



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Caracterización de las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío.

Ingrid Caicedo Martínez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Manizales
2014

Caracterización de las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío.

Ingrid Caicedo Martínez

Tesis de Grado para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar

Directora:

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez
Magister en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Magister en Educación de Adultos
Universidad de San Buenaventura

Línea de Investigación:

Salud familiar

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Manizales
2014

Dedicatoria

A Dios, por darme el don de la vida a través de mis padres, porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos.

A mis padres, motores infinitos e incansables para dirigir y perfeccionar mis logros y para reorientar mis errores. Gracias a ustedes sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo. Aunque lejos, siempre los he sentido conmigo. Les adoro.

A mis adorados hijos, Nicolás y María José, las maravillas y bendiciones más grandes de mi vida, son ustedes quienes en los momentos más difíciles me dieron su amor, comprensión y ganas de seguir adelante. Perdón por los momentos no compartidos, por los disgustos y por los juegos no realizados. Espero dejarles la enseñanza infinita de saber que siempre se puede.

NO SE RINDAN

A mis hermanos, Abel, Betty, Martha quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera. Con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga, aún cuando todo se complicaba.

A mis amigos, no quiero excluir a ninguno...no son muchos. En especial a ti Myrian: combinación perfecta de responsabilidad y ocio, gracias... Me sacaste de mis momentos de absoluta locura.

Diana Marcela: infinita disertación de la vida, el amor, lo correcto y lo incorrecto... sin solución por demás.

A Conny, Iva, son ejemplo en mi vida les amo infinitamente.

Agradecimientos

A mi Directora de Tesis, Vilma Florisa Velásquez, por su dedicación, apoyo, paciencia y esfuerzo para el alcance de este logro.

A todos los profesores del Programa de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

A mis compañeros de trabajo: de mi amada Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios. Armenia. Quindío. SE LES QUIERE.

A mis compañeros de la Universidad del Quindío, Programa de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud.

A todas las familias con adultos hospitalizados en La Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios,

Armenia Quindío, que participaron en esta investigación.

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio, cuantitativo, exploratorio, transversal, fue caracterizar las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la empresa social del estado hospital San Juan de Dios, desde el Riesgo Familiar Total y Salud Familiar General durante el año 2010- 2011. **Materiales y métodos:** muestra de 50 familias, correspondiente a la población que consulta durante los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011 la unidad de cuidado intensivo. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta a un miembro de la familia con adulto hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo. Cada familia se valoró con los dos instrumentos Riesgo Familiar Total RFT 5-33¹ y Salud Familiar General ISF: GEN 21² (Amaya 2004). **Resultados:** Se estudiaron 50 familias, residentes en su mayoría en la zona urbana de la ciudad de Armenia Quindío (64%), Se encontró un total de 388 miembros, con un mínimo de 2 integrantes, un máximo de 9. El promedio de edad fue de 39 años, el promedio de miembros encontrado fue de 4.88. Las familias están compuestas en su mayoría por mujeres (58%), predominan las familias extensas (62%), seguidas por las familias nucleares (30%). Alta afiliación a salud (92%) de los miembros de las familias, principalmente al régimen subsidiado (56%). En las familias predominan el riesgo bajo (54%) y familias amenazadas (46%). Los factores más afectados corresponden a la situación socioeconómica, seguida por las condiciones psicoafectivas y los servicios y prácticas en salud, con altas puntuaciones de familias amenazadas. Sobre la Salud Familiar General, la mayoría de las familias se perciben saludables (76%), organizadas (96%) y satisfechas (94%). **Discusión y conclusiones:** Toda familia está expuesta a riesgos socioeconómicos, psicoafectivas, en servicios y prácticas en salud, condiciones

¹ AMAYA P. Instrumento de Riesgo Familiar Total: RFT 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: UNIBIBLOS; 2004

² AMAYA P. Instrumento de Salud Familiar: familias en general. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: UNIBIBLOS; 2004.

de vivienda y vecindario que amerita trabajo para enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar dichos aspectos. Los resultados de Salud Familiar General permiten reconocer el potencial de la salud de las familias estudiadas. La valoración con los dos instrumentos direcciona las acciones como base para construir el cuidado específico en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y control de la salud. La salud familiar es un proceso cambiante, que se modifican con la percepción individual de los riesgos y de las dimensiones de salud.

Palabras Clave: Familia, riesgo, enfermería, investigación, salud familiar, Cuidados Intensivos.

Abstract

Objective: The objective of this study was to characterize families with hospitalized adults in the intensive care unit of the social enterprise of the state hospital San Juan de Dios, from Total Family Risk and General Family Health during 2010- 2011. **Materials and methods:** quantitative study, exploratory, cross-sectional sample of 50 families, corresponding to the population that visits the intensive care unit during the months of December 2010 and January 2011. Prior informed consent a survey was administered to a family member who had a hospitalized adult in Intensive Care Unit. Each family was assessed with both instruments Family Total Risk RFT 5-33 and General Family Health ISF: GEN 21 (Amaya 2004). **Results:** 50 families were studied, residing mostly in the urban area of the city of Armenia Quindío (64%), a total of 388 members were found, with a minimum of 2 members, a maximum of 9. The average age was 39 years, the average number of members found was 4.88. Families are composed mostly by women (58%), extended families are dominant (62%), followed by nuclear families (30%). High healthcare coverage (92%) of family members, especially to the subsidized regime (56%). In families the low risk dominates (54%) and threatened families (46%). The factors that most affected are the socio-economic situation, followed by psycho-affective conditions and health practice services, with high scores of endangered families. On the General Family Health, most families are perceived healthy (76%), organized (96%) and satisfied (94%). **Discussion and conclusions:** All families in the study were found exposed to socioeconomic, psycho-affective, health and practice services risks, housing and neighborhood conditions of work that deserve nursing and interdisciplinary teams to improve these aspects. The results of General Family Health allow recognizing the

potential of the health of the families studied and they pose the mandatory Family care model, from promoting, prevention and primary care activities. The valuation with the two instruments directs the actions as a basis to build specific care in health promotion, disease prevention, rehabilitation and health monitoring. Family health is an evolving process, which is modified with individual risk perception and health dimensions.

Keywords: Family, risk, nursing, research, family health, Intensive Care. (Source: Decs Bireme).

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de gráficas	XV
Lista de tablas	XVI
Introducción	1
1. Marco referencial	5
1.1 Descripción del área problemática	5
1.2 Justificación	9
1.3 Definición del problema	16
1.4 Propósito	16
1.5 Objetivos.....	16
1.5.1 Objetivo general	16
1.5.2 Objetivos específicos	17
1.6 Definición de conceptos.....	17
1.6.1 Familia	17
1.6.2 Adulto hospitalizado	18
1.6.3 Unidad de cuidado intensivo	18
1.6.4 Familias con adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo ..	18
1.6.5 Caracterización familiar	19
1.6.6 Riesgo.....	19
1.6.7 Riesgo familiar total.....	20
1.6.8 Salud familiar	20
1.6.9 Grado salud familiar	21
2. Marco teórico	23
2.1 Familia	23
2.2 Estructura familiar	32
2.3 Teoría de organización sistémica sobre enfermería familiar	34
2.3.1 Metas del Sistema:.....	38
Dimensiones del Proceso	38
2.4 Riesgo Familiar Total	41
2.4.1 Factor de Riesgo.....	42
2.4.2 Postulados de la Teoría de Riesgo Familiar Total	44
2.4.3 RFT de Familias con adultos hospitalizados	46
2.5 Familia y enfermedad	48
2.6 Familias con adultos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo	49

2.7	Salud familiar y enfermería.....	50
2.8	Estado Crítico.....	52
3.	Marco metodológico.....	55
3.1	Tipo de estudio.....	55
3.2	Universo.....	56
3.3	Población.....	56
3.4	Muestra.....	56
3.5	Medidas para disminuir los sesgos.....	56
3.6	Criterios de inclusión.....	57
3.7	Criterios de exclusión.....	57
3.8	Criterios para el participante familiar.....	57
3.9	Recolección de datos.....	58
3.10	Tabulación y análisis de la información.....	59
3.11	Prueba piloto.....	59
3.12	Descripción de instrumentos.....	61
3.12.1	El instrumento Riesgo familiar Total RFT: 5-33.....	61
3.12.2	El instrumento de Salud Familiar General ISF-GEN 21.....	65
3.13	Consideraciones éticas.....	70
3.14	Limitaciones del estudio.....	72
4.	Resultados y análisis.....	73
4.1	Características generales de las familias.....	73
4.1.1	Estructura familiar.....	73
4.1.2	Tipología familiar.....	77
4.1.3	Roles familiares.....	79
4.1.4	Rol de la persona entrevistada.....	80
4.2	Riesgos individuales.....	81
4.2.1	Afiliación al Sistema General de Seguridad Social.....	81
4.2.2	Educación sexual en la familia.....	83
4.2.3	Percepción del riesgo en la familia.....	84
4.2.4	Condiciones de salud de las familias.....	85
4.2.5	Antecedentes de carácter familiar.....	87
4.2.6	Instituciones de apoyo familiar.....	89
4.3	Resultados del Riesgo Familiar Total-RFT: 5-33.....	91
4.3.1	Distribución del Riesgo Familiar Total por factores.....	92
4.4	Grado de salud familiar total.....	104
4.4.1	Salud Familiar Total.....	104
4.4.2	Escala de organización familiar.....	106
5.	Conclusiones y recomendaciones.....	113
5.1	Conclusiones.....	113
5.2	Recomendaciones.....	116
	Anexos.....	121
	Bibliografía.....	127

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Tipología familiar.....	78
Gráfica 2. Distribución porcentual de los miembros de las familias según afiliación al Sistema General de Seguridad Social.....	82
Gráfica 3. Distribución porcentual de las condiciones de salud de los niños y niñas preescolares y el total de menores de 12 años.....	86
Gráfica 4. Distribución porcentual de riesgos individuales en los miembros de las familias.....	86
Gráfica 5. Distribución porcentual de morbilidad familiar.....	88
Gráfica 6. Distribución porcentual de las Instituciones de apoyo familiar.....	90
Gráfica 7. Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total.....	92
Gráfica 8. Distribución porcentual del Riesgo para ambiente psicoafectivo.....	94
Gráfica 9. Distribución porcentual de riesgos por Servicios y prácticas de salud de la familia.....	97
Gráfica 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo por Servicios y prácticas de salud de la familia.....	98
Gráfica 11. Distribución porcentual de los factores de Riesgo Familiar según la Situación Socioeconómica.....	100
Gráfica 12. Distribución de factores de Riesgo Familiar según Manejo de menores.....	102
Gráfica 13. Distribución porcentual de la salud Familiar.....	106
Gráfica 14. Distribución porcentual Escala de Organización Familiar.....	108
Gráfica 15. Escala Porcentual de Satisfacción Familiar.....	111

