

## Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia)

### Total family hazard in families with elderly, municipality of Funza (Cundinamarca, Colombia)

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez<sup>1</sup>, María Consuelo del Pilar Amaya-Rey<sup>2</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** Caracterizar las familias con personas mayores en el municipio de Funza (Cundinamarca) desde el enfoque de Riesgo Familiar Total.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. Muestra de 71 familias seleccionadas por conveniencia. Se utilizó el instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 7-70 (1).

**Resultados:** Los resultados indican que la mitad de las familias son extensas, distribuidas en extensas modificadas (46.5%) y extensas (2.8%), con riesgo familiar total alto (47.9%), influido principalmente por las subcategorías “morbilidad en la familia” y “ambiente socioeconómico”. Estos son los coeficientes de correlación entre las subcategorías del instrumento RFT 7-70: estilos de vida familiar con ambiente psicoafectivo (0.566), prácticas de salud con morbilidad familiar (.402), estilos de vida familiar con ambiente físico de vivienda (.388), servicios de salud con ambiente físico de la vivienda (.362) y con la morbilidad (.361).

**Discusión y conclusiones:** En las familias colombianas clasificadas en los estratos socioeconómicos uno a tres, los riesgos familiares son asociados con las características de los miembros, la morbimortalidad, el medio ambiente (socioeconómicos, de la vivienda, psicoafectivo, estilo y prácticas de salud) y la accesibilidad, disponibilidad y aceptación de los servicios de salud. Todas las familias del estudio tienen riesgo, por tanto requieren atención en salud en todos los niveles de cuidado. Son prioritarias las familias de alto riesgo producto de las precarias condiciones económicas, sociales, educacionales y de salud. El RFT es útil para delinear aspectos de investigación y la práctica.

**Palabras clave:** Familia, adulto mayor, riesgo familiar total, enfermería.

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2012  
Fecha de aceptación: 30 de junio de 2012

<sup>1</sup> MSc. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.

<sup>2</sup> Ph.D. Profesora Titular, Emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.

**Correspondencia:** Vilma Velásquez Gutiérrez. Universidad Nacional de Colombia. Carrera 44 n° 45-67, Unidad Camilo Torres, bloque B2, oficina 702. vvelasquez@unal.edu.co, mcamayad@unal.edu.co, p\_amaya\_rey@yahoo.com

### Abstract

**Objective:** To portray families with elderly in the municipality of Funza, from the approach of Total Family Hazard. **Materials and methods:** Descriptive transverse study with quantitative boarding. A sample of 71 families was selected by convenience.

**Materials and methods:** The material used was Instrument of Total Family Hazard RFT 7-70 (1).

**Results:** The results indicate predominance of big families (29%), atypical (29%) and big modified (24%), with high total family hazard (47.9%), mainly influenced by subcategories morbidity in the family and socioeconomic environment. The correlations coefficients are shown in subcategories: family lifestyle with psycho-emotional environment (0.566), health practices with family morbidity (.402), family lifestyles with physical housing environment (.362), and with morbidity (.361).

**Discussion and conclusions:** In families of socio-economical strata from first to third level, family hazards are associated with the characteristics of family members, morbimortality, environment (socioeconomic, housing, psycho-affective, health style and practices) and accessibility, availability and acceptance of health services. All the families of the study are at risk; therefore, they require health care at all levels. High-risk families have priority given their precarious economic, social, educational and health conditions. The TFH is useful to outline research and practice aspects.

**Keywords:** Family, elderly, total family risk, infirmity, investigation, disability.

## INTRODUCCIÓN

La Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento planteó desde 2002 que el envejecimiento de la población es un proceso mundial, y que la proporción de las personas de 60 y más años va en aumento, así que para 2050 la proporción de estas personas de 60 y más llegará a 21 por ciento. Este fenómeno afecta a los países y acarrea consecuencias directas para las personas mayores, exige modificaciones en los estilos de vida, además de dificultar las relaciones familiares, debido a que aumenta la responsabilidad familiar, el desgaste económico, lo cual hace decrecer la posibilidad de ahorro, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos, así como también la asistencia prestada entre las generaciones, la composición y organización de la familia, la vivienda y las migraciones, y por sobre todo la atención médica, de enfermería y de salud y de servicio social (2,3).

