiante
VELASQUEZ RESTREPO LUZ ENITH c.c. 25235022
Maestría en Enfermería en convenio con la Sede Manizales

Apreciada Profesora:

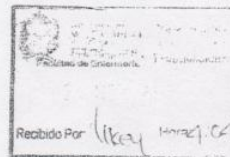
Autorizo la utilización de los instrumentos Riesgo Familiar Total (RFT 5:33) y grado de salud familiar (ISF:GEN 21) para ser aplicados exclusivamente en la tesis "Riesgo familiar total y de grado de salud familiar con hijos preescolares enfermos, consultantes en un centro de salud, Municipio de Pereira - Risaralda" que adelanta la estudiante **VELASQUEZ RESTREPO LUZ ENITH c.c. 25235022**, del área de Salud Familiar de la Maestría en Enfermería de la Facultad de la Universidad Nacional (Cohorte Manizales), con cumplimiento estricto de los criterios establecidos que se enuncian a continuación

- Tener en cuenta todas las consideraciones éticas para su aplicación.
- Los instrumentos no sufrirán ningún cambio.
- Los instrumentos serán utilizados exclusivamente para el desarrollo del proyecto de tesis.
- Las bases de datos serán entregadas a la autora en medio magnética antes de terminar el proyecto por el director de tesis.

Atentamente,

Pilar Amaya Rey

PILAR AMAYA REY
Autora instrumentos
C.C. Archivo



200 COLOMBIA
AÑOS DE IDENTIDAD - 1810-2010 -

Calle 44 N° 45-67. **UNIDAD CAMILO TORRES**. Bloque B2. Oficina 102
Teléfono: (57-1) 316 5448 Telefax: (57-1) 316 5447/48 Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 10326 - 10332 Fax: 10326
Correo electrónico: maestria_febog@unal.edu.co - progdocto_fbog@unal.edu.co / Bogotá, Colombia, Sur América
ciencia y tecnología para el país

ANEXO 2A
SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA TESIS

Página 1 de 1

Pereira, octubre de 2010.

E.S.E. Salud Pereira	
Correspondencia Recibida	
Consecutivo	R-4124
Fecha de Radicación	25/10/2010-04:45 PM
Remilente	LUZ ENITH VELASQUEZ ...
Destinatarios	10-Gerencia
T.R.D.	04.03-Informe Respuestas a Requerimiento...

Doctor
JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente
ESE Salud Pereira
Pereira

Reciba un cordial saludo,

De acuerdo a lo acordado el día miércoles 6 de octubre con usted, solicito autorización en calidad de estudiante del programa de Maestría en Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia, para realizar el proyecto de tesis denominado "Riesgo Familiar Total y grado de Salud Familiar de las familias con hijos preescolares enfermos, consultantes en un Centro de Salud del municipio de Pereira Risaralda"; en el Centro de Salud de Villasantana, con el propósito de identificar las características de dichas familias, tomando como referencia que durante el año 2009, se presentaron 4 muertes en la comuna que lleva el mismo nombre y que al hacer las investigaciones respectivas se encontraron prácticas inadecuadas al interior de los hogares.

Cualquier información o inquietud favor comunicarse al siguiente número telefónico número telefónico 3146187405

Cordialmente,


LUZ ENITH VELASQUEZ RESTREPO
c.c 25.235.022 Villamaría Caldas
Estudiante Programa de Maestría

ANEXO 2B

AUTORIZACIÓN DE LA ESE SALUD PEREIRA

Página 1 de 1

Pereira, octubre de 2010.

Doctor
JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente
ESE Salud Pereira
Pereira

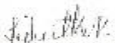
E.S.E. Salud Pereira	
Correspondencia Recibida	
Consecutivo	R-4124
Fecha de Radicaci	025/10/2010 04:46 PM
Remite	LUZ ENITH VELASQUEZ ...
Destinatario	10-Corencia
T.R.D.	04.03 Informe Respuestas a Requerimiento...

Reciba un cordial saludo.