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual de familias según el grado de satisfacción y organización en familias con adultos hospitalizados en instituciones especializadas Bogotá.....	41
Tabla 2. Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total en familias con adultos hospitalizados en instituciones especializadas Bogotá.....	47
Tabla 3. Consistencia interna y correlación ítem-prueba. Instrumento RFT: 5-33 y sus sub-escalas.....	62
Tabla 4. Cualidades psicométricas ISF: GEN 21.....	68
Tabla 5. Criterios de categorización en niveles de salud familiar en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para las escalas (Organización Sistémica, Satisfacción y Salud Familiar Total) del instrumento ISF: GEN-21.....	69
Tabla 6. Distribución de los miembros de la familia por edad y género	74
Tabla 7. Distribución de personas según el rol reportado dentro del sistema familiar.	79
Tabla 8 Distribución de personas entrevistadas según el rol.....	80
Tabla 9. Educación sexual en la familia como factor de riesgo individual.....	83
Tabla 10. Percepción del riesgo de los miembros de la familia	84
Tabla 11. Perfil porcentual de las familias según factores del riesgo familiar total.....	93
Tabla 12. Distribución porcentual de Escala de Organización Sistémica.....	108
Tabla. 13. Distribución Porcentual de Escala de Satisfacción Familiar.....	111

Introducción

El presente estudio corresponde a la línea de investigación de Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar y Medición en Salud, área temática de Riesgo Familiar y de Salud Familiar, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. El objetivo es caracterizar las Familias con Adultos Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío. El estudio está fundamentado en la teoría de Riesgo Familiar de autoría de la doctora Pilar Amaya y la Teoría de Organización Sistémica de la doctora Marie Louise Friedemann.

La familia está considerada como el primer y gran eslabón fundamental de la sociedad, al interior de ella y en ella se construye un conjunto de experiencias de vida que aporta a cada uno de los integrantes, enmarcando una particularidad en la relación con los otros y con la sociedad misma, esto posibilita visualizar a la familia desde un profundo conocimiento, para de esta manera generar acciones efectivas en su intervención y abordaje.

La familia que comparte la experiencia de tener a un integrante de ella hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo con patología de cualquier tipo, se ve enfrentada a una situación nueva, en muchas ocasiones es necesario incluso la migración de ese grupo familiar de su terruño, con el objetivo de buscar atención especializada, adicionalmente se encuentra con una enfermedad compleja que requiere la realización de numerosos estudios para confirmación del diagnóstico y planeación del tratamiento, de igual forma los tratamientos demandan gran cantidad de tiempo y altos costos.

Así, el ingreso de un miembro de la familia a la unidad de cuidado intensivo (UCI) se convierte poco a poco para el paciente y su familia en una actividad central en sus vidas por espacio de días, semanas, e incluso meses. Es evidente que la hospitalización en UCI afecta no sólo a quien la padece, sino a todo el núcleo familiar; esta realidad, ha llevado a los profesionales de la salud a darse cuenta de la importancia que tiene

centrarse no sólo en el paciente, sino que adicionalmente es necesario trabajar con el grupo familiar para el cumplimiento del tratamiento y mantenimiento de la salud del paciente, sin embargo, el alcance de esta cultura no se hace visible públicamente en la práctica, ya que aunque las familias siguen asumiéndose como parte del entorno del paciente, por demás importante, pero con escasas o muy incipientes redes de apoyo institucionales.

Los pacientes que padecen una enfermedad grave tienen experiencias negativas y positivas durante la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI): las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas y psicológicas, la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, los problemas cognitivos y de comunicación, la ansiedad, el temor, la soledad, y el aislamiento; y las experiencias positivas implican el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad”³.

La mayoría de las Unidades de Cuidado Intensivo en el mundo tienen en común un régimen restrictivo de visitas, sincronización de las mismas, sumado a estas características encontramos normatividades tales como: quienes de los integrantes de la familia deben visitar al paciente, duración del acompañamiento⁴ y en muchos lugares se contempla hasta un adiestramiento completo para el ingreso a la UCI, que descontextualiza de manera abrupta y desgarradora tanto al paciente como a la familia, del entorno en que se encontraban previamente a la situación que condujo a una internación en una unidad de cuidado intensivo⁵.

Según Torralba, las personas enfermas hospitalizadas en una UCI, presentan situaciones que las llevan al sufrimiento intrapersonal o interpersonal; el primero se refiere a aquellas situaciones en las que el individuo percibe inseguridad en su interior,

³ BRITO BRITO, Ruyman; MARTÍN RODRÍGUEZ, Álvaro; GARCÍA HERNÁNDEZ, Alfonso M. Actuación de enfermería ante la muerte inminente en UCIP. 2005.

⁴ DEL BARRIO M, LACUNZA M, ARMENDÁRIZ A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. 2001. 136 p.

⁵TORRES PÉREZ, L; MORALES, Asencio. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. En: Tempus Vitalis, Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico Vol. 4, Núm. 1. 2004.

acompañada de culpa, miedo y ansiedad; y el segundo, interpersonal, es debido a las relaciones afectivas con el medio que le rodea.

El conocimiento de la vivencia de los pacientes gravemente enfermos en una UCI, les permite a los enfermeros comprender las características de la experiencia y los significados otorgados por los pacientes, y tener bases para la toma de decisiones relacionadas con formas más humanizadas del cuidado de enfermería⁶.

La familia es considerada de gran importancia en el proceso de atención de enfermería y desde siempre se le ha otorgado a esta un papel primordial para la puesta en marcha de los cuidados de enfermería, pero la pregunta que asalta siempre es la siguiente: ¿estas concepciones han logrado impactar en los trabajadores de la salud lo suficiente para involucrar a la familia de manera eficiente en la recuperación del paciente?, o por el contrario han primado conceptos y actitudes encaminadas al establecimiento de horarios de visita inmodificables, procesos de comunicación con familiares inadecuados, escasa información y contacto, poca o ninguna inclusión del familiar durante la ejecución de las diferentes acciones ejecutadas con el paciente (baño, alimentación, terapias, etc.).

Al respecto, existen diferentes teorías que sustentan la importancia de la familia como participantes activos en la aplicación del proceso de atención de enfermería, donde entre otros encontramos a Peplau, Travelbee, Barnard, Parse, Friedemann⁷. Modelos conceptuales que refieren en forma resumida que las funciones familiares son la base de la salud del individuo y del grupo como un conjunto, garantizando el crecimiento, desarrollo normal y equilibrio emocional que sirve de apoyo para poder enfrentar los problemas y crisis de la vida. La familia con la dinámica relacional entre sus integrantes, posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de roles en las tareas domésticas y el

⁶ BELTRAN SALAZAR, Óscar Alberto. La unidad de cuidado intensivo, un solo lugar quedarse párr. Invest. educ. enferm [en línea]. 2009, vol.27, n.1 [citado 18/11/2014], pp. 34-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120 a 5307

⁷ TORRES Pérez, L; MORALES, Asencio. Op. cit.

apoyo de sus miembros ante las contingencias y exigencias de la vida cotidiana, garantizando la estabilidad y seguridad necesarias para el ser humano⁸.

Considerando que “la vivencia de un proceso crítico en UCI constituye una de las mayores fuentes de sufrimiento en personas hospitalizadas, siendo la familia un elemento que ha vivido de forma paralela este proceso”⁹, el presente estudio será de gran utilidad para la enfermería familiar porque aporta información específica de este grupo poblacional, lo que permitirá establecer posterior al análisis de resultados, las medidas de cuidado e intervención de enfermería con los pacientes y sus familias, congruentes y afines con las características encontradas.

De esta manera, la caracterización de estas familias permitirá conocer el grado de riesgo y el grado de salud familiar, para constituirlo en un tema de interés tanto para el personal de salud como para las instituciones, buscando lograr impacto suficiente para establecer programas de apoyo a familias con adultos hospitalizados en unidades de Cuidado Intensivo y contribuir con el quehacer de cuidado de los profesionales de la salud y otros trabajadores para la oportuna, adecuada e integral prestación de servicios de salud teniendo en cuenta la familia desde el análisis de riesgo familiar total y salud familiar.

La investigación propuesta contempla los siguientes capítulos: marco de referencia, marco conceptual, marco teórico, marco metodológico, marco de análisis y resultados, conclusiones y recomendaciones.

⁸ MARRERO LACERÍA, Virginia. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud - enfermedad de los trabajadores. En: LEIVA M, Luz Amparo. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento. En: Revista Cubana Salud-Trabajo. Vol. 5 Núm. 1. 2004.

⁹ TORRES PÉREZ, L; MORALES, Asencio. Op.cit.

1.Marco referencial

Este capítulo presenta aspectos referentes al planteamiento del problema, descripción del área problemática, justificación del estudio, objetivo general y objetivos específicos.

1.1 Descripción del área problemática

El presente proyecto de investigación se realizará con las familias de los pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios en Armenia, Quindío.

Este proyecto de investigación es el resultado de la observación de la investigadora como enfermera asistente de la Unidad de Cuidado Intensivo de la institución antes mencionada, que a través de la experiencia clínica identifica la necesidad imperiosa de caracterizar las familias de los adulto hospitalizados en la UCI, ya que con frecuencia las familias se quejan de mínima accesibilidad de los familiares a la Unidad de Cuidado Intensivo, ausencia de información sobre el proceso de enfermedad de la persona hospitalizada; ausencia de programas de protección o promoción de la salud familiar, insatisfacción por el poco acompañamiento por parte del equipo de salud a la familia, en especial el profesional de enfermería que es quien tiene mayor posibilidad de contacto con el paciente y la familia durante el periodo de hospitalización. Lo anterior refleja el aislamiento del paciente de su red de apoyo familiar, incrementando los niveles de ansiedad y estrés que se manejan durante la estancia en una UCI, a la vez que genera cambios en la estructura y dinámica familiar, lo cual ubica a la familia en situación de riesgo.