Así, cuando la familia y el cuidador familiar asumen la responsabilidad de cuidar a la persona mayor se afectan todos los aspectos de la vida de la persona cuidadora y de la familia en las diferentes formas listadas, además de generar ansiedad, estrés, y las relaciones intrafamiliares complicadas, disfuncionales y en ocasiones violentas y de abandono y descuido. Por otra parte, la literatura de 1997 hasta 2004 muestra de manera consistente las consecuencias negativas predominantes y peligrosas para la familia y el cuidador intrafamiliar de las personas mayores; además, pone en evidencia que estas son más severas y críticas a medida que aumenta la edad de la persona mayor, sin embargo, es grato encontrar señales de actitudes positivas de esta tarea relacionada con el cuidado de la persona mayor en el seno de la familia (4). Esta positiva reacción ocurre cuando la familia aprende a dominar la situación, mejorando competencias y habilidades en el rol de cuidadores o tiene la

oportunidad de discutir las dificultades que esto conlleva reduciendo las penalidades, por lo cual, tanto la familia como la persona mayor perciben y crecen desarrollando un sentido de satisfacción, de ser capaces de cuidarse los unos a los otros (4, 5). Se conoce que entre 70 y 80 por ciento del cuidado de las personas mayores es suministrado por la familia que tiene efectos sobre ella, como se describió, pero también impacto positivo y negativo sobre la persona mayor. Cuando las consecuencias son negativas como el abandono, el abuso acarrea resultados nefastos. Cuando es lo contrario, el adulto mayor ve el cuidado de la familia incorporado de manera agradable, donde se le respeta la autonomía, se siente satisfecho y establece una relación positiva con la familia como cuidadora, y mantiene un balance positivo en lo que da y recibe de ella.

El fenómeno del envejecimiento desde lo social muestra en América Latina y el Caribe dos características preocupantes: un ritmo más acelerado históricamente en países en vías de desarrollo que en los países de mayor crecimiento económico y social y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad entre los recursos de la población, y un débil progreso institucional, sobre todo en los sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, acompañado de una sobrecarga peligrosa para la familia que, junto con asumir las necesidades de las personas de edad avanzada, se compromete con los vacíos derivados de la exigua presencia de las instituciones sociales como dispositivos de protección y cohesión (6). De acuerdo con un estudio de Aldaz-Carroll y Moran (2001) sobre la transmisión transgeneracional de la pobreza en 16 países de Latinoamérica, los factores familiares (como baja escolaridad, estructura familiar disfuncional o presencia de violencia doméstica)

son trascendentales en la comprensión y el abordaje para afrontar la pobreza. Así, fortalecer la familia es una condición *sine qua non* de superación de la pobreza (7).

La familia siempre ha desempeñado un papel importante en el cuidado de las personas mayores (4) y se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde se ocupa principalmente de dos dimensiones: una específica –vinculada con el proceso de crianza y formación de los hijos– y otra complementaria –que hace referencia a la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias. El más relevante de los mecanismos de apoyo que reciben las personas mayores de la familia es la convivencia, que involucra no solo albergue y comida, sino también tiempo y servicios, convirtiéndose la familia en una fuente de múltiples apoyos (8) que garantizan la supervivencia. Esta circunstancia no significa que la convivencia con la familia garantice todas las exigencias de apoyo que se requieren (3).

Las familias colombianas de hoy representan la diversificación (social, cultural, y étnica) lo mismo que en la composición y estructura y expansión de roles, rompiendo con el modelo del rol de varón proveedor-mujer cuidadora, siendo predominante el aumento de las familias con mujeres cabeza del hogar y la redistribución del tamaño promedio de las familias (8). Se argumenta que el tamaño del hogar guarda una relación inversa con el ingreso (9), que la composición del hogar afecta la distribución de recursos disponibles y aspectos emocionales de sus integrantes, y que el tamaño del

hogar y el género de su jefe están asociados a menudo con diferentes niveles de bienestar familiar (10). A pesar de lo anterior, la familia persiste como un pilar fundamental en el régimen de bienestar latinoamericano (11), aunque no siempre de manera afortunada por la precariedad de recursos para cubrir las necesidades de todos y cada uno de sus miembros (12).

En muchos países, las personas mayores apenas reciben protección formal, con la salvedad de los jubilados y pensionadas, que constituyen una minoría que ejerce de manera relativamente eficaz sus derechos. El resto de la población de edad avanzada debido a la escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensión y la exclusión del mercado laboral formal no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y “aparentemente” depende de manera exclusiva de la familia en la sobrevivencia cotidiana (13). Así, al encontrarse la persona mayor en contextos caracterizados primordialmente por factores de riesgo psicosocial y de privación sociocultural crónica, se refuerza el ciclo de marginación, inestabilidad en la vivienda disfuncionalidad, crisis y desesperanza que es común observar (14, 12).

Los colombianos reconocen que las familias son una fuente clave de apoyo ante la incertidumbre; para el 53 por ciento de ellos la unión familiar y la presencia de la familia extensa es el producto de la necesidad de supervivencia y de la tradición (15). En las familias extensas existe como “un alto grado de cooperación” que “en casos de emergencia” genera un fuerte sentimiento de solidaridad que aprieta las ramas de parentesco. Por encima de los conflictos entre sus miembros, “salva a esta molécula social de su desintegración el fuerte funcionalismo

que para la sobrevivencia individual éste representa”. Al fin y al cabo, “son más las razones para permanecer unidos que para disociarse” (16).