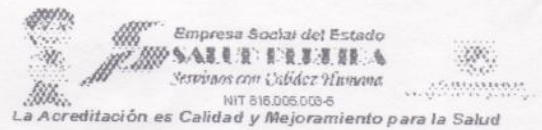
De acuerdo a lo acordado el día miércoles 6 de octubre con usted, solicito autorización en calidad de estudiante del programa de Maestría en Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia, para realizar el proyecto de tesis denominado "Riesgo Familiar Total y grado de Salud Familiar de las familias con hijos preescolares enfermos, consultantes en un Centro de Salud del municipio de Pereira Risaralda"; en el Centro de Salud de Villasantana, con el propósito de identificar las características de dichas familias, tomando como referencia que durante el año 2009, se presentaron 4 muertes en la comuna que lleva el mismo nombre y que al hacer las investigaciones respectivas se encontraron prácticas inadecuadas al interior de los hogares.

Cualquier información o inquietud favor comunicarse al siguiente número telefónico número telefónico 3146187405

Cordialmente,


LUZ ENITH VELASQUEZ RESTREPO
c.c 25.235.022 Villamaría Caldas
Estudiante Programa de Maestría

ANEXO 2 C
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN ESE SALUD PEREIRA



60

Pereira,

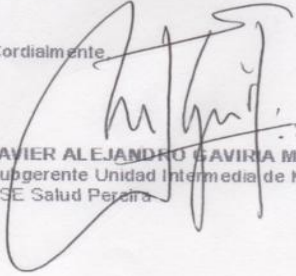
Enfermera
LUZ ENITH VELÁSQUEZ RESTREPO
Estudiante Maestría de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Cordial Saludo,

Me permito informarle que la solicitud de octubre 25 de 2010, fue aprobada, para el desarrollo de su investigación en el Centro de Salud de VillaSantana denominado: "RIESGO FAMILIAR TOTAL Y DE GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES EN UN CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO DE PEREIRA RISARALDA" teniendo en cuenta los parámetros de calidad y ética en su realización.

De igual forma solicito la presentación de los resultados de la investigación a la institución.

Cordialmente,



JAVIER ALEJANDRO GAVIRA MURILLO
Subgerente Unidad Intermedia de Kennedy
ESE Salud Pereira

SUBGERENCIA ASISTENCIAL UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY
Calle 9 E Carrera 12 Plaza del Estadio Mora Mora. Teléfono 3314450 Extensión 102 Fax: Extensión 124
Visítanos en www.saludpereira.gov.co

ANEXO 3A
INFORMACIÓN DEL INVESTIGADOR PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO

Luz Enith Velásquez Restrepo, estudiante del programa de Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con la dirección de Tesis de la profesora Vilma Velásquez, realizo mi tesis de maestría sobre: RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES EN UN CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO DE PEREIRA RISARALDA

El objeto de estudio es su familia por lo cual, se realizarán preguntas acerca de ella, usted será informado/a previamente sobre los objetivos del estudio y de la libertad de retirarse en el momento que lo considere necesario.

Este estudio se realizará aplicando dos instrumentos Riesgo Familiar Total: 5-33 y de Salud Familiar: ISF: GEN - 21 elaborados y probados por la doctora Pilar Amaya de Peña con el objetivo de conocer el Riesgo familiar total y grado de salud familiar. Este es un estudio de riesgo mínimo ya que no se realizan intervenciones invasivas o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las familias.

La información se obtendrá con una entrevista programada con una duración de 30 a 45 minutos, realizada por un profesional de Enfermería conocedor de la investigación; durante la entrevista se le harán preguntas al participante o al informante de su familia, que usted delegue; sobre los factores de riesgo y el grado de salud de su familia como la conformación, organización, funcionamiento y factores de riesgo de salud.

Esta entrevista es totalmente voluntaria, aún después de haberse iniciado, el participante puede retirarse y no responder a alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento.

Las respuestas a las preguntas e información sobre su familia no serán reveladas a nadie, ni en ningún estudio será identificados usted, su familia. o uno de sus miembros.