Esta situación tiende a complicarse cuando el paciente es un adulto que sostiene a la familia, único proveedor económico y la situación de salud se prolonga,

termina por deteriorar los ingresos familiares debido a gastos de transporte para cumplir con visitas hospitalarias, compra de medicamentos que en algunos casos la institución no provee y otros gastos derivados de los ajustes que la familia ha tenido que asumir durante el periodo de hospitalización.¹⁰

A la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, ingresan pacientes del régimen subsidiado de los diferentes niveles, con mayor frecuencia niveles 1 y 2 y un porcentaje menor del régimen contributivo. Cuenta con una capacidad de 8 camas, con un índice ocupacional para el año 2013 entre el 85 al 95 por ciento; recibe mensualmente un promedio de 47 pacientes, en su gran mayoría personas adultas mayores de 20 años (72%); los principales motivo de ingreso son cubiertos por las siguientes especialidades en su orden: medicina interna, neurocirugía, politraumatismo y cirugía general. Las patologías prevalentes son: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infarto agudo del miocardio y sepsis de origen pulmonar, trauma craneoencefálico severo. Es importante considerar que el índice de mortalidad está considerado entre el 12 y el 14 por ciento y la comorbilidad asociada a la gran complejidad de las patologías se encuentra en el 35 por ciento, el promedio de estancia oscila entre 3 a 10 días de hospitalización, según arroja la revisión del libro de hospitalización de la Unidad.¹¹

Para el presente estudio es relevante entender que por las condiciones en las que llegan los pacientes a este servicio la gran complejidad de la enfermedad, obliga a que los usuarios se presenten acompañados de familiares o personas cercanas con quienes el personal pueda interactuar para aspectos tales como recolección de información, acompañamiento del paciente, o realización de trámites administrativos, se debe conocer además que la institución no cuenta con un grupo de apoyo a las familias en procesos de duelo y pérdida, que ayude a estas a sobrellevar esta adversidad, de igual manera no

¹⁰ .LEYVA MORALES, Luz Amparo. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, Empresa Social del Estado (Ese) Luis Carlos Galán Sarmiento, Bogotá 2007-2008”. Bogotá 2010.

¹¹HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. Libro de ingresos y egresos del servicio unidad de cuidado intensivo. Armenia Quindío. 2009- 2010.

existe en la región un estudio que caracterice a las familias quindianas para ofrecer un cuidado y un apoyo que se ajuste a las particularidades de la región.

En la actualidad hay cambios en la estructura y en el imaginario sobre la familia. La familia nuclear, que tanto la Iglesia como el Estado y la sociedad promovieron y exaltaron desde la Independencia, ha ido abriendo paso a nuevas estructuras familiares, producto de la evolución de la sociedad y la cultura, a su vez, esta condición ha presionado cambios en la legislación, que busca adaptarse a las demandas de las familias¹², que deberán ser tenidas en cuenta en el manejo, cuidado y atención de los pacientes institucionalizados.

Este panorama brevemente descrito y los cambios producidos en las políticas de salud, hacen necesarias las transformaciones en la forma como se aborda a la familia de los pacientes, ya que actualmente se requiere de la autorización de la familia para la realización de la mayoría de tratamientos, siendo indispensable para ello mayor interacción entre médicos, enfermeras, terapeutas, y en general todo el equipo de salud que interviene en la internación de un paciente críticamente enfermo, lo anterior se acompaña de una problemática relacionada con el déficit en la prestación de cuidados por parte del equipo de salud a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidado intensivo. Al paciente crítico se le aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y su vida depende en gran medida de terceros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo, la anterior afirmación está basada en la experiencia y recolección de observaciones y declaraciones de las familias y usuarios de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, que entre otras quejas manifiestan la inconformidad expresada por familiares por las dificultades de acceso y las normas establecidas, los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad, despersonalización, así como la constante preocupación de las familias por las alteraciones de la imagen corporal de su ser querido¹³.

¹² VILLAVECES N, Juanita y ANZOLA G, Marcela. Anotaciones sobre cultura en Colombia. Borradores de investigación 004351. Centro Editorial Facultad de Economía. Colegio Mayor Universidad del Rosario. Bogotá: 2005.

¹³ CASTAÑEDA CH., Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. En: www.espacio.logopedico.com. 2006.

Las apreciaciones anteriores cobran aun más relevancia, cuando a estas se unen las condiciones casi que inherentes a un servicio de cuidado intensivo, encaminadas siempre a dolor, sufrimiento, desesperanza, ambiente permanente de estrés, duda, expectativa, sobrecarga sensorial, pérdida de la identidad, actividad diaria y frenética de las unidades¹⁴.

Se debe reconocer a la familia como centro de interés para abordar a la persona enferma en forma integral. Es indispensable entonces, como lo afirma I. Louro (2003)¹⁵, reconocer a la “familia como la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que se generan en el transcurrir de la vida.

La familia es una de las instituciones de referencia más importantes para las personas, tanto en sus trayectorias e historias como en sus proyectos de vida, así como uno de los tópicos presentes en la mayoría de las descripciones y estudios de políticas en familia. En las propuestas de políticas se considera a la familia como un factor explicativo de los comportamientos individuales y se recomienda la adopción de medidas para que actúe como barrera de protección ante los problemas de diferente índole: sociales, políticos, económicos, ambientales y de seguridad. Sin embargo, no hay coherencia entre la extrema importancia asignada a las familias por parte de los gobiernos, las instituciones religiosas, los individuos y la atención que efectivamente se les otorga en las políticas públicas sobre todo en las relacionadas con salud¹⁶.

¹⁴ ALBÍSTUR, María Cristina de; BACIGALUPO, Juan Carlos; UZAL, Jorge; EBEID Alejandro; MACIEL Mónica; SOTO Juan José. Op.cit.

¹⁵ LOURO BERNAL, Isabel. La familia en la determinación de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública. En: Revista Cubana Salud Pública. La Habana: Vol. 29 Núm. 1. 2003; p. 48-51.

¹⁶ ARRIAGADA, Irma. Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile:

1.2 Justificación

Este proyecto pretende caracterizar las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios de Armenia en el departamento del Quindío, desde el riesgo familiar y el grado de la salud familiar de las mismas, con el fin de generar unas recomendaciones para las instituciones de salud, para que consideren a la familia como una verdadera red de apoyo, haciéndolas partícipes de este proceso, de acuerdo con las características de la población. La intervención de enfermería con respecto al cuidado del individuo críticamente enfermo insinúa que debe existir comunicación entre la familia, el individuo hospitalizado y el personal de salud, haciendo cada vez mas participe a la familia de las decisiones de salud y como es común, en la gran mayoría de los casos en una unidad de cuidado intensivo, que dadas las condiciones de salud del paciente, se requiere la toma de decisiones trascendentales sobre la salud de otros, como lo cita el artículo 2 de la resolución 13437 de 1991, “derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.”

El Marco Legal en Colombia, está dado por la Ley 100 de 1993, como lo presenta Veloza Morales¹⁷, quien plantea que en el Capítulo I, Artículo 2, se enuncia los principios fundamentales de Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad y Unidad, fundamental en el cumplimiento de esta Ley es la cobertura familiar. La misma autora¹⁸ plantea como la Ley 266 de Enfermería contempla estos principios cuando se refiere a la

¹⁷ COLOMBIA. Sistema de Seguridad Social Integral Ley 100 de 1993. En: VELOZA MORALES, Martha Cecilia. Comparación del Grado de Salud Familiar en familias con adolescentes gestantes con presencia o no de complicaciones en el tercer trimestre del embarazo en dos I.P.S. de Bogotá D.C. Tesis (Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. p 12 -13.

¹⁸ *Ibíd.*, p. 13.

práctica de la profesión, especialmente el de la integralidad que establece el cuidado de enfermería con una visión unitaria, donde la familia se contempla como unidad.

El estudio de caracterización del riesgo familiar y el grado de salud aportará a la reingeniería organizacional de los servicios de cuidado de enfermería del Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, que ameritan estudios permanentes a nivel conceptual y metodológico; así como a las familias atendiendo a las necesidades propias de la idiosincrasia, nivel socio-cultural, roles predominantes en el interior del grupo familiar, tipificación de las familias entre otras argumentaciones.

Ante lo expuesto anteriormente, se debe soportar, si la vinculación o no de la familia al cuidado del paciente crítico trae beneficio o perjuicio para las partes, realizando una observación reflexiva y objetiva de variables estudiadas durante la permanencia de la familia con el paciente, teniendo en cuenta el factor emocional y el proceso de interrelación que ejerce la red de apoyo familiar y los servicios de salud.

Este concepto se encuentra ampliamente desarrollado en el “Modelo de relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau, que lo define como: “el intercambio personal entre dos o más seres humanos, donde uno de los cuales capta la necesidad de ayuda del otro, la acepta y posee conocimientos para poder ayudarlo, todo ello con el fin de facilitar su desarrollo personal”¹⁹.

Por último, la implicación de los padres en el cuidado se considera un aspecto de calidad del mismo. Podemos definir esta calidad como: el resultado alcanzado a través del cuidado, mediante el cual se satisfacen las necesidades reales y sentidas de los usuarios, para alcanzar la satisfacción de la persona, la familia y la sociedad en general²⁰.

Se considera importante reconocer de manera primaria las características de las familias de los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo, para después de este

¹⁹ CIBANAL Juan L, ARCE SÁNCHEZ M, CARBALLAL Balsa M. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Segunda edición. Barcelona: Elsevier; 2010. P. a133-148.

²⁰ RAMÍREZ PERDOMO C, PARRA VARGAS M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Avances en enfermería 2011; vol. 24 (1):97-108

análisis determinar las características propias del cuidado para este grupo poblacional compuesto por familias y pacientes.