Así, la familia extensa, viva o no en el mismo hogar, es reconocida como una modalidad de aseguramiento (17), pero por su complejidad también favorece la posibilidad de generar mayor número de riesgos, como ha sido encontrado en investigaciones de familias en las que tanto las familias extensas como las atípicas son las que mayores riesgos reportan (12). Frente al riesgo, las familias colombianas consideran que los eventos críticos de mayor peso son el desempleo del jefe del hogar, seguido de una pérdida económica importante, la presencia de un enfermo grave, el abandono del hogar por parte de un menor de 18 años y la muerte reciente de algún miembro (9).

Según Amaya-Rey (18), en la familia colombiana de estratos socioeconómicos 1 a 3, los riesgos que afectan entre el 30 y 50 por ciento de las familias estudiadas (n= 3860) están los relacionados con la presencia de menores y personas mayores, los ingresos escasos para las demandas de salud y las necesidades básicas, la falta de recreación, la ausencia de información a los servicios de salud, la ansiedad permanente, los problemas de salud no resueltos, el manejo impropio de medidas de prevención y el consumo de alcohol o psicoactivos. En general, estas condiciones amenazan la salud de cada persona, pero principalmente a los más vulnerables, que están en las edades extremas de niños y mayores de sesenta, que registran morbilidad sentida de manera predominante (12, 18). Otros estudios que se centran en las características de las familias con adultos mayores reportan:

Disfunción familiar en 67 por ciento de los participantes, relacionado con el alto grado de estrés psicosocial que viven estas personas y sus cuidadores o familias. El estrés psicosocial crónico en el cuidador es un factor de riesgo para convertirse con el tiempo en síndrome de maltrato al anciano (19).

Los problemas de accesibilidad e inseguridad limitan el desplazamiento o transporte del anciano fuera de casa para realizar un mínimo de actividad física-recreativa, compra de provisiones, o cuando necesita atención médica urgente. El espacio reducido y el hacinamiento en la mitad de los domicilios es un factor de riesgo para un ambiente de privado, contagio de infecciones, accidentes e incendios (20).

Los peligros arquitectónicos en casi la mitad de los hogares son un factor de riesgo para trauma y caídas de las personas mayores. Los problemas ambientales, junto con la alta prevalencia de incapacidades, justifican la necesidad de ayuda social, consistente en comidas calientes, modificaciones ambientales, aditamentos, aseo del hogar, lavado de ropas” (19) contacto y socialización, entre otros. Además, la pérdida de los roles paternal, maternal y ocupacional favorece la probabilidad de aumentar los riesgos por la pobreza y el aislamiento social, como resultado de los costos que demandan los diferentes servicios que requiere el adulto mayor y la familia.

En la Maestría de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, de los 32 estudios que han utilizado el instrumento de RFT 7-70 en los archivos de registro de tesis del programa en 2011, siete han sido sobre caracterización del riesgo familiar total de familias con personas mayores, realizados en dos municipios y tres ciudades capitales

de Colombia (tabla 1). Todos muestran que predominan los riesgos familiares totales altos y medios en las familias de personas mayores con enfermedad crónica o con discapacidad y beneficiarios de programas del Estado. Tales riesgos están relacionados más que todo con factores del ambiente socioeconómico, vivienda y vecindario, psicoafectivo y de prácticas de salud, pero ninguno de los estudios establece el riesgo en relación con el tipo de familia, aunque se conoce que las familias extensas y atípicas presentan los riesgos más altos comparadas con las familias nucleares y las parejas en los estudios en general, como se vio anteriormente (21).

**Tabla 1.** Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total en familias con personas mayores en Facatativá, Susa, Bogotá, Ibagué y Villavicencio

Investigaciones de Riesgo Familiar Total en familias con personas mayores. Lugar y año	Riesgo familiar Alto	Riesgo familiar Medio	Riesgo familiar Bajo
Facatativá, 2001 (22)	96	4	0
Villavicencio, 2001(23)	4	13	83
Susa, 2003 (24)	17	65	18
Bogotá, 2003 (25)	42	46	12
Bogotá, 2005 (26)	53	35	12
Bogotá, 2005 (27)	35	35	30
Ibagué, 2005 (28)	5	41	54

**Fuente:** Investigaciones sobre Caracterización del RFT de las familias con adultos mayores, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería; 2008.

Este estudio es importante a escala municipal, ya que gran parte de la atención en salud ocurre en el ámbito familiar y su contribución es particularmente importante en

el tratamiento de las enfermedades discapacitantes y/o crónicas, especialmente en las personas mayores, que requieren de una atención continua y prolongada, por razones de tipo económico, social y de salud. De esta manera, la familia es productora y demandante de bienestar social, influida por los cambios que afectan su entorno inmediato y “algunas condiciones de riesgo, que 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” (21).

