



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**FAMILIAS DESPLAZADAS DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR
TOTAL**

DORA CECILIA SÁNCHEZ ISAZA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN
SALUD FAMILIAR
BOGOTÁ, COLOMBIA
2013**

**FAMILIAS DESPLAZADAS DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR
TOTAL.**

DORA CECILIA SÁNCHEZ ISAZA

**Tesis para optar al título de Magister en Enfermería
Con énfasis en Salud Familiar**

Directora de tesis

**NHORA CATAÑO ORDOÑEZ
Magister en Enfermería con énfasis en Salud Familiar**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN
SALUD FAMILIAR
BOGOTÁ 2012.**

DEDICATORIA

*A mi hija Sissi Vanesa,
Complemento de mi ser,
Quien me brinda su apoyo en todo momento
Convirtiéndose en La razón de mi vivir*

Te amo.

AGRADECIMIENTOS

La autora de la presente investigación expresa sus agradecimientos a:

A mis Docentes del programa de la maestría de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quienes inspiran a sus aprendices a ser mejores, y con el ejemplo renuevan el espíritu del cuidado.

A la profesora Nhorita Cataño, directora de tesis y profesora del programa maestría enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por su apoyo, orientación y acompañamiento en la elaboración de esta investigación.

A la profesora Vilma Velásquez, quien desde la coordinación de salud familiar, oriento sabiamente mis esfuerzos y dio el apoyo fundamental en momentos cruciales.

A mi hija y a mi madre por su gran apoyo y colaboración durante este proceso de crecimiento integral, donde fortalecí los fundamentos para ser un mejor ser humano.

A la población de desplazados del municipio de Soledad, Atlántico, por su colaboración permanente en esta investigación.

A todas las personas quienes colaboraron directa o indirectamente en el desarrollo de esta investigación.

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de la investigación **Familias desplazadas desde el enfoque de riesgo familiar**, cuyo objetivo fue el de “*determinar el riesgo familiar total de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad, Atlántico*”. Y para ello se empleó una metodología de tipo exploratorio descriptivo, con una muestra de 70 familias. Así mismo para esta caracterización de las familias objeto de investigación, se aplicó el instrumento RFT 5-33¹ y se tuvo en cuenta llevar el orden propuesto en el instrumento iniciando con la identificación de la familia, composición familiar y riesgos individuales: antecedentes de carácter familiar, e instituciones de apoyo familiar y factores de riesgo tales como condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, situación socioeconómica, manejo de menores. De donde las primeras cuatro secciones no puntuaron en la identificación del riesgo familiar. Ahora bien los resultados de esta investigación mostraron predominio de las familias con riesgo alto (61%) y riesgo medio (33%). Y como parte de esta conclusión, en esta investigación se aprecia estadísticamente que los componentes de las variables estudiadas en esta población de desplazados son independientes entre sí, pero con un comportamiento de efectos causales similares indicando que la que más se aproxima a una correlación está dada por servicios y práctica de salud con condiciones de vivienda y vecindario con 035. Por lo que en este sentido resulta necesario generar programas y alternativas que ofrezcan a los afectados “los medios para mejorar, o por lo menos restaurar, sus niveles de vida anteriores, su capacidad de generar ingresos, y sus niveles de productividad”.

Palabra Claves: Familia, familias desplazadas, Riesgo Familiar Total

¹ ¹ AMAYA, Pilar. Instrumento de riesgo familia total, RFT: 5-33 Manual: universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004.

ABSTRACT

This article reports results of Family risk approach from displaced Families research, which objective was to "determine total family risk of displaced families in a neighborhood of Soledad, Atlántico". For this, it was used an exploratory and descriptive methodology, with 70 families as sampling. In addition to the characterization of these investigated families, it was applied the RFT 5-33[1] format and was considered keep order to the proposed instrument beginning with family identification, family composition and individual risks: family-history, family institutions support, and risk factors like psycho conditions, practices and health services, housing and neighborhood, socioeconomic status, child care where the first four sections did not score of the familial risk identification. The research results showed a prevalence of high-risk families (61%) and medium risk (33%). And in conclusion, this research shows statistically that components of the studied variables in this displacement population are independent of each other, but have similar causal effects behavior indicating that comes closest to a correlation is given by health practiced services and housing and neighborhood conditions with 035. So it is necessary generate alternatives and programs that offer to the affected "their former living standards, earning capacity, and productivity levels to improve, or at least restore it."

Keywords: displaced Families, Family risk

CONTENIDO

RESUMEN

LISTA DE TABLA

INTRODUCCIÓN.....	13
1. MARCO REFERENCIAL.....	16
1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	22
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
1.4. PROPÓSITO.....	29
1.5. OBJETIVOS.....	29
1.5.1 Objetivo general	29
1.5.2 Objetivo específicos	29
1.6 DEFINICION DE CONCEPTOS.....	29
1. MARCO TEÓRICO.....	33
2.1 FAMILIA.....	33
2.2 ESTRUCTURA FAMILIAR	35
2.3 RIESGO.....	36
Amaya afirma citando a Ezati y colaboradores 2003 que “los efectos de los factores de riesgo pueden contribuir a la salud a través de la prevención“	37
2.4 RIESGO FAMILIAR TOTAL	37
2.5 RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DESPLAZADAS.....	40
2.6 DESPLAZAMIENTO.....	41
2.6.1 Formas de desplazamiento.....	41
2.6.2 Causas y Actores.....	43
2.6.3 Consecuencias	44
2.7 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS.....	46
DE SOLEDAD, ATLÁNTICO.....	46
2.7.1 Características geográficas de ubicación y extensión	46
2.7.2 Demografía	47
2.7.3 Salud	48
2.8 FAMILIAS DESPLAZADAS EN SOLEDAD.....	49
2.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	54
3 MARCO DE DISEÑO.....	57
3.1 DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO	57
3.2 RIESGOS DEL ESTUDIO.....	57
3.2.1 Riesgo de pérdida de la población	57

3.2.2 Riesgo de poca comprensión del instrumento por parte de las personas participantes en el estudio	58
3.2.3 Riesgo de falla en el diligenciamiento o registro del instrumento	58
3.2.4 Riesgo de selección de los participantes	58
3.2.5 Riesgo de condiciones ambientales inapropiadas e influencia de otras personas	58
3.3 POBLACIÓN	59
3.4 CRITERIOS A TENER EN CUENTA A LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	59
3.4.1 De inclusión de la familia	59
3.4.2 Criterios de inclusión del informante de la familia	59
3.4.3 Criterios de exclusión de las familias	60
3.5 ESCENARIO DEL ESTUDIO	60
3.6 PRUEBA PILOTO	64
3.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	64
<i>Cuadro N° 4</i>	66
3.7.1 Validez y confiabilidad del instrumento	66
3.7.2 Criterios para la interpretación de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento	67
3.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	68
3.9 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	69
3.9.1 Información de los resultados.	69
3.9.2 Aproximación al análisis de resultados	70
3.9.4 Criterios conceptuales de calificación del riesgo familiar total	71
4 MARCO DE RESULTADOS Y ANÁLISIS	73
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS	74
4.1.1 Identificación de las familias según tipología.....	74
4.1.2 Composición familiar.	75
4.1.3 Roles en la familia	77
4.1.5 Permanencia en el sector.	85
4.1.6 Instituciones de apoyo familiar	85
4.2 RIESGO FAMILIAR	87
4.3 FACTOR DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	88
4.3.1 Factor de riesgo de condiciones psicoafectivas	88
4.3.2 Factor de riesgo de prácticas y servicios de salud.	90
4.3.3 Factor de Riesgo de vivienda y vecindario	92
4.3.4 Factor de riesgo de situación socio-económica	94

4.3.5 Factor de riesgo de manejo de menores	95
4.3.6 Distribucion porcentual del riesgo familiar total, por factor de riesgo	97
4.3.7 Coeficientes de correlación	98
<i>5. CONCLUSIONES</i>	<i>100</i>
<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>103</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>105</i>

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución del número de familias según tipo de familia.....	75
Tabla N° 2 Distribución del número de familias, según número de miembros	75
Tabla N° 3. Distribución del número de individuos por edad y sexo.	77
Tabla N° 4. Distribución de roles dentro de la familia,	78
Tabla N°5 Distribución por familias, según tipo de afiliación al Sistema General De Seguridad Social En Salud.	79
Tabla N° 6. Distribución del número de familias, según percepción del riesgo	80
Tabla 7. Distribución del número de individuos según la percepción del riesgo	81
Tabla 8 Distribución del número de familias según Condición de la presencia del riesgos.	81
Tabla N°9 Distribución del número de individuos según presencia del riesgo	82
Tabla N° 10 Distribución del número de familias. Según problemas o antecedentes de salud en menores de 12 años,	83
Tabla N° 11. Distribución del número de familias según antecedentes patológicos.....	84
Tabla N° 12 Distribucion de numero de familias según permanencia en el sector en años.....	85
Tabla N° 13 Distribución del número de familias, según instituciones de apoyo	86
Tabla N° 14 Distribución del número total de familias, según la escala de riesgo familiar total.....	87
Tabla N° 15 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición psicoafectiva	88
Tabla N° 16 Distribución del numero de ítem, según factor de riesgo “condiciones psicoafectiva”.....	89
Tabla N° 17 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de Prácticas y servicios de salud.	90
Tabla N° 19 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición de vivienda y vecindario.....	92

Tabla 20 Distribución del numero de ítem, según factor de riesgo vivienda y vecindario.....	93
Tabla N° 21 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición de la situación socioeconómica.....	94
Tabla N° 22. Distribución del número de ítem, según factor de riesgo Situación Socioeconómica.....	95
Tabla N° 23 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición manejo de menores	96
Tabla N° 24 Distribución del número de ítem, según factor de riesgo manejo de menores	96
Tabla N° 25 . Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total (RFT: 5-33) por factor de riesgo.....	97
Tabla N° 26 Coeficientes de correlación entra los diferentes riesgos estandarizadas del instrumento de riesgo familiar total	98

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia de Colombia se han generado grandes conflictos de carácter sociopolítico y económico convirtiéndose en una problemática social que ha venido afectando sobre todo a las poblaciones rurales debido a las amenazas, secuestros, desapariciones y masacres. Así mismo, estos actos violentos han generado desplazamientos continuos tanto a nivel individual, familiar o de grupos sociales afectando la paz y la vida de las personas y la estabilidad de las estructuras geopolíticas del contexto urbano y rural donde han vivido estas familias.

Hoy por hoy Colombia vive uno de los más grandes flagelos sociales como consecuencia del desplazamiento forzado que se manifiesta en todo el país. De acuerdo con las estadísticas del Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD)², al 31 de diciembre 2009, muestra que hay un promedio de 750.881 familias que se han visto afectadas por desplazamiento en Colombia³.

Ejemplo de lo anterior se refleja en la población del municipio de Soledad, Atlántico, que ocupa el lugar 19 entre cien municipios a escala Nacional con 704 familias desplazadas⁴; al igual que en otros municipios y ciudades de Colombia los desajustes presupuestales se han sentido no sólo en los ámbitos de la salud y educación, sino también en un crecimiento territorial precario (ya que estos desplazados se han venido ubicando fuera de los perímetros urbanos tanto de este como de otros municipios y ciudades), donde difícilmente se cuenta con un entorno apropiado para la subsistencia las familias y poblaciones desplazadas, porque no existe suficiente agua potable, hay fallas en la recolección de basuras, en el alcantarillado, calles sin pavimentar, y arroyos sin canalización. Estos lugares se convierten entonces en ambientes de insalubridad no sólo para los nuevos pobladores sino para el resto de habitantes del municipio de Soledad, Atlántico. Estas circunstancias hacen necesaria la identificación del riesgo familiar total en estas familias para poder plantear alternativas para la salud de las familias en forma disciplinar e interdisciplinar.

Este trabajo pertenece a la línea de investigación de Cuidado y práctica de enfermería, de Salud familiar, y medición en salud, de la Facultad de Enfermería

² ACCIÓN SOCIAL. Índice general de tabulación de población desplazada, SIPOD 31 de diciembre 2009. Ministerio de la Protección Social. Internet (<http://www.accionsocial.gov.co/estadisticasdesplazados/DinamicaGeneral.aspx>).

³ *Ibíd.*, 1-16 p.

⁴ *Ibíd.*, 1-16 p

de la Universidad Nacional de Colombia, fundamentado en el Modelo Teórico de Riesgo Familiar Total de la Dra. Pilar Amaya y se utiliza el instrumento de Riesgo Familiar Total (RFT 5-33) diseñado, implementado y validado por Amaya Rey durante los años 1992, 1998 y 2000.⁵. Así mismo esta investigación tiene como objetivo “*determinar el riesgo familiar total de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad, Atlántico*”. Y para ello se empleará una metodología de tipo exploratorio descriptivo.

La investigación contempla cuatro capítulos: el primero de referencia y contexto, contiene el panorama general de la situación de salud y la realidad de las poblaciones desplazada. Este capítulo inicial concluye con la definición del problema, la pregunta de investigación, el objetivo, la justificación y la definición de conceptos que guiaron el estudio

El segundo capítulo marco teórico, donde se encuentra un resumen de la literatura revisada que tiene a su vez cinco secciones temáticos, el primero La familia, visto desde los orígenes otras disciplinas hasta llegar a ver como la enfermería a desarrollado en concepto de familia; el segundo hace referencia al riesgo tomando como base los determinantes de la salud a hasta llegar en tercer lugar al riesgo familiar y como este influye sobre la salud y funcionalidad de las familias; el cuarto permite conocer sobre la caracterización sociodemografica de las familias desplazadas en el municipio de soledad, atlántico donde se aplica la investigación, culminando este capítulo con las consideraciones éticos legales que se contemplan en esta investigación. Así mismo en cada uno de estos se evidencia vacios que respaldan la justificación de la investigación.

El tercer capítulo presenta el marco de diseño (marco metodológico) en que se presentan los criterios de selección de los informantes, la muestra del estudio, los procesos de recolección de los datos, las estrategias para la validación de los mismos y la tendencia que se utilizo para el análisis de los datos.

El cuarto y último capítulo, marco de análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones, se presenta y ejemplifica como se procesan los datos con la lectura inicial de las entrevistas, las reflexiones del investigador que evidencian las categorías y las variables.

Po lo tanto, los resultados de esta investigación son de gran utilidad para dar a conocer esta problemática a otros sectores, como son, el de educación, el de desarrollo económico entre otros, que puedan plantear alternativas a nivel interdisciplinar. Fundamento que permite proyectar en la práctica, el cuidado de enfermería familiar a las familias desplazadas, y generar acciones efectivas en el campo de la promoción y prevención. Conocer factores condicionales de la situación de la salud familiar para generar nuevos conocimientos para promover

⁵ AMAYA, Pilar. Instrumento de riesgo familia total, RFT: 5-33 Manual: universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004, pág. 18.

cuidados de salud y estrategias de apoyo a las familias desplazadas del Municipio de Soledad.

De igual forma los resultados de esta investigación amplia el conocimiento del problema de estas poblaciones vulnerables, utilizado para realizar planes de intervención desde la disciplina de enfermería que apoyen la salud de la familia teniéndose en cuenta cada uno de los miembros familiares, y desde lo social contribuirá en la construcción de políticas públicas de salud familiar.

1. MARCO REFERENCIAL

Este capítulo contiene los elementos referenciales que enmarcan la investigación, muestra la justificación e importancia que tiene la investigación frente al fenómeno del desplazamiento en Colombia, el impacto y la trayectoria que experimentan el individuo y las familias desplazadas, la respuesta mundial que ha generado políticas e iniciativas de intervención, que repercuten en los diferentes niveles sociales, limitados hacia una cobertura en individuos, familias y comunidades en mercados en el ejercicio del profesional de la salud y de otras disciplinas y sectores relacionados. Describe el contexto donde se desarrollo el estudio, se definió el área problema, justificación, propósito, objetivos y definición de conceptos.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

Colombia es un país rico por su flora, fauna e hidrografía; está bañado por dos mares y cuenta con un suelo rico en minerales, que lo hace un lugar especial; sin embargo este paraíso terrenal no puede ser disfrutado por un gran número de sus habitantes ya que, como lo describe Lisandro Cabrera en su libro “Los desplazados en el conflicto armado colombiano” (2006) *Colombia tristemente tiene en su historia varios episodios de desplazamiento: La guerra de los mil días y la masacre de las bananeras a principios de siglo, la violencia bipartidista de mediados del siglo y la guerra de guerrillas de final de siglo. Los desplazados se han convertido en protagonistas históricos de la guerra y son más noticia al huir que al morir.*⁶

Por lo tanto, el problema social en Colombia podrá resumirse en una sociedad dividida unos luchan por mantener su poder y posición, los otros por subsistir. Así, en éste contexto se fortalece el fenómeno de la guerrilla, del narcotráfico, del paramilitarismo, de un fuerte ejército que respalda al Estado y combate por legitimarlo, abusando de su autoridad violenta contra los Derechos Humanos y llevando a una parte de la población al desplazamiento

Colombia es, en términos absolutos el segundo país en cuanto a desplazamiento en el mundo y el tercero en porcentaje de la población desplazada; según el Internal Displacement Monitoring Centre IDMC (2006), Sudán, Uganda, Colombia, República Democrática del Congo e Irak, son los países con los casos más

⁶ CABRERA Suarez Lisandro, “Los desplazados en el conflicto armado colombiano” vol: 200 págs: 168, Ed. Poemia, ISBN: 9589817602

graves de migración forzada: en Sudán el número de desplazados representa 14,8 por ciento de la población total, 6,9 por ciento en Uganda, casi 5 por ciento en Colombia (según los datos más recientes), en Irak es un poco más del 4 por ciento y en la República Democrática del Congo alcanza casi el 3 por ciento (IDMC, 2006)⁷.

Por otro lado, en cuanto a la magnitud y dinámica del desplazamiento forzado en Colombia, puede destacarse que existen entre 2 y 3,5 millones de desplazados y que el fenómeno ha adquirido una gran complejidad respecto a las diferentes modalidades, siendo notoria la relación entre el conflicto, el desplazamiento y el despojo de la tierra. Adicionalmente, el desplazamiento afecta de manera significativa a las mujeres cabeza de familia, a la niñez, y a las comunidades indígenas y afrocolombianas⁸.

De igual modo, el conflicto armado, es una de las principales manifestaciones de la violencia en Colombia, no sólo ha provocado el enfrentamiento entre los grupos armados y las fuerzas del Estado, sino que ha llegado a afectar de manera directa a la población civil⁹, que como alternativa de supervivencia se desplaza a las áreas urbanas. Las grandes ciudades concentran los mayores flujos de población desplazada pero la evidencia sugiere que las ciudades intermedias sufren una presión excesiva sobre su capacidad financiera e institucional. La estrategia reciente de la población desplazada de migrar a municipios vecinos con la esperanza de poder retornar una vez cesen los enfrentamientos militares permite prever un crecimiento sostenido del flujo de desplazados a las ciudades intermedias¹⁰.

Mientras esto sucede en Colombia en el Departamento del Atlántico se presenta un fenómeno de crecimiento poblacional debido sobre todo a la llegada de familias desplazadas especialmente entre los años 2003 y 2006 donde se apreciaron unos picos estadísticos en el aumento de las familias desplazadas

⁷ PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. INSTITUTO DE ESTUDIOS DEL MINISTERIO PÚBLICO. PROCURADURÍA DELEGADA PARA LA DEFENSORÍA DEL MENOR Y LA FAMILIA. Raíces sin tierra Atención e impacto del Desplazamiento Forzoso. Santa Fe de Bogotá: La Procuraduría; 1999. p 12

⁸ FORERO, Edgar. El desplazamiento interno forzado en Colombia. The Helen Kellogg Institute for International Studies at the University of Notre Dame, Woodrow Wilson International Center for Scholars, Ideas para la paz. Washington, D.C., September 2003. http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf

⁹ SÁNCHEZ, Gonzalo. La violencia in Colombia: New Research, New Questions. En: Hispanic American Historical Review. 1985; 65 (4): p 789- 807.

¹⁰ IBAÑEZ, Ana Maria, VELEZ, C. Eduardo. Instrumentos de atención de la población desplazada en Colombia: una distribución desigual de las responsabilidades municipales. Universidad de los Andes, Documento CEDE 2003-37. ISSN 1657-7191 (edición electrónica) diciembre de 2003.d2003-37.En: economia.uniandes.edu.co/content/download/2082/12318/.d2003-37.pdf

ocasionado por el interés de parte de los grupos paramilitares en el control y manejo del narcotráfico (que se daba en la región de la Costa Caribe, siendo el municipio de Soledad un punto central no sólo por su ubicación geográfica sino también por su hidrografía. El río Magdalena permitía el control del narcotráfico del interior del país y el mar Caribe servía como punto de control del ingreso y exportación del mismo). Se transformó en un fuerte de protección de sus habitantes contra la presencia de guerrilleros, lo que convirtió a Soledad en un lugar de refugio para familias desplazadas por causa de la violencia tanto por parte de la guerrilla, como de terratenientes. Esto generó confianza en las familias desplazadas y el municipio de Soledad fue visto como una nueva oportunidad de vida para ellas.

Ahora bien, en esta población la precariedad de sus ingresos no sólo condiciona el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos prescritos, sino también a unas viviendas adecuadas y a una alimentación balanceada que cubra los requerimientos nutricionales de la familia¹¹. Dado que Muchos de los desplazados son de origen campesino, poseen un bajo nivel educativo^{12, 13} y, por ello tienen pocas oportunidades de obtener ingresos. En relación con las características de la política pública, se concluye que aunque se ha desarrollado un buen marco normativo e institucional, y se ha formulado una estrategia integral de intervención, la magnitud de las necesidades de la población desplazada ha sobrepasado en mucho la capacidad de respuesta del estado y aun de la comunidad Internacional cooperante.

Dado que en su mayoría los desplazados son familias campesinas que huyen y acaban en barrios marginales de ciudades grandes e intermedias modificando sus hábitos y costumbres sociales y culturales, entonces se ven obligados a reconstruir sus patrones culturales, con traumas y necesidades. Viven en condiciones de hacinamiento y pobreza con resultados perjudiciales, algunas veces irreversibles en la población civil, y el desarrollo socio-político y económico de las zonas receptoras y expulsoras¹⁴ por lo que se ven obligados a recomponerse y reorganizarse, e incluso a eliminar la satisfacción de sus

¹¹ MOGOLLÓN PÉREZ, Amparo S. VÁZQUEZ NAVARRETE, M. Luisa, GARCÍA GIL, M. del Mar. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. En: Rev. Esp. Salud Publica [online]. 2003, vol.77, n.2, pp. 257-266. Internet. (<http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272003000200008>.)

¹² GARCÍA, Mauricio. Los desplazados por la violencia en Colombia. Con su dolor sin rumbo. En: Universitas Humanística 1999; XXVII (47): p 15-31.

¹³. PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACION; Op Cit. 1999. p 12

¹⁴ HERNÁNDEZ, Esperanza. El desplazamiento forzado y la oferta estatal para la atención de la población desplazada por la violencia en Colombia. En: Revista Reflexión política, Universidad Autónoma de Bucaramanga, año 1 no. 1, marzo de 1999. Bucaramanga. Internet. ([http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path\[\]=905&path\[\]=881](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path[]=905&path[]=881)).

mínimas necesidades. Se ven forzados a vivir por el sustento diario, a cambiar las responsabilidades dentro del grupo familiar, poniendo en riesgo a las familias desplazadas desde algunos factores tales como condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, las condiciones de vivienda y vecindario, la situación socioeconómica y en el cuidado de los menores. Estas condiciones hacen necesaria la caracterización del riesgo familiar total en estas poblaciones, para identificar las necesidades prioritarias de cuidado, y apoyo.

Como se puede identificar en la investigación que hizo Emilse Salamanca: como tesis de proyecto de grado *Caracterización de las familias, desplazadas por la violencia armada asentadas en Villavicencio durante mayo, junio y julio de 2000*, con 107 familias desplazadas. El propósito fue conocer las características de esas familias; dio como resultado la identificación de un alto riesgo familiar total de un 85 por ciento de la población encuestada; las categorías que más aportaron a la presencia de riesgo fueron las del factor del medio ambiente debido a que se vieron forzados a ubicarse en las afueras de las zonas urbanas. El factor que más incidió en estas familias fue el ambiente socioeconómico, el ambiente físico de vivienda y vecindario y las prácticas de salud inapropiadas; se encontró que la situación de agravarla que se practicaba en esa población con los servicios de salud eran deficientes, por no decir nulos.

En Barranquilla, el estudio de Baquero y Faillace¹⁵ reveló la crítica situación que vive la población desplazada por violencia frente al impacto biopsicosocial producido por el desplazamiento forzado en la población infantil. Se encontró que el 60% de las familias la jefatura del hogar era mujeres y menores de 18 años. El 6,8% de las cabezas de familia han perdido su cónyuge por asesinato, 29% son desempleados/as y para los/as que trabajan el salario promedio/día es de \$5.500. Las condiciones ambientales son precarias dadas por mínimo acceso a los servicios de salud (64%) y educación (76 %). Se encontró un porcentaje de analfabetismo del 21%, lo cual tenía un efecto potencial de variables de riesgo biopsicosocial. En cuanto a los niños, 48 % eran menores de 5 años; aproximadamente uno de cada cinco, con ausencia del algún grado escolar y casi la mitad no tenía el grado educativo esperado para su edad. La tasa de desnutrición aguda fue de 57%, crónica de 47 %. La cobertura de vacunación encontrada fue de 53%. El 85 % de la población infantil ha sufrido algún tipo de maltrato físico.