En la Unidad de cuidado Intensivo del Hospital San Juan de Dios de Armenia Quindío se la ha dado un enfoque a la enfermedad predominantemente biológica e individual. La familia es tomada como contexto del paciente y sólo se tiene en cuenta cuando los parámetros asistenciales y éticos así lo exigen, las instituciones de salud están en la obligación de ajustarse al marco legal referido por la Ley 100, que exige mejores resultados a menores costos, la anterior hace referencia a diseñar e implementar estrategias de atención diferentes, implica empezar a hacer visible dentro de la institución la presencia de la familia quien debe asumir su función como cuidadora; para que esto ocurra, es indispensable crear un trabajo de impacto con los grupos familiares de los pacientes hospitalizados. En el futuro serán las familias con el apoyo de las instituciones quienes asuman con mayor predominio el cuidado de sus pacientes en el entorno familiar²¹.

Uno de los mayores aportes a la investigación sobre Salud Familiar, en nuestro país, lo hace Amaya de Peña (1987)²² quien concibe al hombre como un ser bio- psicosocial y a su ambiente como físico, social y cultural. Desde la perspectiva ecológica, se concibe la salud como el estado de equilibrio que resulta de los factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales en una unidad ecológica específica (la familia, la comunidad)²³.

A continuación se mencionan otros trabajos que justifican y dan valía a la presente investigación:

- Fernández M. (2004)²⁴ postula que en el caso de la enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste del paciente y la familia es significativo

²¹ RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado (ESE). Bogotá: 2003.

²² AMAYA DE PEÑA, Pilar. Salud Familiar y Enfermería. Memoria del Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud .Bogotá, Octubre 1,2 y 3 de 1987.

²³ SAFORCADA, Enrique, CASTELLA, Jorge. Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós, 2008. P. 49-74

²⁴ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. En: Revista Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 47 Núm..6. 2004. p. 251-252.

ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos, será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

- Leyva Morales (2008) frente a las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados, refiere: “que el impacto que tiene la enfermedad en las familias, las hace más vulnerables a alterar todo lo que acontece en su entorno, haciéndolas más frágiles por la alteración de su organización (dinámica). El efecto de la enfermedad será diferente dependiendo del miembro de la familia implicado y la etapa del ciclo vital en que se encuentre. La enfermedad puede afectar la distribución de roles principalmente cuando el enfermo es el adulto que ejerce el rol de proveedor económico, y le impide cumplir con las funciones propias de esta etapa de alta productividad económica y social generando conflicto intrafamiliar debido a que se requiere la reorganización de roles, que cuando la enfermedad es terminal, otro miembro de la familia deberá cumplir con dicha función dejando atrás el rol habitual que venía desarrollando²⁵. Como consecuencia de esta alteración, la familia sufre un proceso de adaptación y ajuste en un intento para lograr la estabilidad en la organización familiar.”

Ante un evento como la hospitalización de un individuo en una Unidad de Cuidado Intensivo, la capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador de impacto que tendrá la enfermedad en el grupo familiar y para el mismo paciente. Es así como el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad²⁶. Este aspecto realza la importancia que el entorno cultural tiene para la familia, basada en la historia personal y familiar que va más allá que aliviar los síntomas biológicos y psicológicos, lo cual significa entender la enfermedad de forma individual ligada a una persona²⁷. Se puede esperar que las familias con mayor

²⁵ LEIVA M, Luz Amparo. Op.cit. p.251.

²⁶ Ibid,p..24

²⁷ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 47 No.6 (nov-dic. 2004)

rigidez (posibilidad de cambio) presenten mayor dificultad para responder a la crisis por enfermedad, debido a que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la organización familiar.

- Leske JS.²⁸. En un estudio descriptivo multicéntrico tiene en cuenta las siguientes variables con respecto al miembro familiar entrevistado (edad, género, relación con el paciente, experiencias previas en UCI, diagnóstico médico), durante un periodo de diez años destaca las siguientes necesidades como fundamentales: Soporte, confort, información, proximidad y seguridad. Estas características determinarían para el trabajo actual la tipificación de las familias o de los miembros de la familia que participarían de manera idónea en el cuidado del paciente.
- Díaz Chicano²⁹ señala que partiendo de una concepción holística del paciente es necesaria la aplicación de cuidados a sus familiares, además enfermería tiene la obligación de prestar estos cuidados porque es competencia suya, por motivos ético-legales, por reconocimiento de la profesión y sobre todo por conseguir un efecto positivo en la familia, el enfermo y los propios profesionales. En la revisión efectuada señala la coincidencia de los autores en el reconocimiento de las necesidades de información y seguridad como las más importantes. Defienden que tras una identificación previa de necesidades deben implantarse en los planes de cuidados actividades del tipo: mejor y más información, más número de visitas e implicación en los cuidados de los familiares, apoyo emocional, estimulación del auto cuidado.
- García Aguilar³⁰, en un estudio descriptivo hecho a través de una encuesta (enviada por correo pasado un tiempo) observa que los familiares refieren buena información en general en lo referido al proceso patológico, escasa información

²⁸ LESKE JS. Comparison ratings of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. Crit Care Nurs Clin North Am 1992; 4(4): 607-13

²⁹ DÍAZ CHICANO J.F. Cuidados a familiares de pacientes críticos. Enfermería Científica 1997; 184-185; 26-30.

³⁰ GARCÍA AGUILAR J.F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Clínica 1995; vol. 5 No.3. p.99-104.

por parte de la enfermera-o y escasa relación interpersonal de los profesionales con la familia especialmente agravada en el caso de pacientes moribundos. Destaca que el escaso número de cuestionarios respondidos (136, o sea 37.8%), puede corresponder a los familiares satisfactoriamente motivados. Además utiliza un cuestionario auto elaborado en función de las necesidades presentadas por el propio equipo. (Según otros autores estas necesidades pueden ser diferentes a las de los propios familiares).

- Campbell³¹ En una experiencia realizada con 131 pacientes centrada en las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de pacientes y familia, expresa cómo un enfoque multidisciplinar y humano a la hora de abordar a pacientes irrecuperables reduce costes y favorece una muerte digna al evitarse intervenciones terapéuticas innecesarias.
- Gary Bouley³² escribió un estudio de revisión no sistemática donde se aprecia la necesidad de atender a los familiares de los pacientes ingresados en UCI, señala la importancia de la preparación de las enfermeras de UCI para tratar las necesidades de la familia en tiempos de crisis, incluyendo la ayuda en la toma de decisiones como la retirada del soporte vital. Esto implicaría una reducción de costos así como una mayor satisfacción de los familiares.
- Rukholm³³; en un estudio descriptivo realizado durante tres meses con una muestra de 166 pacientes, utilizó como medio de recolección de datos el cuestionario de Molter y un test de ansiedad aplicados en una serie de entrevistas. Su principal hallazgo es la relación que se establece entre las necesidades de familiares de pacientes críticos y el nivel de ansiedad que padece. Hace énfasis en la obligación de prestar asistencia a los familiares al mismo tiempo que al propio paciente. Destaca la necesidad de repetir estudios

³¹ CAMPBELL ML. Management of the patient with do not resuscitate status: compassion and cost containment. Heart-Lung 1991; vol. 20 No. 4: p. 345-8.

³² BOULE, Gary. Holistic care of the critically ill: Meeting both patient and family needs. Dimensions of Critical Care Nursing, 1994

³³ RUKHOLM E. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. J Adv Nurs 1991.16(8): 920-8. ;

parecidos con una muestra mayor. Allí se aprecia que al realizar entrevistas personales puede darse, un posible sesgo del entrevistador.

- Simpson et. al³⁴, hacen un estudio prospectivo donde encuestan a 36 enfermeras acerca de sus percepciones y actitudes hacía la visita. La liberalización de la visita tiene un efecto más positivo en los pacientes y en la familia, que en la unidad. La implementación de esta liberalización depende de la opinión de las enfermeras y de sus actitudes.

A partir de estas concepciones podríamos valorar de manera congruente la atención que generalmente brindamos los profesionales de enfermería a los familiares de nuestros pacientes y su impacto; lo cual, además de hacernos reflexionar sobre el tema, nos aportaría fundamentos de utilidad respecto: a los riesgos familiares, el grado de organización y satisfacción de las familias, la percepción de los familiares acerca de los servicios de salud, las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en nuestro servicio, las ausencias existentes en la atención prestada a los familiares, la necesidad de nuestros usuarios de establecer relaciones afectivas con sus familiares durante largos periodos de hospitalización, a la par con la valoración de los cambios fisiológicos que ocurren en el paciente cuando cuenta con el grupo familiar como principal coadyuvador del equipo de salud en el cuidado del mismo. Al identificar las respuestas a estos planteamientos se obtendrán las herramientas necesarias para establecer normas ajustadas a las necesidades de pacientes, familias y abandonar si fuera necesario las políticas y modelos tradicionalmente ofrecidos por las Unidades de Cuidado Intensivo.

Esta investigación tiene como una de sus pretensiones que las familias como núcleo esencial de la sociedad identifiquen los riesgos a los que se exponen por la situación de enfermedad de uno de sus miembros, además se hace necesario que el grupo familiar conozca el grado de salud y los apoyos con que cuenta para poder crear estrategias que le permitan visualizar caminos más amplios de solución a sus conflictos y propiciar espacios de mayor armonía entre sus miembros. Los resultados de la investigación

³⁴ SIMPSON T; WILSON D; MUCKEN N. Implementation and evaluation of liberalized visiting policy. Am J Crit Care 1996 5: 420-6.

pueden servir de base para efectuar investigaciones interdisciplinarias, generando respuestas a los diferentes procesos que se generan en ella.

Para la institución (ESE Hospital San Juan de Dios -Armenia-Quindío), donde se realizó el estudio se ambiciona brindar un aporte que dé coherencia y sentido a la misión institucional, que declara: “garantizar la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, integrando docencia, investigación y medio ambiente, para satisfacción del paciente y su familia”., y de esta manera colaborar en el fortalecimiento de la institución y su posicionamiento como establecimiento de salud de alta calidad.

1.3 Definición del problema

¿Cuáles son las características de las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío?

1.4 Propósito

El presente estudio tiene como propósito contribuir al conocimiento de la funcionalidad familiar en familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, fortaleciendo la temática de la funcionalidad familiar y la disciplina de enfermería. Los resultados se podrán utilizar para diseñar programas y actividades que movilicen recursos de los sectores salud y educación, con el fin de potenciar o mejorar el nivel de funcionalidad familiar, especialmente en familias con adultos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Caracterizar las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar el riesgo familiar total de las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios de Armenia, Quindío
- Identificar el grado de salud familiar de las familias con los adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la empresa social del estado Hospital San Juan de Dios de Armenia, Quindío
- Describir la composición de la familia por sexo, edad, ciclo, tipología familiar, antecedentes y sistemas de apoyo, de las familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío.