Para caracterizar las familias se conceptuó sobre el enfoque de Riesgo Familiar Total (21), desarrollado por Amaya, que se basa en los resultados de la investigación y en la práctica familiar. Algunos de los postulados relacionados con este estudio son los siguientes (21):

1. El Riesgo Familiar Total 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, hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de salud individual y familiar en el momento de la valoración.
3. El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.
4. Toda familia está expuesta a riesgos biológicos-demográficos (por su composición, trayectoria de morbimorta-

lidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.

5. Los riesgos se asocian a las características propias de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado dependiente intrafamiliar o institucional.

De esta manera, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas en salud y el apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social y de salud permanente (21), asunto que da parámetros desde las investigaciones adelantadas para la práctica de Enfermería y de otros profesionales en servicios de Atención Primaria y la creación de política pública para personas mayores y la familia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para “inventariar” las circunstancias y eventos asociados al riesgo de las familias colombianas, la doctora Amaya construyó el instrumento de Riesgo Familiar Total con diversas versiones que han sido estandarizadas para Colombia y otros países en América Latina (12). Para este estudio se utilizó en 2003 el instrumento RFT: 7- 70, compuesto por 70 ítems que puntúan organizados en diez categorías: factores individuales por grupo de edad, de tipo biológico-familiar (composición, morbilidad, mortalidad), del medio ambiente familiar (socioeconómico, físico de vivienda y vecindario, psicoafectivo, estilo de vida, prácticas de salud) y

servicios de salud. Además de los datos de identificación de la familia por situación actual o por antecedentes familiares, compuesto por datos del censo de la familia y de los miembros familiares de convivencia y enfermedades de carácter familiar (29, 30). La familia con alto riesgo es aquella que no mantiene medidas de promoción, prevención y asistencia, en su composición, prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud, resultado de la calificación de cada subcategoría y una calificación total del riesgo familiar total (21). El cálculo del RFT se hace por la sumatoria de los ítems que se registran como uno en cada una de las categorías que puntúan. Así, la familia que alcanza un RFT menor de 11 ítems calificados como 1 se clasifica como de bajo, la de 11-21, como medio, y la que reporta un total de mayor de 22, como alto (29). El riesgo también da clasificación por cada una de las categorías. La categoría es alta si puntúa más de 3, media, entre 2 y 3, y baja, de 0 a 2 (22).

El instrumento RFT 7-70 ha sido sometido a la prueba psicométrica de Kruder y Richardson F-20, con un coeficiente Alfa de .82; Validez concurrente confirmada por correlaciones significativas entre el APGAR-ASFE (Escala de Efectividad del Funcionamiento Familiar); Validez predictiva confirmada con el índice de participación en cuidados prenatales. El instrumento presenta validez de constructo y de contenido (29).

Para realizar este estudio se recogieron los datos en 2003. El diseño fue descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. Fue preseleccionada una población constituida por 130 familias, de la cual se escogió como muestra por conveniencia para el estudio 71 familias correspondientes a be-

neficiarios y potenciales beneficiarios del programa "Atención Integral al Adulto Mayor" del municipio de Funza, distribuidas en 29 familias de los adultos mayores que acuden al centro día, 13 familias que reciben apoyo domiciliario y 29 familias de los potenciales beneficiarios que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: familia con personas mayores, residentes en Funza, beneficiario o potencial beneficiario del programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Las familias participantes fueron estudiadas cuando cumplieron con las exigencias del instrumento, tales como: cualquier miembro de la familia, mayor de 15 años con capacidad física y mental que pudiera responder el instrumento RFT: 7-70 por entrevista, que el consultado hubiese vivido de manera permanente en el último año con la familia evaluada, que fueran familias de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, y que el participante diera cuenta de su colaboración voluntaria mediante la firma del consentimiento.

Previo a la recolección de la información se solicitó autorización a la autora de los instrumentos (doctora Pilar Amaya) para la aplicación de los instrumentos de Riesgo Familiar Total: 7-70 (31) y a la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Funza. Se aplicó prueba piloto previa al estudio principal.

El desarrollo del estudio fue ajustado a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, prevaleciendo especialmente el criterio de respeto a la dignidad, autonomía y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, quienes firmaron el consentimiento informado.

## RESULTADOS

Las 71 familias estudiadas estuvieron compuestas por un total de 319 personas, más de la mitad beneficiarias del programa de Atención Integral al Adulto Mayor (59%), con un promedio de cuatro personas por familia y residentes por más de diez años en el municipio (83%). Las personas mayores corresponden a 30.4 por ciento de la población (11% hombres y 19.4% mujeres).