Así pues, con relación a las secuelas que se pueden identificar en estas familias en situación de desplazamiento, sus dificultades afectivas generadas por la disgregación familiar, el cambio de los roles tradicionales de la pareja y de los demás miembros de la familia para asumir su lucha por la supervivencia, el

¹⁵ BAQUERO-LATORRE, Hernando. FAILLACE, Martha. VANEGAS, Carla. SALAS, Sandra. CORDERO, Crisanta. Impacto biopsicosocial del desplazamiento forzado en una población menor de 12 años del "Asentamiento kilómetro 7", Barranquilla. Hospital Universidad del Norte, Hospital Niño de Jesús. Barranquilla, 2003. En: Salud Uninorte, Vol. 20. 2005.

traslado del conflicto social al ámbito familiar, y la ruptura de la comunicación. Ya que “El proceso de desplazamiento no sólo fracciona las familias extensas, sino que también acelera las separaciones de los jóvenes y de su unidad familiar recayendo sobre estos la responsabilidad de trabajar para contribuir al mantenimiento de la familia”¹⁶ y así mismo se altera la dinámica familiar en el cambio de roles para poder generar cambios positivos como estabilidad económica, pues “La ausencia del padre y las dificultades que se le presentan para ingresar al mercado laboral urbano, conducen en un gran número de casos a que la madre asuma la responsabilidad económica de la familia”¹⁷.

No obstante, a manera de información, la gran mayoría de las familias desplazadas que se han radicado en el municipio de Soledad, provienen de los departamentos del Cesar, Magdalena, Bolívar y Sucre, reflejándose como uno de los municipios de mayor recepción de desplazados con 707 familias a nivel nacional¹⁸, y por ende se refleja en la inversión de los recursos y presupuesto que hace el departamento, se ve afectada por la recepción de desplazados al tener que incrementar su presupuesto para la atención de esta población. Y como resultado se incrementan los índices de desempleo, los sistemas de salud y educación resultan insuficientes para atender las demandas de los desplazados convirtiéndose este municipio en un punto central y vulnerable no solamente desde los cambios culturales, sociales, sino también se ve afectado por las tasas de morbi-mortalidad, ya que estas familias se alojan en áreas subnormales de la cabecera del municipio buscando albergue en ciudades que por su extensión y crecimiento económico estas familias desplazadas las perciben como seguras y con oportunidades para su subsistencia.

En un estudio relacionado con el fenómeno de familias desplazadas en Soledad, *Atlántico Caracterización de la población desplazadas ubicada en el municipio de Soledad como consecuencia del conflicto armado interno*¹⁹ (V. Miranda, 2006) tuvo como objetivo principal describir el estado, las características, factores presentes en fenómenos y hechos de la población estudiada; se empleó una metodología de estudio descriptivo cuantitativo con una muestra de 195 familias; reportó que viven en condiciones infrahumanas, hacinadas en zonas marginadas y de alto riesgo, donde las necesidades básicas no satisfechas es habitual y su presencia influye decididamente en el empeoramiento de las condiciones

¹⁶ GONZÁLEZ VIVEROS, Constanza. Transformación y resiliencia a las familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. Bogotá: Universidad de los Andes. En: Revista de estudios sociales. Revista de Estudios Sociales, no. 18, agosto de 2004, 123-130. Internet. (<http://res.uniandes.edu.co/indexar.php?c=Revista+No+18>)

¹⁷ *Ibíd.* p. 4

¹⁸ ACCIÓN SOCIAL, Índice general de tabulación de población desplazada,. Op Cit., hoja 6

¹⁹ MIRANDA B, Víctor y otros.. Investigación sobre: Caracterización de la población desplazada ubicada en el municipio de Soledad como consecuencia del conflicto armado interno. Grupo Sanivo, adscrito al Grupo Andrés Bello, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad de Derecho, Barranquilla. Año 2006 p 76 -80

generales de vida de la comunidad allí asentada en cuanto a: alojamiento, salubridad, abastecimiento de alimentos y agua potable, entre otros. Tanto la salud pública y el saneamiento básico se encuentran en precarias condiciones, violando no sólo disposiciones legales sino también convenios internacionales ratificados por Colombia, en las disposiciones constitucionales referidas a los fines esenciales del Estado, a los derechos económicos, sociales y culturales y a los derechos colectivos y del medio ambiente. Con ello, se vulneran garantías para la consolidación del derecho a la vida, a la salud y, en general, a ofrecer condiciones de higiene y salubridad dignas de la persona humana. El impacto psicosocial en los niveles individual, familiar y social es severo porque no existe una atención oportuna.

Las condiciones inadecuadas de la vivienda, caracterizadas por los peligros estructurales, la falta de acceso al agua potable, a los servicios de salud, la falta de alcantarillado y de recolección de basuras, producen un profundo impacto en la salud de la población, no sólo desde el punto de vista de la salud física, sino también emocional y social, ya que no existe un enfoque humanitario basado en la dignidad, el respeto de los pobres y restitución de los derechos de estas familias desplazadas que buscan la integración social y económica de sus hogares (hasta el momento no hay referencia de un caso de estabilización socioeconómica de una familia desplazada en el municipio de Soledad).

Con el fin de ir resumiendo lo anterior, en la investigación realizada por Víctor Miranda (2006) hace una descripción socio-demográfica sobre esta población desde un enfoque humanitario basado en la dignidad y restitución de los derechos de las familias desplazadas, haciéndose sentir la necesidad de una investigación que caracterice el Riesgo Familiar Total, facilitando el planeamiento de acciones e intervenciones a nivel disciplinar e interdisciplinar y a nivel intersectorial para el mantenimiento de la salud y para mejorar la calidad de vida de las familias con desplazamiento en el municipio de Soledad - Atlántico, a través de servicios para la familia que puedan prestar atención a cada uno de los individuos en lo atinente a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por consiguiente, se tomo como lugar para esta investigación un barrio del sector sur-occidente del municipio de Soledad, donde la investigadora desde la academia realiza prácticas comunitarias - asistenciales en una institución de salud del sector desde hace aproximadamente tres años, y a vendió observando que la mayoría de las personas y/o familias que asisten a este centro son desplazados especialmente los que participan en el programa de Recuperación nutricional que son 70 familias, dejan prever esas necesidades biopsicosocial, que padecen por causa directa e indirecta del desplazamiento de que han sido víctimas estas familias.

Así mismo el barrio objeto de investigación se encuentra ubicado en una zona del área urbana, que colinda al sur con las mallas del Aeropuerto Ernesto Cortissoz, por el norte con un botadero de basura de aproximadamente 720 toneladas a

cielo abierto, rodeado de los arroyos El Salado y El Platanal, en época de sequía sus habitantes arrojan la basura trayendo consigo la presencia de vectores de enfermedades y roedores; en época de lluvia estos arroyos se desbordan e inundan calles y viviendas, aparecen mosquitos y larvas; no dispone de un buen servicio de abastecimiento de agua potable y no hay saneamiento básico. Por otro lado, los baños, aun en viviendas de material, se encuentran ubicados en el patio, se aprecia la falta de pozos sépticos, las aguas contaminadas generan insalubridad, derivándose múltiples enfermedades e incontables perjuicios para la comunidad. Ante la falta de tales servicios estas familias desplazadas (utilizan para su consumo el agua que venden los carros de tracción animal, y botan los desechos sólidos en basureros a cielo abierto, además por la cercanía del barrio al aeropuerto se ven afectados por el ruido de los aviones.

Así mismo, estas familias desplazadas enfrentan no sólo condiciones difíciles en el espacio donde están ubicadas sino que además afectan las posibilidades de un crecimiento y desarrollo sano de los niños y las niñas, no existe un buen funcionamiento del entorno, no sólo ambiental sino también económico y laboral. Esto genera vulnerabilidad económica, social y afectiva. Estas fueron algunas de las razones por las cuales fueron escogidas estas familias desplazadas en el municipio de Soledad.

En segunda instancia, la ausencia de una investigación con la caracterización de las familias desplazadas desde el enfoque de riesgo familiar total.

Y en tercera instancia, como lo describe P. Amaya²⁰ en uno de sus postulados “afirmar que los riesgos familiares se asocian y conjugan con la trayectoria y situación actual de estas familias desplazadas, por una compleja interacción de los riesgos y sus efectos con el bienestar de las familias.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Históricamente el Departamento del Atlántico ha sido un receptor de familias desplazadas, debido a la condición de Puerto industrial y comercial de su capital; en especial entre los años 2003-2006, donde el Atlántico recibió 30.389 en contraste con las 1.969 familias que salieron del departamento²¹ este fenómeno se dio debido a la condición de puerto industrial y comercial de su capital.

²⁰ AMAYA, Pilar., Instrumento riesgo familiar Total, aspectos teóricos Op.cit p. 19

²¹ ATLANTICO, SECRETARIA DE SALUD, Diagnóstico Departamental Atlántico, 2010, p 11. . Internet.

(www.derechoshumanos.gov.co/Pna/documents/Atlantico/Atlantico)

En donde, el año 2003 llegaron 6.391 personas desplazadas y salieron 294; en 2004 la cifra se incrementó en 50,47 % al sobre pasar a 9.617 desplazados recibido (coincidiéndose con la estrategia de expansión que iniciaron los grupos de autodensa), el número de expulsados también subió 66,32 por ciento, al pasar a 489; en 2005, la cifra de desplazados entrantes descendió a 7.799, lo que implicó una reducción de 18%, en cambio el número de personas expulsadas aumentó en 18,81%, con 581 desplazados. En 2006, siguió descendiendo la cifra, al pasar a 6.582, un 15 por % que en 2005 y las expulsadas presentaron un pequeño incremento con 605²². Así mismo, al revisar este fenómeno de familias de desplazados en los municipios del Atlántico, se encuentra que los más afectados en el periodo de este estudio 2003-2006 por recepción de personas – familias desplazados fueron Barranquilla con 14.584 (47%), **Soledad con 10.810 (35,5%)** y Malambo con 1.898 (6,2%).

De igual manera se tiene identificado en el municipio de Soledad 61 asentamientos de familias desplazadas, sin que se legalicen dentro del perímetro urbano; ocasionando con esta ilegalidad en la tenencia de la tierra urbana en Soledad la invasión y auto-invasión de predios de propiedad privada y fiscales, así como también la urbanización pirata y el desplazamiento de población forzada por la violencia.

Ahora bien, en el momento en que se sentaron representantes de los diferentes sector de la salud en la alcaldía de la Soledad (mesas sectoriales), para desarrollar los planes de atención del cuatrienio en 2008, se encontraron con la dificultad de que no había un diagnóstico real sobre esta población de familias desplazadas por la falta de registros confiables, que permitiera inventariar las condiciones de riesgo familiar total.

Conceptualizándose como Riesgo familiar total²³. la probabilidad 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. & Herrera, 2000). Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómicos, psicoafectivo, de prácticas y servicios de salud (Amaya de Peña, 1998) Además involucra la trayectoria de los miembros y de esta como unidad (Clement-Stone, Eigsti & Mc Guire, 1991). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las practicas 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 y de salud permanente.

²² *Ibíd.*, p. 12.

²³ . AMAYA, P. Manual del RFT 5-33. 2004 Op Cit., p. 20.

Por lo tanto la autora de esta investigación justifico “que el conocer a las familias desplazadas desde el enfoque de riesgo familiar total, permite:

En primer lugar, asociar los riesgos con la modalidad: salud - epidemiología, salud – enfermedad, programas y estrategias educativas,

En segundo lugar, identificar los elementos de riesgo socio-económico que se asocian con indicadores como inaccesibilidad al agua potable, baja cobertura de vacunación, altas tasas de analfabetismo del adulto, altas tasas de desempleo e inequidad.

Y en tercer lugar, conocer los riesgos individuales y familiares asociados con la aparición de “morbi-mortalidad en cascada y acentuada”, asociadas con la presencia de violencia social, enfermedad mental, suicidio, muerte por accidente y situaciones de riesgo por terrorismo.

En cuarto lugar, dentro de los factores de riesgo que por comportamiento se presenta el inadecuado estilo de vida que se adopta, relacionado con prácticas sexuales inseguras, consumo de sustancias psicoactivas, hábitos alimentarios desfavorables, convivencia en estado de desesperanza y vida sin opciones, entre otros.

Y en quinto lugar, como lo describe Amaya Pilar²⁴: los factores de riesgo ambiental pueden también determinar si los servicios de salud y la información de salud son accesibles, aceptables, disponibles y sostenibles por los usuarios y por los proveedores (Dellasega, Brown & White, 1995)²⁵

Así mismo será útil encontrar en estas familias desplazadas de Soledad, otros factores de riesgo del ambiente relacionados con violencia contextual, el deterioro de las condiciones de la vivienda, el cambio en la población hacia las tendencias de envejecimiento, el proceso de urbanización y la migración forzada (PAHO,1998), por otro lado la literatura (Green & Kreuter, 1991) también destacan los factores de riesgo biológicos que incluyen: predisposición genética, edad, género, raza y la etnicidad, que por su naturaleza no siempre resultan modificables por intervenciones directas pero deben contemplarse como factores de riesgo presentes en los grupos de familias desplazadas ubicadas en el municipio de Soledad. Estos factores genéticos como enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades cerebro vascular, diabetes, cirrosis, entre otros ²⁶ son la causa principal de morbi-mortalidad.

Por lo tanto se considera la gran relevancia que tiene la investigación y la medición de los riesgos para la salud Humana, como también el conocer los

²⁴ AMAYA, Pilar., Instrumento riesgo familiar Total, aspectos teóricos Op.cit p. 23

²⁵ Ibíd., p-21- 22

²⁶ Ibíd. P-21-22

riesgos y reportar evidencias del efecto de factores de riesgo sobre la enfermedad y la expectativa de vida saludable, ya que son aspectos que han permitido tener mayor claridad sobre la importancia de este enfoque. Aun cuando la literatura es escasa sobre este tema, se asume que el enfoque es una opción que trae beneficios sustanciales y demostrables a la población.

En aproximación a esta problemática familiar social y sus relaciones con la regionalidad se hace necesario e importante que la familia como núcleo esencial de la sociedad identifique los riesgos a los que están expuestas por su situación de desplazamiento en el municipio de Soledad- Atlántico, con el fin de orientarlos hacia los programas de atención y los apoyos con los cuales cuentan para que pueda crear estrategias que permitan vislumbrar caminos de solución a sus conflictos y propiciar espacios de mayor armonía entre sus miembros para el mejoramiento de los estilos de vida saludables, con la participación activa de diferentes sectores e instituciones con bases científicas de análisis crítico que permite actuar de manera responsable frente a los requerimientos y tendencias del mundo actual, liderando procesos de cambio, beneficiando con su actividad académica e investigativa a sectores sociales vulnerables de la nación colombiana como son las familias desplazadas en especial las identificadas en el municipio de Soledad- Atlántico.

Ahora bien, 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 país²⁷, 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 básicos²⁸.

De igual modo la caracterización de estas familias desplazadas en el municipio de Soledad, permite la intervención de la comunidad desde la organización, control, gestión, fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto con una mejor distribución de los recursos gubernamentales y territoriales, mejorando los planes y programas e intervenciones estableciendo estrategias y líneas de acción para articular los procesos de Salud en torno a las necesidades de salud de la población que apunten a las necesidades reales de esta población y mejorar la calidad de vida no solo de de estas familias desplazadas sino que

²⁷ CONGRESO DE LA REPÚBLICA De Colombia, Ley 1122 de enero 9 de 2007. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D. C: Diario Oficial. No 46506. 2007. p.13

²⁸ CONGRESO DE LA REPÚBLICA De Colombia. Ley 1438.de 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

también influye en el resto de la población y en la infraestructura Municipio de Soledad. Dando cumplimiento a la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud introducida por la Ley 1438 de 2011, “ Que 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 permite 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” y para efectos de esta investigación a la población de familias desplazadas del municipio de soledad, específicamente en los numerales:13,5 y13.11 que trata de una orientación individual, familiar y comunitaria. y desde el enfoque territorial

De igual modo se está suministrando cumplimiento dentro de esta reforma con el artículo 16 numeral 16.1 y 16.2 que hacen referencia a la realización del diagnóstico familiar e identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios del sistema por edad, sexo, raza y etnia.

Así mismo con esta investigación, se fortalece y explica el papel protagónico de la Enfermera con sólidas bases científicas, éticas, humanísticas en el desarrollo y orientación de procesos individuales, familiares y sociales haciéndoles respetar sus derechos contemplados en un marco legal como es:

- La constitución Política de Colombia de 1991²⁹, que consagra los derechos fundamentales de la sociedad y define en el capítulo 2 a la familia como institución social básica y núcleo fundamental de la sociedad. Donde las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco de sus integrantes...; (Art. 42).
- La familia, la sociedad y el estado, tienen obligación de asistir y preservar los derechos a la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, el cuidado, el amor, la educación, la cultura y la recreación.
- Proteger al niño, su nombre y la nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, al adolescente y personas de la tercera edad... (Art. 44, 45, 46);
- El Estado garantiza a todos sus habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social... (Art. 48), al mejoramiento de la calidad de vida y a la

²⁹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. 1991. República de Colombia. Bogotá. 15ª Edición. Mayo de 1999. p. 9 – 131

distribución equitativa de las oportunidades y beneficios de su desarrollo..., (Art. 334).

- La protección social integral. Son derechos de la familia colombiana y la sociedad en general.

La Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten³⁰. El Plan Obligatorio de Salud (POS), para la atención integral de las familias en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según niveles de atención y complejidad³¹

El Fondo de Solidaridad y Garantía, cuyos recursos se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, a través de la Red de Solidaridad y los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud. También se tomaron aspectos importantes para el estudio, sobre el reconocimiento del problema de desplazamiento por parte del gobierno en 1997, el informe del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES - 2804/95, el Decreto 976 del 7 abril de 1997, el Decreto 1458 del mismo año y la Ley 333/96, de donde parte básicamente la atención en salud y protección inicial a la población desplazada en Colombia, la Ley 387 del 18 de Julio de 1997 por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómicos de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

La Ley 266 de 1996³², los principios de la práctica profesional de Enfermería, que orientan el proceso del cuidado a la persona, la familia y la comunidad, con visión unitaria para la atención de sus dimensiones físicas y espirituales y la Ley 911 de 2004³³, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, de los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería para la persona, familia y comunidad.

Ha permitido a la enfermera su participación estableciendo estrategias y líneas de acción para articular los procesos de Salud en torno a las necesidades de salud de la población desplazada y a los objetivos del Sistema de Salud

³⁰ LEY 100 DE 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. República de Colombia. 1997. p. 7.

³¹ Ibid., p. 9

³² CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA LEY 266 DE 1996 (Enero 25). Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.

³³ LEY 911 DE 2004 (octubre 5). Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004

Colombiano, promoviendo el desarrollo personal y profesional apoyada en una mayor integración de los procesos instituciones en los servicios de salud y las comunidades en especial a los desplazados.

Así mismo esta reforma permite a la enfermera fortalecer sus competencias en aspectos básicos para mejorar los resultados en salud como Gestión de riesgos para la salud (detección temprana, P y P, Salud Pública, actividad física); Resolución de los principales problemas de salud del país/ región y Trabajo en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios a través de un sistema de información integral en Salud, que permita:

- Fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar, orientar y regular los procesos de formación, ejercicio, seguimiento y control de la gestión del Talento Humano en Salud.
- Fortalecer la coordinación intersectorial, en especial de los sectores educación y trabajo, para el desarrollo de la política
- Promover el desarrollo de competencias técnicas de las autoridades de salud, educación y trabajo de las entidades descentralizadas.
- Fortalecer la participación del gremio de enfermería, en los espacios y procesos de decisión del Sistema de Salud.

Ahora bien desde el conocimiento de este fenómeno del desplazamiento en Colombia hasta la práctica académica e investigativa, sirve para planear, medir y controlar resultados en la práctica de salud familiar³⁴. Consolidando un sistema de protección social solidario e integral contribuyéndose al desarrollo y calidad de vida. Y por otro lado, los resultados de la investigación pueden servir de base para realizar investigaciones interdisciplinarias, dada la complejidad que encierra la familia desplazada desde el punto de vista social, económico, político y cultural generando respuestas a los diferentes procesos que se generan en ella.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo familiar total de las familias desplazadas en un barrio del municipio de Soledad?

³⁴ SALAMANCA Emilse, Caracterización de las familias desplazadas por la violencia asentadas en Villavicencio, de mayo- julio de 2002 EN: La investigación y el cuidado en América Latina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 2005, p.412.

1.4. PROPÓSITO

Conocer el Riesgo familiar total de las familias desplazadas en el municipio de soledad, con el fin de contar con un panorama desde las categorías de Prácticas y servicios de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica, cuidado integral de los menores; para plantear acciones de intervención en enfermería que propenda por mantener la salud y para mejorar la calidad de vida de las familias desplazadas.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Categorizar el riesgo familiar total (RFT) de las familias desplazadas en un barrio del municipio de Soledad.

1.5.2 Objetivo específicos

1. Describir las características de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad.
2. Establecer la estructura de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad.
3. Describir la composición por sexo, edad, ciclo, tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo, de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad.
4. Describir las categorías de Condiciones psicoafectivas, Servicios y prácticas de salud, Condiciones de vivienda y vecindario, Situación socioeconómica y cuidado integral de los menores) de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad.

1.6 DEFINICION DE CONCEPTOS

Familia. Es posible definir a la familia desde el punto de vista sistémico, tal como lo planteó Marie-Luise Friedemann (1989): “Es una unidad con estructura y organización que interactúa con el ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos

emocionales y responsabilidades comunes. La familia está compuesta por individuos que tienen cada uno distintas relaciones con los miembros de la misma familia, toda la familia y sistemas de contacto con el ambiente. El sentido de pertenencia es un prerrequisito para que los individuos funcionen como sistema. La definición es subjetiva y difiere de acuerdo con la perspectiva de cada miembro. La familia incluye todas las personas que tienen funciones familiares y que están emocionalmente conectadas al individuo. La familia está definida como todas las personas que un individuo considera que sea la familia”³⁵.

Familia desplazada. Para el presente estudio se ha tomado como familia desplazada, aquella que ha sido forzada a migrar de su lugar de origen abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque sus vidas, integridad física, seguridad o libertad de uno o todos sus miembros, han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público”.³⁶

Riesgo familiar total³⁷. Es la probabilidad 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. & Herrera, 2000). Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómicos, psicoafectivo, de prácticas y servicios de salud (Amaya de Peña, 1998) Además involucra la trayectoria de los miembros y de esta como unidad (Clement-Stone, Eigsti & Mc Guire, 1991). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las practicas 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 y de salud permanente.

³⁵ FRIEDEMANN, Marie-Luise. La estructura de la organización sistémica. Una aproximación conceptual a las familias y a la enfermería. California: Sage, 1995. p. 11.

³⁶ SANCHEZ, Dora, concepto adaptado para el presente estudio basado en su conocimiento, consultas y análisis bibliográfico. Agosto 2011

³⁷. AMAYA, P. Manual del RFT 5-33. 2004 Op Cit., p. 20.

Estructura familiar, Para Amaya³⁸, la estructura familiar hace referencia a la tipología familiar, el ciclo vital familiar y a la composición de la familia.

Tipo familiar. Se define de acuerdo con el grado jerárquico que compone a una familia que vive bajo un mismo techo. Así mismo para esta investigación se aplicó familia tipo uno (constituida por familiar nuclear familia nuclear modificada, familia nuclear reconstruida) y familiar tipo dos (familia extensa, familia extensa modificada, familia atípica).³⁹

Ciclo vital familiar. Planteado inicialmente por Evelyn Duvall (1977) “organiza la evolución de la familia y proporciona una guía para examinar y analizar los cambios y tareas básicas comunes en la evolución de la mayoría de las familias durante su ciclo de vida, aunque cada familia tiene características únicas y patrones normativos de evolución secuencial. Las etapas de evolución de la familia están marcadas por la edad del niño mayor, aunque existen algunas etapas que se superponen cuando hay varios niños en la familia”. Luego es retomado y modificado por Pilar Amaya de Peña, P. (2000)⁴⁰ “de donde el ciclo familiar está determinado por la edad del hijo mayor de convivencia o no convivencia del grupo familiar, se tiene entonces:

- Formación de la pareja: hasta el momento del nacimiento del primer hijo.
- Crianza inicial de los hijos: hasta los treinta meses de edad del primer hijo.
- Familias con preescolares: hasta los seis años del primer hijo
- Familias con adolescentes: Hasta los 18 años de edad del hijo mayor
- Familia con adultos: Hijo mayor con más de 18 años que convive con los padres
- Familia en edad media: Cuando ambos padres llegan a los 50 años o llegan al final de la etapa laboral
- Familia anciana: Pareja de ancianos que viven solos
- Familia multicíclica: varios núcleos consanguíneos o no que conviven como familia
- Familia atípica: Ninguna de las descripciones anteriores

Composición familiar, según Amaya⁴¹, La composición familiar está dada por el número de miembros de convivencia en cada grupo familiar y el sexo”. la

³⁸ AMAYA, Pilar, Referentes Teórico Conceptuales y análisis de la información. Riesgo Familiar Total 7 – 70 y del instrumento de Salud Familiar Genral ISF. 25. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2000. p 9

³⁹ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Riesgo Familiar total y del ISF-GEN_25 Referentes teóricos – Conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. p 8

⁴⁰ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instructivo de Aplicación del Inventario de Riesgo Familiar 7- 70. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Código de registro de derechos de autor: TX-4-978-541. Bogotá, 1998 –2000.