1.6 Definición de conceptos

A continuación se presentan los conceptos básicos de la investigación que hacen referencia a: familia, adulto, unidad de cuidado intensivo, caracterización de familia, familia con adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, caracterización familiar, riesgo, riesgo familiar total, salud familiar y grado de salud familiar.

1.6.1 Familia

La familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales. La familia está compuesta por individuos y cada uno tiene distintas relaciones con los miembros de toda la familia y sistemas de contacto en el ambiente. La familia son todas las personas que un individuo considere como familia y que están emocionalmente conectadas a éste, y no necesariamente están relacionadas biológicamente o viven en la misma casa, los individuos que la conforman tienen distintas relaciones entre sí y la familia como unidad tiene a su vez relaciones con otros sistemas de contacto en el ambiente. El sentido de pertenencia de cada uno de los miembros de una familia es un requisito para que ésta funcione, lo que permite que en la familia se

puedan incluir todas las personas que el individuo considera como tal por tener una conexión emocional y funcional³⁵.

1.6.2 Adulto hospitalizado

Para efectos del estudio se definirá como todo paciente mayor de 20 años, que se encuentre hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo de la institución seleccionada, independientemente del género, patología, raza o religión.

1.6.3 Unidad de cuidado intensivo

Son los lugares fundamentales en donde se el trabajo propio de la medicina crítica y la enfermería de cuidado intensiva. Estas unidades tienen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias. Se trata de un servicio central que prestara asistencia a los pacientes en situación crítica, con patología de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, neurológicos), en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios³⁶.

1.6.4 Familias con adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo

Se define la familia con adulto hospitalizado en estado crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío, en la cual uno de sus miembros es una persona en etapa de adultez (20-65 años), según Kozier (2008) citando a Erickson (1996)³⁷.

Todo adulto en esta etapa que cursa con una situación que involucra procesos fisiológicos diversos que pueden tener resultados definitivos (incluyendo la muerte) por lo que al mismo tiempo deriva en cambios en el estado psicológico de las familias y cambia

³⁵ FRIEDEMANN, Marie Louise. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks: 1995. p.8.

³⁶ PERDOMO CRUZ, Rafael Giovanni. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición-Desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos. En: Revista Médica Hondureña - Vol. 60 -1992.

³⁷ KOZIER, Bárbara, ERB, Glenora. Fundamentos de Enfermería, Pearson Educación. vol. I, 8a. ed. 2008; p. 353.

el ambiente social. Esto supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del paciente, con efectos en los familiares e inestabilidad en su dinámica emocional, observando en ellos estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre que se traducen en un constante deseo de información clara y concreta de su paciente³⁸.

1.6.5 Caracterización familiar

Desde el enfoque de riesgo, se describe en función de parámetros de estructura: tipología (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia nuclear reconstruida, familia extensa, familia extensa modificada, familia atípica), ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolar, familia con adolescente, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica), composición (número de personas, promedio de edad, sexo) y riesgos individuales y familiares; y en términos del grado de salud familiar (sinónimo de organización, dinámica, funcionamiento), que incluye lo que la familia habitualmente es y el grado de satisfacción al respecto; se determina por la medición de las dimensiones de mantenimiento, cohesión, cambio e individuación³⁹.

1.6.6 Riesgo

Amaya P. (2000) cita a Backet, Davies y Petros Barvazain (1984), quienes se refieren al riesgo como el incremento en la probabilidad de consecuencias adversas, por la presencia de una o más características o factores. Estos mismos autores definen el factor de riesgo como “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona o un grupo de personas, que se conocen como asociadas

³⁸ DÍAZ N, DÍAZ A. Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. Nurse Investigación. 2004; 10.

³⁹ AMAYA DE PEÑA, P. Riesgo familiar total 7-70. Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000. p. 8.

con la posibilidad de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido⁴⁰.

1.6.7 Riesgo familiar total

Es la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña, P., y Herrera, A., en prensa). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud. Además, incluye la trayectoria de los miembros de la familia, Amaya de Peña (1992, 1998 y 2000) cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, (1991). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención⁴¹.

1.6.8 Salud familiar

La teoría de Organización Sistémica desarrollada por Friedemann 1989-1995, plantea que la salud familiar se refiere al funcionamiento familiar y se define como: "la experiencia de congruencia en la familia y es lograda por el balance de las cuatro metas, de acuerdo con la situación cambiante de la familia"⁴². Friedemann enumera tres criterios requeridos para la salud familiar: la presencia de las cuatro dimensiones de proceso (mantenimiento y cambio del sistema, cohesión e individuación), una razonable satisfacción de la familia con la organización familiar y el sistema primario ambiental⁴³.

⁴⁰ PÉREZ GIRALDO, Beatriz. "Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar" Aquichan, Vo. 3 No. 1. 10 junio 2009.

⁴¹ PÉREZ GIRALDO. *Ibíd.*

⁴² FRIEDEMANN, 1995. *Op. cit.* p.30

⁴³ AMAYA DE PEÑA, P. Instrumento de Salud Familiar: Familias en General. ISF:GEN 21. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia;2004.. p. 25.

1.6.9 Grado salud familiar

Dimensiones del proceso (comportamientos y estrategias familiares): la familia inmersa en el sistema social está transmitiendo cultura, suministra necesidades físicas de seguridad, procreación, enseña destrezas sociales a sus miembros y promueve propósitos para la vida. La familia satisface las necesidades de sus miembros mediante el control de su ambiente y guía los procesos familiares con aceptación colectiva y comportamientos y estrategias que ayudan a regular las condiciones terrenales de espacio, tiempo, energía y materia⁴⁴. En la familia, según Friedemann “el proceso de búsqueda de congruencia se enfoca en cuatro objetivos o metas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad”⁴⁵. La estabilidad se refiere a la tendencia de un sistema a mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta comunes, arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan a cada nueva generación. El crecimiento es la tendencia a reorganizar valores primarios y prioridades para adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social; el crecimiento es necesario cuando la estabilidad de una persona se ha vuelto incongruente con el entorno. La meta de control es la tendencia a regular las fuerzas externas mediante el uso de mecanismos internos o de sistemas externos como los económicos, políticos y sociales, para reducir la vulnerabilidad y proteger al sistema de las amenazas. Finalmente la espiritualidad es en esfuerzo por lograr la identidad, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad frente a la realidad (Friedemann, Jozefowicz, Schrader, Collins Et Strandberg, 1989; Friedemann, 1995).⁴⁶

⁴⁴ FRIEDEMANN, Op. cit., p. 11.

⁴⁵ AMAYA, Pilar. Instrumento de Salud Familiar ISF: GEN-21. Op.cit. p.21.

⁴⁶ *Ibíd.*, p. 21

2. Marco teórico

En este capítulo se presenta la revisión teórica sobre familia, tomando el concepto y análisis de varios autores, quienes formulan la visión de la familia, desde diferentes perspectivas, la estructura familiar, la teoría de organización sistémica sobre enfermería familiar, riesgo familiar total, familia y enfermedad, familias con adultos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, salud familiar y enfermería y estado crítico.

2.1 Familia

Dada la complejidad de la familia, existen diversas definiciones que han sido analizadas desde diferentes autores.

El Diccionario Larousse define la familia como un conjunto compuesto por un matrimonio y sus hijos y, en un sentido amplio, todas las personas unidas por un parentesco, ya vivan bajo el mismo techo, ya en lugares diferentes.⁴⁷

Como núcleo de la sociedad la familia cumple un papel importante en las decisiones de cada uno de sus miembros en el proyecto de vida y a lo largo de todos los cambios del ciclo vital, constituye el principal apoyo social. La familia ha sido definida desde diferentes perspectivas, existe una gran variedad de conceptos porque es un fenómeno dinámico, pues continuamente está sometida a cambios sociales de acuerdo con las situaciones, exigencias sociales o periodos de transición que se presenten⁴⁸.

⁴⁷ GARCIA PELAYO, Ramón. Larousse Diccionario práctico del español moderno. Ediciones Larousse. Argentina. 1986. p. 234.

⁴⁸ BETANCURTH LOAIZA, Diana Paola. Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia. 2011.p.33.

Pese a los grandes cambios que ha sufrido a lo largo del tiempo, la familia sigue siendo la más influyente de las instituciones (Becker, 1993, 1994,1981), allí se forjan los resultados de la sociedad (Rosenzweig y Stark, 1997)⁴⁹. La familia ha existido desde siempre, la preocupación por su estudio sistemático es relativamente reciente, y ha estado estrechamente vinculada con el surgimiento de las ciencias sociales.

Alrededor del concepto de familia, se presentan a continuación varias definiciones:

Según el diccionario de sociología, la familia:

Es la institución social básica. Es uno o más hombres que viven con una o más mujeres en una relación sexual, socialmente sancionada y más o menos permanente, con derechos y obligaciones socialmente reconocidos, junto con su prole” [Silva Gómez (1975) cita a Pratt Fairchild (1966)]⁵⁰ .

Smilkstein afirma:

Familia es una unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos, con o sin niños, o también con adultos con niños tienen el compromiso de nutrirse o apoyarse emocional y físicamente. Deciden compartir recursos tales como tiempo, espacio y dinero. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay una sensación de hogar.⁵¹

Desde la perspectiva crítica de la visión de la familia y siguiendo el pensamiento de Bourdieu (1994), la familia es “*una abstracción, una categoría o ficción nominal que, a través del mandato simbólico de cohesión y adhesión vital, constituye un cuerpo único de referencia simbólica e histórica para todos los individuos*⁵²”.

⁴⁹MISIÓN SOCIAL, DNP Departamento Nacional de Planeación,, ICBF Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Alfaomega Colombiana. Bogotá. Colombia. 2002. p. 35.

⁵⁰ SILVA GÓMEZ, Edelmira. Influencias del medio ambiente en la organización familiar. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá. 1975; p. 35.