La edad promedio de los miembros familiares fue de 39 años, la población entre los 19 y 59 años, económicamente activa, representa 39.7 por ciento; dato que indica una alta relación de dependencia, posiblemente por el elevado porcentaje de personas mayores (30.4%) en las familias. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para las familias entrevistadas es alta (78.7%), especialmente al régimen subsidiado (48.3%), dadas las características de la población pobre y vulnerable. El Centro de Salud es valorado como el principal sistema de apoyo (83.1%); significativo para un alto porcentaje de familias porque tiene la capacidad de resolver enfermedades crónicas que aquejan a la mayoría de estas familias.

### RIESGO FAMILIAR TOTAL

Se encontró predominio del alto riesgo familiar total (47.9%), influido por la subcategoría de morbilidad de la familia, con promedio de 3.35 (alto riesgo), seguida con mediano riesgo en las subcategorías del ambiente socioeconómico (2.99), servicios de salud (2.38), ambiente psicoafectivo familiar (2.38) y riesgo por grupo de edad (2.04), lo cual muestra un panorama preocupante para estas familias, ya que los factores biológico-familiares, del medio ambiente y los servicios de salud ahondan la problemática

de las familias de interés. Su condición socioeconómica, composición familiar, la presencia de enfermedad crónica y discapacidad las hace más vulnerables, sobre todo a las que reportan que reciben apoyo domiciliario por discapacidad de la persona mayor (76.9%); posiblemente porque los factores interactúan simultáneamente (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución del Riesgo Familiar Total por tipo de beneficio

Apoyo domiciliario- por discapacidad de persona mayor	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	7.7
Medio	2	15.4
Alto	10	76.9
Centro día - persona mayor funcional		
Bajo	11	37.9
Medio	6	20.7
Alto	12	41.4
Potencial beneficiario		
Bajo	10	34.5
Medio	7	24.1
Alto	12	41.4
Total	71	

**Fuente:** Resultado según instrumento RFT 7-70. Funza (Cundinamarca), 2003.

Casi la mitad de las familias son extensas, distribuidas en extensas modificadas (46.5%) y extensas (2.8%), lo cual sugiere que optan por esta estrategia como medio de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida.

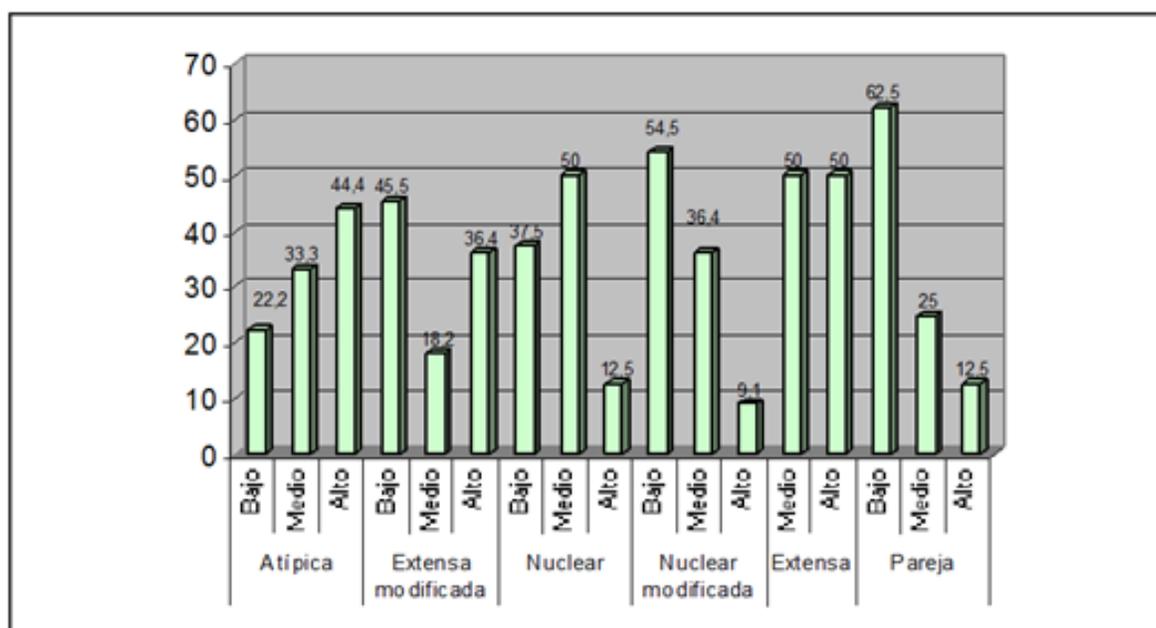
La figura 1 muestra cómo las familias extensas, atípicas y extensas modificadas presentan los más altos riesgos familiares; posiblemente por encontrarse en ellas padres

separados, hijos adicionales, medio hermanos y otras personas que pueden generar inestabilidad familiar asociada al reajuste estructural y de funciones familiares, lo cual genera más conflictos en los estratos de ingresos bajos, donde es frecuente la violencia física conyugal, el abandono de niños y ancianos, producto de una privación económica y afectiva más profunda que genera riesgos en salud, en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

