

## CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS CON ESCOLARES ENTRE SEIS Y TRECE AÑOS EN UN INSTITUTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA<sup>1</sup>.

### CHARACTERIZATION OF FAMILIES WITH SCHOOL BETWEEN SIX AND THIRTEEN YEARS IN A PRIMARY EDUCATION INSTITUTE

María Stella Campos de Aldana<sup>2</sup>, Adriana Martínez-Escalante<sup>3</sup>.

#### RESUMEN

**Introducción:** En éste artículo se describe las características sociodemográficas, el acceso a la seguridad social y la participación a los servicios de salud; de las familias con escolares entre seis y trece años de un colegio de Bucaramanga. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal, se trabajó en tres fases con una muestra de 400 familias con escolares entre seis y trece años desde las Dimensiones y Logros Básicos de la estrategia JUNTOS en el programa ISABU en su barrio, siendo la fase A ejecutada en el semestre B del 2009 con una muestra de 30 familias; la fase B se llevó a cabo en el semestre A de 2010 con una muestra de 67 familias y la fase C se realizó en el semestre B de 2010 con una muestra de 303 familias, de las cuales 217 aceptaron el consentimiento informado. Se aplicó la encuesta “caracterización de las familias”. **Resultados:** Respecto a las características socio demográficas, el mayor porcentaje de los informantes corresponde a los hijos, pertenecientes al género femenino, ocupación estudiantes, pertenecientes en un alto porcentaje al régimen subsidiado; el total de la población no presenta desplazamiento, un alto porcentaje presenta alguna clase de discapacidad visual. El tipo de familia predominante es la nuclear biparental, con ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos. En los programas de Promoción y Prevención la población accede a la mayoría de ellos. Respecto a los adultos mayores, las patologías crónicas que se presentan son hipertensión arterial y diabetes y un gran porcentaje asisten al programa de riesgo cardiovascular. **Discusión y Conclusiones :** Las familias con escolares entre seis y trece años en su totalidad tienen seguridad social, conocen y acceden a los servicios de salud. En relación a los resultados se presentan en tablas estadísticas, datos que coinciden con otros estudios similares realizados en el área. (Rev Cuid 2011; 2(2): 105-13)

**Palabras clave:** Preescolar, Educación Preescolar, Salud de la Familia. (Fuente DeCS BIREME).

#### ABSTRACT

**Introduction:** This article describes the sociodemographic characteristics, access to social security and participation in health services, for families with school children between six and thirteen years of a school in Bucaramanga. **Materials and Methods:** Across-sectional, we worked in three phases with a sample of 400 families with school children between six and thirteen years since the dimensions and basic achievements of the strategy together in the program in your neighborhood, with the phase a B performed in the first half of 2009 with a sample of 30 families, phase B was carried out in the first half to 2010 with a sample of 67 families and phase C was performed in the B semester 2010 with a sample of 303 families, of which 217 agreed to informed consent. Survey was applied “characterization of the families.” **Results:** Regarding the sociodemographic characteristics, the highest percentage of respondents is for the children belonging to the female gender, occupation students in a high percentage belonging to the subsidized system, 100% of the population has no movement, a percentage of the population has some kind of visual impairment. The predominant family type is the two-parent nuclear, with incomes between 1 and 2 minimum wages. In the promotion and prevention programs the population has access to most of them. Regarding the elderly, chronic diseases are hypertension and diabetes are and a large percentage of them belong to the program of cardiovascular risk. **Discussion and Conclusions:** Families with school children between six and thirteen are entirely social security, knowledge and access to health services. Regarding the sociodemographic characteristics and results are presented in statistical tables. Data are consistent with other similar studies in the area.

**Key words:** Preschool, Preschool Education, Family Health. (Source: DeCS BIREME).

<sup>1</sup>Artículo Original de Investigación

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería: Universidad Industrial de Santander-Enfermera Ortonero-Rehabilitación: Jackson Memorial Hospital, Miami. USA-Especialista en Gerencia Social: Universidad Antonio Nariño-Especialista en Salud Ocupacional: Universidad Manuela Beltrán-Enfermera MSc en Salud Familiar: Universidad Nacional de Colombia-Docente Universidad de Santander.

<sup>3</sup>Estudiante de X Semestre del Programa de Enfermería de la Universidad de Santander (UDES).