⁵¹ SMILKSTEIN En: MEJÍA, Diego y otros. Salud Familiar. I.S.S. ACOFAME, Bogotá, 1990. p. 30-33.

⁵² BOURDIEU P. (1994). Citado por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Caldas. Observatorios de infancia y familia. Sistematización de la experiencia de los Observatorios de Infancia y Familia de la regional Caldas: una oportunidad para la construcción de valor público. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia. 2005. p 41.

Anguiano (1997) afirma que la familia es “*una realidad que trasciende a sus miembros, un personaje transpersonal dotado de una vida y un espíritu común*” un agente de prácticas sociales capaz de acción, de sentimiento y de pensamiento⁵³.

Por otro lado en la Sociedad Pluralista:

*La familia es el inicial y más importante grupo primario en que se inserta el ser humano. Ha demostrado a lo largo de la historia –tan vieja como la humanidad misma– características de universalidad y versatilidad. Sus respuestas han variado en función de la época, de los desarrollos técnicos y sociales y de las nuevas ideas y concepciones. De allí que en su relación dinámica con el entorno social, la familia núcleo microsociedad se ha modificado a través de los tiempos, desde los modelos de familia extensa patriarcal, de las familias nuclear y urbana en la era industrial, a los múltiples y variados tipos de la sociedad pluralista.*⁵⁴

La familia puede ser conceptualizada como un “*contexto fundamental del desarrollo humano (Suárez 89) El adecuado interjuego del sistema familiar es un factor fundamental para sostener y elaborar las crisis vitales normales en cada uno de los miembros y los problemas de convivencia desencadenados por la crisis de nuestra sociedad. La solidaridad, la cooperación, el respeto al disenso y una actitud armonizadora en el núcleo familiar constituyen la base para la formación de los futuros ciudadanos en un marco de libertad y justicia*”⁵⁵.

Desde un enfoque de Interacción Familiar Rose (1962) dice que “*la familia es tomada como unidades de personalidades de interacción y examina la dinámica familiar interna, incluyendo procesos de comunicación, roles, toma de decisiones y resolución de problemas, y patrones de socialización*”⁵⁶. Es una teoría de uso amplio donde se muestra al individuo dentro de un contexto familiar y donde cada miembro ocupa posiciones formales e informales asumiendo diferentes roles. Nye y Berardo (1981) analizan la familia desde la teoría Estructural Funcional, entonces la familia es un sistema social; dicen que quienes utilizan esta perspectiva quieren entender el sistema social o familiar y su relación

⁵³ ANGUIANO (1997). Citado por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Caldas. Ibid.

⁵⁴ ARTOLA DE PIEZZI, Amanda y otros. La familia en la sociedad pluralista. Espacio Editorial. Argentina. 2000. p. 15.

⁵⁵ EROLES, Carlos. La familia en la sociedad pluralista. Familia: un signo de pluralidad y esperanza, entre la crisis y el desconcierto. Espacio Editorial. Argentina. 2000. p. 70.

⁵⁶ ROSE. 1962. citado por HANSON, Shirley et al. Enfoques teóricos para la enfermería familiar.1998. Material de antología seminario temático-tercer semestre. Universidad Nacional de Colombia. 2010. p. 17.

con todo el sistema social⁵⁷. Se examina a la familia en su relación con otras estructuras sociales importantes (medicina, religión, educación, gobierno y economía), no solo las relaciones entre sus miembros⁵⁸.

Howells (1971) citado por Amaya de Peña P. (1992) enuncia características de la familia y afirma que autores como (Geyman, (1977); Smilkstein, (1980); Medalie y Zyzaski, (1981); Osorio (1983); Cebotareu, (1987); Span, (1988) coinciden en describir estas características:

“La familia está constituida por un grupo de individuos hombres – mujeres, adolescente y niños, cuyo rango de edades puede extenderse dos o más generaciones. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad. La familia normalmente posee una larga historia colectiva. Su vida es un continuo flujo del distante pasado, del presente y futuro. La familia tiene ciertas propiedades que les distingue: comparten un lenguaje, una clase social, un hogar y un ingreso económico, tiene como funciones especiales proporcionar la satisfacción de necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos”⁵⁹.

Por otro lado, la teoría del desarrollo individual ha sido siempre el núcleo de la enfermería. Las etapas de desarrollo fueron introducidas por Freud y expandidas por Erikson, Piaget y otros. Las características básicas del modelo de desarrollo incluyen: 1. Tareas basadas en el desarrollo que ocurren en un periodo específico, 2. El logro exitoso lleva a la felicidad y éxito con tareas posteriores. 3. Fallas al lograr las tareas llevan a infelicidad, desaprobación o dificultad para lograr tareas posteriores⁶⁰. Así, la teoría de desarrollo es una herramienta para predecir lo que la familia experimentará en cada ciclo de su vida, la

⁵⁷ NYE y BERARDO. 1981. citados por HANSON, Shirley et al. *Ibíd.*, p. 17.

⁵⁸ BETANCURTH LOAIZA, Diana Paola. Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia. 2011.

⁵⁹ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Familias de ancianos y escolares del sector de la Estrella, Ciudad Bolívar (Fase diagnóstica) Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 1992. p. 12.

⁶⁰ ERIKSON, PIAGET y otros citados por HANSON, Shirley; KAAKINE, Joanna; FRIEDMAN, Marilyn. Enfoques Teóricos para la Enfermería Familiar. 1998. Material de antología seminario temático-tercer semestre. Universidad Nacional de Colombia. 2010.

mayor debilidad que tiene este modelo es el hecho de haberse desarrollado en un momento de la historia en donde la familia nuclear tradicional era enfatizada de manera diferente a la tipología de la familia actual.

Resulta interesante para complementar los conceptos de familia describir las funciones familiares que según De la Revilla (1994)⁶¹, define como las tareas y actividades que deben realizar los miembros que conforman una familia, de acuerdo con la posición y papel que desempeñan dentro de la familia y que les permitan alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos y que caracterizan a la familia, igualmente plantea que la familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden cumplir de igual forma. Estas funciones son: la relación sexual, la reproducción, la educación y la subsistencia.

“La familia es la matriz del desarrollo psicosocial de la persona y la base de reproducción y continuidad de la sociedad, la economía y la cultura. La familia es la organización social primaria⁶².”

Desde la perspectiva sistémica, la familia se considera el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo. Marie Louise Friedemann (1995) concibe a la familia como una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, en donde sus miembros deciden su pertenencia al sistema, prerequisite para que funcione como sistema, sus miembros no necesitan una relación biológica o vivir bajo el mismo techo, de este modo las relaciones entre los miembros de la familia son diferentes; la familia entonces se define como las personas que el individuo considera y estima son su familia, con las que se une emocionalmente, por las que se preocupa; los individuos pueden ser consanguíneos o no, estar unidos emocionalmente a través de características comunes y talentos complementarios, los cuales permiten cumplir roles

⁶¹ DE LA REVILLA, L. Conceptos e Instrumentos de la atención familiar. Ediciones Doyma. Barcelona-España.1994. p 7.

⁶² Ibid., p. 189.

que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total, y en constante intercambio con su ambiente⁶³.

Lolito (1976) define a la familia bajo la clasificación estructural- funcionalista, basada en el modelo ecológico, que concibe a la familia como un “sistema abierto” en donde la característica esencial de la familia es la red de interacciones que conforman una dinámica y un sistema cambiante. También define la familia como un tipo especial de grupo pequeño compuesto por dos o más individuos unidos por consanguinidad, matrimonio o cualquier tipo de unión⁶⁴.

La familia es la unidad básica de la sociedad, donde su función principal es proteger y socializar a sus miembros. La calidad de las personas que conforman una familia es de enorme importancia, ésta influye sobre el individuo, a través de la dotación genética, la etnia y el desarrollo de sus valores personales, sociales, morales y culturales. "Además la familia constituye el ambiente fundamental en el cual ocurre la salud y la enfermedad"⁶⁵.

La familia es entendida por los estudiosos de esta temática como institución y como grupo social, que se encarga “de resolver problemas, satisfacer necesidades y cumplir funciones relevantes para los miembros de estos grupos y para la sociedad en su conjunto”⁶⁶.

Dentro de la familia también se provee de bienestar social, como lo plantea Montoro, como generadora de bienestar, esta tiene tres dimensiones importantes:

⁶³ FRIEDEMANN Marie Louise. The framework of systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks. texto traducido por Alejandra Vacca. (1995).

⁶⁴ AMAYA DE PEÑA, citando a Lolito 1976. Op. cit., p.5.

⁶⁵ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Salud familiar y enfermería. Memorias I Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá. 1987. OPS. Minsalud. p.40.

⁶⁶ ANDERSON, Jeanine. Mundos en transformación: familias, políticas públicas y su intersección. En: ARRIAGADA, Irma y ARANDA, Verónica. comps. Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces” (28-29, octubre, 2004: Santiago de Chile). Serie Seminarios y Conferencias [online]. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 2004, núm.. 42 [citado 27 enero 2011], p. 197-224.

Como fuente de necesidades, como proveedora de actuaciones de bienestar, sobre todo de forma complementaria y como soporte completo de bienestar. Como fuente de necesidades, la familia ocupa un lugar destacado, aquí nacen las necesidades sociales de bienestar como: educación de los hijos, mantenimiento de los ancianos, salud de los miembros, ocio, etc. La familia como facilitadora de actuaciones de bienestar asume las tareas de educación de los hijos en las primeras fases de su vida y las complementa en los centros escolares, al igual que en materia de salud, vejez, etc., hasta el extremo de que ninguna institución estatal suple por completo la acción familiar, mientras por el contrario, es más frecuente que la familia supla al Estado y por último la familia actúa brindando bienestar a sus miembros por completo en muchas circunstancias: atendiendo enfermos, viejos, niños, soportando miembros desempleados, así como en muchas otras ocasiones⁶⁷.