⁴¹.AMAYA, Pilar., RFT:5-33 Op cit 2004., p 32

composición de la familia, traduce la identificación de todos los miembros que hacen parte de la familia que se evalúa. Se adquiere información sobre: género, edad y rol dentro de la misma

2. MARCO TEÓRICO.

El presente capítulo contiene la evidencia que hacen la fundamentación de ello: como son algunos conceptos de familia desde otras disciplinas culminando en la disciplina de enfermería, en segundo término se revisa el riesgo y sus componentes para llegar al riesgo familiar total desplazamiento, familias desplazadas, en el departamento del Atlántico, municipio de Soledad.

2.1 FAMILIA

El concepto de familia ha cambiado a través de los tiempos, y al tratar de definir éste término, sin lugar a duda se debe mirar desde varias disciplinas, con el fin de alcanzar una mayor comprensión del concepto desde la historia hasta la actualidad. Así mismo se encuentra en la literatura diferentes concepciones de familia que permiten entender su importancia en la sociedad y la ventaja de conformarla con lazos firmes como red de apoyo para los individuos que la integran.

Ahora bien, los diferentes autores disciplinares, como los de la disciplina de la psicología, estudian a las familias desde el punto de vista del, comportamiento, manejo de las relaciones afectivas y la interpersonales entre cada uno de sus miembros que la conforman; mientras que los sociólogos estudian a las familias desde el punto de vista del comportamiento con relación al entorno, con el medio que les rodea dentro de la sociedad; y los antropólogos estudian su origen y evolución que marcan las familias dentro de las sociedades. Y así mismo cada disciplina tiene sus puntos de vista para estudiar e interpretar los cambios y comportamientos de las familias a través de los tiempos y cambios que estos traen. Sin embargo todas las disciplinas concuerdan con la importancia de la familia dentro de una sociedad, y la importancia del trabajo que ésta realice para su crecimiento y fortalecimiento de cada uno de sus miembros. De igual forma hacen evidente que la familia es la trasmisora de la cultura, de pautas y normas

De igual modo, desde la disciplina de enfermería se han desarrollado teorías y modelos desde mediados del siglo XX, en los cuales se ha tenido en cuenta a la familia, para sustentar los elementos del paradigma que explicaran los fenómenos que le rodean desde diferentes enfoques que sustentan teóricamente la investigación: tomando como referencia los conceptos y apreciaciones de varios autores que describe Amaya P, por su relación con los factores de riesgo que determinan e influyen sobre el comportamiento de las familias, y que aplica a las familias desplazadas, como son:

Howells (1971), Loito (1976) y Baider (1978).⁴² quienes describen a la familia como un grupo de individuos hombres y mujeres, adolescentes y niños, en edades que pueden extenderse en dos o más generaciones, acompañadas por relaciones intensas con una historia colectiva que comparten un mismo lenguaje, clase social, ingreso económico y un espacio físico. Así mismo, se evidencia el aporte realizado por Loito (1976), citado por Amaya (1987), que expone la Teoría Estructural-Funcionalista que responde a un modelo ecológico⁴³ y en el cual se describe a la familia como un “sistema abierto” en donde la característica esencial es la red de interacciones que conforman una dinámica y un sistema cambiante siempre en movimiento.

Smilkstein (1980), citadas por Amaya P. (1987) quien tiene en cuenta tres tipos de familia: la primera institucional que se caracteriza por compartir el mismo espacio y tiempo de relaciones en diferentes sociedades y culturas; la segunda estructural funcionalista que define como las interrelaciones de los miembros entre sí y el modelo social existente y, la tercera corresponde a la familia evolutiva que se define como una institución socialmente reconocida y compuesta de individuos cambiantes en el tiempo⁴⁴.

A los enunciados anteriores Amaya (1987) añade el enfoque economista que maneja tiempo, energía, dinero y aprendizaje, allí la familia es concebida como un laboratorio experimental donde sus integrantes aprenden técnicas vitales primarias para afrontar luego problemas de la vida familiar.

Amaya (2000) también tiene en cuenta otros autores como: Ramona Mercer (1989), Martha Rogers (1983) e Ida Jean Orlando (1985), quienes aplican la Teoría Sistémica a la conceptualización y el estudio de la familia. También refiere Amaya (2000) que no sólo el vínculo de consanguinidad forma una familia, también existen situaciones sociales como la adopción, segundas uniones matrimoniales y la familia sustituta, las cuales tienen el reconocimiento social de ser también familia. A nivel sociológico, la familia es abordada como cualquier grupo de personas que viven juntas.

Por lo tanto, se puede concluir que el concepto de familia es bastante amplio y ha cambiado según el ritmo y desarrollo de la sociedad, esto se aprecia con la aparición de diferentes tipos de familia que van surgiendo como respuesta a los acelerados cambios sociales, políticos, económicos, culturales, entre otros.

⁴² AMAYA, Pilar. Conceptualización de familia: Enfoque de la salud familiar en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría, marzo 31 de 2000. pp. 1.

⁴³ Nota: El modelo ecológico contempla al hombre como un ser biopsicosocial y a su ambiente con lo físico, social y cultural. La salud es el estado de equilibrio que resulta de los factores antes descritos.

⁴⁴ *Ibíd.*, p.1.

En cuanto a la relación de la familia con la salud, la familia puede ser considerada como un factor causante de enfermedad, determinado por múltiples aspectos tales como los relacionados con hábitos y costumbres de la vida diaria. Orlando (1985), citado por Amaya, expone cuatro factores que muestran cómo la familia puede contribuir al desarrollo de la enfermedad, entre ellos tenemos los factores genéticos, prenatales, los derivados de la relación del medio familiar, ocupacional, cultural y social que se podrían catalogar como factores de riesgo desencadenando complicaciones graves que terminan finalmente por alterar el estado de salud de las personas⁴⁵.

2.2 ESTRUCTURA FAMILIAR

Para Amaya⁴⁶, la estructura familiar hace referencia a la tipología familiar, el ciclo vital familiar y a la composición de la familia.

En relación con la composición familiar, Amaya P. (2000), clasifica la tipología familiar desde su composición en tres grandes categorías: nuclear, que se subdivide en nuclear modificada y reconstruida; extensa, la cual se subdivide en extensa modificada y la categoría de atípica.⁴⁷ Cada una de ellas se definen como:

- Familia Nuclear: constituida por ambos padres biológicos e hijos. Presencia de dos generaciones de consanguinidad.
- Familia Nuclear Modificada: donde sólo se encuentra el padre o la madre con todos los hijos, pueden ser hijos de diferentes uniones.
- Familia Nuclear Reconstruida: existe pareja pero todos los hijos no son del mismo padre o madre. Existe padrastro o madrastra.
- Familia Extensa: compuesta por miembros de tres generaciones
- Familia Extensa Modificada: cuando además de los padres e hijos se encuentran otros miembros de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos, tales como primos de los padres, tíos, sobrinos o figura la generación de los abuelos y nietos sin la presencia de los padres.
- Familia Atípica: cuando no cuenta la familia con los parámetros anteriores.

De la Revilla (1994)⁴⁸ la clasifica con base en la familia nuclear: familia extensa, familia nuclear con parientes próximos, familia nuclear sin parientes próximos, nuclear numerosa, nuclear ampliada con parientes y ampliada con agregados,

⁴⁵ AMAYA, P. Conceptualización de familia. Op. cit., p.2.

⁴⁶ AMAYA, Pilar, Referentes Teórico Conceptuales y análisis de la información. Riesgo Familiar Total 7 – 70 y del instrumento de Salud Familiar Genral ISF. 25. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2000. p 9

⁴⁷ AMAYA, Pilar, Instrumento de riesgo familia total, RFT: 5-33 Manual: Bogotá universidad Nacional de Colombia, 2004. p.57.

⁴⁸ DE LA REVILLA, Luis, Que es la familia? Conceptos e instrumentos de la atención familiar, facultad de medicina de granada, Doyma España, cap. 2 1994. p 3

familia binuclear, familia monoparental, personas sin familia, equivalentes familiares.

La composición familiar está dada por el número de miembros de convivencia en cada grupo familiar y el sexo.

El Ciclo familiar está determinado por la edad del hijo mayor de convivencia o no convivencia del grupo familiar, se tiene entonces:

- Formación de la pareja: hasta el momento del nacimiento del primer hijo.
- Crianza inicial de los hijos: hasta los treinta meses de edad del primer hijo.
- Familias con preescolares: hasta los seis años del primer hijo
- Familias con adolescentes: Hasta los 18 años de edad del hijo mayor
- Familia con adultos: Hijo mayor con más de 18 años que convive con los padres
- Familia en edad media: Cuando ambos padres llegan a los 50 años o llegan al final de la etapa laboral
- Familia anciana: Pareja de ancianos que viven solos
- Familia multicíclica: varios núcleos consanguíneos o no que conviven como familia
- Familia atípica: Ninguna de las descripciones anteriores

En síntesis, la composición familiar aumenta la capacidad de las familias para enfrentar el riesgo y las crisis; esta situación tiene que ser aprovechada para desarrollar estrategias y coordinar acciones de salud, de formación en liderazgo.

2.3 RIESGO

AMAYA Pilar desde el enfoque de riesgo se fundamenta en los conceptos descritos por Backett, Davies y Petros-Barvazain (1985), en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, quienes definen el factor de riesgo como: "Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o un grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido" (p.3). Los mismos autores sugieren formas y aplicación de 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, modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional, y políticas intersectoriales"⁴⁹.

⁴⁹ Op. cit. AMAYA, P. RFT: 5 - 33. p 19.

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

- a) Características biológicas o hereditarias (algunas características genéticas incrementan el riesgo de determinadas enfermedades y dolencias)
- b) Los factores físicos, sociales, familiares, económicos, y ambientales (por ejemplo las poblaciones menos favorecidas tienen un mayor riesgo de sufrir un problema de salud)
- c) 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 drogas⁵⁰).

Amaya afirma citando a Ezati y colaboradores 2003 que “los efectos de los factores de riesgo pueden contribuir a la salud a través de la prevención”⁵¹

2.4 RIESGO FAMILIAR TOTAL

Según la doctora Amaya el riesgo “es la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o de desorganización de la unidad familiar. Estos 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”⁵². Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), condiciones psicoafectivas, de prácticas y servicios de salud físico, vivienda y vecindario, situación socioeconómica. El enfoque de riesgo trae beneficios sustanciales y demostrables a la población.⁵³

En cuanto a los aspectos de tipo biológico-demográfico: Los riesgos referentes a la composición incluyen la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, información sobre género, edad, papel dentro de esta y datos sobre algunas condiciones específicas que puedan representar riesgo individual, relacionados con educación sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas.⁵⁴ Los riesgos relacionados con la morbimortalidad son: antecedentes de

⁵⁰ Ibid., p. 24.

⁵¹ Ibid., p. 23.

⁵² Ibid., p.19-20.

⁵³ Ibid.p.19.

⁵⁴ AMAYA, Pilar, Instrumento de riesgo familia total, RFT: 5-33 ManualOp.cit., . p.33.

patología de carácter familiar: condiciones psicológicas, biológicas y sociales presentadas en algún miembro de la familia, pero teniendo en cuenta tres generaciones atrás. Así mismo el enfoque epidemiológico de riesgo es una herramienta que ayuda a determinar prioridades en salud e intenta mejorar la atención para todos⁵⁵.

Sin embargo, para esta misma autora los tipos de factores de riesgo identificados son los siguientes:

- **“Condiciones psicoafectivas**, que son la desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.
- **Servicios y prácticas de salud**, que son la disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidado de la salud y manejo de problemas prevalentes.
- **Condiciones de vivienda y vecindario**, que son las características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.
- **Situación socioeconómica**, que son los ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.”

De lo antes mencionado Amaya deriva otras precisiones conceptuales:

- 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.
- b. Se conoce también por las investigaciones de Ezzati y col (2003) que la contribución de los riesgos puede ser individual, en asociación, e incluso superpuesto, y que actúan provocándose diferentes grupos de enfermedades.
- c. Además, se ha demostrado que en algunas regiones la tendencia general de los factores de riesgo en conjunto abonan a la carga por enfermedad y contribuyen a la pérdida de vida saludable.
- d. Hay factores de riesgo directos, otros que se comportan como mediadores y otras expresiones que hay que analizar teoría y matemáticamente.

⁵⁵Ibid.p.20.

En el enfoque conceptual de riesgo familiar total desarrollado por Amaya P (1992; 1998; 2000) basado en los resultados de la investigación (evidencias preliminares confirmadas) y en la práctica familiar, ella sintetiza los postulados siguientes:⁵⁶

1. El riesgo familiar total es la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o desorganización de la desorganización de la unidad familiar.
2. Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir, que hay riesgo 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 total 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 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 riesgo biológico-demográfico (por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y en servicios sociales y de salud.
9. Los servicios sociales y de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de la afectividad de operación.
10. Los riesgos familiares se asocian y conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
11. Algunas condiciones de riesgos 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.

⁵⁶ Ibid. p. 20

12. 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.

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 total produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención, y a nivel político administrativos en las instancias municipales y regionales.

Por lo tanto y con base en el análisis de Amaya, se puede concluir que los efectos de los factores de riesgo pueden contribuir a la salud a través de la prevención; direccionando e interviniendo los múltiples riesgos, con el fin de ayudar a corregir las desigualdades en el comportamiento del estado de salud entre las regiones. Es fundamental conocer que los factores de riesgo están particularmente relacionados, actúan en cascadas, se asocian como racimos y se comportan de diferentes maneras según las condiciones socioeconómicas

De igual manera, desde el enfoque de riesgo permite caracterizar a la familia desde su estructura: tipología, ciclo vital familiar, composición y riesgos individuales y familiares⁵⁷. El riesgo familiar total se puede medir con el instrumento RFT 5: 33 diseñado y probado por Amaya Rey.

2.5 RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DESPLAZADAS

Colombia no ha sido ajena al fenómeno del desplazamiento forzado, toda vez que se ha percibido una relación de causalidad entre periodos de violencia y los desplazamientos humanos, como consecuencia de una violencia partidista, y en menor grado de otras violencias como la violencia socioeconómica, el narcotráfico y la violencia por territorios. En Colombia se observa que desplazamiento es utilizado como estrategia de guerra debido a que es un mecanismo rápido y poco costoso para despoblar territorios y en parte porque les permite a los actores armados ampliar su área de influencia para tener acceso a recursos estratégicos, establecer mecanismos de control territorial, transportar armas y abrir corredores para el desarrollo de actividades ilícitas⁵⁸.

⁵⁷ AMAYA, Pilar, , *RFT: 5-33 Op.cit.*, 4. P..57.

⁵⁸ RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Poblaciones y territorios afectados por el desplazamiento: magnitud y tendencias. 7-11-2002. Bogotá, Colombia, Red de Solidaridad Social.

De este modo el desplazamiento forzado se convierte en un fenómeno social con características propias, generador de consecuencias devastadoras sobre la población civil que lo padece, socio demográfico, sociopolítico, socioeconómico en las zonas de expulsión y recepción; y con una proyección de incremento y generalización en todo el territorio nacional en la medida en que se agudice el conflicto interno armado⁵⁹

*Se hace evidente que la superación del desplazamiento forzado está íntimamente ligada a la solución negociada del conflicto interno armado y al desarrollo; y aunque por primera vez en Colombia se percibe una sintonía de circunstancias favorables para la negociación del conflicto con las diferentes manifestaciones de voluntad de los actores, el Estado colombiano y de la sociedad civil en torno de la búsqueda de alternativas para la paz, será este si se materializa, un proceso largo como ha acontecido en otros países que han logrado la solución negociada de su conflicto interno armado.*⁶⁰

El desplazamiento forzado ha generado consecuencias perjudiciales, algunas veces irreversibles en la población civil, y el desarrollo socio-político y socio-económico de las zonas receptoras y expulsoras.

2.6 DESPLAZAMIENTO

2.6.1 Formas de desplazamiento

La importancia de las formas de desplazamiento radica en que las demandas, necesidades, soluciones y respuestas a las mismas son distintas; de esta manera, los organismos planifican las acciones en salud dependiendo del tipo de desplazamiento. Algunas de las formas de desplazamiento son:⁶¹

- **Tipo éxodo**, en donde se presenta la migración de las familias completas de una forma masiva, las acciones requieren de una urgencia tal que se deben cubrir oportunamente los estándares mínimos humanitarios con el fin de evitar epidemias o muertes; este tipo de desplazamiento suele responder a una urgencia de tiempo y necesidad de supervivencia, que obliga a las familias a desplazarse con tal prontitud y temor, que se despojan de sus tierras, alimentos, elementos de aseo personal y dinero, factores predominantes hacia la vulnerabilidad del clima y deficiencias

⁵⁹ HERNÁNDEZ, E. El desplazamiento forzado y la oferta estatal Op. cit. 4

⁶⁰ Ibíd. p. 3.

⁶¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) /Organización Mundial de la Salud. *Cartilla básica para la atención en salud de la población en condiciones de desplazamiento.* OPS/OMS. 2a (1), 11-12. 2002. Bogotá, Colombia, Ed. Precolombina - David Reyes

nutricionales que los expone a pocas oportunidades de acceder a condiciones mínimas de saneamiento.

- **Desplazamiento disperso** donde migra primero la cabeza de familia y posteriormente el resto de ésta, hay mayor tiempo para la planificación de su atención, las personas suelen llegar a donde parientes o amigos e incluso a sitios característicos por sus fuentes de apoyo social, que brindan ayuda para solventar gran parte de las necesidades, entre ellas las económicas y las nutricionales de forma parcial; esto con el propósito de poder recibir más tarde al resto de su familia.
- **Desplazamiento familiar** implica un enorme esfuerzo cuando no hay referencias de apoyo y más en los casos en los cuales la persistencia de la violencia no permite escoger ni establecer la zona de asentamiento. En este grupo se ubican familias campesinas pobres que huyen a ciudades grandes e intermedias y se dispersan en los llamados cinturones de miseria.
- **Desplazamiento individual** responde a circunstancias graves de atentados y amenazas contra el jefe de la familia o contra personas que no hacen parte de un núcleo familiar. Algunas veces, la súbita desintegración de la familia y los hechos violentos que envuelven los acontecimientos dificultan los procesos de reunificación, lo cual genera la separación definitiva de la familia; en este sentido, una de las expresiones que se dan al interior de las familias es la de mantenerse unidos para sobrevivir⁶².
- **Desplazamiento colectivo**, responde casi siempre a éxodos de campesinos provocados por el desbordamiento de la confrontación entre la fuerza pública y los grupos guerrilleros, o entre grupos paramilitares y guerrilla. Los bombardeos indiscriminados, las operaciones rastrillo, las masacres, la intimidación y el ambiente constante de guerra cruzada obligan a esta modalidad de desplazamiento.

Dentro de las tendencias del desplazamiento en Colombia, también se evidencia otra forma de estrategia de control y recuperación territorial por parte de distintos grupos armados en sectores urbanos, generando un tipo especial de desplazamiento denominado desplazamiento intra-urbano. Este es el caso de la comuna 13 de Medellín (Antioquia), el distrito de Aguablanca y Siloé en Cali

⁶² FUNDACIÓN FORO NACIONAL POR COLOMBIA, Fundación para la orientación familiar-FUNOF, y Corporación Región y Desarrollo-REDES. Expedición de sueños: historias que construyen ciudad. primera edición, 17-32. 2002. Santiago de Cali, Valle - Colombia, Editorial Bando creativo.

(Valle del Cauca), Barrancabermeja (Santander), Barranquilla (Atlántico) y Cartagena (Bolívar).⁶³

2.6.2 Causas y Actores.

Según datos del grupo temático de desplazamiento (GTD), entre los motivos más frecuentes de desplazamiento se encuentran las amenazas generalizadas (47.7%), el enfrentamiento armado (22.5%), las amenazas específicas (11.1%), las masacres (8.8%), las tomas de poblaciones (2.6%) y finalmente, evitar el reclutamiento de adultos y menores (0.1%).

Es importante precisar que los factores que provocan el desplazamiento son diversos y las causas pueden variar según la región; en este sentido, la posesión de tierras y de recursos naturales son causas de desplazamiento; conseguir expulsar campesinos pobres se considera un requisito previo para crear las condiciones de seguridad necesarias que permitan la adquisición de la tierra y la explotación de recursos naturales.

De igual manera, aumenta el desplazamiento como consecuencia de las fumigaciones de cultivos ilícitos que también han afectado cultivos básicos para la subsistencia humana. La acumulación de tierras por parte de pocos, pero grandes propietarios, la industria del narcotráfico, especialmente en zonas que por su cercanía a las costas facilita el envío de cargamento de droga a los mercados internacionales, la alianza entre ganaderos y otros gremios económicos con grupos paramilitares, son factores que estimulan el desplazamiento. Muchos campesinos no poseen título de propiedad de sus tierras, aunque lleven varios años ocupándolas; al abandonarlas, pierden su derecho a la propiedad mientras que los nuevos terratenientes se benefician de años de trabajo. Así mismo, los campesinos que tienen títulos de propiedad no cuentan con los recursos para emprender procesos legales que les permitan recuperar sus tierras o exigir indemnización por parte del Estado.

Según el grupo temático de desplazamiento (GTD) los actores armados principales causantes de desplazamiento son: las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) (49.3%), las guerrillas (19.7%), dos o más actores (22.2%) y las Fuerzas Armadas (1.2%). Entre enero y junio de 2000, el CODHES realizó la Quinta Encuesta Nacional de Hogares en situación de desplazamiento forzado; la encuesta se aplicó a 4.406 personas, y demostró que la población civil se siente realmente amenazada por los paramilitares y por la guerrilla, grupos identificados como principales responsables del desplazamiento

⁶³ ALAPE, Arturo. Primer foro nacional sobre desplazamiento por la violencia "un país en silencio". primera mesa de trabajo: los orígenes del desplazamiento. 1998. Bogotá, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana.

Los paramilitares se han convertido en los actores armados que más inciden en el fenómeno de movilidad. Son ellos los promotores del 49 por ciento de las causas que generan desplazamiento, principalmente en poblaciones campesinas víctimas de estrategias de expansión territorial basadas en el uso de la fuerza, que se ven obligadas a abandonar sus tierras. La guerrilla también ocupa un lugar destacado en la causalidad del desplazamiento y mantiene una oscilación entre 28 y 34 por ciento⁶⁴.

La encuesta de CODHES del 2000, estableció que mientras los paramilitares generan desplazamiento a través de amenazas y masacres, la guerrilla se vale del reclutamiento forzado o voluntario; esto incide en que las familias huyan porque no desean que sus hijos ingresen a las filas de los grupos subversivos. En ocasiones el desplazamiento es la única forma de preservar la vida y conservar el núcleo familiar. De acuerdo con lo reportado a la Red de Solidaridad Social, hay una creciente incidencia de desplazamiento sobre niñas y niños por la presión que ejercen los actores armados para vincular de manera forzada a los menores a la guerra. Muestra de ello es que en las declaraciones que la población desplazada realiza ante el Ministerio Público para acceder a la atención estatal, las familias argumentan como motivo de salida el reclutamiento forzado de sus hijos e hijas menores de edad.

2.6.3 Consecuencias

El desplazamiento forzado ha generado unas implicaciones perjudiciales, algunas veces irreversibles en la población civil, y el desarrollo sociopolítico y socioeconómico de las zonas receptoras y expulsoras. Donde a nivel individual "se manifiestan a nivel de las diferentes áreas de la vida de los individuos, es decir, su psiquis, sus relaciones con los demás y su participación comunitaria"⁶⁵ Genera sentimientos de vulnerabilidad, impotencia, desconfianza, culpa, vergüenza, resentimiento, pérdida de la identidad personal y del sentimiento de pertenencia, aislamiento y falta de confianza en sí mismo para recuperar su proyecto de vida, negación de los derechos fundamentales económicos y sociales (los de trabajo, libertad, salud, educación y vivienda), discriminación y estigmatización, miseria y pauperización.⁶⁶

Así mismo a nivel psíquico, produciendo temores, angustias e incertidumbre (los cuales se manifiestan con antelación al desplazamiento), imposibilidad de elaborar los duelos durante el desplazamiento en razón a que dirige todas sus

⁶⁴ Ibid. p 3.