Es importante aclarar que la participación o no en el estudio, no afectará la situación del preescolar que ha consultado en el Centro de Salud, ni la atención de salud para ningún miembro de la familia

Agradecemos su valiosa participación y el deseo de que los resultados de esta entrevista sean insumo importante para la presente investigación.

ANEXO 3B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

RESPONSABLE: Enfermera Luz Enith Velásquez Restrepo

DIRECTOR DE TESIS: Magíster Vilma Velásquez

_____ con C.C N°
_____ de _____, doy la autorización para que mi familia pueda ser entrevistada por un profesional de enfermería con el objetivo de conocer datos sobre nuestra familia para el estudio denominado **“RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES EN UN CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO DE PEREIRA RISARALDA”**.

Entiendo que mi familia es pre seleccionada como parte del estudio por cumplir las características, entre ellas ser cuidador de un preescolar y que haya consultado por enfermedades prevalentes de la infancia, en un Centro de Salud de Pereira.

El entrevistador guardará confidencialidad acerca de los datos obtenidos, la información que suministre no será revelada a nadie, ni ninguno de los integrantes de la familia será identificado cuando se den a conocer los resultados del estudio y éstos sean publicados.

La entrevista tiene una duración aproximada entre 30 a 45 minutos aproximadamente y se me informó que la entrevista no tiene ningún riesgo para mi familia.

Teniendo claro lo anteriormente expuesto y con toda la autonomía para tomar la decisión doy la autorización para participar del estudio voluntariamente.

Nombre

_____ CC

TESTIGO

_____ CC

Fecha: _____

ANEXO 3C
DELEGACIÓN DE INFORMANTE DE LA FAMILIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

RESPONSABLE: Enfermera Luz Enith Velásquez Restrepo
DIRECTOR DE TESIS: Magíster Vilma Velásquez

_____ con C.C N° _____ de _____, doy la autorización para que mi familia pueda ser entrevistada por un profesional de enfermería con el objetivo de conocer datos sobre nuestra familia para el estudio denominado **“RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES EN UN CENTRO DE SALUD, MUNICIPIO DE PEREIRA RISARALDA”**, y delego a _____ con C.C _____ de _____, para que brinde la información que sea necesaria sobre mi familia.

Entiendo que mi familia es preseleccionada como parte del estudio por cumplir las características, entre ellas ser cuidador de un preescolar y que haya consultado por enfermedades prevalentes de la infancia, en un Centro de Salud de Pereira.

El entrevistador guardará confidencialidad acerca de los datos obtenidos, la información que suministre no será revelada a nadie, ni ninguno de los integrantes de la familia será identificado cuando se den a conocer los resultados del estudio y éstos sean publicados.

La entrevista tiene una duración aproximada de entre 30 a 45 minutos aproximadamente y se me informó que el procedimiento no tiene ningún riesgo para mi familia.

Teniendo claro lo anteriormente expuesto y con toda la autonomía para tomar la decisión doy la autorización para participar del estudio voluntariamente.

Nombre

_____ CC

TESTIGO

_____ CC

|

ANEXO 4 AVAL COMITÉ DE ÉTICA



UGI-058-2011
Bogotá D.C., 23 de marzo de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite dar aval desde los aspectos éticos al Proyecto de Investigación de Maestría en Enfermería "RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS PREESCOLARES ENFERMOS, CONSULTANTES DE UN CENTRO DE SALUD, PEREIRA - RISARALDA", de la estudiante Luz Enith Velásquez Restrepo, directora profesora Vilma Florisa Velásquez.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Vilma Florisa Velásquez