Autor para Correspondencia: María Stella Campos de Aldana: Teléfono: 6516500 ext.110

Dirección: Lagos del Cacique. Programa de enfermería.E-MAIL: scamposaldana@hotmail.com

Artículo Recibido el 4 de Noviembre y Aceptado para Publicación el 10 de Noviembre de 2011.

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia en su capítulo II, artículo 42 define: la “Familia como el núcleo fundamental de la sociedad, constituida por vínculos naturales o jurídicos”, constituida por la unión de un hombre y una mujer.(1)

La familia es un grupo dinámico y un sistema abierto que interactúa con el medio que la rodea. Los factores sociales, económicos, políticos, demográficos, históricos, educativos y culturales, son aspectos que influyen en la organización, estructura y funcionamiento de la familia y, por ende, en el riesgo a que está expuesta.

En el estudio realizado por la facultad de salud de la Universidad de la Sabana,(1) en niños y padres de familia, indagaron sobre factores determinantes de las conductas agresivas, evaluando el tipo de estructura familiar, las personas responsables del cuidado de los niños, las condiciones de vivienda, el hacinamiento, el nivel de escolaridad, la situación laboral y los métodos correctivos, arrojando resultados que los anteriores factores determinantes influyen en la violencia del niño y en su comportamiento en la escuela.

Es así como hasta hace relativamente poco tiempo la atención de la niñez tenía por objeto lograr la supervivencia, y aunque se han dado avances importantes se ha visto la necesidad de mejorar las oportunidades de desarrollo y elevar la calidad de vida de los mismos. Este reto ha implicado la creación de estrategias y programas orientados a la protección de la niñez en la nutrición, entornos saludables y convivencia pacífica; hoy en día las familias precisan pensar de modo que forjen en el niño diferentes valores y virtudes por ser su familia el núcleo más importante.

Ahora bien en la sociedad existen diferentes tipos de familias como las mencionadas por Jáuregui tales como: las familias con parentesco, familia de convivencia de generaciones, familia de relación de pareja, familia de tipo de asociación, familia de relaciones situacionales, familia sin familia, familias equivalentes familiares y familia nuclear ampliada. Cada una tiene sus propias características y se adaptan según su situación en el entorno.(1)

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que se puede decir que existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas. Según Duvall(1) las etapas se clasifican en:

- Formación de la pareja y comienzo de la familia
- Crianza inicial de los hijos
- Familias con preescolares

- Familias con hijos escolares
- Familias con hijos adolescentes
- Periodo medio o terminal de la familia

La etapa de los hijos en edad escolar que va de los 6 a los 13 años es una etapa crucial en la evolución de la familia es el primer desprendimiento del niño del seno familiar; en este momento se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad y pares, si es correcto preguntar o no, etc.). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros). Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, lo cual hará que el niño se encuentre en una situación muy conflictiva (de elección entre familia y afuera) y dificulte su adaptación. Por otro lado los padres tendrán por primera vez una imagen externa de su hijo, la imagen que le transmitirán los maestros.

Ahora bien los escolares comparten con otros sectores como el educativo, en un contexto importante para la incorporación de un nuevo ser humano a la sociedad pero, este marco se encuentra a merced de los avatares impuestos por transformaciones diversas que han de asumir ambas instituciones si quieren responder a su tarea educativa y socializadora. La escuela y la familia han mantenido tradicionalmente relaciones desde su formación y aunque tienen fines en común y complementarios, parecen caminar por senderos diferentes, donde no se aúnan esfuerzos en el logro de sus fines educativos y los caminos corren paralelos y distantes por lo los estamentos gubernamentales.

El presente estudio pertenece a la línea de investigación de “cuidado comunitario” de la Universidad de Santander, se caracterizaron a las familias con escolares entre seis y trece años en el Instituto Tecnológico Salesiano sede C Jaime Barrera en la ciudad de Bucaramanga, en el que se analizaron las dimensiones de Identificación, Ingresos y Trabajo, Educación, Salud, Dinámica familiar y los Logros según la red juntos(1) liderada por el Gobierno Nacional y la dirección del ISABU en Santander. El estudio se tomó una población de 400 familias con escolares entre seis y trece años, el cual se ejecutó en tres fases, habiéndose ejecutado la fase A en el semestre B de 2009 con una muestra constituida por 30 familias con escolares, la fase B se ejecutó en el semestre A de 2010 con una muestra constituida por 67 familias y en la fase C se ejecutó en el semestre B de 2010 se caracterizaron 303 familias con escolares, de las cuales 217 aceptaron en consentimiento informado.