⁶⁵ Op.cit. HERNÁNDEZ, Esperanza (1999). p.3.

⁶⁶ Ibid., p. 4.

energías hacia la búsqueda de su supervivencia; e imposibilidad de satisfacer su necesidad de indemnización social que genera un sentimiento de venganza.⁶⁷

Con relación a las consecuencias del desplazamiento en las familias, se reflejan en las dificultades afectivas que genera la disgregación familiar, el cambio de los roles tradicionales de pareja y de los demás miembros de la familia para asumir su lucha por la supervivencia, el traslado del conflicto social al ámbito familiar, y la ruptura de la comunicación. Igualmente, con respecto a las consecuencias socioeconómicas, ellas se perciben tanto en las zonas de origen, como en las receptoras, y en las relaciones campo-ciudad. Dentro de ellas pueden señalarse, ruptura del tejido social, empobrecimiento del liderazgo local (producto de los desplazamientos selectivos de sectores de la sociedad como docentes, líderes sociales y funcionarios públicos), estímulo de procesos de colonización y configuración de nuevos espacios territoriales, procesos de reordenamiento urbano, urbanización de la violencia, marginalidad, empobrecimiento de nuevos sectores de población, descomposición violenta de las economías campesinas, obstrucción y pérdida de inversiones y programas adelantados por la administración pública, concentración de tierras en las zonas de expulsión, y crecimiento del sector informal de la economía.

Teniendo presente esta realidad, es necesario que el Estado colombiano oriente sus esfuerzos a mejorar la capacidad de respuesta de su oferta para la prevención del desplazamiento forzado y atención de la población desplazada, aprovechando la experiencia recogida. Para tal efecto, deberá concentrarse en profundizar las fases de prevención, consolidación y estabilización socioeconómica por representar la primera la posibilidad de superar las causas que generan el fenómeno, y la segunda soluciones duraderas a la población desplazada para la construcción de su proyecto de vida y su reinserción a la sociedad.

De igual modo, es indispensable aunar esfuerzos, superando las distancias que tradicionalmente han separado al Estado, las organizaciones no gubernamentales y la cooperación internacional; mediante una gestión coordinada que parta desde el diseño de las diferentes acciones que consoliden la oferta para la prevención del desplazamiento y la atención de la población desplazada.

Se hace necesario profundizar en la implementación de mecanismos como la alerta temprana, el desplazamiento protegido, las comunidades o territorios de paz, el fortalecimiento de los Comités para la Atención Integral de la Población Desplazada, la divulgación de la Ley 387 de 1997, y la sensibilización de los representantes de las entidades y organismos con responsabilidad en el Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada.⁶⁸

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 4

⁶⁸ *Op.cit.* HERNÁNDEZ (1999). p. 4.

2.7 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS DE SOLEDAD, ATLÁNTICO

Esta parte de la información de Familia en Soledad, Atlántico se tomó del proyecto estratégico presentado por el alcalde de Soledad en 2008⁶⁹. Hace referencia a la situación actual de Soledad con relación a otros municipios del Atlántico. Considerando que describe la situación de este municipio, se copia textualmente. Además los datos estadísticos son exactos y difíciles de resumir, por la envergadura de su importancia y exactitud.

2.7.1 Características geográficas de ubicación y extensión

“Desde el punto de vista geográfico el municipio de Soledad limita al norte con el Distrito Especial Industrial y Portuario de Barranquilla: al oriente con el Río Magdalena, al sur con el municipio de Malambo, al occidente con el municipio de Galapa. Con respecto a su extensión, esta equivale, al 1.97 por ciento de la extensión total del Departamento del Atlántico. Soledad, es uno de los municipios de menor extensión del departamento del Atlántico. Sin embargo, con un área urbana de 31,4 Km² el municipio de Soledad es uno de los más densamente poblados, tanto en el departamento como en el país. Esto genera un deterioro en la calidad física de la vida urbana, donde hay deficiente conectividad y poca accesibilidad; el déficit en la cobertura y calidad de los servicios públicos, y precarias condiciones ambientales del entorno.

Cuenta con una población ubicada en los asentamientos considerados de desarrollo relativo y de bajos ingresos y que de acuerdo con las condiciones físicas de sus inmuebles o mejoras muestran alguna insatisfacción en los servicios y en los requerimientos de materiales, fachadas, retiros o cercanías a lugares vulnerables, los cuales presentan en conjunto un equivalente a 78.1 por ciento de la población total en estratos de ingresos bajos. El municipio en su base de datos no cuenta con estratos 4, 5 y 6.

El proceso de expansión física se debe a dos factores, Soledad fue la receptora de buena parte de los programas de vivienda de interés social de estrato 1 y 2 del Área Metropolitana de Barranquilla y del Departamento; y por otra parte las invasiones originadas por la población sometidas al desplazamiento forzado y al crecimiento informal e interno del municipio, con la carencia de un control urbanístico e institucional, trajo consigo una acelerada expansión y ocupación de los terrenos fronterizos entre Barranquilla y Soledad y el suroccidente de la ciudad.”⁷⁰

⁶⁹ZAPATA G, Jose Alberto Referencia proyecto estratégico, plan de desarrollo social y urbano de Soledad.2008 – 2011, p.195

⁷⁰ Ibíd.,. p. 23

2.7.2 Demografía

De acuerdo con lo descrito en el documento “Plan de desarrollo social y urbano de Soledad” existente en la alcaldía de Soledad, Zapata hace referencia a los resultados hallados en el censo del DANE de 2005, y se toma como referencia en la presente investigación para describir las características del municipio:

“El Municipio tiene para el 2005 una población total de 461.851 habitantes, en su proyección del 2008 cuenta con una población total de 505.470, de los cuales el 99,87 por ciento es cabecera municipal y un 0.14 por ciento es población rural; entre los años 1999 y 2005, el municipio creció 55.49 por ciento y hasta el 2008 se incrementó 58.47 por ciento, es decir se convierte en una concentración de población más urbana.

Del total de la población de Soledad 48,7 por ciento son hombres y 51,3 por ciento mujeres.

El 3,8 por ciento de la población residente en Soledad se auto reconoce como Raizal, palanquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente y 0,1 por ciento como indígena.

El 65,6 por ciento de la población de Soledad nació en otro municipio. En los últimos cinco (5) años, 8,9 por ciento de la población mayor de 4 años residente actualmente en Soledad procede de otro municipio y 0,1 por ciento de otro país.

El 25,5 por ciento de los establecimientos se dedican a la industria; 40,5 por ciento a comercio; 33,2 por ciento a servicios y el 0,7 por ciento a otra actividad. El 98,1 por ciento de los establecimientos ocupó entre 1 y 10 empleos el mes anterior al censo.

El 82,6 por ciento de las viviendas de Soledad son casas y 14,6 por ciento son apartamentos.

El 99,3 por ciento tiene conexión al servicio de energía eléctrica, 85,7 por ciento al servicio de gas natural, 84,5 por ciento al servicio de acueducto,

82,2 por ciento al servicio de alcantarillado, 65 por ciento al servicio de aseo y 35,1 por ciento al servicio de teléfono.

El 8,4 por ciento de los hogares de Soledad tienen actividad económica en sus viviendas.

El municipio de Soledad cuenta con una población de 130.340 niños y jóvenes en edad escolar (entre 5 y 17 años) Posee actualmente 30 instituciones educativas oficiales con 43 sedes y 45 predios, de los cuales 99 por ciento están localizadas en el área urbana, de acuerdo con cifras entregadas por la secretaría de educación municipal de Soledad. Infraestructura insuficiente para la atención del resto de la población que está por fuera del sector educativo,

El municipio de Soledad, no solo ha recibido la influencia de población y migración del área metropolitana sino también de los departamentos de la región de la costa Caribe y es uno de los más afectados por las migraciones de familias desplazadas por la violencia, Partiendo de la información que se tiene sobre el comportamiento de los desplazamientos en el departamento del Atlántico, se ha identificado que este, cuenta con 1436 (0.1%) familias que han emigrado, en tanto que ha recibido 23.582 (4.1%) familias con relación al comportamiento a nivel Nacional⁷¹, de estas familias radicadas en el Atlántico, se identifica que 703 familias residen en el municipio de Soledad

El alto crecimiento urbano del municipio ha conllevado a la acentuación de situaciones críticas de movilidad de acuerdo con el diagnóstico de la empresa de desarrollo urbano y obras públicas las longitudes de vías que Soledad tiene que intervenir son 51.2 por ciento⁷².

2.7.3 Salud

Aseguramiento en Salud. A mediados del segundo semestre de 1996 empezó a operar en el municipio el régimen subsidiado, reglamentado por la Ley 100 de 1993. Se logró afiliar a 14 por ciento de la población priorizada de esa época. Con el proceso de Descentralización y el asumir nuevas competencias en materia de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, el municipio adecua unos cambios en su estructura organizacional en el sector salud.

El municipio de Soledad ha tenido un crecimiento poblacional atípico en el departamento y la Región porque ha sido referente de asentamiento de pobladores desplazados por los hechos de violencia e inseguridad que ha azotado la Costa Caribe, ocasionando un indicador de baja cobertura en materia de afiliación al régimen subsidiado. Actualmente el municipio tiene una cobertura del 52 por ciento de afiliados al Régimen Subsidiado (236.637 habitantes) al cierre de la vigencia de 2007. Según el dato poblacional existen 64.921 habitantes con necesidades básicas insatisfechas aun por fuera del Sistema General de Seguridad Social en salud.

⁷² Ibid., p.. 25

Basados en el perfil Epidemiológico elaborado en el municipio a principios de 2007, se destacan algunas características de tipo social que dejan sentadas las actividades planeadas para garantizar la Salud Pública de la población, por ejemplo existen 5.721 casos registrados en Infección Respiratoria Aguda y 4.012 casos registrados de Enfermedades Diarreicas Aguda, que se encontraron en la población del grupo etáreo menores de 5 años en el año 2006, sin embargo, las cifras de estas enfermedades se ven aumentadas como consecuencia de la falta de levantamientos de puntos de atención de UAIRAC y UROCS. Las necesidades por el aumento de las Enfermedades IRA y EDA fueron corregidas gracias a la instauración de los Programas de UROC y UAIRAC a tal punto que se cumplieron los objetivos en un 100 por ciento⁷³.

Situación actual. Se destaca el impacto positivo de las acciones desarrolladas para prevenir las enfermedades inmunoprevenibles, como lo demuestra la ausencia de casos de sarampión, poliomielitis, rubéola y tétanos neonatal en los últimos años. Sin embargo, cuando se analiza la problemática en la población infantil se observa que los eventos que más la afectan son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, los cuales se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad para este grupo de edad.

Estas enfermedades tienen principalmente sus causas en el deficiente estado del cuidado del medio ambiente, la manipulación de los alimentos, la calidad del agua, el manejo inadecuado de los residuos, malos hábitos alimenticios y de higiene y la contaminación por efectos de los basureros, por descomposición de residuos y bióxido de carbono de vehículos e industrias.

2.8 FAMILIAS DESPLAZADAS EN SOLEDAD

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia no existen estudios ni investigaciones con Familias desplazadas en el municipio de Soledad. Se destaca entonces una investigación de caracterización hecha por personas de la Universidad Rafael Núñez de Cartagena del programa de Derecho. Se trata de una investigación realizada por un grupo de Estudiantes de X semestre, miembros del Semillero de Investigaciones Científicas de la Corporación Universitaria Rafael Núñez de la universidad, denominada “Caracterización de la población desplazada ubicada en el municipio de Soledad como consecuencia del conflicto armado interno”^{*} cuyo objetivo fue describir las características y condiciones socioeconómicas que afrontan las familias desplazadas residentes en el municipio de Soledad como consecuencia del conflicto armado interno, permitiéndose visualizar el comportamiento de estas familias frente a los componentes que tienen que ver con este fenómeno del desplazamiento. Se tomó una muestra de 195 familias desplazadas (27%) por la violencia. Indica el estudio que 49 por ciento de la población tomada como muestra, corresponde al sexo femenino y 51 por ciento al sexo masculino. El 20 por ciento de las familias

⁷³ Ibíd p. 52

tienen a la mujer como cabeza de hogar, y las familias restantes que corresponden al 80 por ciento, tienen la jefatura compartida masculina y femenina.⁷⁴

El 48 por ciento del total de población desplazada por la violencia en Soledad corresponde a menores de 18 años. De estos 29 por ciento oscila entre 0 a 5 años, 37 por ciento entre 6 a 11 años y en el rango entre 12 a 17 años está el 34 por ciento.

Se ha identificado que 24 por ciento de los desplazados sufre de discriminación marcada, otro 76 por ciento manifestó no haber recibido ningún tipo de discriminación.

El 93 por ciento ha rendido declaración como familia desplazada, 7 por ciento no lo ha hecho por motivos de seguridad. El 40 por ciento ha rendido su declaración en la Personería de Soledad; 25 por ciento en el Secretariado de la Pastoral social; 11 por ciento en la UAO; en la Red de Solidaridad 8 por ciento; el 5 por ciento en la Defensoría Pública; 3 por ciento en Acción Social; 1 por ciento en la Procuraduría y 7 por ciento no ha rendido declaración por motivos de seguridad.

Entre los motivos del desplazamiento encontramos que 41 por ciento de las expulsiones se debieron a amenazas directas de los actores del conflicto; a un gran porcentaje les dieron 24 horas para salir, 16 por ciento salió de su lugar de origen por los continuos enfrentamientos, 9 por ciento por la violencia generalizada, 9 por ciento por masacres, 8 por ciento salió por miedo, otros huyeron de su lugar por desapariciones forzosas 1 por ciento, y 1 por ciento salió huyendo a los reclutamientos forzosos.

Señalan las familias desplazadas que 60 por ciento de los desplazamientos fueron provocados presuntamente por los paramilitares, 26 por ciento por los enfrentamientos armados y 14 por ciento por la guerrilla.

En cuanto a los bienes abandonados, 69 por ciento abandonaron sus casas, 19 por ciento dejaron sus parcelas, cultivos, animales y 9 por ciento dejaron sus fincas, muchas de ellas por amenazas y muerte contra sus propietarios, y ellos por ser trabajadores recibieron el ultimátum.

Las 150 familias encuestadas coinciden en afirmar que no desean retornar porque todavía se mantienen las mismas condiciones que originaron su desplazamiento.

Con respecto del lugar de residencia que desean, 97 por ciento quiere permanecer en el lugar en que se encuentra, 33 por ciento quiere

⁷⁴ MIRANDA B. Víctor y otros. Op. cit. p 24

reubicarse, en especial los que viven en viviendas de madera, cartones, plásticos y techos de zinc y en zonas de alto riesgo.

El nivel de estudio de los jefes de hogar arrojó los siguientes resultados: 50 por ciento cursó estudios de primaria, 15 por ciento cursó estudios de secundaria, 35 por ciento no tiene ningún tipo de estudios. El 35 por ciento de los jefes de hogar encuestados no saben leer ni escribir. El 65 por ciento de la muestra sí sabe leer y escribir. Por lo general, las personas analfabetas son mayores que no han tenido ningún tipo de estudios.

Al analizar la salud de la muestra encontramos que 23 por ciento no tiene ningún tipo de atención de salud, 77 por ciento sí tiene atención en salud a través del SISBEN.

Otro medio para la atención en salud es el certificado o AVAL de desplazado, con el cual tienen atención integral. Los carnetizados reciben atención integral pero los que poseen el certificado del SISBEN tienen limitada la atención al no otorgarles los medicamentos. Numerosas familias manifestaron una regular atención del servicio en las ARS asignadas, además estas son impuestas, vulnerando la libre escogencia del servicio.

Las enfermedades más comunes referidas son en su orden: enfermedades de las vías respiratorias altas que incluyen cuadros gripales recurrentes con crisis asmáticas de evolución muy retardada, indudablemente asociadas con las condiciones de hacinamiento en que viven las familias; la insalubridad constante debido al mal suministro de agua; falta de alcantarillado con vertimiento de aguas residuales por las calles y patios de las viviendas; basureros a cielo abierto y la no disponibilidad de acceso a los servicios de salud por no estar afiliados a un sistema. Es un hecho muy común no poder ir al centro de salud más cercano porque no tienen dinero para pagar el transporte. Estas mismas condiciones las padecen muchas familias y en especial la población infantil que por no tener un buen servicio de agua potable y una adecuada disposición de las excretas viven constantemente con enfermedades hídricas, en especial los cuadros diarreicos de etiología parasitaria. Esta enfermedad ocupa el segundo lugar entre las enfermedades más frecuentes de la muestra estudiada, y está asociada directamente con las pésimas condiciones de agua potable y saneamiento básico.

Otro resultado alarmante es la atención psicosocial de los desplazados: 86 por ciento de la muestra estudiada indica que no existe un acompañamiento de esta prestación, 14 por ciento manifiesta haber recibido atención al inicio de la atención humanitaria de emergencia, pero después no siguió el acompañamiento.

En cuanto a la vivienda, 28 por ciento son propias, 30 por ciento son arrendadas, 27 por ciento son de familiares, 11 por ciento son de amigos, 2 por ciento de familias ubicadas en albergue y 2 por ciento de las viviendas fueron obtenidas por invasión. Las estructuras físicas de las viviendas de material encontradas corresponden a 61 por ciento, de madera 28 por ciento, y cambuches 11 por ciento.

Estas viviendas no tienen la infraestructura de los servicios básicos primarios: agua, alcantarillado, aseo y gas natural; la energía la toman en forma fraudulenta de acometidas cercanas, e igualmente algunas casas toman en forma ilegal el agua, de acometidas de barrios vecinos.

Para determinar el grado de hacinamiento de las viviendas encontramos: El 50 por ciento tiene un solo cuarto, 37 por ciento consta de 2 cuartos y 13 por ciento de las viviendas tienen 3 cuartos; en su gran mayoría las viviendas de un cuarto corresponden a las de tablas o cambuches.

La seguridad jurídica en la tenencia de la vivienda es nula, ya que la totalidad de la muestra no tiene definida la legalización de predios; la prestación del servicio público de agua es de 33 por ciento, el 67 por ciento de las viviendas no tiene el servicio de agua potable.

Resulta alarmante que 85 por ciento de las familias encuestadas no cuenta con alcantarillado, esto predispone a una constante insalubridad con inminente peligro para la salud de los habitantes y en especial los niños que son más vulnerables.

El 43 por ciento de las viviendas recibe el suministro de energía eléctrica en forma legalizada y 57 por ciento obtiene el servicio de forma ilegal. Las viviendas no tienen el suministro de gas.

La investigación de la ocupación y los correspondientes ingresos de las familias encontró que el 60 por ciento obtiene entre medio y un salario mínimo legal mensual, 23 por ciento obtiene medio salario mínimo legal mensual, 5 por ciento obtiene menos de medio salario mínimo legal mensual y 12 por ciento no tiene ningún tipo de ingresos.

Entre las entidades que han suministrado ayuda a las familias desplazadas encontramos que el Secretariado de la Pastoral Social ha brindado ayuda a 38 por ciento, la Unidad de Atención y Orientación, UAO, a 18 por ciento de las familias, Acción Social a 15 por ciento de las familias, Gestión Social a 13 por ciento, la Red de Solidaridad a 9 por ciento de las familias y 7 por ciento de las familias manifestaron no haber recibido ninguna ayuda.

Por último, al evaluar a las familias desplazadas con el cuestionario semiestructuradas en lo referente al conocimiento de la tutela como

mecanismo idóneo para defender y garantizar sus derechos se encontró que 67 por ciento no conoce de esta acción constitucional y 33 por ciento sí la conoce⁷⁵.

Se concluye que tanto en la salud pública, como el agua potable y el almacenamiento básico se encuentran en precarias condiciones, violando no sólo disposiciones legales sino también instrumentos internacionales ratificados por Colombia, en las disposiciones constitucionales referidas a los fines esenciales del Estado, a los derechos económicos, sociales y culturales y a los derechos colectivos y del medio ambiente. Con lo cual, se vulneran garantías para la consolidación del derecho a la vida, a la salud y, en general, a unas condiciones de higiene y salubridad dignas de la persona humana.

El impacto psicosocial en los niveles individual, familiar y social es severo por no tener una oportuna atención psicosocial. Las condiciones inadecuadas de la vivienda, caracterizadas por los peligros estructurales y la falta de acceso al agua potable, a los servicios de salud, al alcantarillado y a la recolección de basuras, tienen un profundo impacto en la salud de la población. Tanto la salud física como la emocional y psíquica de los desplazados en Soledad están en peligro.

No existe un enfoque humanitario basado en el respeto a la dignidad a la luz de las personas y la restitución de los derechos de las familias desplazadas que busquen la integración social y económica de los hogares, hasta el momento no hay referencia de un caso de estabilización socioeconómica de una familia desplazada en el municipio de Soledad.

Una de las conclusiones de esta investigación fue la urgencia de definir los esfuerzos presupuestales necesarios para garantizar el mínimo de protección y la carta básica de derechos de dicha población, y coordinar acciones concurrentes y complementarias de las instituciones estatales y gubernamentales que garanticen los derechos concernidos. Al no robustecer los rubros que tienen que ver con población vulnerable y en especial la población desplazada deja en el más completo abandono a miles de familias que por su condición merecen especial tratamiento. Eso traduce una invisibilización del desplazamiento por parte del Estado

Otras de las conclusiones a las que se llegó dicen que los desplazados en Soledad viven en una extrema pobreza, en precarias condiciones socioeconómicas, con múltiples necesidades básicas insatisfechas, con constante contaminación de su entorno por la insalubridad reinante. Sin contar que se han visto obligados a dejar sus tierras, cultura, hábitos y costumbres. Han dejado su historia, su pasado.

⁷⁵ MIRANDA B, Víctor y otros (2006). Op. cit. p 32

2.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio de investigación se rigió a partir de las consideraciones éticas enunciadas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia especialmente en los capítulos I y II que competen a esta investigación y hace referencia al conocimiento y autorización por parte de los interesados como son:

- Se realizó por una profesional del área de salud, con más de 15 años de experiencia que le permiten tener conocimiento para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de la Universidad Nacional pionera en Colombia en realizar y apoyar investigaciones, en el área de la salud, bajo los criterios y supervisión de las distintas autoridades gubernamentales nacionales e internacionales competentes en el ámbito de la salud, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación y de la Universidad misma.
- La Universidad Nacional de Colombia, en razón al comportamiento en sus reglamentos y políticas internas, cuenta con un manual interno y de procedimientos con el objeto de apoyar y orientar los aspectos éticos de la investigación.
- Cuenta con un comité asesor y un comité de ética que evalúan los proyectos de la investigación y una vez se verifica el cumplimiento de los requisitos éticos legales de las orientaciones necesarias para dar el aval a la ejecución de la misma.
- Para la ejecución de esta investigación se contó con el consentimiento informado escrito de las personas que actúan como sujetos con las excepciones dispuestas en la resolución.
- Se protege la privacidad del individuo, y de la familia sujeto de investigación.
- Se preserva la información adquirida por un tiempo de cinco años, y en un sitio donde no habrá posibilidad de pérdida y de manipulación de los datos por otras personas y fuentes.

Así mismo, en esta investigación se contemplo los principios de la Ley 911 de 2004 que hace referencia al código deontológico para la práctica profesional de enfermería principalmente respetando los principios de:

Principio de autonomía. Este principio se aplicó facilitando que las familias participantes tuvieran la libertad para decidir si querían o no participar en la investigación, autorizar quien respondía a la entrevista para diligenciar el

instrumento. En caso de que comiencen a responder el instrumento y quieran retirarse del estudio se respetara este derecho. Bajo ninguna circunstancia se obligo ni engaño a las familias entrevistadas para que hicieran parte de la investigación.

Principio de Individualidad. En esta investigación se ha respetado las condiciones de vida, de estas familias, no se juzgo, ni critico su condición de familias desplazadas, sus hábitos y costumbres, no se discrimino o miro como familias que hacen parte de un problema social.

Principio de Dialogicidad. Este principio se dio a partir de la explicación y aclaración por parte del investigador a los participantes sobre el objetivo del estudio, los beneficios del mismo que contribuirán a identificar los factores de riesgo tanto en el ámbito individual como familiar, que permitiera una mejor atención a la situación que enfrentan estas familias desplazadas al municipio de Soledad.

Principio de integralidad. El hecho de tomar una población en un mismo barrio, donde se contó con la participación de líderes comunitarios, y se trabajo con ellos, brindo a los participantes seguridad de una investigación en común para todos, pero con una visión unitaria ya que a cada familia se le aplico el instrumento de manera individual, identificando los riesgos que cada familia presente desde sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

Durante todo el desarrollo de esta investigación se mantuvo presente el respeto a los derechos de autor, por lo que se le solicito a la doctora Pilar Amaya como creadora y autora del instrumento RFT 5-33 su autorización para ser aplicado a la población objeto de investigación. De igual manera se tuvo en cuenta las citas y referencias bibliográficas de los párrafos, artículos y frases de otros autores que han servido de base para el desarrollo de la presente investigación. Anexo 1 Se tiene certeza de la validez y confidencialidad de los instrumentos y del proceso de recolección y análisis de datos donde se mantuvo cuidado con cualquier manipulación fraudulenta que cambiara la realidad.