ciencia, tecnología e innovación para el país

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

Bibliografía

- AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5 - 33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004.
- _____. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. 1ª. edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004.
- _____. Salud familiar y enfermería. Memoria Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá, octubre 1 al 3 de 1987 auspiciado por la OPS y el Ministerio de Salud. Bogotá: Editorial CAFAM, 1987.
- ASEN Y THOMPSON, E. El ciclo Vital de la Familia. Guía práctica para los profesionales de salud. Mimeo, 1997.
- BELLO Marta: El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. 2003. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista7/articulos/martha%20bello.htm>. Consultado octubre 2011.
- CAMPOS, MS., Márquez, F. Alimentación Láctea artificial. 2002. En: Casassas, R. y Campos, C. (Eds.), Cuidados Básicos del niño sano y del enfermo. 2ª. edición ampliada, pp. 76 88. Santiago: Ediciones de la Universidad Católica de Chile. 2002.
- CEPAL y Naciones Unidas. IBÁÑEZ Ana María y VELÁSQUEZ Andrea. El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia. 2008. Internet Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf> Consultado Septiembre 2011
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1098 (2006). Nueva Ley de la Infancia y la Adolescencia: Título II, capítulo 1 Obligaciones de la familia, sociedad y el estado. Art.39. Bogotá: Lito Imperio, 2008. p.20-24.
- _____. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social.

- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
- _____. Ley 1122 de 2007.. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social. Colombia Ministerio de la Protección Social. Bogotá.
- _____. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia
- _____. Ley 1438. (19, enero, 2011). Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: *Diario Oficial*, No. 47.957. 2011. p.1 -51.
- _____.Ley 1450 de 2011. Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.
- _____.Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social.
- COLOMBIA. Conpes 3622. Asistencia a la primera infancia a nivel nacional. Asistencia a la niñez y apoyo a la familia para posibilitar a los niños el ejercicio de sus derechos - atención a la población desplazada –APD-, a nivel nacional. 2009.
- COLOMBIA. Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años Bogotá, diciembre de 2006
- COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991. Capítulo II, De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículos 42, 44-46. Edición: 19. Bogotá: Editorial: Panamericana. 1998.
- COLOMBIA. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Ministerio de Salud. Conceptualización y orientaciones para el trabajo con la Familia. Santa fe de Bogotá: 1999.
- COLOMBIA. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia Intrafamiliar. Bogotá: 2005.
- COLOMBIA. Los objetivos de desarrollo del Milenio. II Informe de Seguimiento. 2008. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/colombia/noticias/documentosdetrabajo/1/39731/P39731.xml&xsl=/colombia/tpl/p38f.xsl&base=/colombia/tpl/top-bottom.xsl>

- COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá: febrero de 2000.
- COLOMBIA. Tribunal ético de enfermería Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Capítulo IV. Artículo 34. *Diario Oficial* No. 45.693 de octubre 6 de 2004.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. 2004.
- _____. Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros. 2007.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Misión Social. 2002. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Alfa omega Colombiana S.A. Bogotá. 2002. p. 43.
- EGUILUZ L. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax.2003.
- ECHEVERRY LÓPEZ, María E. La situación de la salud en Colombia. En: La salud Pública Hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Memorias Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002.p.350.
- Enfermería. 4ª. Ed. Harcourt Brace. España.1999.
- ENRÍQUEZ G. Carolina Lucero. Factores de riesgo asociados a bajo rendimiento académico en escolares de dos instituciones educativas públicas en Bogotá. Universidad CES Medellín 2008.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, 'Monitoring Progress on Major Conventions, Declarations and Plans for Children' y 'UNSG Study on Violence against Children: What are the limitations of the existing data and how can they be improved?', UNICEF, Nueva York, octubre de 2006 (documentos internos). En: UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance

sobre la protección de la niñez. Núm. 8, septiembre de 2009. p.7. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/ProgressforChildren-No18_Sp_08132009.pdf, 16 febrero de 2012.