Este trabajo en primer lugar caracterizará a las familias con escolares entre seis y trece años del barrio Girardot y en segundo lugar permitirá al profesional de enfermería abordar el conocimiento científico de la disciplina de Enfermería Basada en la Evidencia en el área de Salud Familiar y según resultados colaborar y aportar al ISABU resultados para la construcción de un plan de enfermería de acuerdo al diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162) Dominio 1 Promoción de la Salud Clase 2 Gestión de la Salud para las familias en estudio.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo de corte transversal. Con una población de 400 familias, una muestra de 400 familias. Un nivel de confianza del 95%, margen de error del 5%; promedio esperado riesgo medio. Para el mismo se utilizó la encuesta “caracterización de las familias” la cual fue aplicada por los estudiantes auxiliares del estudio. El universo estuvo conformado por 400 familias con escolares. En la fase A de 2009 la muestra fue compuesta por 30 familias, en la fase B la muestra fue compuesta por 67 familias, y la fase C fue compuesta 303 familias con escolares, de las cuales 217 aceptaron en consentimiento informado con escolares entre Seis y trece años respectivamente. Los criterios de inclusión de las familias fueron Familias con escolares entre los seis y trece años del Insti-

tuto de primaria, y el deseo voluntario de participar.

La encuesta, “caracterización de las familias” fue suministrado por el Instituto de Salud de Bucaramanga (IS-ABU) en la cual se manejan las Dimensiones y Logros de Red JUNTOS, como lo son: Identificación, Ingreso y trabajo, Educación, Salud, Dinámica familiar. El presente trabajo de investigación se rigió en su parte ética por las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud estipuladas en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, El artículo 6 del capítulo I título II, describe los criterios para realizar investigación en seres humanos. Para esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos universales de beneficencia, no maleficencia, veracidad, autonomía y fidelidad. Igualmente se preservó la privacidad, confidencialidad y respeto a la dignidad humana. Así como los derechos de autor de otras investigaciones y artículos.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos para una muestra total de 400 familias del 100% se dividieron en tres fases, arrojando los siguientes datos con respecto a las familias encuestadas: en la fase A 30 familias correspondientes al 7,5%, en la fase B 67 familias correspondientes al 16,75% y en la fase C 217 familias correspondientes al 54,25% aceptaron que se les realizara la encuesta con previo consentimiento informado diligenciado por el grupo investigador, de las cuales 86 familias correspondientes al 21,5% del total de la población se negaron a participar en el estudio. Ver tabla n.1

Tabla 1. Datos de las familias encuestadas.

FAMILIAS n= 400 (100%)	FAMILIAS ENCUESTADAS			FAMILIAS NO ENCUESTADAS n= 86 (21,5%)
	FASE A	FASE B	FASE C	
	n= 30 (7,5%)	n= 67 (16,75%)	n= 217 (54,25%)	

Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.

Los resultados obtenidos con respecto a la persona encuestada, se arrojaron los siguientes datos: en la fase A predomina el 32,70% del género masculino, en la fase B predomina el 85,10% y en la C predomina el 67,3% del género femenino, datos disienten de los revelados por Luz Stella Ríos en el diagnóstico comunitario realizado en el barrio Girardot durante el año 2002(2) donde la composición familiar que observa en a familia es de 51,94% mujeres y el 48% hombres comportamien-

to similar al del municipio, departamento y país según los datos demográficos del DANE. Respecto al parentesco con la familia, el 100% en la fase A corresponde al de hijo y las fases B y Carrojaron un promedio del 80,5% correspondiente al de padre o madre; el tipo de escolaridad, en la fase A y B arrojó un promedio del 63,45% con unaprimaria incompletay en la fase C predomina el 26,3% con la secundaria incompleta; en la investigación realizada por Jadue J, Gladys(2) se en-

contró que el bajo nivel educativo de los padres incide negativamente en el rendimiento escolar de sus hijos, lo cual esta relacionado con la pobreza, los hábitos de vida, los modelos de interacción familiar, la comunicación lingüística al interior del hogar, y las expectativas educacionales para los hijos. Y según la encuesta aplicada en el barrio Girardot para lograr caracterizar dichas familias muestran un grado índice de analfabetismo. En lo que respecta a la ocupación, en la fase A predomina el 100% como estudiante, en la fase B predomina el 37.3% como ama de casa, y en la fase C predomina el 35.0% como independiente; la seguridad que mas predomina en la población es de 96.7% perteneciente al régimen subsidiado; en la fase A y B el 100% de la población no presentó ningún tipo de desplazamiento, pero en la fase C el 93.6% del total de la población presenta dis-