El grupo ubicado entre 60 y más años es el de mayor riesgo (97.2%) por la presencia de algún riesgo individual, especialmente relacionado con discapacidad, accidentes, hipertensión arterial, maltrato y problemas de la visión. Las familias por la categoría de morbilidad se ubican en riesgo alto (84.5%); cifra significativa, resultado de la dificultad en el manejo de enfermos (70,4%), dependencia por enfermedad (62%), problemas de salud no resueltos ni controlados (63.4%), más de un enfermo en la familia

(60.6%), manifestación de violencia, abusos o maltrato (35.2%) y cadena de enfermedades (35.2%), relacionadas especialmente con la presencia de enfermedades crónicas.

La salud también tiene una relación significativa con la organización y actitudes familiares e influye en la respuesta de la familia a los cambios (32). La mayoría de 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 (33). Si bien la familia ha perdido y transformado muchas de sus funciones, continúa asumiendo un peso importante en el cuidado de la salud, particularmente en el tratamiento de enfermedades crónicas que requieren cuidado continuo y prolongado (32) como es la atención al adulto mayor enfermo.



Fuente: Categorización según instrumento RFT: 7-70. Funza (Cundinamarca), 2003.

Figura 1. Distribución del Riesgo Familiar Total según tipo de familia

Las familias estudiadas superaron en más del 50 por ciento el riesgo medio y alto en siete de las subcategorías, en las que la socioeconómica ocupa el primer lugar (93%), seguida por la morbilidad (84.5%), el psicoafectivo (67.6%), grupos de edad (57.8%), estilos de vida (55%), servicios de salud (54.9%) y prácticas de salud (50.7%); estos datos sugieren los aspectos en que se debe priorizar la atención de salud.

Los coeficientes de correlación entre las subcategorías del instrumento RFT 7-70 se observan en la tabla 3, y corresponden a las subcategorías estilos de vida familiar con ambiente psicoafectivo (0.566), al igual que con ambiente físico de la vivienda (.388) y ambiente socioeconómico (.285). Los servicios de salud se correlacionan con ambiente

físico de la vivienda (.362), con morbilidad (.361), con ambiente psicoafectivo (.317) y prácticas de salud (.314). Las prácticas de salud se correlacionan con morbilidad familiar (.402) y ambiente físico de la vivienda (.310). El ambiente psicoafectivo se correlaciona con la morbilidad (.307) y el ambiente físico de la vivienda (.302), y la composición familiar se correlaciona con salud individual y riesgo por grupo de edad (.316). Dichos hallazgos confirman la consistencia interna entre las categorías del instrumento RFT 7-70 y garantizan teóricamente que ciertamente este mide el constructo que se pretende medir, por una parte, y además conjuga la medición de lo que conceptualmente se pretende desde los individuos que componen la familia y la familia como una unidad (12).

**Tabla 3.** Coeficientes de correlación entre las subcategorías del RFT 7-70. Funza, 2003

Sub categorías	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1.000	.316	.237	.046	.030	-.120	.132	-.133	.034	-.134
2		1.000	.293	.188	-.045	.033	.285	.042	.064	.194
3			1.000	.058	.047	.196	.307	.169	.402	.361
4				1.000	-.078	-.124	-.021	-.033	-.081	-.100
5					1.000	.163	.204	.285	.202	.067
6						1.000	.302	.388	.310	.362
7							1.000	.566	.204	.317
8								1.000	.294	.030
9									1.000	.314
10										1.000

**Fuente:** Resultado según instrumento RFT 7-70. Funza (Cundinamarca), 2003.

1: Salud individual y riesgo por grupos de edad; 2: Composición familiar; 3: Morbilidad familiar; 4: Mortalidad familiar; 5: Ambiente socioeconómico; 6: Ambiente físico de la vivienda; 7: Ambiente psicoafectivo; 8: Estilo de vida familiar; 9: Prácticas de salud; 10: Servicios de salud y la familia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los riesgos familiares se asocian con las características propias de la edad, la morbilidad y mortalidad de los miembros de la familia, el medio ambiente y los servicios de salud (21). Las familias pobres con personas mayores en situación de discapacidad presentan alta vulnerabilidad, lo cual permite comprender que las familias tienen riesgos que se asocian a múltiples problemáticas de salud individual, familiar y social.

En las familias se presentan múltiples factores de riesgo individuales, familiares y sociales, que asociados a la incertidumbre y ansiedad que viven las familias con personas mayores dada su condición socioeconómica, composición familiar y la presencia de enfermedad crónica y discapacidad, las hacen más vulnerables, especialmente a las familias extensas y atípicas por la complejidad de factores que interactúan (21).