- FRANCO AGUDELO Saúl. ed. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias cátedra Manuel Ancízar. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología, ISBN 9587012216. Bogotá, 2005. p.476
- FRIEDEMANN. M.L. The Framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks. 1995.
- GOBERNACIÓN DE RISARALDA y Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira. MARTÍNEZ, JW. Línea de base nutricional en menores de cinco años en Risaralda. Pereira: ISBN 978-958-99483-0-9.
- GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia, 1922-1999. Estructura, función y cambio en la familia en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia. 1999. XXV 712
- HERNÁNDEZ A, Mario. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Universidad Nacional de Colombia. La salud Pública Hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en: CORSI O, Carlos. La reforma de la reforma en salud. En: Universidad Nacional de Colombia. La salud Pública Hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancízar, 1 semestre de 2002. Editor: Franco A, Saúl. Bogotá, 2005. p.457.
- IBARRA FERNÁNDEZ Antonio José. Capítulo 8 Valoración de Enfermería del paciente neonatal en estado crítico. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo8/capitulo8.htm>
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Colombia Por La Primer Infancia. Enero 2011. <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/4PROYECTOPEdagogicoEducativoComunitario.pdf>
- INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. 2006 http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf
- JELIN, Elizabeth. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas. CONICET- Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. R e u n i ó n de e x p e r t o s “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales” CEPAL, 28 y 29 de junio 2005. Sala Medina. p. 21

- KOZIER, B. et al. Marcos para el estudio de la Familia. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. México: Mc Graw-Hill. 1992.
- LAMUS Francisco, DURÁN Rosa, DOCAL María del C, SOTO Luz y RESTREPO Sonia. Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. *Revista Gerencia, Política. Salud*. Bogotá: 6(12):126-143, enero-junio de 2007.p.128-9.
- LÓPEZ HERRERA, Harold. Consideraciones acerca de la relación entre familia y atención en Salud. Memorias Primer Foro Salud y Cultura para el siglo XXI: Hacia nuevos paradigmas desde los saberes. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. 2001.
- LÓPEZ M, Luz María. El cómo en la investigación de familia: Reflexiones de la experiencia desde un abordaje cualitativo. Manizales: *Redalyc-Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*. Vol. 3, No 001. 2005. p.8.\
- LOURO BERNAL, Isabel de Lourdes y SERRANO PATTEN, Ana. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2010, vol.36, n.1, pp. 38-53.
- MARRINER- TOMEY, Ann; RAILE Alligood, Martha Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier España, 2007 - 828 p.
- MARTÍNEZ BENCARDINO, Ciro. Estadística y muestreo. 11a. edición. ECOE Ediciones. Bogotá, enero 2002.p.562.
- MEJÍA, Diego y otros. Salud Familiar. Bogotá: ISS. ASCOFAME. 1990.
- MELENDO, Tomás. Familia, sé lo que eres. Madrid. Ediciones RIALP, Alcalá. 2003.
- MISIÓN SOCIAL, Departamento Nacional de Planeación DNP, ICBF, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Bogotá: Alfaomega Colombiana. 2002.
- MOLINA DE URIZA. Salud Familiar. Instituto de Seguro Social. Ascofame. 1998
- MONTOYA ZAPATA Jorge Andrés, ABAB FRANCO Juliana, RIVERA ARCILA Biviana Yulieth; HINCAPIE CUBIDES Victoria Eugenia. Problemas Sociales en Risaralda.2010 pág 16

- NOBEL MARTÍ Gloria, LLUT CANUT, María Teresa, et al. Enfermería psicosocial y Salud Mental. 1ª. Edición. Barcelona: 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades Transmisibles. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington, DC, EE.UU. abril de 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Cuaderno%20de%20Trabajo.pdf>
- _____. Prácticas clave familiares y comunitarias. Estrategia AIEPI. 2010.
- _____. Comunitario Paho. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>
- _____. Manual de AIEPI clínico de la enfermería, 2009.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe, Nueva York. ONU, 2009. [En línea]. [Citado 23 nov. 2009]. Disponible en: www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2010.
- OROZCO C, Magda Liliana y VELÁSQUEZ G, Vilma Florisa. Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería, de una universidad pública. En: Hacia la promoción de la salud. Manizales. Vol.15, No.1. 2010. p.78
- PIZA F, Patricia. Caracterización del riesgo familiar total y del grado de salud familiar de las familias con escolares de la institución educativa Atanasio Girardot sede Rafael Pombo, Girardot, Cundinamarca, 2006. (Tesis Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar). Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.2006.
- POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw-Hill – Interamericana. 2001