capacidad de tipo visual; estos datos disienten de los revelados por Diana Barrera, Carolina Restrepo, Christian Labrador, Gina Niño, etc.(2) en el cual evaluaron el tipo de estructura familiar, las personas responsables del cuidado de los niños, las condiciones de vivienda, el hacinamiento, el nivel de escolaridad, la situación laboral y los métodos correctivos, arrojando resultados que estos son factores determinantes y que influyen en la violencia del niño y en su comportamiento en la escuela. Hace que se tome relevancia en que la mayoría de las familias encuestadas del barrio Girardot presentan ciertos factores como el desempleo de alguno de los miembros productivos o el simple hecho de no presentar seguridad social o de presentar algún un tipo de discapacidad hace que influya en el comportamiento de los niños en la escuela con serios altibajos. Ver tabla n.2

**Tabla 2. Datos de la persona encuestada.**

DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA		FASE A	FASE B	FASE C
Género	Masculino	70%	14,9%	32,7%
	Femenino	30%	85,1%	67,3%
Parentesco del encuestado con la familia		Hijo (100%)	Padre o Madre (83,6%)	Padre o Madre (77,4%)
Escolaridad		Primaria incompleta (100%)	Primaria incompleta (26,9%)	Secundaria incompleta (26,3%)
Ocupación		Estudiante (100%)	Ama de casa (37,3%=)	Independiente (35%)
Seguridad social		Subsidiado (96,7%)	Subsidiado (76,1%)	Subsidiado (49,8%)
Desplazado		0%	0%	0%
Discapacitado		0%	0%	Visual (92,6%)

**Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.**

Los resultados obtenidos con respecto al programa de salud a los menores de 10 años, se arrojaron los siguientes datos: el promedio de cobertura en la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo es del 74.23%, con respecto a la toma del examen de agudeza visual el promedio es del 61%, en la consulta odontológica el promedio es del 73.3%, y con respecto al PAI completo para la edad el promedio es del 87.13% del total

de la población. Según la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años,(2) el 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible. Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita

un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento

de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida. Ver tabla n.3

**Tabla 3. Programas de salud ofrecidos a los menores de 10 Años.**

MENORES DE 10 AÑOS	FASE A	FASE B	FASE C
Asistencia al programa de C y D	90%	57,1%	75,6%
Exámenes de agudeza visual	83,3%	28,6%	69,9%
Consulta odontológica en el último año	83,3%	62,3%	74,3%
PAI completo de acuerdo con la edad	100%	63,6%	97,8%

**Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.**

Los resultados obtenidos con respecto al programa de salud a las mujeres mayores de 10 años, se arrojaron los siguientes datos: el promedio en la toma de la citología es del 67.6%; con respecto al esquema de del toxoide tetánico completo el promedio es del 86.3%; y la proporción de la consulta odontológica en el último año es del 70.23% del total de las mujeres encuestadas. Según la encuesta nacional de salud del 2007 realizada en Santander demostró que el 33,6% de los padres de los menores ha llevado a su hijo a 1 control de crecimiento y desarrollo, seguido del 14,0% que han asistido a dos controles, estas proporciones disminuyen a medida que va aumentando el número de controles, llegando a la inasistencia del control 18. Sin embargo, se observa

un porcentaje del 1,6% de asistencia al control 19. Así mismo, la Norma Técnica para la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino afirma que en Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad, es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. Este cáncer esta fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas. Además La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático. Ver tabla n.4

**Tabla 4. Programas ofrecidos en mujeres mayores de 10 años.**

MUJERES MAYORES DE 10 AÑOS	FASE A	FASE B	FASE C
Toma de la citología vaginal en el último año	52,6%	72,2%	77,9%
Esquema del toxoide tetánico completo	100%	79,6%	79,3%
Consulta odontológica en el último año	89,4%	61,1%	60,2%

**Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.**

Con respecto al programa ofrecido a las mujeres mayores de 10 años, se arrojaron los siguientes datos: con un promedio del 60.9% de las gestantes han asistido a los controles prenatales durante el embarazo; el promedio de gestantes que han asistido al control prenatal durante el primer trimestre es del 88.5%; así mismo, han asistido a consulta odontológica en un promedio del 32.36% del total de las gestantes; el 93.33% tiene el del toxoide tetánico completo; en la toma de la citología se presen-

ta un promedio del 88.56%; así como el 75.23% de las gestantes se practicaron la prueba para VIH; EL 66.66% se practicaron la toma de la citología; en un promedio del 73.33% son atendidas de manera preferencial; presentan el carnet materno 86.66%, y les asignaron de la próxima cita en 73.33% del total de las gestantes. La encuesta en Salud 2007, los datos son similares a los obtenidos en el estudio, ya que el control prenatal a nivel de Santander a sido realizado satisfactoriamente y se ha



cumplió en su mayoría con las actividades propuestas para este programa exceptuando el 68,2% de las usuarias quienes requirieron remisión para atención odontológica. Al 93,7% de usuarias de consulta externa en control prenatal, le ordenaron exámenes de sangre, se evidencian una participación del 3,1% dentro del total nacional; al 66,2% de las embarazadas le ordenaron examen VDRL o para sífilis y al 93,5% le ordenaron examen de orina. A las gestantes se les ordenó realizarse las siguientes pruebas: VIH/SIDA al 85,4%, citología vaginal al 70,0% y ecografía obstétrica al

93,7%. En el control prenatal al 64,9% de las usuarias le aplicaron vacunas, este total tiene una participación del 3,1% dentro del total nacional. El 68,2% de las usuarias requirió remisión para atención odontológica. Así mismo, la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo y la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, indican que el 95% de estas muertes son evitables. Su objetivo es vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales. Ver tabla n.5

**Tabla 5. Programas ofrecidos a gestantes.**

GESTANTES	FASE A	FASE C	FASE C
Controles prenatales asistidos	1 control (100%)	2 controles (40%)	4 controles (42,8%)
Asistencia al control en el primer trimestre	100%	80%	85,7%
Consulta odontológica en este embarazo	0%	40%	57,1%
Esquema del toxoide tetánico completo	100%	80%	100%
Toma de la ecografía	100%	80%	85,7%
Toma de la prueba del VIH	100%	40%	85,7%
Toma de la citología	100%	0%	100%
Atención de manera preferencial	100%	20%	100%
Carnet materno	100%	60%	100%
Asignación de la próxima cita en el carnet materno	100%	20%	100%

**Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.**

Con respecto al programa ofrecido a hombres y mujeres adultos jóvenes, se arrojaron los siguientes datos: en las fases A y C el método de planificación más utilizado es el condón con un promedio del 20,8%, a diferencia de la fase B son los orales con el 23,3%; con respecto a la que si los hombres y mujeres ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos se puede evidenciar con un promedio del 79% del total de la población. Según la encuesta de salud del 2007, los resultados obtenidos de los eventos que corresponden a planificación familiar tienen una demanda del 98,2% por parte de las mujeres. Siendo similares estos datos a los obtenidos en el proyecto realizado a las familias con escolares en la escuela de Girardot ya que la gran

mayoría de personas utilizan métodos de planificación. Así mismo, la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, indica que Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta de Demografía y Salud, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas. Ver tabla n.6

**Tabla 6. Programas ofrecidos a hombres y mujeres adultos jóvenes.**

<b>HOMBRES Y MUJERES ADULTOS JOVENES</b>	<b>FASE A</b>	<b>FASE C</b>	<b>FASE C</b>
Método de planificación utilizado	Condón (24,6%)	Orales (23,3%)	Condón (17%)
Han recibido información sobre los métodos anticonceptivos	78,8%	75%	83,2%

*Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.*

Con respecto al programa ofrecido a hombres y mujeres adultos mayores., se arrojaron los siguientes datos: con un promedio del 68% del total de la población adulta mayor presentan una patología crónica (Hipertensión o Diabetes); el parentesco que tienen con la familia en la fase A es el de abuelo con un porcentaje del 45,4%, en la fase B es el de madre con un porcentaje del 34,5% y en la fase C es el de padre con un porcentaje del 35,7%); en lo que se refiere a que si hacen parte del Programa de riesgo cardiovascular el promedio es del 48.6% del total de la población encuestada. En la encuesta de salud 2007, a nivel de Santander la atención a personas con hipertensión arterial, tiene un 4,7% de la participación nacional en consulta externa; de los usuarios del servicio de consulta externa, al 79,8% se le recomendó no fumar, al 83,7% se le recomendó aprender a manejar el estrés de la vida diaria. El 73,8% ha recibido la reco-

mendación de bajar de peso y el 75,4% debe de reducir el consumo de alcohol. En promedio, al 95,4% de los usuarios se le ha recomendado reducir el consumo de sal y de grasa. Por otra parte, en la investigación realizada por Campos María Stella, referencia Ríos Marín y Solano Gutiérrez las cuales encontraron familias donde los adultos mayores presentaban patologías cardiovasculares, diabetes, dislipidemias, y la presencia de enfermedades relacionadas con la salud mental. Según la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Adulto Mayor de 45 Años, la morbilidad y la mortalidad de los adultos mayores difieren del resto de la población general debido al peso que para ellos tiene las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas tales como enfermedades cardiovasculares, neoplasias y diabetes, que se asocian con mayor discapacidad tanto física como mental. Ver tabla n.7

**Tabla 7. Patologías crónicas en gestantes**

<b>PATOLOGÍAS CRÓNICAS (HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS) GESTANTES</b>	<b>FASE A</b>	<b>FASE C</b>	<b>FASE C</b>
Patología (Hipertenso o Diabético)	45,4%	62,1%	96,6%
Parentesco con la familia	Abuelo (45,4%)	Madre (34,5%)	Padre (35,7%)
Hacen parte de este programa de Riesgo Cardiovascular	45,4%	34,5%	65,5%

*Fuente: resultados de la Encuesta. Datos del informante aplicada calendario A-2009, calendario A-B 2010. Bucaramanga.*

Se evidencia, en las tres fases que un 68% de las personas mayores presentan hipertensión o diabetes; el 39% corresponde en parentesco al abuelo (a), padre o madre y el 49% de los adultos mayores asisten al programa de riesgo cardio-vascular del centro de salud, analizando el porcentaje de adultos mayores es alto y poco la asistencia al programa que permitiría disminuir complicaciones, es aquí donde se ve la importancia de realizar una mayor divulgación sobre la existencia y bondades de los programas de Promoción y Prevención, datos similares fueron encontrados en el estudio: Diagnóstico de la salud de la población residente en el barrio Girardot de Bucaramangamuestran como en Bucaramanga existe un alta prevalencia en factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en los que se encuentran la diabetes y la hipertensión arterial(7).

## CONCLUSIONES

Las conclusiones están dadas de acuerdo a los resultados arrojados en la caracterización de la familia, los objetivos planteados y para el conocimiento de enfermedad:

- Características del informante de la familia. Los informantes del estudio en las familias con escolares entre seis y trece años, respecto al parentesco en la fase A correspondió el 100% a hijos (a), en las fases B y C correspondió el promedio del 80.5% a padre o madre; los datos fueron suministrados en la fase A predomina el 32,70% del género masculino, en la fase B predomina el 85,10% y en la C predomina el 67,3% del género femenino; la ocupación en la fase A predomina el 100% como estudiante, en la fase B predomina el 37.3% como ama de casa, y en la fase C predomina el 35.0% como independiente; la seguridad que mas predomina en la población es de 96.7% perteneciente al régimen subsidiado; en la fase A y B el 100% de la población no presentó ningún tipo de desplazamiento, pero en la fase C el 93.6% del total de la población presenta discapacidad de tipo visual.
- Tipo de familia vs ingresos de la familia: El tipo de familia predominante en el barrio es la familia nuclear biparental con un 85%, y también este tipo de familia tiene ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos en las familias encuestadas.
- Programas de salud ofrecidos a los menores de 10 Años: La asistencia al programa de crecimiento y desarrollo tienen una demanda del 74.23%, del examen de agudeza visual el promedio es del 61%, en la consulta odontológica el promedio es del 73.3%, y con respecto al PAI completo para la edad el promedio es del 87.13% del total de la población.
- Programas ofrecidos en mujeres mayores de 10 años: Se dio a conocer que el 67.6% se han rea-

lizado la citología vagina en el último año. También se pudo apreciar que el 86.3% presentan el esquema de del toxoide tetánico completo, y 70.23% han asistido a la consulta odontológica en el último año del total de las mujeres encuestadas.