Se concluye que los acontecimientos críticos interactúan, y como lo demuestra Wartenberg, "...rara vez una persona enfrenta un evento crítico en forma exclusiva" (34), el encadenamiento de hechos refuerza la situación crítica, lo cual dificulta la solución de los problemas (35).

En conclusión, los factores de riesgo biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud interactúan en las familias pobres y en las personas que la componen, constituyéndose las familias con personas mayores con discapacidad en las más vulnerables, y en las que se requiere mejorar la accesibilidad e intervención de los servicios de salud, sociales y redes, brindando atención y aportes de las diferentes disciplinas, donde los profesionales ofrezcan servicios con enfoque intersectorial, interinstitucio-

nal, en pro de mitigar y controlar las amenazas y de mejorar la calidad de vida de las personas, familias y territorios.

Este estudio muestra elementos para la práctica y para futuras investigaciones. Las necesidades de acción son diversas y las tareas requeridas para el manejo del RFT son de diferentes niveles. Se recomendó la acción sincrónica para las categorías que representan más alto riesgo en prioridad, pero también se hace necesario que en las de mediano y bajo riesgo se trabajen la prevención y promoción de la salud para mitigar la probabilidad de que estos aspectos lleguen a ser una amenaza y se manifiesten por morbilidad o como conflicto o desorganización familiar (36). Desde la investigación se hace necesario estudiar la relación entre el RFT de las familias con ancianos y los tipos de patologías físicas y mentales o mixtas que suelen presentar las personas mayores, y así crear programas prioritarios por tipos de morbilidad y tipos de funcionalidad o dependencia de las personas mayores. De igual manera, se hace necesario determinar las fortalezas y recursos que son accesibles para las familias, buscando mitigar, controlar y/o resolver los riesgos, y cuáles se hacen necesarios para que las instituciones sociales y de salud asuman según el régimen social y de salud disponible.

**Agradecimientos:** A las familias que participaron, directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, directivos del programa "Atención Integral al Adulto Mayor" del municipio de Funza y a las enfermeras Ruth Barreto, Sandra Daza, Yaira Pardo y Yaneth Oyola.

**Financiamiento:** Universidad Nacional de Colombia.

**Conflicto de interés:** Ninguno.

## REFERENCIAS

- (1) Amaya P. Instructivo de aplicación del IPSF/G-25. Inventario de Riesgo Familiar 7-70. Código de Registro Derechos de Autor: TX-4-978-541. 1998-2000.
- (2) Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid; 2002. Disponible en: [www.un.org/spanish/envejecimiento/aconf1973add1.pdf](http://www.un.org/spanish/envejecimiento/aconf1973add1.pdf).
- (3) Pavarini SC, Barha EJ, Mendiondo MS, Filizola CL, PetrilliFilho JF, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2009 May-Jun; 17(3):374-9. Universidad de Federal de São Carlos, Brazil. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/15.pdf>
- (4) Roberto KA, Jarrott SE. Family caregivers of older adults: a life span perspective. *Family Relations*, 2008 Jan.; 57, (1): 100-111. Disponible en: <http://www.sinab.unal.edu.co:2109/login.aspx?direct=true&db=ofm&AN=508030545&lang=es&site=ehost-live>.
- (5) Crist JD. The meaning for elders of receiving family care. *J Adv Nurs*, 2005 Mar; 49(5):485-93. Disponible en: <http://www.sinab.unal.edu.co:2109/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=16072720&lang=es&site=ehost-live>
- (6) Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Chile: Cepal; 2009. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-05.pdf>.
- (7) Aldaz-Carroll E, Moran R. Escaping the poverty trap in Latin America: The role of family factors. *Cuadernos de Economía*, 2001 Ago.; 38 (114): 155-190. Disponible en: <http://www.economia.puc.cl/docs/114aldae.pdf>
- (8) La protección social en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cepal-envejecimiento-01.pdf>
- (9) Misión Social, Departamento Nacional de Planeación (DNP), ICBF Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo*. Bogotá: Alfa-omega Colombiana; 2002. p. 50.
- (10) Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2000. Disponible en: [http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf\\_2000/02Capitulo02.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2000/02Capitulo02.pdf)
- (11) Sunkel G. El papel de la familia en la protección social en América Latina, preparado como apoyo al documento. Santiago de Chile: Cepal; 2006. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2530PE/sps120\\_LCL2530.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2530PE/sps120_LCL2530.pdf)
- (12) Amaya-Rey MCP. Informe Técnico: Estandarización de instrumentos de Salud Familiar y Riesgo Familiar Total para Iberoamérica 2005-2012 DIB. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería: Programa de Doctorado; 2009.
- (13) Guzmán JM, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Políticas hacia las familias, protección e inclusión social. Reunión de expertos [en línea]. CELADE-CEPAL; 2005 [Consultado 6 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/7/Politicahacia%20las%20familias.pdf>
- (14) Gómez E, Muñoz MM, Haz AM. Familias Multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé* 2007; 16 (2): 43-54. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n2/art04.pdf>
- (15) Zamudio L, Rubiano BN. *Las familias de hoy en Colombia*. Bogotá: Formato Comunicación Diseño; 1994. p.73.
- (16) Gutiérrez V. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Bogotá: ASCO-FAME; 1975. Disponible en: <http://es.scribd>.