- PROFAMILIA. Salud sexual y salud reproductiva. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=158&Itemid=14>
- _____. Características generales de los hogares y de la población. En: Encuesta de demografía y salud 2005-2010 [en línea]. Bogotá. Revisión 21 de septiembre 2010. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_III.pdf> p.13
- PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005. p.37- 96.
- PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010. p.35- 102
- QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela. Diccionario especializado en familia y género: investigación terminológica y documental. *Rev. Interam. Bibliot. Medellín* (Colombia) Vol. 29 No. 2 julio-diciembre de 2006. ISSN 0120-0976.
- QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. La perspectiva de género y las nuevas organizaciones familiares. Manizales, 1999. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p.83.)
- RUIZ Legido O. El nuevo papel de la enfermera. Secretaria General FACUA Andalucía. 2008. Medicina de Familia (And) Vol. 8, Nº. 2, febrero 2008. <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v8n2/02.pdf>
- SACCHI, Mónica, HAUSBERGER Margarita, PEREYRA Adriana. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. 2007. Salud colectiva versión On-line ISSN 1851-8265. Salud colectiva v.3 n.3 Lanús sept./dic. 2007.
- SANTA CRUZ J: La Familia como Unidad de Análisis. Revista Médica del IMSS, 1983.
- SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA. Estrategia AIEPI. Plan Operativo 2008 – 2011.
- SMILKSTEIN, Gabriel. En: MEJIA, Diego y otros. Salud Familiar. ASCOFAME, Bogotá, 1990. p. 30-33
- SUÁREZ RESTREPO Nelly, RESTREPO RAMÍREZ, Dalia. Teoría y práctica del Desarrollo Familiar en Colombia.

- SULLIVAN, J.; FAWCETT, J. “La medición del fenómeno familiar”. En: A. L. WHALL & J. FAWCETT (Eds). *Family Theory Development in nursing Science an Art*. Philadelphia F. A. Davis. Co., 1991, p. 19.
- UNESCO. Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana. Santiago, Chile, agosto 2004.p.13.
- UNICEF. Estado de la infancia en América Latina y el Caribe 2008. Supervivencia infantil.
- UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez. Núm. 8, septiembre de 2009. p.1-7. Consultado en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/ProgressforChildren-No18_Sp_08132009.pdf, 16 febrero de 2012.
- UNIVERSIDAD DEL NORTE. Situación de pobreza extrema: Un caso en Colombia Artículo Original Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (2): 205-219.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Seminario Internacional Familias: cambios y estrategias. Presentación general final. Octubre, 2005. p.1.
- URIBE MENESES Angélica Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar de las familias con niños menores de cinco años que asisten al programa ampliado de inmunizaciones en IPS públicas y privadas del municipio de Pamplona en los primeros siete meses del año 2004. Convenio Universidad Nacional de Colombia - Universidad Francisco de Paula Santander.
- VALENZUELA, C Luz Stella y CIFUENTES, Rosa María. Investigación social participativa en observatorios de infancia y familia en Colombia. Bogotá: *Revista Tendencia & Retos*. No. 12, 2007.p.15.
- VELANDIA, Ana Luisa. Interrelaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia. En: Memorias II Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín. 1989. p.77.
- VILLALOBOS V. BERTHA E. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con hijos en preescolar, matriculados en el Colegio San Rafael, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 2008.
- VILLAVECES N, Juanita y ANZOLA G, Marcela. Anotaciones sobre cultura en Colombia. Borradores de investigación. 004351. Centro Editorial Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Bogotá: 2005.

- ZAMUDIO CÁRDENAS, Lucero y RUBIANO B, Norma. Las familias de hoy en Colombia. Bogotá. Formato Comunicación Diseño. 1994. p. 73.