- Programas ofrecidos a gestantes: El 60.9% de las gestantes han asistido a los controles prenatales durante su embarazo; el promedio de gestantes que han asistido al control prenatal durante el primer trimestre es del 88.5%; así mismo, han asistido a consulta odontológica en un promedio del 32.36% del total de las gestantes; tienen el del toxoide tetánico completo el 93.33%; en la toma de la citología se presenta un promedio del 88.56%; así como el 75.23% de las gestantes se practicaron le prueba para VIH; EL 66.66% se practicaron la toma de la citología; en un promedio del 73.33% las gestantes son atendidas de manera preferencial; presentan el carnet materno 86.66%, y les asignaron de la próxima cita en 73.33% del total de las gestantes.
- **Método de planificación utilizado actualmente:** se evidencio que las fases A y C el método de planificación más utilizado es el condón con un promedio del 20.8%, a diferencia de la fase B son los orales con el 23.3%; con respecto a la que si los hombres y mujeres ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos se puede evidenciar con un promedio del 79% del total de la población. Programas ofrecidos a hombres y mujeres, adultos jóvenes de las familias encuestadas.
- **Programas ofrecidos a hombres y mujeres, adultos mayor (patologías crónicas):** Promedio del 68% del total de la población adulta mayor presentan una patología crónica (Hipertensión o Diabetes); el parentesco que tuenen con la familia en la fase A es el de abuelo con un porcentaje del 45,4%, en la fase B es el de madre con un porcentaje del 34,5% y en la fase C es el de padre con un porcentaje del 35,7%); en lo que se refiere a que si hacen parte del Programa de riesgo cardiovascular el promedio es del 48.6% del total de la población encuestada.

De los datos anteriores arrojados por el estudio, se puede concluir que la mayoría de familias con escolares, caracterizadas en el instituto de educación primaria, no tienen un grado de escolaridad completo, presentan un trabajo estable, respecto asu seguridad social pertenecen al régimen contributivo y subsidiado, siendo el número de personas que habitan los hogares entre 4 a 6 con una o dos familias en un mismo hogar. Entre los problemas más sentidos se encuentra el desempleo; la mayoría de las familias asisten a los programas de Promoción y Prevención del Centro de salud del barrio Girardot. Conociendo la importancia que la familia tie-



ne para el desarrollo de los escolares, dado que los resultados de esta investigación se plantean las siguientes recomendaciones de orden general:

**Para la investigación:** Es de vital importancia que los datos obtenidos en éste estudio genere una próxima investigación que permita medir el impacto de las intervenciones realizadas en la comunidad.

**Para los programas de promoción y prevención:** Diseñar estrategias de demanda inducida para el mayor conocimiento de la población sobre los di-

ferentes programas de Promoción y Prevención.

**Para la disciplina de enfermería:** Construcción de un plan de enfermería de acuerdo al diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162) Dominio 1, Promoción de la salud, Clase 2, Gestión de la salud para las familias en estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Salud de Bucaramanga. disponible en: <<http://www.eseisabu.gov.co>>(consultado el 28 de agosto de 2010).
2. Encuesta Nacional de Salud. por departamento. santander, 2007. ministerio de la protección social disponible en : <<http://www.minproteccionsocial.gov.co>> (consultado en agosto de 2009).
3. Norma Técnica para la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de la Protección Social disponible en: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co>>( consultado 28 de agosto de 2010).
4. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Ministerio de la Protección Social. disponible en: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co>> (consultado 28 de agosto de 2010).
5. Organización Panamericana de la Salud en Colombia. disponible en:<<http://www.paho.org/col>>(consultado el 4 de septiembre de 2010).
6. Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. Ministerio de la Protección Social disponible en: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co>> (consultado 28 de agosto de 2010).
7. Encuesta de Demografía y de Salud Familiar en Colombia, 2005. Instituto Nacional de Estadística e informática (inei). disponible en: <<http://www.comunidadsaludable.org>> (consultado el 4 de septiembre de 2010).
8. Campos, María Stella Jiménez: Efectividad de la Funcionalidad Familiar en las Familias con Adultos Mayores de Sesenta y cinco años y menores de ochenta años. (consultado en agosto de 2009).
9. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años. Ministerio de la Protección Social disponible en: <<http://www.minproteccionsocial.gov.co>> (consultado 28 de agosto de 2010).