Así mismo en esta investigación se proporciona la custodia de la información mediante:

- La asignación de un código como identificación y garantía de la confidencialidad de la información, conservando la identidad y la privacidad de las familias participantes del estudio, según lo dispuesto en la resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993) (76). De igual modo, los resultados obtenidos se presentan de manera global.
- Los formatos con los que se recolecto la información no registra el nombre, ni el número de identificación, una vez recolecto la información se les asigno un código para identificar el formato y facilitar la tabulación.

- Luego de haber capturado toda la información, los formatos de consentimiento informado y los instrumentos diligenciados se archivaron en una carpeta, de la base en Excel y se guardaron en un archivo en el computador del investigador y una copia en un CD y se mantienen en el domicilio del investigador.

3 MARCO DE DISEÑO.

La descripción del diseño metodológico contiene los siguientes aspectos: tipo de estudio, riesgos del estudio, población criterios de inclusión, escenario del estudio, descripción del instrumento, recolección de datos, procedimientos y aplicación.

3.1 DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

Para este estudio se aplicó el diseño de estudio descriptivo - exploratorio transversal (dado que es el primer estudio que se realiza en la Región Caribe específico al riesgo familiar total) cuyo objetivo fue el de caracterizar el riesgo familiar total de las familias desplazadas en un barrio del Municipio de Soledad, Atlántico.

3.2 RIESGOS DEL ESTUDIO

En esta investigación se asumieron los riesgos del estudio que pudo haber modificar la investigación; para lo que se tuvo en cuenta los criterios de selección de los sujetos y aplicación del instrumento con las orientaciones de la autora del instrumento, entre estos tenemos⁷⁶:

3.2.1 Riesgo de pérdida de la población

Debido a que es una población que podía haber cambiado de lugar de vivienda, y presentarse el riesgo de no haber encontrado a la familia cuando se visitara para la aplicación del instrumento, ya que sea porque cambiaron de sector de residencia, que las personas que suministraran la información (mayores de 18 años de edad) no se encontraran en el momento; se tomó como medida una planificación de las visitas con las familias y se contó con el apoyo del líder comunitario o en su defecto con la persona que líder en el sector.

Con relación a este riesgo de pérdida de la población no se dio, ya que se mantuvo en contacto y acompañamiento por parte de los líderes de la comunidad. Permitiendo con esto aplicar el instrumento a las 70 familias.

⁷⁶ AMAYA, P. RFT 5-33 Op.cit 2004 p. 55-57.

3.2.2 Riesgo de poca comprensión del instrumento por parte de las personas participantes en el estudio

Se realizó un entrenamiento previo en el diligenciamiento del instrumento en los aspectos conceptuales y de aplicación de los instrumentos de Riesgo Familiar Total RFT 5:33, para la recolección definitiva de datos del estudio. El investigador explico con claridad y con lenguaje sencillo y propio de la región en qué consistió la aplicación del instrumento. Cabe anotar que fue diligenciado únicamente por el investigador.

3.2.3 Riesgo de falla en el diligenciamiento o registro del instrumento

Para garantizar una correcta aplicación del instrumento, en primera instancia el investigador recibió una capacitación sobre el instrumento y sus objetivos, se estudio cada uno de las categorías y de los ítems, que componen el instrumento así mismo se estudio y revisó las técnicas de recopilación, tabulación y análisis de los resultados. Se aplico una prueba piloto a fin de ganar habilidad en el manejo del instrumento y asegurar la comprensión de los términos y forma correcta de hacer las preguntas.

3.2.4 Riesgo de selección de los participantes

Para evitar sesgos en la selección de los informantes de las familias seleccionadas se asumieron las siguientes consideraciones: que fuera mayor de 18 años; con capacidad física y mental de responder una entrevista, que llevara por lo menos un año de convivencia con la familia sujeto de estudio y conociera su trayectoria, preferiblemente se selecciono que fuera las madres, abuelas o padres ya que se presume que conocen la historia familiar con suficiente detalle.

3.2.5 Riesgo de condiciones ambientales inapropiadas e influencia de otras personas

Se coordinó el momento más propicio para la aplicación del instrumento y se llevo a cabo en la casa del entrevistado, en un lugar tranquilo, sin interrupciones, con buena luz, se trato en lo más posible donde no hubiera paso de otras personas, que hubiera poco o bajo ruido, preferiblemente sin ruidos (radio y/o televisor encendido) con buena ventilación, con disponibilidad de dos sillas. Y donde solo estuvieron el entrevistado y/o con un acompañante, estableciendo la interacción que facilito al participante hablar sin temores ni

restricciones: brindar confianza, evitar expresiones verbales o no verbales de reprobación o aprobación ante determinada narración, el investigador estuvo atento a las reacciones de cansancio o desinterés del participante.

3.3 POBLACIÓN

La población seleccionada, estuvo constituida por las 70 familias desplazadas que viven en el barrio objeto de estudio, ubicado al Sur-occidente del municipio de Soledad. Así mismo estas familias fueron identificadas en un centro de salud, que participa de los diferentes programas de “recuperación nutricional en familias desplazadas” que viene desarrollando a través del Instituto Colombiano de Bienestar familiar y que son identificadas por las líderes de familias en acción. En su totalidad fueron las 70 familias que hacen parte del programa. Y Se abordó el estudio de manera censal, y no por medio de una muestra, porque el acceso a la información de la totalidad de las familias, mediante el instrumento elegido, es viable, no causa erogaciones económicas importantes y su acopio no conlleva un periodo largo de tiempo.

3.4 CRITERIOS A TENER EN CUENTA A LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

3.4.1 De inclusión de la familia

- Familias desplazadas que se encuentran viviendo en un barrio de sector objeto de estudio del municipio de Soledad.
- Familias participantes en el programa de nutrición del ICBF.
- Las familias participantes tenían más de un año viviendo en ese lugar.
- Las familias que aceptaron voluntariamente a participar en la investigación se les dio a conocer y firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado.

3.4.2 Criterios de inclusión del informante de la familia

Se tuvo presente en la selección de las familias que hicieron parte de esta investigación, los siguientes ítems de inclusión:

- El informante de la familia desplazada era mayor de 18 años de edad y llevaba conviviendo con la familia más de un año – ya que estas dos condiciones garantizaron el conocer la trayectoria de salud de la familia.
- Preferiblemente se tomo como informante a la madre, la abuela o el padre, ya que se presumió de conocer bien a la familia.

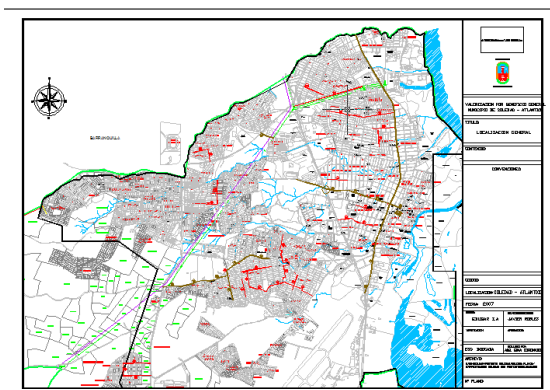
3.4.3 Criterios de exclusión de las familias

Se tuvo presente en la selección de las familias que hicieron parte de esta investigación, los siguientes ítems de exclusión:

- Sospecha por parte del investigador, que la información suministrada por el informante de la familia no corresponde con los ítems
- Cuando el informante de la familia acepta participar, pero no firmo el consentimiento
- Cuando la familia decide retirarse de la investigación.

3.5 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Según el censo de Población DANE 2005, Soledad cuenta con 461.851 habitantes, que se encuentran distribuidos en 155 barrios. El total de la población desplazada en el municipio es de 27.440 individuos según los datos de la oficina de acción social del municipio; es decir el 6 % de la población convive en esta situación. La gran mayoría de estos viven en el sur-occidente y el Nororiente del municipio.



Fuente: mapa- google.

En cuanto al perfil epidemiológico del municipio de Soledad (se puede ver el crecimiento poblacional atípico porque ha sido referente de asentamientos de Pobladores desplazados ocasionando un indicador de baja cobertura en materia de afiliación al régimen subsidiado. el municipio tiene una cobertura del 52 por ciento de afiliados al Régimen Subsidiado (236.637 habitantes) al cierre de la vigencia del 2007. De acuerdo con el dato poblacional existen 64.921 habitantes con necesidades básicas insatisfechas que se hallan por fuera del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Cuadro N° 1

Población desplazada Según afiliación al Régimen General del Seguridad Social en Salud, municipio de Soledad, Atlántico

Años	Subsidiado	Población Pobre No Cubierta con Sub. A la Demanda
2006	185.447	149.900
2007	236.627	64.921

Fuente: Secretaría de Salud Municipal, Febrero 2008.

En cuanto a Salud pública se refiere en el Municipio de Soledad a principios de 2007 se destacan alguna características de tipo social que dejan sentadas las actividades planeadas que garanticen la Salud Pública de la población por ejemplo los 5.721 casos registrados en Infección Respiratoria Aguda y los 4.012 casos registrados de Enfermedades Diarreica Aguda, encontrados en la población de grupos etáreos menores de 5 años en el año 2006, sin embargo, las cifras estadísticas de estas enfermedades se ven aumentadas como consecuencia de la falta de levantamientos de puntos de atención de UAIRAC y UROCS. Las necesidades por el aumento de las Enfermedades IRA y EDA fueron corregidas gracias a la instauración de los Programas de UROC y UAIRAC a tal punto que se cumplieron los objetivos en un 100 por ciento.

Cuadro N° 2

Primeras 10 Causas de Morbilidad Año 2007. Municipio de Soledad Atlántico.

Diagnóstico	Rango de Edad más Frecuente	Total de Casos
IRA	1-4 años	2.107
IVU	5-14 años	3.110
PARASITOSIS	5-14 años	1.032
RINOFARINGITIS	1-4 años	1.139

EDA	1-4 años	1.087
DERMATITIS	15-44 años	695
GASTRITIS	15-44 años	1.048
HTA	45-64 años	1.735
VAGINOSIS	15-44 años	951
FARINGOAMIGDALITIS	15-44 años	434

Fuente: Primaria, Programa PAI Municipal de Soledad.

Cuadro N° 3

Comportamiento Epidemiológico de los eventos en Salud Pública del Municipio de Soledad 2005, 2006 y 2007.

Eventos/Años	2005	2006	2007
IRA	5.834	5.721	4.700-
EDA	3.416	4012	8345
VIH	121	11	49
LEPTOSPIROSIS	21	18	25
DENGUE CLÁSICO	126	312	141-133
TUBERCULOSIS	88	84	69-79
HEPATITIS A	80	10	26
HEPATITIS B	10	1	0
MALARIA	28	6	5
SÍFILIS	14	0	2
PAROTIDITIS	5	7	1
MENINGITIS	10	4	1
VARICELA	36	120	126
LEPRA	9	4	2
ACCIDENTE OFÍDICO	1	3	5
LEISHSMANIASIS CUTÁNEA	2	0	1

Fuente: Primaria, Programa PAI Municipal de Soledad.

Sin embargo, hoy día cuando se analiza la problemática en la población infantil se observa que los eventos que más la afectan son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, los cuales se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad para este grupo de edad.

Estas enfermedades tienen como causas principales el estado del medio ambiente, manipulación inadecuada de alimentos, baja calidad del agua, manejo inadecuado de los residuos, malos hábitos alimenticios y de higiene y la contaminación por efectos de los basureros por descomposición de residuos y bióxido de carbono de vehículos e industrias. La Secretaría Local de Salud utiliza

como aplicativo informático para el manejo de la información el sistema de vigilancia en salud SIVIGILA.

Descripción del barrio objeto de investigación

En la actualidad en el barrio objeto de investigación, sitio a donde llegaron hace unos 25 años sus primeros pobladores desplazados, procedentes de los municipios de Malambo, Sabanalarga y del sur de Bolívar, se encuentra ubicado en una zona del área urbana, colinda al sur con las mallas del Aeropuerto Ernesto Cortizzo por el norte con un botadero de basura de aproximadamente 720 toneladas a cielo abierto, rodeado de los arroyos El Salado y El Platanal, en época de sequía sus habitantes arrojan la basura trayendo consigo la presencia de vectores de enfermedades y roedores; en época de lluvia estos arroyos se desbordan e inundan calles y viviendas, aparecen mosquitos y larvas; no dispone de un buen servicio de abastecimiento de agua potable y casi no hay saneamiento básico. Por otro lado, los baños, aun en viviendas de material, se encuentran ubicados en el patio, se aprecia la falta de pozos sépticos, las aguas contaminadas generan insalubridad, derivándose múltiples enfermedades e incontables perjuicios para la comunidad. Ante la falta de tales servicios estas familias desplazadas (utilizan para su consumo el agua que venden los carros de tracción animal, y botan los desechos sólidos en basureros a cielo abierto, además por la cercanía del barrio al aeropuerto Ernesto Cortizzo se ven afectados por el ruido de los aviones



Fuente: Curaduría Urbana de Soledad No. 2. Barrios de asentamientos de desplazados en los extremos sur y norte de las pistas de aterrizaje del Aeropuerto Internacional.

Así mismo, estas familias desplazadas enfrentan no sólo condiciones difíciles en el espacio donde están ubicadas sino que además afectan de manera directa las posibilidades de un crecimiento y desarrollo sano de los niños y las niñas, no hay

una estabilización de sus hogares porque no existe un buen funcionamiento del entorno, no sólo ambiental sino también económico y laboral. Esto genera vulnerabilidad económica, social y afectiva.

3.6 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se les realizó a 5 familias del sector, por lo que permitió hacer ajustes en los criterios de selección de los informantes de la muestra, de igual forma se familiarizó con el instrumento y el manual, adquiriéndose habilidad en la aplicación del instrumento, en el procesamiento y análisis de los datos.

Así mismo, se promedió el tiempo requerido para la aplicación del instrumento, obteniéndose los correctivos necesarios que permitieron planear el trabajo de recolección de la muestra en coordinación con los líderes comunitarios. Lo anterior se hizo una vez se aprobó este proyecto de investigación por el comité asesor y de ética de la Universidad Nacional de Colombia como requisito para la ejecución de la misma.

Para esta prueba piloto se tuvo en cuenta los mismos pasos y/o criterios en la correcta aplicación, calificación y corrección del instrumento RFT 5:33. Considerándose las recomendaciones que el autor del instrumento presenta en el manual del instrumento y así garantizo que los resultados obtenidos fueron de alto grado confiables y válidos

Así mismo, al aplicar la prueba piloto se seleccionó una población de familias desplazadas ubicados en el municipio de Soledad del sector suroccidental con las mismas características socioeconómicas, cultural y ambientales, como también se seleccionó el informante con los mismos requisitos de inclusión y exclusión de la población objeto de esta investigación; previa explicación de los objetivos de la investigación; una vez se dio la aceptación verbal por parte de las familias participantes se pasó a la firma del consentimiento informado.

3.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la recolección de los datos, se empleó el instrumento Riesgo Familiar Total RTF 5-33, diseñado por la doctora Pilar Amaya. Este instrumento que determinó los riesgos de las familias en las diferentes circunstancias que continuación se describen:

El objetivo de este instrumento es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de salud o disfunción, debido a factores asociados con su trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad y distribución de recursos, o funcionamiento cotidiano en general,

que son riesgos de salud para la familia como un todo o para los individuos que la componen.⁷⁷

El instrumento RTF 5-33 cuenta con cinco categorías, las cuatro primeras no tienen puntaje pero permiten identificar características propias de las familias y de cada uno de sus miembros; mientras que la quinta sección permite evaluar y calificar los factores de riesgos de la familia, a continuación se describen las secciones

- **Identificación de la familia.** Consta de 15 elementos destinados a recolectar datos de la identificación de la familia y persona que brinda la información. así como los datos de ubicación e incluye pormenores que identifican a la familia y estos datos se relacionan con el tipo de familia, ubicación geográfica, permanencia en el sector. En cuanto a la tipología familiar se clasifican como familia nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstruida, familia extensa, extensa modificada y atípica. La permanencia en el sector se clasifica de acuerdo con el tiempo de residencia en el lugar.
- **Composición de las familias y riesgos individuales.** Incluye la Identificación de los miembros de la familia y su composición demográfica, al igual que datos individuales que puedan generar riesgo en ellos como el cuidado en la salud (género, edad, rol, riesgo individual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras) esta sección también identifica cada uno de los miembros, aun los fallecidos.
- **Antecedentes de patología de carácter familiar.** Esta sección consta de 19 elementos que indagan sobre las Condiciones psicológicas, biológicas y sociales presentadas en algún miembro de la familia, pero teniendo en cuenta tres generaciones atrás.
- **Instituciones de apoyo.** Incluye los grupos o redes sociales a los que pertenecen los integrantes de la familia de acuerdo con su situación, así mismo si se sienten apoyados. Adquiere importancia y se consideran parte del patrimonio de la familia cuando las condiciones psicosociales de éstas son deprimidas o existen dificultades en la organización y funcionamiento familiar (Roth, 1995)⁷⁸
- **Factor de riesgo.** Esta sección consta de 33 ítems que evalúan en conjunto el riesgo familiar total. Estos tienen puntuación de “1”, “0” y “NA” (el no aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores) según los criterios que se verán más adelante. A su vez se encuentran distribuidos en

⁷⁷ AMAYA, Pilar RFT: 5.33 Op. Cit 2004 p. 32.

⁷⁸ AMAYA, RFT: 5.33 2004. ,Op.cit p. 33

cinco, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar total de acuerdo con la descripción de cada uno de ellos en la siguiente tabla.

Cuadro N° 4

Estructura del instrumento de factor de riesgo total RFT 5-33.

Factor	Descripción
Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.
Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidado de la salud y manejo de problemas prevalentes.
Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.
Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.
Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33: Manual de Pilar Amaya.

3.7.1 Validez y confiabilidad del instrumento

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 país⁷⁹.

El instrumento RFT:5-33, cuenta con un nivel de confiabilidad aceptable, estimada mediante el coeficiente de consistencia Kuder-Richardson #20, tiene una consistencia entre .6 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

⁷⁹ AMAYA P. RFT: 5-33 2004., Óp. cit..p.45

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

3.7.2 Criterios para la interpretación de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento⁸⁰

Los criterios para determinar las categorías de calificación de las familias de acuerdo con los rangos de puntajes convertidos a percentiles y PE, se presentan en el cuadro 5. Debe tenerse presente que la valoración de la familia se hace en un momento particular y que los resultados de una familia puedan cambiar durante su trayectoria de vida familiar; en este sentido es de esperar que los puntajes de una familia fluctúen en el continuo que representa la escala total, basándose en el hecho de que la familia está en un sistema cambiante. Sin embargo, a continuación se hace una descripción de los posibles hallazgos que representen los criterios de calificación del riesgo familiar total. En algunas circunstancias se acumulan los riesgos en cualquiera de los factores y en otras se dispersan las puntuaciones en diferentes factores; esto representa puntajes elevados, medios o bajos, pero por lo general la práctica en el uso del instrumento ha mostrado la tendencia a una dispersión de multiplicidad de ítems que puntúan en los diferentes factores.

Cuadro 5 Clasificación por categoría riesgo familiar total según tipo de familia

CATEGORÍA	FAMILIA TIPO 1	FAMILIA TIPO 2
FAMILIAS DE BAJO RIESGO	PB: 0 y 4 Percentiles : 1 a 29 Puntuación E: inferiores de 54	PB: 0 y 4 Percentil 3 a 26 Puntuación E: inferior a 53
FAMILIAS AMENAZADAS	PB: 5 y 12 Percentiles 37 a 77 , PE: 56 y 68.	PB: 5 y 12 Percentiles 33 y 76 PE: 55 a 68.
FAMILIAS CON RIESGO ALTO	PB: 13 y 33 Percentiles superior a 81 PE: superior a 70	PB: 13 y 33 Percentiles 33 y 76 PE: superior a 70.

De acuerdo con la categoría se da la siguiente interpretación:

⁸⁰ Ibíd,p.76-78.

Familias con riesgo bajo. En general, una familia que se encuentra en bajo riesgo será aquella que representa por su composición e interacciones psicoafectivas condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los servicios de salud. Es aquella cuyas condiciones de organización de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar.

Familias amenazadas. En general, una familia amenazada será aquella en la que se demuestra por su composición e interacciones psicoafectivas desarmonía y dificultad en el manejo de los menores asociadas a prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con apoyo parcial y sub-utilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, facilitando así el estado de amenazad para la salud individual y la organización familiar.

Familias con riesgo alto. En general, una familia en alto riesgo o crítica supera las condiciones de la familia amenazada. Es aquella que mediante su composición e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores, demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar. Las familias de alto riesgo asumen prácticas cotidianas inseguras, no cuentan con la accesibilidad o hacen mal uso de los servicios de salud. A esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y vecindario que mantiene en peligro permanente la salud de los individuos y la organización de la familia como unidad.

La medición del riesgo familiar total implica consecuencias para la familia y el profesional de la salud. En términos de las familias, el permitir que el riesgo sea medido facilita visualizar su condición y precisar en qué aspecto debe trabajar en pro de la salud de los miembros y de la familia como un todo. Para el profesional de la salud, evaluar el riesgo no es simplemente el ejercicio de exploración, sino hacer disponibles las estrategias de acción conveniente y necesaria para cubrir las expectativas generadas a la familia dentro de los planes de salud existentes. Más vale no evaluar las familias si no se tiene prevista la acción requerida para afrontar las demandas de lo que implica haber evaluado el riesgo familiar total.

3.8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones que se presentar en una investigación se encuentra que las familias se nieguen a la participación en la misma, ya sea porque no les interese, por temor a que se revele su identidad, por no encontrarse en la vivienda al ir a aplicar el instrumento.

Para disminuir estas limitantes se ha contacto a los líderes comunitarios que son las líderes de mujeres en acción quienes vienen trabajando en forma conjunta con la investigadora a través intervenciones académicas con el desarrollo de acciones en promoción y prevención de la salud y se ha mantenido la relación con estas familias; se les garantizo la no identificación de la familias ni con nombres ni direcciones de sus viviendas, para lo cual se relacionarían con un código y no se relacionara ni el nombre del barrio ni del sector.

Una vez se dio el aval por parte del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia. Para la ejecución de la investigación se efectuaron reuniones por grupos pequeños con las familias desplazadas del barrio objeto de estudio, donde se presenta la investigadora e informó y explicó los objetivos y propósitos de la investigación como parte del proceso de consentimiento informado (CI). De igual modo se coordinó la fecha y hora en que se realizaría la vista domiciliaria para aplicar el instrumento.

3.9 ORGANIZACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Los datos recolectados de las familias desplazadas objeto de esta investigación fueron registrados inicialmente en una tabla de Excel, luego se realizo el análisis y se presentaron los resultados en tablas correspondientes, con base a:

- Los resultados de las características de las familias de acuerdo con su composición por género, edad y sexo.
- Los resultados de la estructura de la composición por sexo, edad, tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo.
- Los resultados del riesgo familiar total de estas familias de acuerdo con las categorías de: 1, Condiciones psicoafectivas, 2. Prácticas y servicios de salud, 3. Vivienda y vecindario, 4. Situación socioeconómica y 5. Manejo de menores. Se representarán por medio de tablas y gráficas según su clasificación.

3.9.1 Información de los resultados.

Una vez la presente investigación fuera aprobada por el comité Se les explico a los informantes y algunos de los miembros de las familias participantes, que la presente investigación no tiene beneficios directos para las personas o familias, pero que contribuiría a identificar los tipos de familia, factores de riesgo, factores protectores tanto en el ámbito individual como familiar, que permitiría una mejor atención a la situación en salud que actualmente enfrentan las familias desplazadas al municipio.

3.9.2 Aproximación al análisis de resultados

En los criterios para determinar las categorías de calificación de las familias desplazadas de acuerdo con los rangos de puntaje convertidos a percentil y PE, se tuvo en cuenta que la valoración de la familia se hace en un momento particular, y que los resultados de una familia pueden cambiar durante su trayectoria de vida familiar; en este sentido es de esperar que los puntajes de una familia está en un sistema cambiante. Sin embargo, a continuación se hace una descripción de los posibles hallazgos que representan los criterios de calificación de riesgo familiar total. En algunas circunstancias se cumplen los riesgos en cualquiera de los factores, y en otras las puntuaciones se dispersan en diferentes factores; esto representan puntajes elevados, medio o bajos, pero generalmente la práctica en el uso del instrumento ha mostrado la tendencia a una dispersión de multiplicidad de ítems que puntúa en los diferentes factores⁸¹

3.9.3 Criterios de categorización del riesgo familiar total por tipología familiar. Instrumento RFT: 5-33

Cuadro N° 6 categorizaciones del riesgo familiar total por tipo de familia.