Las familias son conjuntos de personas entre las que median lazos cercanos de sangre, afinidad o adopción, independientemente de su cercanía física o geográfica y de su cercanía afectiva o emocional. En la familia se combinan tiempo y bienes, con el fin de obtener el mayor bienestar posible y en situaciones difíciles la familia actúa como un escudo que protege a sus miembros de las amenazas y peligros, entonces, la unidad familiar aparece con más fuerza cuando alguno de sus miembros pasa por situaciones difíciles. Los lazos de solidaridad suelen ser más intensos en sociedades con niveles incipientes de seguridad social como la colombiana.⁶⁸

En Colombia, varios autores han planteado definiciones de familia así:

Virginia Gutiérrez de Pineda (1961), afirma que:

El vínculo familiar constituye el centro biológico generador e incubador de nuevos contingentes humanos que día a día se incorpora a la vida, tanto para sustituir a los que van desapareciendo como para engrosar las familias de la población. Analizando desde otro ángulo, la familia es el punto de arranque decisivo en el

⁶⁷ MONTORO ROMERO, Ricardo. Dimensiones económicas y sociales de la familia. "El eterno debate sobre la familia". Fundación Argentaria.2000. p. 44.

⁶⁸MISIÓN SOCIAL, DNP, Op. cit.. 2002. p. 35.

*proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la colectividad*⁶⁹.

Watenberg (1999), afirma que:

*Las familias son conjuntos de personas entre las que median lazos cercanos de sangre, afinidad o adopción, independientemente de su cercanía física o geográfica y de su cercanía afectiva o emocional. En la familia se combinan (tiempo y bienes) a fin de obtener el mayor bienestar posible. Y en situaciones difíciles, la familia actúa como un escudo que protege a sus miembros de las amenazas y peligros. Los lazos de solidaridad suelen ser más intensos en sociedades con niveles incipientes de seguridad social como la colombiana. Y, entonces, la unidad familiar aparece con más fuerza cuando alguno de sus miembros pasa por situaciones difíciles*⁷⁰.

Amaya de Peña (1987) afirma que "La práctica tradicional de la familia ha sido la de sanar enfermedades". La persona y la familia son asignadas como elementos indispensables dentro del continuo de salud enfermedad y se desconoce que la persona y la familia (contacto social primario), son los que finalmente "miden", "asumen" y "sufren" los resultados de la acción "dada".⁷¹

Por otra parte, la Constitución Política Colombiana (1991)⁷², plantea que *la familia, la sociedad y el Estado tienen obligación de asistir y proteger al niño, adolescente y personas de la tercera edad. A nivel nacional la familia se define por las diferentes instituciones que tienen como función protegerla y propiciar su desarrollo.* La Constitución Política de Colombia, en su artículo 42, *define a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. Además, se contempla el derecho a construir vínculos naturales o jurídicos; derecho a la protección integral; derecho al patrimonio inalienable e inembargable; derecho a la honra, la dignidad y a la intimidad del núcleo familiar; derecho a la igualdad*

⁶⁹ GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Familia y cultura en Colombia. Departamento de Sociología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Tercer Mundo Editores. 1961 p. 13.

⁷⁰ MISIÓN SOCIAL, Op. Cit., p. 35.

⁷¹ *Ibíd.*, p.41

⁷² COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA de 1991. Capítulo II, De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículos 42, 44-46. Edición: 19. Bogotá: Editorial: Panamericana. 1998

y al respeto de derechos y deberes de la pareja, derecho a ser protegido contra toda forma de violencia; derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos. Los niños y las niñas tienen derecho a pertenecer a una familia y a no ser separados de ella. En esta definición se observa la importancia que se da a la familia como institución sobre la cual se construye la sociedad. Sin embargo, contempla únicamente a la familia que surge del matrimonio, sin tener en cuenta, como dice Friedemann, que los miembros de la familia no necesariamente deben poseer vínculos biológicos o vivir en la misma casa, por ser todas las personas que el individuo considere como familia.

De esta manera, el concepto de familia a trasegado desde su idealización como la “Célula básica de la sociedad” dentro de la sociología funcionalista, se pasó a diagnosticar la “Muerte de la familia” en las elaboraciones de Laing y Cooper, y luego a ubicarla como causa y efecto de los distintos males sociales, y por ende, como la unidad potencial para construir un nuevo proyecto de sociedad a partir de un nuevo proyecto de ser humano⁷³. En la discusión actual, se busca identificar y comprender la significación que para el desarrollo de los individuos y de la sociedad tiene el capital afectivo, cultural y material que circula desde y hacia la familia⁷⁴.

Analizando los conceptos planteados anteriormente, es importante destacar, que con el aporte de varias disciplinas, incluida enfermería, la familia es vista como un sistema social, donde se establecen relaciones con otras estructuras ambientales que la pueden ayudar o afectar en su funcionamiento interno. Así la familia funciona como un sistema formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con unas características que son: la globalidad, la homeostasis, como un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propia, con unas reglas y roles establecidos, formada por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un microgrupo con un entorno

⁷³ DELGADO, Carolina y FACCINI, Giancarlo. “Investigación sobre la familias como unidad económica de consumo en el barrio Mazurén estrato cuatro”. Universidad de la Sabana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Chía. Octubre 2002.

⁷⁴ DANE. La familia colombiana en el fin de siglo. Estudios Censales 10. Santafé de Bogotá. 1998. p. 24-25.

familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad ⁷⁵.

Desde los diferentes conceptos descritos anteriormente se hace necesario reconocer que los individuos tienen necesidades y expectativas distintas en función de su sexo, edad, grupo étnico, clase social, relaciones de poder que establezcan y la identificación de necesidades particulares y características propias que reconozcan el respeto por la diferencia. Pero, entender la dinámica familiar no es fácil, cuando se tiene como resultado complejas relaciones que son producidas dentro del contexto sociopolítico en que se encuentra actualmente el país, derivado de lo anterior es congruente pensar que al caracterizar las familias en cualquier ámbito de la práctica, los profesionales de la enfermería obtienen herramientas más sólidas para brindar CUIDADO acorde con estas tipificaciones, lo que reafirma la integralidad de la profesión y ciencia de la enfermería .

La familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está hecha por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad. Gracia y Musitu⁷⁶ (2000) afirman que la familia desempeña las funciones de procrear, de socializar, de sostener económicamente, de cuidar emocionalmente a los hijos y, por supuesto, de la crianza. Con estas tareas proporciona a sus miembros confort, tranquilidad, seguridad y salud. Para ello, Eguiluz (2003)⁷⁷, propone tres niveles de interacción: biológico, psicológico y social. A nivel biológico, su función es perpetuar la especie; a nivel psicológico, su función es crear los vínculos inter-relacionales para la satisfacción de necesidades individuales; a nivel social, su función es la de transmitir las creencias, valores, costumbres y habilidades al individuo que contribuyen a su desarrollo.

2.2 Estructura familiar

La tipología familiar de Amaya P. (2000) está dada por modalidades de composición así:

⁷⁵ BUIL. P., DIEZ ESPINO, J .The elderly and the Family. An evolving relationship. www.cfnavarra.es/salud/anales/te. Abril 30 2002.

⁷⁶ GRACIA E; MUSITU, G. Psicología social de la familia. Barcelona: Paidós. 2000.

⁷⁷ EGUILUZ L. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax.2003.

1. Familia nuclear: “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”. Familia nuclear modificada: “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”. Familia nuclear reconstruida: Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
2. Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos). Familia extensa modificada: “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres.
3. Pareja: Compuesta sólo por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, están casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante.
4. Familia atípica: No se enmarca en las anteriores. Pueden ser parejas o grupos con o sin lazos consanguíneos⁷⁸.

Todas las familias constituidas por parejas o cualquier modalidad de nucleares son llamadas TIPO 1. Aquellas denominadas extensas o atípicas son llamadas TIPO 2

La estructura familiar no es un fenómeno estático sino dinámico, que cambia según el momento histórico que se estudia, así como con la etapa del ciclo vital en que se encuentre la familia o determinados acontecimientos vitales⁷⁹. El tamaño y la composición de la familia influyen sobre el proceso de salud enfermedad (Shor, 1978, Cafferata 1985). Aunque se sigan criterios epidemiológicos, económicos o clínicos, para conocer el nivel familiar, también es necesario utilizar enfoques demográficos, riesgo y salud para describir la familia.

La familia ha vivido una serie de transformaciones durante las últimas décadas, que han redundado en su estructura y organización, ajustándose a los cambios no solo en el

⁷⁸ AMAYA DE PEÑA, P. Instrumento Riesgo Familiar Total RTF 5-33 Manual .Aspectos teóricos conceptuales y análisis de la información. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. p.57.

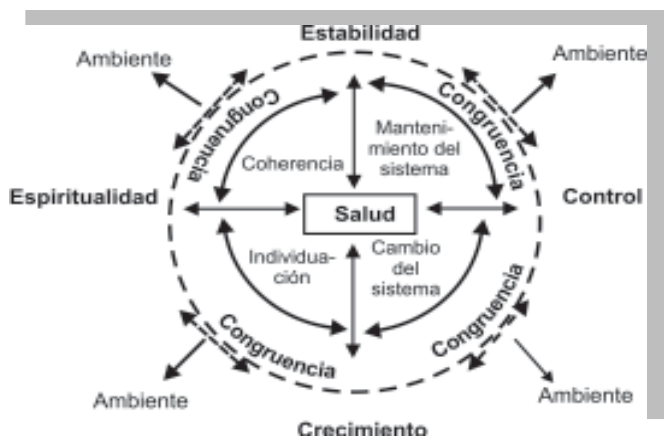
⁷⁹ <http://medicina.urp.edu.pe/Maestria/CAP06.PDF>

ámbito de salud sino también, cambios en las esferas económicas, políticas, demográficas y culturales⁸⁰.

2.3 Teoría de organización sistémica sobre enfermería familiar

La Teoría de Organización Sistémica de ML Friedemann (1995)⁸¹ se basa en la identificación y análisis de las dimensiones y metas del sistema familiar. Desde su perspectiva el mundo se concibe como un macrosistema abierto compuesto de subsistemas, tales como las familias y las personas, la familia es vista como un sistema social expresado en transmitir cultura a sus miembros.

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



Fuente: FRIEDEMANN Marie Louise. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing Thousand Oaks p 21.

⁸⁰ BETANCURTH LOAIZA, Diana Paola. Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia. 2011.

⁸¹ AMAYA, Pilar. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN-21. Op. cit. pp. 20-21.

Desde la perspectiva sistémica (Friedemann, 1995) la familia es vista como un sistema abierto que tiene metas y objetivos en diferentes dimensiones de acción de acuerdo con la familia⁸².