- com/doc/59360954/Gutierrez-de-Pineda-Virginia-Familia-y-cultura-en-Colombia
- (17) Rosenzweig M, Stark O, Eds. *The handbook of population and family economics* (Vol.1A and 1B). Amsterdam: Elsevier Science; 1997.
- (18) Amaya-Rey MCP. Referentes teóricos y metodológicos de la investigación con familias. *Seminario Latinoamericano de investigación y asistencia a la familia en Enfermería*. Maringa (Brasil), 8 - 10 de agosto de 2011.
- (19) Reyes CA. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. *Colombia Med*, 1998; 29 (4): 138-42. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewFile/106/105>
- (20) Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de la salud. *Colomb Med*, 1994; 25: 26-28. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.htm> y <http://es.scribd.com/doc/71092429/Apgar-Familiar-Trabajo>
- (21) Amaya P. *Instrumento de Riesgo Familiar Total: RFT 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: Unibiblos; 2004. pp. 19, 20, 77.
- (22) Olaya LC. Factores de riesgo en familias con ancianos que presentan enfermedad vascular hipertensiva en el municipio de Facatativá. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 2001.
- (23) Herrera LM. Caracterización de las familias que conviven con adultos mayores en la ciudad de Villavicencio. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
- (24) Amaya P, Cataño N, Velásquez V. Caracterización de las familias con adultos mayores en el municipio de Susa, Cundinamarca. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Rol Funcional. Programa de Maestría. Área de Familia; 2003.
- (25) Cataño N. Familias con personas mayores de 60 años y más que asisten al Club Azucenas del Quindío. [Tesis]. Programa de Maestría. Área de Familia. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2003.
- (26) Velásquez G V. Caracterización de las familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Bogotá, 2005. *Avances en Enfermería* 2009; 27(1): 69-81. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1\\_8.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_8.pdf)
- (27) Velásquez VCY, Velásquez GV. Caracterización de las familias con adultos mayores funcionales, sector Patio Bonito, Bogotá, 2005. *Avances en Enfermería* 2007; 25 (2): 10-21. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a02.pdf>
- (28) Fajardo RE. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis de Ibagué. *Salud Uninorte* 2008; 24 (2): 248-257. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n2/v24n2a10.pdf>
- (29) Amaya P. *Riesgo Familiar Total 7-70 y del ISF-GEN-25. Referentes teóricos-conceptuales y análisis de la información*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2000.
- (30) Amaya P. Measuring family health perceptions of poor pregnant women in Bogotá, Colombia. [Disertación doctoral]. Wayne State University. Detroit, MI, Universidad Nacional de Colombia. Universidad de Wayne Detroit M.I. DIB. Bogotá: Instrumento RFT 7-70. Registro TX-4-978-541. 1998.
- (31) Amaya P. Instructivo de aplicación del IPSF/G-25, Inventario de Riesgo Familiar 7-70. 2005.
- (32) Velandia AL. Interrelaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia. En: *Memorias II Congreso Colombiano de Salud Familiar*. Medellín; 1989. p. 77.
- (33) Amaya, P. Salud Familiar y Enfermería. *Memorias del Primer Congreso colombiano de Salud Familiar*. Bogotá: Caja de Compensación Familiar CAFAM; 1987. p. 483.

- (34) Wartenberg L. Vulnerabilidad y jefatura en los hogares urbanos colombianos. En: González de la Rocha M, Comp. *Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Plaza y Valdés Ed.; 1999. pp. 77-96. Disponible en: [books.google.com.co/books?isbn=9688567426](https://books.google.com.co/books?isbn=9688567426)
- (35) Lampis A. El acceso a la salud pública para los grupos de bajos ingresos en Bogotá. *Una evaluación del acceso a la salud en las localidades del sur de Bogotá y un estudio sobre la dinámica de la vulnerabilidad*. Bogotá: Misión Social-DNP; 1999.
- (36) Amaya Rey P. Aspectos teóricos, metodológicos y clínicos de Riesgo Familiar y Salud Familiar, y medición para Colombia y América Latina – *III Encuentro Salud Familiar y Comunitaria*, Fundación San Martín. Medellín, 28 de octubre de 2009.