Categoría	Familia Tipo 1	Familia Tipo 2
Familias con Riesgo Bajo	PB: Entre 0 y 4 Percentiles: Entre 1 y 29 Puntuación E: Inferior a 54	PB: Entre 0 y 4 Percentiles: Entre 3 y 26 Puntuación E: Inferior a 55
Familias Amenazadas	PB: Entre 5 y 12 Percentiles: Entre 37 y 77 Puntuación E: Inferior a 56 y 68	PB: Entre 5 y 12 Percentiles: Entre 33 y 76 Puntuación E: Entre 55 y 68
Familias con Riesgo Alto	PB: Entre 13 y 33 Percentiles: Superiores a 81 Puntuación E: Superior a 70	PB: Entre 13 y 33 Percentiles: Superiores a 80 Puntuación E: Superior a 70

Fuente: Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. AMAYA, Pilar, p. 67.

⁸¹ AMAYA, Pilar. : RFT 5-33. Op. cit., p. 52.

3.9.4 Criterios conceptuales de calificación del riesgo familiar total

La familia Tipo 1 que se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferior de 54, y la familia Tipo 2 que se encuentran en el percentil 3 a 26 y en puntuación E inferior a 53.

En general, una familia que se encuentra en bajo riesgo será aquella que representa por su composición e interacciones psicoafectivas condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los servicios de salud. Es aquella cuyas condiciones de organización de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia y control de las amenaza para la salud individual y familiar.

- **Familias amenazadas.**

Es aquella familia Tipo 1 que se encuentra entre los percentiles 37 y 77 y PE entre 56 a 68, y familia Tipo 2 con percentil entre 33 y 76 y PE entre 55 a 68. En general, una familia amenazada será aquella en la que se demuestre por su composición e interacciones psicoafectivas desarmonía y dificultad en el manejo de los menores, asociadas con prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con apoyo parcial y sub-utilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, facilitando así el estado de amenaza para la salud individual y la organización familiar.

- **Familia con riesgo alto.**

La familia Tipo 1 con percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70 y familia Tipo 2 con percentiles superiores a 80 y PE superior a 70. En general, una familia en alto riesgo o crítica supera las condiciones de la familia amenazada. Será aquella que mediante su composición e interacción psicoafectivas adversas o desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores, demuestran acumulación determinante de peligro para la integridad individual y familiar. Las familias de alto riesgo asumen prácticas cotidianas inseguras, no cuentan con la accesibilidad o hacen mal uso de los servicios de salud. A esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y vecindario que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y la organización de la familia como unidad.

La medición del riesgo familiar total implica consecuencias para la familia y el profesional de la salud. En términos de la familia, el permitir que el riesgo sea medio le facilita visualizar su condición y precisar en qué aspecto debe trabajar en

pro de la salud de los miembros de la familia como un todo. Para el profesional de la salud el evaluar el riesgo no es simplemente el ejercicio de exploración, sino el hacer disponibles las estrategias de acción convenientes y necesarias para cubrir las expectativas generadas a la familia dentro de los planes de salud existentes. Más vale no evaluar las familias si no se tiene prevista la acción requerida para afrontar las demandas de lo que implica haber evaluado el riesgo familiar total.

- **Familias con riesgo bajo.**

Es aquella familia Tipo uno que se encuentra en el percentil de 1 – 29 y en PE inferior de 54; y familia Tipo 2 que se encuentra en el percentil 3- 26 y en puntuaciones E inferiores a 53.

En general una familia que se encuentra en bajo riesgo será aquella que representa por su composición e interacción psicoafectiva condición favorable, asume prácticas cotidianas y grupales saludables y tiene conocimiento y apoyo de los servicios de salud. Es aquella cuya condición de vivienda y vecindario son seguras y mantienen vigilancia y control de las amenazas individual y familiar.

4 MARCO DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

El objetivo de esta investigación es el de caracterizar el Riesgo Familiar Total de las familias desplazadas de un barrio del municipio de Soledad, Atlántico. Por lo que en el presente capítulo se da a conocer los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento RFT: 5-33 a un miembro de cada una de las 70 familias desplazadas que hicieron parte de la muestra..

Así mismo y de acuerdo con el primer objetivo, se reportan algunas características generales de las familias entrevistadas, la identificación que incluye el tipo de familia y el rol del entrevistado, la composición y los riesgos individuales, los antecedentes de patologías de carácter familiar y finalmente las instituciones de apoyo.

Y como respuesta al segundo objetivo planteado se da a conocer los resultados del Riesgo Familiar Total, de acuerdo con los cinco factores evaluados (condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y de vecindario, situación económica y manejo de menores) y su posterior correlación.

Se debe tener en cuenta que la valoración del instrumento en el estudio se hace en un momento particular, y que los resultados de una familia pueden cambiar durante su trayectoria de vida familiar, basándose en el hecho de que la familia está en un sistema cambiante (Amaya, Pilar, 2004)⁸².

La interpretación se formula con base en el análisis y el cruce de información aportada por la recolectada de los datos socio-demográficos y de la aplicación del instrumento el cual se codificó y procesó por medio del programa Excel; y a partir de la información suministrada y recolectada a través de la aplicación del instrumento RFT: 5-33 a 70 familias desplazadas. Por lo que para la presentación de los resultados se utilizó cálculos de: frecuencias, porcentajes, representados a través de tablas, gráficos y diagrama

Así mismo se garantiza la calidad de los datos respondiendo a las inquietudes de los participantes por parte de la investigadora, se verificó el diligenciamiento de todos los ítems del Instrumento, y se hizo confirmación de la sistematización de los datos para mayor confiabilidad en el procesamiento de la información. El instrumento fue aplicado en los meses de octubre y noviembre del 2012, en un barrio ubicado al sur-occidente de Soledad, que corresponde al estrato socioeconómico I.

⁸² AMAYA, Pilar. *Instrumento de Riesgo Familiar Total: RTF: 5-33*. Op. cit., p. 67.

Se siguieron los parámetros para la interpretación de los puntajes y categorías diagnósticas, al igual que se hizo el prorrateo en los casos en los cuales las familias no tenían hijos menores de 12 años.⁸³

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS

Estas 70 familias constituidas por 344 individuos, de los cuales 53% son del género femenino, de donde el grupo etareo de mayor predominio está entre 19-49 años (45%), siendo el número de integrantes por familia entre dos y once integrantes con un promedio de 4 a 6 (44%). (Ver tabla N°4)

Así mismo se encontró que el tipo de familia que sobresale es la nuclear con un 57%, siendo cabeza de hogar las mujeres con un 19%, mientras que los hombres cabeza de hogar con un 15% (ver Tabla N°1 y Tabla °5) esto llama la atención ya que coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Profamilia⁸⁴ “Una característica de los hogares en Colombia que se viene observando hace un tiempo es la feminización de la jefatura de los hogares. En 1995 una cuarta parte (24 por ciento) de los jefes de hogar eran mujeres, en el 2000 el 28 por ciento, mientras que en el 2005 subió a 30 por ciento. Los resultados para el 2010 (34 por ciento) confirman la tendencia creciente en la jefatura femenina de los hogares colombianos.

Ahora bien de estas 70 familias desplazadas se halló que el 96% se encuentran vinculadas al SGSS, siendo el régimen subsidiado el de mayor frecuencia con un 83% (ver tabla N° 6), y de esas familias intervenidas el 69% consideran estar aparentemente sanos, a pesar de encontrar que el 26% de la población tienen antecedentes de Hipertensión y un 13% de alcoholismo (ver tabla N° 9), mientras que en la población menor de 12 años se identifico que el 34% tienen incompletos los esquemas de vacunación y un 19% presentan problemas de nutrición(ver tabla N°9).

La caracterización de las 70 familias desplazadas, en el municipio de Soledad que hacen parte de esta investigación, sé obtuvo a través de la aplicación del instrumento RFT 5-33⁸⁵

4.1.1 Identificación de las familias según tipología.

En la identificación de las familias desplazadas objeto de esta investigación, Se puede apreciar 47 son de tipo nuclear mientras que 23 son de tipo extensa. Siendo la más sobresaliente las familias tipo 1, lo que permite juzgar que

⁸³ AMAYA, RFT: 5-33. *Op cit.*, p.64.

⁸⁴ Profamilia. ENDS 2010. P. 476.

⁸⁵ AMAYA, RFT: 5-33 *Op cit.*

prácticamente el 67% de los miembros de las familias tienen una relación de primer grado de consanguinidad. Y que el desplazamiento ha sido con todos sus miembros (papá, mamá e hijos) y esto se puede apreciar en La tabla N°1.

Tabla N° 1 Distribución del número de familias según tipo de familia

Tipo de familia	N de Familias	%
Tipo 1 (nuclear)	47	67
Tipo 2 (extensa)	23	33
Total familias	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

4.1.2 Composición familiar.

Mientras que en la tabla N°1 se puede ver la distribución por tipo de familia, en la Tabla 2 se aprecia que de las familias desplazadas intervenidas su composición familiar está dada entre 2 y 12 miembros, con un promedio de 4,8 personas, que equivale al 44% del total de las familias entrevistadas en esta investigación y comparando estas cifras con datos arrojados por censo que se tiene reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 Profamilia⁸⁶, y con el censo nacional de DANE, el promedio de números de miembros de las familias en Colombia es de 5 personas

Tabla N° 2 Distribución del número de familias, según número de miembros

Número de miembros	N° FAMILIAS	
	N° FAMILIAS	%
1	0	0
2	7	10
3	11	16
4	14	20
5	17	24
6	9	13

⁸⁶ Profamilia. ENDS 2010. P. 476.

7	4	6
8	3	4
9	2	3
10	1	1
11	1	1
12	1	1
Total	70	100%

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012.

Por otro lado, al analizar la distribución del número de individuos (344) en la tabla N° 3 por edad y sexo que conforman las 70 familias desplazadas y que hicieron parte de la investigación se identificó: Que el 53% son del género femenino siendo predominante en los grupos etareos de 19 -49 años. Mientras que del género masculino está representado en un 47%, siendo predominante en los grupos etareos de 19 -49 años, con 85 mujeres, y con un promedio de edad de 42 años. Mientras que con el género masculino se aprecia con 69 hombres, y con un promedio de edad de 34,5 años.

Así mismo se identificó que la población infantil menores de 12 años está representada por 90 individuos de donde el 13% son del género femenino y de igual manera 13% del género masculino, para un total de la población infantil del 26%

De igual modo en el grupo de adulto mayor (considerándolos a partir de los 50 años de edad), está representado por 39 individuos o sea el 11% sobre la población total, de donde 6% son del género femenino y 5% del género masculino.

Ahora bien, al contrastar este comportamiento demográfico en las familias desplazadas objetos de la investigación con el resto del país y del Municipio de Soledad, podemos decir que la distribución de los miembros de las familias sobresa el género femenino con un 53%, situación similar a nivel nacional según los resultados del Censo General, 2005⁸⁷ "de los 41 millones 242 mil 948 habitantes en Colombia, el 48,6 por ciento son hombres y el 51,4 por ciento son mujeres". De igual manera se asimila a nivel del municipio de Soledad con un total de la población de Soledad 48,7 por ciento son hombres y 51,3 por ciento mujeres⁸⁸. Así mismo se puede evidenciar que en el grupo de personas que conforman la muestra hay menos niños aumentando progresivamente la población adulta.

⁸⁷ DANE. Censo 2005. [en línea]. Bogotá. Revisión 30 de julio 2011. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/jefes_hogar.pdf>

⁸⁸ ZAPATA G, 2008 – 2011 Op cit., p.195

Tabla N° 3. Distribución del número de individuos por edad y sexo.

Grupos de edad en años	N° de individuos según género				Total	%
	Femenino		Masculino			
	Frec	%	Frec	%		
0-1	1	0	0	0	1	0
1-4	16	5	16	5	32	9
5-11	28	8	29	8	57	17
12-18	32	9	29	8	61	18
19-30	41	12	37	11	78	23
31-49	44	13	32	9	76	22
50-59	11	3	7	2	18	5
60	10	3	11	3	21	6
Total general	183	53	161	47	344	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

4.1.3 Roles en la familia

En cuanto a la distribución de roles en estas familias desplazadas intervenidas, se puede identificar en la tabla N° 4, que el rol de mayor frecuencia que se da es el del hijo con un 55% de la población total, le sigue el de la madre con 19% y la del padre con un 15%. Permite deducir que el grupo familiar de mayor presencia es la nuclear con un 47% de la tipología de familia (ver tabla N° 1).

Por lo que al estudiar la estructura del hogar con respecto al género del jefe del hogar revela que, a pesar de que el tamaño del hogar es mayor en los hogares con jefatura femenina, (ver tabla N° 4) presentan un mayor número de menores de edad, con menos personas en edad productiva y, por ende, una tasa de dependencia más elevada. Así mismo se puede observar que la participación de los nietos es la de mayor presencia con un 6% sobre los demás miembros que componen las familias extensas

El impacto del desplazamiento sobre los hogares con jefatura femenina o sea el 19%, adquiere otras connotaciones en aquellos casos en los cuales la composición del hogar cambió por consecuencia del desplazamiento y la mujer asumió la jefatura del hogar ya sea porque el jefe del hogar permaneció en el municipio de origen, o abandonó al hogar al llegar al municipio receptor⁸⁹.

⁸⁹ ANA M, Ibanez, ¿Cómo El Desplazamiento Forzado Deteriora El Bienestar De Los Hogares Desplazados?: Análisis y Determinantes Del Bienestar En Los Municipios De Recepción, documento CEDE 2006-26 ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica) Julio De 2006,

Ahora bien, no sólo el impacto emocional es más drástico, sino que el cambio en la composición familiar también, ya que se traduce en menos personas contribuyendo al sostenimiento del hogar, y en una mayor vulnerabilidad frente a la pobreza. Así mismo se puede identificar la frecuencia de los roles por número de individuos siendo el de mayor frecuencia el del hijo con 188 individuos y el de menor frecuencia el del abuelo con 2 individuos.

Tabla N° 4. Distribución de roles dentro de la familia,

Rol	N° de individuos por Familia	%
Padre	50	15
Madre	65	19
Hijo	188	55
Abuelo	2	1
Abuela	3	1
Tío	0	0
Sobrino	3	1
Nuera. Yerno	8	2
padraastro – madrastra	0	0
Nieto	20	6
Otros	5	1
s.d	0	0
Total	344	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

4.1.4 Situación de Salud

4-1.4.1 Afiliación al sistema de general de seguridad social en salud.

Sobre la afiliación de las personas desplazadas al sistema general de seguridad social en salud se identificó que de estas 70 familias, el 99% cuentan con seguridad social con un 83% de afiliados al régimen subsidiado (característica predominante de los estratos bajos), 13% al régimen contributivo y 2% vinculados.

Ahora bien al comparar estos resultados con la población general del municipio de Soledad, se puede identificar que este a pesar de haber tenido un crecimiento poblacional atípico ha sido referente de asentamiento de pobladores desplazados por los hechos de violencia e inseguridad que ha azotado la Costa Caribe, ocasionando un indicador de baja cobertura en materia de afiliación al

régimen subsidiado con una cobertura del 52 por ciento de afiliados (236.637 habitantes) al cierre de la vigencia de 2007. Sin embargo en esta población intervenida, vale la pena aclarar que por ser desplazados inscritos como tal, reciben el beneficio de estar afiliados al sistema de seguridad social, siendo el régimen subsidiado el de elección gubernamental .(ver tabla N° 5)

Tabla N°5 Distribución por familias, según tipo de afiliación al Sistema General De Seguridad Social En Salud.

Tipo de afiliación al régimen del SGSSS	N° de Familias	%
Contributivo	9	13
Subsidiado	58	83
vinculado	2	3
No tiene	1	1
Total general	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012.

4.1.4.2 **Percepción del riesgo, salud o enfermedad.**

Ahora bien y teniendo en cuenta resultados presentados por la ENDS 2010, donde informan sobre la percepción de la salud de los colombianos, la cual 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 buena⁹⁰. En esta investigación y frente a la distribución del número de familias frente a la percepción del riesgo, se identificó que 28 familias (40%) tienen presente la percepción del riesgo, 29 familias se perciben como familias sanas que equivale al 41% y solo 13 que son el 19% familias evalúan frente a la presencia de la enfermedad. Por lo tanto de las 70 familias desplazadas, el 41% se consideran sanas y el 59% se perciben como enfermas y/o con riesgo a enfermar. (Ver tabla N°6)

⁹⁰PROFAMILIA. ENDS-2010, Op. cit.pag. 404.

Tabla N° 6. Distribución del número de familias, según percepción del riesgo

Percepción del riesgo	N° de Familias	
	Frec	%
En riesgo	28	40
sano	29	41
Enfermo	13	19
Sin información	0	0
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012.

Con base en los planteamientos anteriores, vistos los cambios en la composición familiar que puede aumentar la capacidad de adaptación en las personas y grupos a las circunstancias así mismo, pueden ocasionar deterioro en el sistema familiar y en cada uno de sus miembros llevando a que los riesgos biosociales aumenten en los individuos y por lo tanto, incidan en la generación de enfermedades. En este sentido, el enfoque de riesgo es definido por Amaya como: "Cualquier característica o circunstancia averiguable o comprobable de una persona o un grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o estén especialmente afectados de manera adversa, a un proceso mórbido"⁹¹.

Ahora bien, para Amaya⁹² "la percepción del riesgo hace relación a como el entrevistado de la familia ve la salud el riesgo de salud para cada uno de sus miembros, es decir si percibe el riesgo de enfermar, si se percibe aparentemente sano o si se percibe que está enfermo". A de esas familias y al identificar la percepción del riesgo del individuo (tabla 7) , se identifico que el 69% de estos se perciben como sanos, el 25% en riesgo y solo un 6% enfermos ya que sufren de alguna alteración en su organismo.

⁹¹ AMAYA, P. Instrumento de riesgo familiar total. Op.cit. p.19.

⁹² AMAYA, Pilar. Instrumento de riesgo familiar total. Op.cit.,. p. 59

Tabla 7. Distribución del número de individuos según la percepción del riesgo

Percepción del riesgo	Frecuencia	
	N° individuos	%
En riesgo	86	25
sano	239	69
Enfermo	19	6
Sin información	0	0
Total	344	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012.

Por otro lado, se pudo identificar (La tabla N° 8), la presencia del riesgo sobre el 100% de las familias desplazadas de esta investigación en donde la educación sexual es del 84%, en las alteraciones visuales el 56% y en alteraciones orales el 34% , así mismo se identificó que no ha habido presencia de muerte ni de hospitalización durante el último año. Lo que hace evidente que el enfoque epidemiológico de riesgo es una herramienta que ayuda a determinar prioridades en salud e intenta mejorar la atención para todos⁹³.

Tabla 8 Distribución del número de familias según Condición de la presencia del riesgos.

Presencia de riesgo	Familias con riesgo	
	Frec	%
Educación sexual	59	84
Accidentes	0	0
Alteraciones visuales	39	56
Alteraciones orales	24	34
hospitalización	0	0
Muerte	0	0

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012.

⁹³ AMAYA. *Instrumento de riesgo familiar total. Op. cit., pp. 19-20.*

Así mismo se identificó la presencia del riesgo por cada miembro de la familia sobre el total de la población, de donde 46% presentan el riesgo en educación sexual, el 18% en alteraciones visuales y un 10% en problemas orales. Siendo el de mayor frecuencia la educación sexual. (ver tabla 9). Sin embargo se tuvo presente en este ítem restar los 90 menores de 12 años que no aplican para educación sexual. Por lo que convierte a la población total de 254 y el porcentaje de la presencia del riesgo es de un 27% de la población real

Tabla N°9 Distribución del número de individuos según presencia del riesgo

Presencia de riesgo	N° de individuos	
	Frec	%
Educación sexual	159***	46
Accidentes	0	0
Alteraciones visuales	63	18
Alteraciones orales	34	10
hospitalización	0	0
muerte	0	0

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

*** Al total de la población (344) se le resta la población menor de 12 (90), ya que no aplica para este ítem.

4.1.4.3 Antecedentes en salud

En la distribución del número de familias desplazadas objeto de esta investigación, se identificaron 90 menores de 12 años de edad, de los cuales 31% han presentado enfermedades virales, y el 34% no han completado el esquema de vacunación, y el 27% tienen diversos problemas de nutrición. (Ver tabla 10)

Tabla N° 10 Distribución del número de familias. Según problemas o antecedentes de salud en menores de 12 años,

Problemas de salud en menores de 12 años	N° de familias	
	Frec	%
Nutrición	19	27
Vacunas	24	34
Maltrato	0	0
Virales	22	31

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Dentro de las enfermedades virales se observa que los eventos que más afectan son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, de donde estas enfermedades tienen principalmente sus causas en el deficiente estado del cuidado del medio ambiente, la manipulación de los alimentos, la calidad del agua, el manejo inadecuado de los residuos, malos hábitos alimenticios y de higiene y la contaminación por efectos de los basureros, por descomposición de residuos y bióxido de carbono de vehículos e industrias.

Así mismo se destaca el impacto con 34% sin esquemas de vacunación completos, a pesar de las acciones desarrolladas para prevenir las enfermedades inmunoprevenibles, como lo demuestra la ausencia de casos de sarampión, poliomielitis, rubéola y tétanos neonatal en los últimos años.

4.1.4.4 Antecedentes de patologías de carácter familiar.

Para los antecedentes de morbilidad identificados dentro de las 70 familias desplazadas, se detectó que en algunas pueden presentar varias patologías de estas, como son: La hipertensión con un 26%, alcoholismo con 13%, asma 10% cancer 9%, artritis 7% y Diabetes el 6% (ver tabla N° 11) Ahora bien, con respecto a las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, cáncer, continúan en los primeros lugares de causa de muerte en Colombia, según ENDS. 2010, El 45 %de adultos mayores sufre de hipertensión arterial; le siguen las alergias (17%), la artritis (16%), enfermedades del corazón (16%), diabetes (11%) y enfermedades pulmonares (10%).

Otro antecedente que sobresale es la HTA, que puede estar relacionado con varios factores como el alcoholismo y la generación de estrés asociada a los

conflictos por ingesta de licor. En cuanto a este resultado Robledo y Escobar. 2010 afirman⁹⁴ “Los problemas principales (cardiopatía, episodios cerebro vasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) son el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol.

Tabla N° 11. Distribución del número de familias según antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos	N° de Familias	
	Frec	%
HTA	18	26
Alcoholismo	9	13
Asma	7	10
Cáncer	6	9
Artritis	5	7
Diabetes	4	6
Anemia	3	4
Enfermedad Mental	2	3
Enfermedad Renal	2	3
Retardo mental	2	3
IAM	1	1
Desnutrición	0	0
Down	0	0
Epilepsia	0	0
Hemofilia	0	0
Maltrato	0	0
Lepra	0	0
Tuberculosis	0	0

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

De acuerdo a las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2005, las causas de mortalidad predominantes en Colombia son: enfermedad isquémica del corazón (28650 casos), agresiones u homicidios (16913 casos), enfermedad cerebro vascular

⁹⁴ *ROBLEDO Y ESCOBAR*. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del observatorio de salud. Volumen 3; Número 4; 2010.p.2.

(14555 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (11479 casos) y diabetes mellitus (7320 casos).⁹⁵

4.1.5 Permanencia en el sector.

Con respecto a la permanencia en este lugar de residencia se identificó que el 84% de las familias entrevistadas tienen un tiempo superior a 5 años, mientras que solo el 16% de las familias llevan una permanencia en el sector de menos a 5 años (tabla No 12)

Tabla N° 12 Distribución de número de familias según permanencia en el sector en años.

Tiempo (años)	N de Familias	%
1 a 3	11	16
3 a 6	43	61
6 a 9	16	23
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

lo que confirma que en la proyección de crecimiento de emigrantes en el departamento del Atlántico la tendencia descendente en la migración interna, es negativa.⁹⁶

4.1.6 Instituciones de apoyo familiar

Si bien es cierto que la familia es la institución que se constituye en apoyo para sus miembros, también es cierto que como apoyo externo de resiliencia existen entes externos a ella, tales como la casa vecinal y los grupos recreativos, el trabajo, los grupos religiosos, las guarderías y escuelas, y el centro de salud. Que les permite satisfacer algunas de sus necesidades; en este grupo de las 70 familias desplazadas que conforman esta investigación, se identificó que se apoyan en más de tres de estos entes, siendo utilizados: la fuente de trabajo el 73%, los centros de salud con un 59%, la casa vecinal con 57%, los grupos

⁹⁵ DANE, Colombia, CENSO general, 2005, procesado por REDATAL, CEPAL, 2007.

⁹⁶ DANE, Proyección Nacional y Departamental de poblaciones 2005- 2010, Estudios otcensales N°7 ISBN978-978-958-624-078-9, Bogotá 2009

religiosos 50%, las escuelas y guarderías el 41% y 24%, mientras que los grupos recreativos fue el de menor apoyo con el 1%. (tabla 13)

Por otro lado recordando el concepto de Louro (2003)⁹⁷, la familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social. En ella se satisfacen las necesidades que son la base de conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, está encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto con otros grupos sociales, la socialización y educación de sus miembros para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales.

Tabla N° 13 Distribución del número de familias, según instituciones de apoyo

Instituciones de apoyo familiar	N° Familias	
	Frec	%
Trabajo	51	73
Centro Salud	41	59
Casa Vecinal	40	57
Grupo Religioso	35	50
Escuela	29	41
Guardería	17	24
Grupo Recreativo	1	1

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Así mismo y con base a lo anterior, se tienen las escuelas como un sistema de apoyo aventajado que se puede aprovechar como una gran estrategia para la gestión e intervención comunitaria en favor de la salud, la educación, la recreación, el trabajo y la formación espiritual

⁹⁷ LOURO BERNAL, Isabe, *Op. cit.*, p 50.

4.2 RIESGO FAMILIAR

Esta es la única sección del instrumento que puntúa para la obtención del riesgo familiar total, y está conformada por cinco factores de riesgo: Condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores

En la tabla N° 14, se permiten identificar el comportamiento de las familias desplazadas dentro de la escala de riesgo familiar total de las 70 familias objetos de esta investigación donde se idéntico que el 61% de familias se categorizan en familias amenazada, el 33% representadas familias con alto riesgo. Y con solo un 6 % de las familias con un bajo riesgo.

Lo que hace necesario que el Estado colombiano oriente sus esfuerzos a mejorar la capacidad de respuesta de su oferta para la prevención del desplazamiento forzado y atención de la población desplazada, aprovechando la experiencia recogida. Y para tal efecto, deberá concentrarse en profundizar las fases de prevención, consolidación y estabilización socioeconómica por representar la primera la posibilidad de superar las causas que generan el fenómeno, y la segunda soluciones duraderas a la población desplazada para la construcción de su proyecto de vida y su reinserción a la sociedad⁹⁸.

Tabla N° 14 Distribución del número total de familias, según la escala de riesgo familiar total.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	23	33
Familias amenazadas	43	61
Familias con riesgo bajo	4	6
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Como Amaya Pilar (2004)⁹⁹, define el riesgo familiar total como la probabilidad de consecuencias adversas individual y familiar (enfermedad, desorganización o disfunción) debido a la presencia de características detectadas en el momento de

⁹⁸ *Ibid.*, p 4

⁹⁹ Amaya, Pilar, *Instrumento de riesgo familia total*, RFT: 5-33, OP. CIT., Pag.20

la valoración. Desde este punto de vista una familia con menos riesgo será aquella que mediante su composición, las practicas 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 y de salud permanente.

Así mismo Amaya¹⁰⁰, define para los cinco factores del instrumento dos categorías de calificación de las familias, a saber: Familias amenazadas y familias con riesgo alto. Las familias amenazadas son aquellas que tienen un porcentaje bruto entre o por debajo de una Puntuación Estandarizada (PE) de 69. Y las familias con riesgo alto tienen puntajes brutos entre 80 y 99 o superiores a una PE de 70.

Para el puntaje total del instrumento RFT 5:33, Amaya definió tres categorías de calificación del riesgo familiar total basadas en las escalas de percentiles y de PE (con media igual a 60 y desviación estándar igual a 10), estas categorías son: Familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto.

4.3 FACTOR DE RIESGO FAMILIAR TOTAL

4.3.1 Factor de riesgo de condiciones psicoafectivas

Desde el punto de vista del factor de riesgo psicoafectivas se identificaron que el 46% de las familias se encuentran amenazadas, el 14% en riesgo alto para un total del 60% de las familias con riesgo y solo un 40% se identificaron con riesgo bajo.(tabla N°15)

Tabla N° 15 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición psicoafectiva

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	10	14
Familias amenazadas	32	46
Familias con riesgo bajo	28	40
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

¹⁰⁰ Amaya, *Instrumento de riesgo familia total*, Op. Cit. Pag.52-53.

De tal modo que nos trasladan a analizar las causas de este evento, llevándonos a revisar cada uno de los ítems que hacen parte de la condición psicoafectiva y tratando de cruzarla entre ellas los ítem con que se evalúa en su totalidad este riesgo, se encontró que la separación de conyugal y los roles no gratificantes se da en un 39% del riesgo en cada una de ellas, y así mismo al asociarlo con desarmonía conyugal con un 29% de condición de riesgo y la ingesta de alcohol o sustancias psicoafectivas que encontramos 10%. Se podría decir que la ausencia del padre o la madre lleva a los cambios de roles en las familias, y así mismo que una de las causas de la desarmonía conyugal es el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. (Tabla 16)

Tabla N° 16 Distribución del número de ítem, según factor de riesgo "condiciones psicoafectiva".

	ITEM	N° del ítem	FCIA	%
Condiciones Psicoactivas	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos	6	27	39
	Divorcio o separación conyugal	7	27	39
	Desarmonía Conyugal	1	20	29
	Ansiedad permanente por problemas familiares	4	17	24
	Ingesta de alcohol o psicoactivos	10	16	23
	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos	2	8	11
	Privación afectiva, desprotección.	5	8	11
	Violencia, abuso familiar, maltrato(físico, psicológico, social)	3	6	9
	Enfermedad mental o intentos de suicidio	9	4	6
	Fuga de menores, padre o madre	8	2	3

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Ahora bien dentro del comportamiento de las familias desplazadas con relación a las consecuencias del desplazamiento en las familias, se reflejan en las dificultades afectivas que genera la disgregación familiar, el cambio de los roles

tradicionales de pareja y de los demás miembros de la familia para asumir su lucha por la supervivencia, el traslado del conflicto social al ámbito familiar, y la ruptura de la comunicación. Igualmente, con respecto a las consecuencias socioeconómicas, ellas se perciben tanto en las zonas de origen, como en las receptoras, y en las relaciones campo-ciudad. Dentro de ellas pueden señalarse, ruptura del tejido social, empobrecimiento del liderazgo local (producto de los desplazamientos selectivos de sectores de la sociedad como docentes, líderes sociales y funcionarios públicos), estímulo de procesos de colonización y configuración de nuevos espacios territoriales, procesos de reordenamiento urbano, urbanización de la violencia, marginalidad, empobrecimiento de nuevos sectores de población, descomposición violenta de las economías campesinas, obstrucción y pérdida de inversiones y programas adelantados por la administración pública, concentración de tierras en las zonas de expulsión, y crecimiento del sector informal de la economía¹⁰¹.

4.3.2 Factor de riesgo de prácticas y servicios de salud.

Otro de los factores de riesgo, que se evaluó es el riesgo según prácticas y servicios de salud, de donde se identificó que de las 70 familias desplazadas objeto de investigación se categorizan según frecuencia porcentual como familias de alto riesgo el 10% y familias amenazadas con el 63% y solo un 27% se categorizaron en familias de bajo riesgo. (Tabla N° 17)

Tabla N° 17 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de Prácticas y servicios de salud.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	7	10
Familias amenazadas	44	63
Familias con riesgo bajo	19	27
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

En comparación esta información con la información contenida en la tabla N°5, llama la atención que el 99% de estas familias que se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social, en esta tabla N°17 el porcentaje de riesgo en salud

¹⁰¹. HERNÁNDEZ E. (1999) Op.cit. p. 4.

se esté dando en un 73%. (63 de las familias amenazadas y 10% de las familias de alto riesgo).

Por lo anterior se evidencia una situación preocupante tanto en el municipio de Soledad, como en el departamento y el país, ya que a pesar los organismos de salud han intermediado con las coberturas del régimen subsidiado, los problemas de salud física en las familias, el riesgo continua por la subutilización de los servicios de las familias en general, la falta de información sobre los servicios. Llevan a pensar que La afiliación a los servicios de salud no garantiza, sin embargo, el acceso efectivo a los servicios de salud y mucho menos la promoción de una buena salud (OPS, 2003).

Así mismo en la tabla 18 se identifico que el factor de riesgo Prácticas y servicios de salud de los 6 ítems que se revisaron se encontró que dentro de los tres que más afecta a las familias es: la subutilización de los servicios de salud disponibles (51%) y ausencia de información sobre los servicios de salud (47%). Y el manejo inapropiado de CMG / Nutrición (26%)

Tabla N° 18 *Distribución del numero de ítem, según factor de riesgo Practicas y servicios de salud.*

Factor de Riesgo	ITEM	N° del ítem	Fcia	%
Prácticas y Servicios de Salud	Subutilización de servicios de salud disponibles	11	36	51
	Ausencia de información sobre servicios de salud	12	33	47
	Manejo inapropiado de CMG/nutrición	14	18	26
	No detección de riesgos familiares	15	18	26
	Manejo inapropiado de salud dental	16	15	21
	Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer	13	2	3

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

No obstante este deterioro en las condiciones de salud de la población desplazada se asocia, en menor medida, a la falta de afiliación de la población y, en mayor medida, a unas condiciones de vida precarias, a unos bajos ingresos y

a restricciones en la política de atención en salud para la población desplazada que dificultan el acceso efectivo a los servicios del Régimen Subsidiado. Es así como se percibe un deterioro del estado de salud de la población desplazado como resultado¹⁰²

4.3.3 Factor de Riesgo de vivienda y vecindario

Al igual que en las anteriores tablas expuestas, el factor de riesgo para vivienda y vecindario, se encontraron 31% de familias amenazadas, un 59% con riesgo alto y un 10% riesgo bajo. Para un total en riesgo del 90%. Siendo uno de los riesgos de mayor afección del 100% de la población desplazadas objeto de esta investigación (tabla N°19).

Tabla N° 19 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición de vivienda y vecindario

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	41	59
Familias amenazadas	22	31
Familias con riesgo bajo	7	10
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Ahora bien, con relación a las condiciones de vivienda y vecindario; de los 6 ítems en su gran mayoría las familias se sienten en condiciones de alto riesgo, sobre todo con lo que respecta al entorno, al medio ambiente de la vecindad. Lo que indica condiciones desfavorables de infraestructura para la conservación de la salud. De los cuales los tres que más afecta a las familias son Ausencia de los servicios públicos con un 69% falta de uso de saneamiento ambiental con 67% y condiciones insalubres en el vecindario con 61% (ver tabla 20)

¹⁰² IBANEZ ANA M., Desplazamiento forzado) 2006 Op. Cit p 12

Tabla 20 Distribución del número de ítem, según factor de riesgo vivienda y vecindario

Factor de Riesgo	ITEM	N° del ítem	FRECUENCIA	%
Vivienda y Vecindario	Ausencia de servicios públicos	20	48	69
	Falta de uso de saneamiento ambiental	17	47	67
	Condiciones insalubres del vecindario	18	43	61
	Higiene y organización deficiente del hogar	19	38	54
	Problemas de ventilación, iluminación o alimentos	21	26	37

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Comparando estos factores que están asociados a las condiciones socio-económicas de la población y a los problemas de salud, las clases sociales más desfavorecidas usualmente presentan los problemas más importantes de localización y tenencia de vivienda, pobres materiales de construcción, sin diseños técnicamente fundamentados, áreas pobremente o no urbanizadas, muchas dificultades en el acceso a educación y salud, agua de consumo mal o pobremente tratada, mala disposición de los residuos, proliferación de vectores sin control y un ambiente social desfavorable, entre otras. Por otra parte, las clases sociales más favorecidas cuentan con viviendas con características totalmente opuestas a las mencionadas anteriormente.¹⁰³

De igual modo las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos también determinan el nivel de bienestar de la población desplazada. No obstante, el impacto del desplazamiento sobre las condiciones de la vivienda no es claro *a priori*. Los resultados de la EDHD-2010 revelan que el acceso a servicios públicos tales como energía eléctrica, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras en los municipios receptores es significativamente más alto que en los municipios de origen. Dicho ascenso se debe presumiblemente a una mayor oferta de servicios en las zonas urbanas en comparación con las zonas rurales y no a una mayor capacidad económica de los hogares desplazados.¹⁰⁴

¹⁰³ PROFAMILIA. ENDS-2010, Op. cit.pag. 404.

¹⁰⁴ IBAÑEZ A Op. Cit., p 19

Por otro lado el informe de acción social de desplazamiento en el municipio de Soledad indica como entre los años 1997 al 2011 han ingresado un total de 704 familia desplazadas, lo cual podría estar explicando los resultados obtenidos en la medida que no hay pertenencia del sitio de vivienda.

4.3.4 Factor de riesgo de situación socio-económica

En este factor de Riesgo familiar total que apunta al factor de condiciones de la situación socioeconómica, se encontró que el 61% de las familias están amenazadas mientras que hay 24% con riesgo alto y un 14% con riesgo bajo.(Tabla N° 21).

Tabla N° 21 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición de la situación socioeconómica.

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	17	24
Familias amenazadas	43	61
Familias con riesgo bajo	10	14
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Sumando a los datos de cada uno de los ítems que componen esta condición y que se representa más detalladamente en la tabla N° 22, se puede establecer que hay resultados que amerita la atención y es la *inaccesibilidad a servicios de salud y la pobreza que también* son aspectos que requieren atención ya que se presentan entre el 24% y el 43% de las familias.

Adicionalmente se aprecia la falta de recreación en el 86% de las familias. Así mismo se identificó en segundo lugar lo tiene el ítem de vagancia y sobre carga con un 61%, en tercer lugar se identifico ingresos escasos para cubrir necesidades de salud con un 59% y en un cuarto lugar con el 43% la pobreza relacionada a los ingresos menores en NBS. Por lo que se sienten amenazadas por las bajas oportunidades laborales y bajos ingresos generados, aumentando considerablemente los factores de riesgo, limitando el acceso a los distintos servicios que ofrecen entidades especializadas para su prestación. (Ver tabla 22)

En otras palabras la situación socioeconómica de las familias desplazadas objeto de esa investigación presentan ingresos escasos para cubrir necesidades de salud, y en razón a la pobreza y escasos ingresos es preocupante, ya que las

personas desarrollan trabajos informales que no requieren una especialización no brinda una estabilidad y seguridad a las familias tales como vendedores ambulantes, empleadas del servicio domestico, labores de agricultura, maestros de obra, y otros oficios informales

Tabla N° 22. Distribución del número de ítem, según factor de riesgo Situación Socioeconómica.

Factor de Riesgo	ITEM	N° del ítem	Fcia	%
Situación Socioeconómica	Falta de recreación en la familia	24	60	86
	Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia	25	43	61
	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud	22	41	59
	Pobreza: ingreso menor que NBS	23	30	43
	Inaccesibilidad a servicios de salud	27	17	24
	Problemas de salud no resueltos ni controlados	26	16	23

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

4.3.5 Factor de riesgo de manejo de menores

En la tabla N° 23, se aprecia la escala de riesgo que apunta al factor de condiciones de manejo de menores, donde se identifican el 100% de las familias desplazadas con la modalidad de amenazadas 39, riesgo alto 10%. Para un total del 49% de vulnerabilidad al riesgo; mientras que el 51% se ubican en la modalidad de bajo riesgo

Aun cuando la población de bajo riesgo es del 51% no se debe bajar la guardia con estas familias, y se debe desarrollar planes y programas orientados a la prevención de riesgos en todos los niños menores de 12 años. Haciendo de estos niños los hombres seguros del futuro.

Tabla N° 23 Distribución según la escala de riesgo familiar total, que puntea para el factor de condición manejo de menores

ESCALA DE RIESGO FAMILIAR TOTAL	N° DE FAMILIAS	%
Familias con riesgo alto	7	10
Familias amenazadas	27	39
Familias con riesgo bajo	36	51
Total	70	100

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

En relación con la categoría de manejo de menores, las familias se perciben amenazadas, los tres ítems que sobresalió en este factor de riesgo familiar total fueron: Presencia en riesgo en niños de 1 a 12 años con 49 %, la dificultad en orientación y disciplina de estos escolares y adolescentes con el 40% y falta de seguridad en actividades de menores con 37 %, (Tabla N°24)

Tabla N° 24 Distribución del número de ítem, según factor de riesgo manejo de menores

Factor de Riesgo	ITEM	N° del ítem	Fcia	%
Manejo de Menores	Presencia de riesgos en niños de 1 a 11 años	32	34	49
	Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes	33	28	40
	Falta de seguridad en actividades de menores	31	26	37
	No escolaridad de menores de 12 años	29	19	27
	Manejo inapropiado de EDA, IRA y CD.	30	14	20
	Más de cuatro menores de 12 años	28	13	19

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

4.3.6 Distribucion porcentual del riesgo familiar total, por factor de riesgo

A continuación se presenta la interpretación de los resultados de los cinco factores del instrumento y los ítems que mas puntuaron por cada uno de los grupos, de estas familias desplazadas. Posteriormente se presenta el resultado del Riesgo Familiar Total.

Tabla N° 25 . Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total (RFT: 5-33) por factor de riesgo

Factor de Riesgo familiar	Categorización del riesgo	%
Condiciones de vivienda y vecindario	Familias con riesgo alto	59
Situación socioeconómica	Familias con riesgo alto	24
Condiciones psicoafectivas	Familias con riesgo alto	14
Servicios y prácticas de salud	Familias con riesgo alto	10
Manejo de menores	Familias con riesgo alto	10
Servicios y prácticas de salud	Familias amenazadas	63
Situación socioeconómica	Familias amenazadas	61
Condiciones psicoafectivas	Familias amenazadas	46
Manejo de menores	Familias amenazadas	39
Condiciones de vivienda y vecindario	Familias amenazadas	31
Condiciones de vivienda y vecindario	Familias con riesgo bajo	40
Situación socioeconómica	Familias con riesgo bajo	27
Condiciones psicoafectivas	Familias con riesgo bajo	10
Servicios y prácticas de salud	Familias con riesgo bajo	14
Manejo de menores	Familias con riesgo bajo	51

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio" Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

Al revisar los resultados arrojados por el instrumento aplicado RFT: 5-33, en la Tabla N° 25, permite evaluar la distribución porcentual del mismo. Apreciando que dentro de los factores de riesgos según categoría de riesgo familiar total, donde se identifico que el factor de riesgo que pone en riesgo alto a las familias son: condiciones de vivienda y vecindario con un 59%, situación económica con un 24% y condiciones afectivas con un 14%, menor frecuencia se da en servicios y practica de salud con un 10% y manejo de menores con 10%. Por otro lado la categoría de familias amenazadas se identifico: servicios y prácticas de salud con un 63%, le sigue situación económica con un 61%, condiciones afectivas con un 46%, en manejo de menores se identifico que el 39%, en el de menor frecuencia el de vivienda y vecindario con un 31 %.

4.3.7 Coeficientes de correlación

Tabla N° 26 Coeficientes de correlación entre los diferentes riesgos estandarizadas del instrumento de riesgo familiar total

FACTORES DE RIESGO	Puntaje Total Riesgo Familiar total	Condiciones Psicoafectivas	Servicios y Prácticas de Salud	Condiciones de Vivienda y Vecindario	Situación Socioeconómica	Manejo de Menores
Puntaje Total Riesgo Familiar total	1	0,66	0,53	0,67	0,57	0,57
Condiciones Psicoafectivas			0,17	0,30	0,02	0,11
Servicios y Prácticas de Salud				0,35	0,07	0,15
Condiciones de Vivienda y Vecindario					0,18	0,23
Situación Socioeconómica						0,12
Manejo de Menores						1,00

Fuente: Datos correspondientes al instrumento RFT 5: 33 aplicado al presente estudio "Caracterización de las familias desplazadas, en el municipio de Soledad, Atlántico. 2012

En esta tabla, podemos apreciar que Estadísticamente son variables independientes, pero el comportamiento observado puede ser el resultado de efectos causales similares. De igual modo se podría indicar que la que más se aproxima a una correlación está dada por servicios y practica de salud con condiciones de vivienda y vecindario con 0,35.

5. CONCLUSIONES

El análisis descriptivo - exploratorio transversal permitió hacer la caracterización del riesgo familiar total de las 70 familias desplazadas que hacen parte de esta investigación, constituidas por 344 individuos que se constituyen como miembros de estas familias, provenientes de diferentes lugares y que buscaron refugio en el barrio objeto de estudio, ubicado al Sur-occidente del municipio de Soledad que corresponde al estrato socioeconómico I. Las cuales fueron identificadas en un centro de salud, que participa de los diferentes programas de “recuperación nutricional en familias desplazadas” Así mismo, el instrumento que se aplicó fue el RFT 5-33, en los meses de octubre y noviembre del 2012,

A continuación se presentan las conclusiones acorde a la agrupación de los resultados:

1 Características demográficas e identificación de las familias desplazadas objeto de esta investigación.

- Se puede deducir que de las 70 familias (100%) intervenidas se identificó que 47 familias (67%) son de tipo 1 (nuclear modificada), lo que permite juzgar que el 67% de los miembros de las familias tienen una relación de primer grado de consanguinidad. Y conformadas por un promedio 5 miembros. En cuanto al género y distribución de roles se identificó 53% son del género femenino y con un promedio de edad de 42 años. Al mismo tiempo se puede observar que el género masculino se ve representado por 47% hombres, y con un promedio de edad de 34,5 años. Y el rol de mayor frecuencia después del hijo es el de la madre con un 19%, mientras que la del padre es del 14%.
- Desde el punto de Salud, los datos que hacen referencia a la afiliación de las personas desplazadas al sistema general de seguridad social en salud se identificó que el 99% cuentan con seguridad social afiliados al régimen subsidiado (característica predominante de los estratos bajos). Así mismo al identificar el comportamiento del individuo frente a la percepción del riesgo, se identificó que el 69% de estos se perciben como sanos, el 25% en riesgo y solo un 6% enfermos ya que sufren de alguna alteración en su organismo. De donde la presencia del mayor riesgo en los adultos mayores de 12 años es la educación sexual con un 84%. Así mismo se identificó en la población menor de 12 el mayor riesgo está en la no complementación de los esquemas de vacunación con el 34% sobre la población infantil, por otro lado el 41% se consideran de estas 70 familias

desplazadas sanas y el 59% se perciben como enfermas y/o con riesgo a enferma, Así mismo y haciendo referencia a los antecedentes de morbilidad identificados se detecto que en 84,5% de estas familias, presentan una o varias patologías como son: La hipertension con un 26%, alcoholismo con 13%, asma 10% cancer 9%, artritis 7% y Diabetes el 6%

- Si bien es cierto que la familia es la institución que se constituye en apoyo para sus miembros, se identifico que se apoyan en más de tres de estos entes, siendo utilizados: la fuente de trabajo el 73%, los centros de salud con un 59%, la casa vecinal con 57%, los grupos religiosos 50%, las escuelas y guarderías el 41% y 24%, mientras que los grupos recreativos fue el de menor apoyo con el 1%.

2. **Riesgo Familiar Total de las familias desplazadas objeto de esta investigación.**

Dentro de la escala de factores de riesgo familiar total de las 70 familias objetos de esta investigación Se identifico que el 61% de familias se categorizan en familias amenazada, el 23% representadas familias con alto riesgo. Y con solo un 6 % de las familias con un bajo riesgo.

3, **Factores de Riesgo Familiar total**

- Al revisar los resultados arrojados por el instrumento aplicado RFT: 5-33, nos permiten evaluar la distribución porcentual del mismo. Apreciando que dentro de los factores de riesgos según categoría de riesgo familiar total, donde se identifico que el factor de riesgo que pone en riesgo alto a las familias son: condiciones de vivienda y vecindario con un 59%, situación económica con un 24% y condiciones afectivas con un 14%, menor frecuencia se da en servicios y practica de salud con un 10% y manejo de menores con 10%.
- Por otro lado la categoría de familias amenazadas se identifico: servicios y prácticas de salud con un 63%, le sigue situación económica con un 61%, condiciones afectivas con un 46%, en manejo de menores se identifico que el 39%, en el de menor frecuencia el de vivienda y vecindario con un 31 %.
- Por último se aprecia que estadísticamente los componentes de estas variables son independientes, pero el comportamiento observado puede ser el resultado de efectos causales similares. De igual modo se podría indicar que la que más se aproxima a una correlación está dada por servicios y practica de salud con condiciones de vivienda y vecindario con

La valoración con este instrumento RFT 5:33, como aporte al cuidado familiar permite direccionar las acciones como base para construir un cuidado específico, mantener sanas a las familias en bajo riesgo, y hacer un control y seguimiento a las familias amenazadas y en riesgo alto, a través de acciones de prevención de la enfermedad. Por lo que, en este sentido resulta necesario generar programas y alternativas que ofrezcan a los afectados “los medios para mejorar, o por lo menos restaurar, sus niveles de vida anteriores, su capacidad de generar ingresos, y sus niveles de productividad”.

No es posible desconocer los impactos más significativos mundialmente reconocidos del fenómeno del desplazamiento, los cuales tienen que ver con “el despojo de bienes materiales, tierra y vivienda; la pérdida de ingresos, de empleo y de oportunidades económicas; las restricciones de acceso a bienes comunales, la inseguridad alimentaria, el incremento de morbilidad y mortalidad; la ruptura de redes sociales y la desarticulación comunitaria; cambios irreversibles en los modos de vida, cambios culturales, desarraigo y ruptura de las estrategias de adaptación de las comunidades a su entorno habitual; trastornos psicosociales y afectación de las relaciones intrafamiliares y de la salud pública; aspectos todos que de acuerdo al Banco Mundial podrían ser resumidos como riesgo de empobrecimiento y marginalidad social, económica y política”.

Limitaciones del estudio

Para concluir esta investigación, se manifiestan las limitaciones que se presentaron en esta investigación que fueron de tipo metodológico en el procedimiento de recolección de la información. Las dificultades en la ubicación de las familias seleccionadas por la imprecisión de la base de datos y los registros del hospital del lugar de residencia y teléfonos de las familias

También hubo incumplimiento en algunas familias la asistencia en el horario acordado en las citas telefónicamente asignadas para atender la visita domiciliaria por lo que se visito en varias ocasiones tratando de ubicar al informante adecuado en la residencia. Así se prolongó el tiempo para terminar la recolección de datos. Por otra parte vale la pena mencionar que todos los participantes se les aplico el instrumento sin inconvenientes.

RECOMENDACIONES

Frente a la magnitud de la problemática social como lo son los desplazados; los profesionales de enfermería deben identificar las líneas de acción propuestas por el Ministerio de la Protección Social en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias para la prevención y atención de las víctimas de la violencia, que garanticen la prestación integral de servicios de salud a la población desplazada como son:

Para las entidades gubernamentales:

- Socializar los resultados al departamento de Salud Pública, de la secretaria de salud del municipio de Soledad, para dar continuidad a los estudios de familia, explorar nuevos aspectos y relacionar los encontrados, con respecto a las dimensiones evaluadas, lo cual puede fortalecer la Atención Primaria en Salud. y que además éstos sirva de referencia en las decisiones de las políticas sociales y de salud.
- Analizar y discutir los resultados con la mesa sectoriales de trabajo de promoción de la salud de la Dirección Territorial de salud de modo que favorezca el trabajo y el direccionamiento de estrategias con familias desplazadas y halla una mejor distribución de recursos.
- Divulgar frente a las diferentes autoridades del sector salud, necesidad e importancia de incluir en los programas de promoción de la salud a las familias desplazadas, siendo los que ejerce mayor influencia sobre determinados factores, creando estrategias de información, educación y comunicación sobre los servicios en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a que tienen derecho

Autoridades locales del sector:

- Permitir espacios para comunicación, integración, ayuda mutua, bienestar y fundamentar el fortalecimiento de redes de apoyo a este tipo de población, como lo son las familias desplazadas. Del mismo modo el profesional de enfermería puede desarrollar el liderazgo dentro de los equipos de salud que actúan en pro del mejoramiento del estado de salud y de la condición de vida de la población desplazada por dos razones: en primer lugar es que ejerce sus funciones en el ámbito donde vive y se desarrolla la persona y en segundo lugar su actuar se enmarcan en los principios generales de la práctica profesional de enfermería.

- Dar a conocer a los equipos extramurales de atención del municipio, los principales riesgos como prioridad en este tipo de población

Para la academia disciplinar de enfermería:

- Socializar los resultados con el programa de enfermería de la universidad Simón Bolívar de modo que se enriquezcan las asignaturas y se de relevancia a la práctica disciplinar.
- Dar a conocer la Investigación y sus resultados al programa de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar y de otras Universidades de la región Caribe, con el fin de iniciar un proceso de articulación entre estas y estimular así un proceso de Atención Primaria con equipos interdisciplinarios. Para que así mismo la comunidad científica y a los profesionales de enfermería; ampliar la comprensión de los factores de riesgo que hoy viven las familias de desplazadas en Colombia y fortaleciendo las competencias con enfoque familiar
- Y por otro lado los entes gubernamentales e instituciones educativas; deberían facilitar el uso de los resultados de esta investigación y optimizar el cuidado en aspectos de prevención de riesgo. Dando a conocer los principales riesgos como prioridades en esta población, permitiendo la continuidad en el trabajo de fortalecimiento del núcleo familiar como una unidad biopsicosocial y factor protector para la prevención de riesgos. Aprovechar el núcleo familiar para desarrollar estrategias y coordinar acciones de salud, de formación en liderazgo.
- Desde la Universidad apoyar las instituciones de salud a través de los convenios docente-asistenciales en la implementación de un modelo de salud familiar

BIBLIOGRAFIA

ACCIÓN SOCIAL, Índice general de tabulación de población desplazada, SIPOD 31 de diciembre 2009. Ministerio de la Protección Social.

ALAPE, Arturo. Primer foro nacional sobre desplazamiento por la violencia "Un país en silencio". Pontificia Universidad Javeriana. Primera mesa de trabajo: los orígenes del desplazamiento. 1998. Bogotá, Colombia,

AMAYA DE PEÑA, Pilar. Riesgo Familiar total y del ISF-GEN_25 Referentes teóricos – Conceptuales y análisis de la información. : Universidad Nacional de Colombia Bogotá. 69p

AMAYA, Pilar. Conceptualización de familia: Enfoque de la salud familiar en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría, marzo 31 de 2000.

AMAYA, Pilar. Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Manual: Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y aplicación. 1ª. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004. 69 p

ARRIAGADA, Irma. Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas, en los inicios del nuevo siglo. División del desarrollo social. CEPAL. p. 7. Serie 57. 2007.

BAQUERO-LATORRE, Hernando; FAILLACE, Martha; VANEGAS, Carla; SALAS, Sandra; CORDERO, Crisanta. Impacto biopsicosocial del desplazamiento forzado en una población menor de 12 años del "Asentamiento kilómetro 7", Barranquilla. Hospital Universidad del Norte, Hospital Niño de Jesús. Barranquilla, 2003, EN: Salud Uninorte, Vol. 20. 2005.

CONFERENCIA EPISCOPAL DE COLOMBIA, Comunidad Europea. Desplazados por violencia en Colombia. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres, 1995.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras

disposiciones. (Enero 25). Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. 1991. República de Colombia. Bogotá. 15ª Edición. Mayo de 1999. p. 9-131.

FORERO, Edgar. El desplazamiento interno forzado en Colombia. The Helen Kellogg Institute for International Studies at the University of Notre Dame, Woodrow Wilson International Center for Scholars, Ideas Para La Paz. Washington, D.C., September 2003. http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf

FRIEDEMANN, Marie-Luise. La estructura de la organización sistémica. Una aproximación conceptual a las familias y a la enfermería. California: Sage, 1995. p. 11.

FRIEDEMANN, Marie-Luise. La estructura de organización sistémica. Documento de la antología de Área de énfasis I Familia y Cuidado de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2006. Traducción de Alejandra Vacca

FUNDACIÓN FORO NACIONAL POR COLOMBIA, Fundación para la Orientación Familiar-FUNOF, y Corporación Región y Desarrollo-REDES. Expedición de sueños: historias que construyen ciudad. 1ª ed., 17-32. 2002. Santiago de Cali, Valle - Colombia, Editorial Bando Creativo.

GARCÍA M. Los desplazados por la violencia en Colombia. Con su dolor sin rumbo. Universitas Humanística 1999; XXVII (47): P 15-31.

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO. Balance de resultados 2000-2006. Diagnóstico Departamental Atlántico. www.atlantico.gov.co/gestion.asp, 2010, p 11.

GONZÁLEZ VIVEROS, Constanza. Transformación y resiliencia a las familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. Bogotá: Universidad de los Andes, Revista de estudios sociales. Revista de Estudios Sociales, no. 18, agosto de 2004, 123-130. <http://res.uniandes.edu.co/indexar.php?c=Revista+No+18>

GRUPO TEMÁTICO DE DESPLAZAMIENTO (GTD). Estado de situación del desplazamiento. Bogotá, Colombia: ACNUR; OCHA, 2001.

HERNÁNDEZ ESPERANZA. El desplazamiento forzado y la oferta estatal para la atención de la población desplazada por la violencia en Colombia. Revista Reflexión política, Universidad Autónoma de Bucaramanga, año 1 no. 1, marzo de 1999. Bucaramanga. .

IBANEZ ANA M., Desplazamiento forzado deterioro del bienestar de los hogares desplazados, Bogotá, Colombia CEDES 2006-2 ISSN1657-7191 (Edición electrónica) julio de 2006

LOURO BERNAL, Isabel. La familia en la determinación de la salud. *Rev. Cubana Salud Pública*. [En línea]. 2003, vol.29, n.1 [citado 2011-09-02], pp. 48-51.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000100007&lng=es&nrm=iso

[http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path\[\]=905&path\[\]=881](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path[]=905&path[]=881)

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Nightingale

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#King

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Roy

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Neuwmann

http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm#Orem

MIRANDA B, Víctor y otros. Investigación sobre: Caracterización de la población desplazada ubicada en el municipio de Soledad como consecuencia del conflicto armado interno (2006). Grupo Sanivo, adscrito al Grupo Andrés Bello, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Facultad de Derecho, Barranquilla.

MOGOLLÓN PÉREZ, Amparo S; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. Luisa; GARCÍA GIL, M. del Mar. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2003, vol.77, n.2, pp. 257-266. ISSN 1135-5727. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272003000200008>.

NACIONES UNIDAS, CEPAL (1993). Cambio social en Colombia y sus repercusiones en la familia. Echeverri, Rafael, Flórez, Carmen. CEPAL, 1993, Santiago de Chile. En Antología del Área de Énfasis II. Programa de Maestría, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2004. p.1.

NIÑO DE BERMÚDEZ, María R. "Caracterización de las familias desplazadas al municipio de Fusagasugá pertenecientes a la asociación de desplazados" 2005, p.31.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) / OMS/ Ministerio de Salud Colombia. Cartilla básica para la atención en salud de la población en condiciones de desplazamiento. OPS/OMS. 2a (1), 11-12. 2002. Bogotá, Colombia. Ed. Precolombina - David Reyes.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Red de Solidaridad Social. Disponible en Internet: http://www.acci.gov.co/red/Desplazamientoforzado/Poblaciones_Territ/ExtensionTerrDesp/extensionterres pl.html.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Procuraduría Delegada para la Defensoría del Menor y la Familia. Raíces sin tierra Atención e impacto del Desplazamiento Forzoso. Santa Fe de Bogotá: La Procuraduría; 1999.

RANGEL SUÁREZ, Alfredo, Colombia: Guerra en el fin de siglo, Tercer Mundo Editores, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Bogotá, 1998.

RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL - Centro de noticias. Poblaciones y territorios afectados: magnitud y tendencias. 7-11-2002. Bogotá, Colombia, Red de Solidaridad Social.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. GOBIERNO NACIONAL. Ministerio de Interior. Ley 387 de 1997. Medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Consultado diciembre 1 de 2010.

ROJAS J, MALDONADO LF, RIVAS F, HAGHEBAERT, G. El desplazamiento forzado en Colombia. En Fog L, Brugés M, eds. La población desplazada, un reto para la salud pública, pp 55-68. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud, 2000. www.docstoc.com/.../Estudio-de-Perfil-Epidemiológico-de-población-...

ROJAS, Jorge. Primer foro nacional sobre desplazamiento por la violencia "un país en silencio". Primera mesa de trabajo: los orígenes del desplazamiento. 1998. Bogotá, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana.

SALAMANCA R. E. "Caracterización de las familias desplazadas por la violencia asentadas en Villavicencio, de mayo- julio de 2002". La investigación y el cuidado en América Latina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 2005, p.412.

SÁNCHEZ ISAZA, Dora, concepto adaptado para el presente estudio de investigación, basado en la consulta de varios autores, febrero 2011.

HARMON HANSON, Shirley, Fundamentos teórico de la enfermería familiar, Documento de la asignatura Familia y Salud de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. 2006. Traducción Susy Horta.20 - 26.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Instrumentos de atención de la población desplazada en Colombia: una distribución desigual de las responsabilidades municipales. Universidad de los Andes, Documento cede 2003-37. ISSN 1657-7191 (edición electrónica) diciembre de 2003.d2003-37. En: economia.uniandes.edu.co/content/download/2082/12318/.../d2003-37.pdf

URIBE M. Angélica. Riesgo familiar total y grado de salud familiar de las familias con niños menores de 5 años que asisten al PAI, en IPS públicas y privadas del municipio de Pamplona en los primeros 7 meses del año 2004. Tesis Maestría en Enfermería. Convenio Universidad Nacional de Colombia, Universidad Francisco de Paula Santander. Facultad de Ciencias de la Salud. San José de Cúcuta. 2005. p. 52.

ZAPATA G. José. "Plan de desarrollo Social y urbano, municipio de Soledad, Atlántico", 2008, p. 25.

ANEXO N° 1: CARTA SOLICITUD APLICACIÓN INSTRUMENTO (RFT:5-33)

Bogotá D.C. Agosto de 2011.

Doctora
PILAR AMAYA REY
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

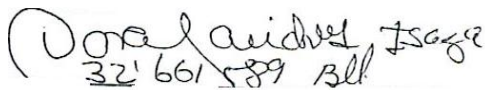
Reciba un cordial saludo,

En el proyecto de tesis que lleva como título **FAMILIAS DESPLAZADAS DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR TOTAL.**” bajo la dirección de la profesora Mg. NOHORA CATAÑO, solicito de la manera más atenta la autorización para aplicar el instrumentos: Riesgo Familiar Total (RTF: 5-33) del cual 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.
- El instrumento será utilizado exclusivamente para el desarrollo del proyecto de tesis.
- Las bases de datos en medio magnéticos 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,



Dora Sanchez Isaza
321 661 589 Bell

DORA SANCHEZ ISAZA
Estudiante Maestría

ANEXO N° 2: RESPUESTA APROBATORIA PARA LA APLICACIÓN INSTRUMENTO (RFT:5-33)



FACULTAD DE ENFERMERIA

Bogotá D.C. Agosto de 2011.

Doctora
PILAR AMAYA REY
 Facultad de Enfermería
 Universidad Nacional de Colombia

Reciba un cordial saludo,

En el proyecto de tesis que lleva como título **FAMILIAS DESPLAZADAS DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR.** ,” bajo la dirección de la profesora Mg. NOHORA CATAÑO, solicito de la manera más atenta la autorización para aplicar el instrumentos: Riesgo Familiar Total (RTF: 5-33) del cual 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.
- El instrumento será utilizado exclusivamente para el desarrollo del proyecto de tesis.
- Las bases de datos en medio magnéticos 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,

Dora Sánchez Isaza
321 661 589 Bll

DORA SANCHEZ ISAZA
Estudiante Maestría

Julian Detamir Q

UB
Pilar Amaya

ciencia y tecnología para el país

FACULTAD DE ENFERMERIA, UNA CONSTRUCCION COLECTIVA
 Carrera 30 No. 45-03, TORRE DE ENFERMERIA piso X Oficina XXX
 Teléfono (s): 57 (1) directo (s) Conmutador: 57 (1) extensión de la dependencia
 Telefax: 57 (1) o fax según el caso
 Correo electrónico:
 Bogotá Colombia, Sur América

UNIVERSIDAD NACIONAL POSGRADCS Sede Bogotá D.C. Facultad de Enfermería	1 SEP 2011
Recibido Por:	Hora:
<i>[Signature]</i>	8:50p

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. La siguiente entrevista hace parte de la Investigación “FAMILIAS DESPLAZADAS DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO FAMILAR TOTAL., EN UN BARRIO OJETO DE INVESTIGACION DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD- ATLANTICO”. Investigación que tiene como objetivo la identificación del riesgo familiar total

La entrevista será realizada por un profesional de Enfermería y conocedor de la investigación, durante la entrevista se le harán preguntas sobre la conformación, organización, funcionamiento y factores de riesgo de salud de su familia. Se harán preguntas con relación al grupo familiar, factores de riesgo familiares, estilos de vida familiar, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud, entre otros aspectos y sobre el funcionamiento de la familia en los momentos favorables, difíciles y sus relaciones con el medio familiar social. La duración es aproximadamente de 30 a 45 minutos.

Esta entrevista es totalmente voluntaria, aún después de haberse iniciado, usted puede decidir no responder a alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, así mismo en caso de participar y responder a todas las preguntas estas no serán reveladas a nadie ni en ningún estudio será identificado usted y su familia. De igual manera es importante aclarar que la participación o no en el estudio, no afectará la situación de ningún miembro de la familia.

Se hace la aclaración que la participación en esta investigación no tendría beneficios directos para usted o su familia, pero que contribuiría a identificar los tipos de familia, factores de riesgo, factores protectores tanto en el ámbito individual como familiar, que permitiría una mejor atención a la situación en salud que actualmente enfrentan las familias desplazadas al municipio.

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

2. **Como constancia de que he sido informado y comprendo todos los aspectos arriba mencionados y explicados por la investigadora, que acepto participar en esta investigación, firmo el presente documento en ----- Fecha: _____**

Firma del participante:

Entrevistado

C.C

Investigador: Dora Sánchez I**Directora de Tesis: MG. NOHORA CATAÑO**

Entrevistador

C.C

ANEXO N° 4: INSTRUMENTO DE RFT 5-33

RFT: 5-33
Instrumento de Riesgo Familiar Total
[Pilar Amaya]

I. Identificación de la familia

Fecha de aplicación: Tipo de valoración: I S CE C Nombre de la familia: _____ No. de miembros:

Código familiar: _____ Tipo de familia: _____ Permanencia en el sector: meses años

Presencia de gestantes: NO SÍ Nombre: _____ Teléfono familiar: _____

Dirección: _____ Municipio o ciudad _____ Vereda, localidad o barrio: _____ País, departamento: _____

Nombre del entrevistado: _____ Rol dentro de la familia: _____

Entrevistador: _____ Centro de atención: _____

II. Composición familiar y riesgos individuales

Nº	Nombre y apellido	Sexo / Edad	Rol	Educación sexual	Servicio salud	Percepción de riesgo	Nutrición	Menores de 12 años			Accidentes	Salud oral	Agudeza visual o aud.	Otras enfermedades u hospitalización	Muerte
								Vacunas	Maltrato	Virales					
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

RFT: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Pilar Amaya / ISBN 950-701-363-2 (continúa)
[1]

III. Antecedentes de carácter familiar

Alcoholismo	Diabetes	Hipertensión arterial
Anemia	Down	Infarto agudo de miocardio
Artritis	Enfermedad mental	Lepra
Asma	Enfermedad renal	Maltrato
Cáncer	Epilepsia	Retardo mental
Desnutrición	Hemofilia	Tuberculosis
		Ninguno

IV. Instituciones de apoyo familiar

Guardería	Centros de Salud	Casa vecinal	Grupos Recreativos
Escuela	Trabajo	Grupos Religiosos	Ninguna

V. Factores de riesgo

	1	0
1. Condiciones Psicoafectivas		
1. Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja).		
2. Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
3. Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social).		
4. Ansiedad permanente por problemas familiares.		
5. Privación afectiva, desprotección.		
6. Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos.		
7. Divorcio o separación conyugal.		
8. Fuga de menores, padre o madre.		
9. Enfermedad mental o intentos de suicidio.		
10. Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros).		
Total Factor		
2. Prácticas y Servicios de Salud		
11 Subutilización de servicios de salud disponibles.		
12 Ausencia de información sobre servicios de salud.		
13 Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.		
14 Manejo inapropiado de CMG / nutrición.		
15 No detección de riesgos familiares.		
16 Manejo inapropiado de salud dental.		
Total Factor		

3. Vivienda y Vecindario

	1	0
17 Falta de uso de saneamiento ambiental.		
18 Condiciones insalubres del vecindario.		
19 Higiene y organización deficiente del hogar.		
20 Ausencia de servicios públicos (A.A.E.B.).		
21 Problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos.		
Total Factor		

4. Situación Socioeconómica

	1	0
22 Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.		
23 Pobreza: ingreso menor que NBS.		
24 Falta de recreación en la familia.		
25 Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia.		
26 Problemas de salud no resueltos ni controlados.		
27 Inaccesibilidad a servicios de salud.		
Total Factor		

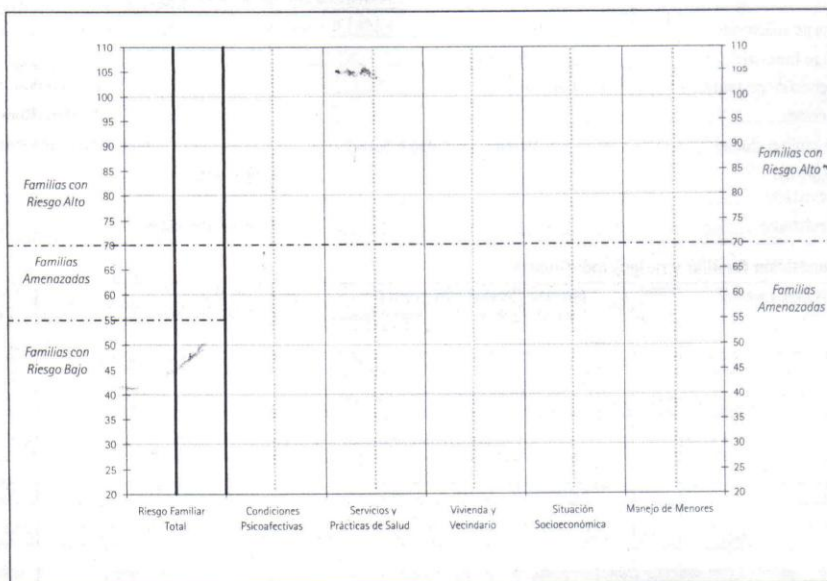
5. Manejo de Menores

	1	0	NA
28 Más de cuatro menores de 12 años.			
29 No escolaridad de menores de 12 años.			
30 Manejo inapropiado de EDA, IRA, CD.			
31 Falta de seguridad en actividades de menores.			
32 Presencia de riesgos en niños de 1 a 11 años.			
33 Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.			
Total Factor			

RFT: 5-33
Instrumento de Riesgo Familiar Total
Hoja de Perfil Familiar

	PB	Per	PE
Condiciones Psicoafectivas			
Servicios y Prácticas de Salud			
Vivienda y Vecindario			
Situación Socioeconómica			
Manejo de Menores			
Riesgo Familiar Total			

Observaciones:



RFT: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Hoja de Perfil Familiar / Pilar Amaya / ISBN 958-701-383-2 [3]

RFT: 5-33
Instrumento de Riesgo Familiar Total
Instrucciones para diligenciar la hoja de Perfil Familiar

Para elaborar el perfil,

- Ubique los puntajes brutos (PB) correspondientes a los cinco factores de riesgo (Condiciones Psicoafectivas, Servicios y Prácticas de Salud, Vivienda y Vecindario, Situación Socioeconómica y Manejo de Menores) en el Cuadro de Resultados.
- Consulte en las tablas 10, 11 y 12 del Manual de Aplicación los percentiles y las PE equivalentes a cada PB, y escríbalos en el espacio destinado para cada cual. Tenga en cuenta el tipo de familia según su composición.
- Sume las PB de los cinco factores de riesgo para obtener así el PB de Riesgo Familiar Total. Escriba la suma en la casilla correspondiente. Consulte en la tabla 9 del Manual de Aplicación el percentil y la PE correspondientes.
- Tome las PE de los factores de riesgo y de Riesgo Familiar Total, ubíquelas en el gráfico de perfil familiar y marque un punto en su eje correspondiente. Consulte el ejemplo mostrado en el Manual de Aplicación (figura 3).
- Dibuje una línea que una los puntos de los cinco factores de riesgo. Esto permite visualizar las "puntas de perfil", es decir, los puntajes extremos de la familia.
- Teniendo en cuenta la ubicación de los puntos dibujados en los ejes, identifique las categorías de riesgo familiar en las que se encuentra la familia evaluada, tanto para los factores de riesgo como para el Riesgo Familiar Total.
- Reporte de manera clara los resultados a la familia, valiéndose del perfil de riesgo familiar.

Tipo de valoración:

- I= inicial
- S= de seguimiento
- CE= de cambio estructural
- C= de cierre

RFT: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Hoja de Perfil Familiar / Pilar Amaya / ISBN 958-701-383-2

ANEXO N° 5: CRONOGRAMA 2012-2.

ACTIVIDADES	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
Ajustes al documento		X	X		
Revisión bibliografía	X	X	X	X	
Ajustes del proyecto (marcos referencial, teórico, diseño y análisis)	X	X			
Proyecto de investigación a comité de ética.		X			
Revisión de instrumentos y entrenamiento		X	X		
Prueba piloto (recolección de y análisis de datos , ajustes de documento)		X	X		
Recolección de información a la muestra y tabulación			X		
Análisis de los datos			X	X	
Elaboración de conclusiones y				X	
Revisión de presentación final de resultados con director				X	
Entrega de investigación a jurados				X	
Artículo					
Entregar y devolver a Universidad y a las líderes comunitarias los resultados de la investigación.					X

ANEXO N° 6: PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN

Recursos	Horas/mes	Meses	Valor unidad	Total
1. Humanos				
Investigador	200	3	50.000	10'000.000
Asesor de tesis	20	4	100.000	5'000.000
Asesor de estadística	N/A		100.000	1'500.000
Digitador	N/A			
Auxiliar		1		
Revisor de estilo	8			500.000
2. Muebles y enceres				
Equipo	1	3		1'500.000
Computador	1	3	100.000	300.000
Impresora				
Línea internet			1'000.000	1'000.00
Suministro de Papelería, cd, etc.)				
3. Recursos físicos				
Internet	1	3	25.000	75.000
servicios públicos (transporte)	1			
Oficina – salón (con Servicios)		3	300.000	900.000
Promedio costo				20'775.000

NOTA: La investigación fue financiada en su totalidad por la investigadora.