Los principales conceptos de la estructura de organización sistémica son ambiente, persona, familia, salud y salud familiar⁸³:

- Ambiente es el contexto dinámico en el que cada sistema focal evoluciona, este concepto compromete todas las cosas por fuera del sistema en el foco de la enfermería.
- Persona, la percepción humana es limitada por la estructura y función del cuerpo humano, las personas saben de su dependencia de fuerzas naturales y pueden prever la muerte, evocando una interrupción de los proceso del sistema, generando incongruencia la cual es experimentada como ansiedad, su capacidad de trascendencia puede restablecer la congruencia con el ambiente y el orden universal.
- La salud es la experiencia de la congruencia del sistema evidenciada en todos los niveles del sistema de un individuo, los subsistemas y los sistemas del ambiente de contacto.
- La familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente; es un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, triadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales y responsabilidades comunes, la familia está compuesta por individuos que tienen distintas relaciones con los miembros de esta y los sistemas de contacto en el ambiente.
- La familia son todas las personas que un individuo considere como familia y que están emocionalmente conectadas a este, no necesariamente están relacionadas biológicamente o viven en la misma casa.

⁸² <http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011>.

⁸³ FRIEDEMANN, Marie Louise. 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 E. p.1.

- Salud Familiar es un proceso dinámico que, en respuesta a las situaciones cambiantes, intenta continuamente nuevas formas de restablecer la congruencia dentro del sistema y con el ambiente.

Con respecto a la familia Friedemann propone los siguientes postulados:

- La familia dentro del sistema civil transmite cultura, la totalidad de patrones y valores del sistema humano.
- La familia comparte la responsabilidad de dar seguridad y suplir las necesidades físicas, enseñar habilidades sociales a sus miembros, brindar crecimiento personal, permitir la unión de los miembros familiares y promover un propósito para la vida y proporcionar significado a través de la espiritualidad.
- La familia satisface las necesidades de sus miembros a través del control de su ambiente, los guía para encontrar su lugar en la red de sistemas por medio de la espiritualidad.
- Las estrategias familiares caen en las cuatro dimensiones del proceso: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación. Las dimensiones son independientes entre sí.
- Todos los procesos familiares incluyen comportamientos coordinados que buscan regular las condiciones de los cuatro sistemas: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad familiar.

Estos postulados son útiles para la investigación porque permiten aplicarlos a las familias para identificar el grado de salud. El uso del enfoque familiar cuenta con tres objetivos que hacen referencia a la salud personal y familiar⁸⁴, y se enuncian a continuación:

⁸⁴ HANSON HARMON; MAY KAAKINER; FRIEDMAN. Op cit. pp. 24-25.

- Mejoramiento de la habilidad para reconocer las prioridades de la salud, estilo de vida y comportamiento. Es el objetivo más importante y está dirigido más hacia la prevención que a cuidados propiamente curativos.
- Vigilancia documentada de sí mismo y de la familia, la identificación temprana de factores de riesgo no necesariamente implica una preocupación ansiosa por la enfermedad, sino la satisfacción gradual del cuidado personal y de la familia misma.
- Referencia personal y familiar con un manejo responsable de la salud familiar en la que se efectúa un temprano reconocimiento en la detección de señales de peligro. Debe existir una mayor capacidad crítica en el momento de evaluar su entorno⁸⁵.

Amaya P. (1992,1998 y 2000)⁸⁶ sintetiza estos tres objetivos en:

- La presencia de cuatro dimensiones del proceso
- Una razonable satisfacción con la organización familiar
- Una razonable congruencia entre el sistema familiar y el sistema primario ambiental (entorno).

De esta manera la visión expuesta por Friedemann(1995) con respecto a la familia como sistema que a su vez interactúa con sistemas ambientales y sus propios subsistemas, permite ampliar el concepto sobre familia siendo mucho más que la suma de las partes⁸⁷.

⁸⁵ VELÁSQUEZ RESTREPO, Luz Enith Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda.2012. Maestría tesis, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7059/#sthash.81NGg7xT.dpuf>

⁸⁶ AMAYA, Pilar. Instrumento de riesgo familiar total. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN-21. Op. cit. p.24.

⁸⁷ *Ibíd.*, p.21.

2.3.1 Metas del Sistema:

- Estabilidad del sistema: busca mantener arraigados valores y creencias básicas de una persona y son transmitidos a cada nueva generación; implica flexibilidad para desafiar las propias opciones y actitudes de comportamiento sin que el sistema se altere⁸⁸.
- Crecimiento del sistema: el crecimiento es la reorganización de valores y prioridades para adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y el entorno físico-social. Es necesario cuando la estabilidad de una persona se ha vuelto incongruente con el entorno⁸⁹.
- Control del sistema: es la tendencia a regular las fuerzas externas mediante el uso de mecanismos internos o de sistemas externos como los económicos, políticos y sociales, para reducir la vulnerabilidad y proteger el sistema de las amenazas⁹⁰.
- Espiritualidad del sistema: es el esfuerzo para lograr la identidad, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad frente a la realidad⁹¹.

Dimensiones del Proceso

La conducta, valores y creencias subyacentes que se utilizan para alcanzar las metas pueden categorizarse en cuatro dimensiones del proceso: el mantenimiento, cambio del sistema, cohesión e individuación⁹².

⁸⁸ *Ibid.*, p.21.

⁸⁹ *Ibid.*, p.21

⁹⁰ *Ibid.*, p.21

⁹¹ *Ibid.*, p 21

⁹² *Ibid.*, p.22-23.

- **Mantenimiento del sistema:** se refiere a la estructura de la familia y a la flexibilidad familiar, incluye todas las acciones dirigidas a mantener el sistema con las rutinas diarias de descanso, autocuidado, comidas, limpieza, roles, rituales, patrones de comunicación y todas aquellas conductas que apuntan a reducir la amenaza de cambio. Las operaciones de mantenimiento del sistema hacen referencia a la perpetuación de la cultura familiar preservando los patrones tradicionales entre las generaciones⁹³.
- **Cambio del sistema:** está constituido por acciones conscientes de la persona, que lleva a la toma de decisiones para aceptar, integrar o no cierta información para cambiar o reemplazar viejos valores, actitudes o conductas. Para que se presente el cambio debe existir presión dentro o desde el ambiente, la tensión lleva a la persona a asumir o determinar prioridades de la vida. Es decir, se llega al cambio del sistema con actos controlados por la persona que llevan a la toma de decisiones⁹⁴.
- **Cohesión del sistema:** es la unión de los subsistemas de una persona en un todo unificado y son las conductas necesarias para mantener la unidad. La cohesión tiene como una de sus metas la estabilidad de la familia y el resultado es interpretado como sentido de unidad⁹⁵.
- **Individuación del sistema:** la cohesión es requisito para el proceso de la individuación e incluye las actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte del individuo, le enseñan acerca de sí mismo y le dan sentido al propósito de vida. Es la aceptación de cada uno de los miembros de la

⁹³ *Ibíd.*,p.22

⁹⁴ *Ibíd.*,p..22.

⁹⁵ *Ibíd.*,p.22.

familia y la adaptación a las diferencias individuales que da como resultado el crecimiento familiar⁹⁶.

El bienestar de las personas que conforman la familia, es el resultado de la interacción de las metas entre sí y el entorno, lo cual significa salud en el marco de la familia como organización sistémica. Es así como las familias saludables pueden tener un nivel alto de organización y un nivel de satisfacción que continuamente intenta crear nuevas formas de restablecer y encontrar congruencia dentro de los sistemas y el entorno⁹⁷.

La tabla 1, muestra la distribución porcentual de las familias con adultos hospitalizados según el grado de satisfacción y organización familiar, destacándose como la mayoría de familias se perciben satisfechas y altamente satisfechas en los dos estudios. Sin embargo las familias con pacientes oncológicos se perciben más organizadas (75%) frente a las familias hospitalizadas en la Clínica San Pedro Claver, que en su momento recibía principalmente pacientes afiliados o beneficiarios del ISS (50% poco organizadas). Esto invita a pensar que no hay una correlación lineal entre la organización y el estado de salud de estas familias.⁹⁸

⁹⁶ Ibid.,p.22.

⁹⁷ Ibid.,pp.23

⁹⁸ LEIVA M, Luz Amparo. Op.cit.. p.120.

Tabla 1. Distribución porcentual de familias según el grado de satisfacción y organización en familias con adultos hospitalizados en instituciones especializadas Bogotá.

Investigaciones de Riesgo Familiar Total en familias con adultos hospitalizados. Lugar y año	Familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología ⁹⁹ .	Familias con adultos quirúrgicos institucionalizados en la Clínica San Pedro Claver ¹⁰⁰ .
Grado de satisfacción		
Altamente satisfecha	3	41
Satisfecha	68	43
Poco satisfecha	29	16
Total	100	100
Grado de organización		
Altamente organizadas	59	28
Organizadas	16	22
Poco Organizadas	25	50
Total	100	100

Fuente: Investigaciones sobre Caracterización del grado de salud familiar de las familias con adultos hospitalizados, Universidad Nacional de Colombia, Sede, Bogotá, Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. 2014.

2.4 Riesgo Familiar Total

El presente estudio tendrá en cuenta la caracterización de la familia desde el enfoque de Riesgo Familiar Total (Amaya P. 2004) y la Salud Familiar General. Con enfoque de riesgo se describe la familia en función de los parámetros de riesgo individuales de cada

⁹⁹ RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado (ESE). Bogotá: 2003.

¹⁰⁰ LEIVA M, Luz Amparo. Op.cit.. p.120.

uno de los miembros que componen la familia y los riesgos comunes a la unidad familiar (biológicos, demográficos y ambientales; se describen los riesgos socioeconómicos, el ambiente físico de vivienda y el vecindario, el ambiente psicoafectivo familiar, el estilo de vida de la familia, las prácticas de salud y la disponibilidad de los servicios sociales y de salud). Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social de salud permanente¹⁰¹.

Dentro de los elementos teóricos se encuentra:

2.4.1 Factor de Riesgo

El enfoque se fundamenta en los conceptos descritos por Backet, Davies y Petros Barvazain (1985), en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, que definen el *factor de riesgo* como: “Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o que esté especialmente afectada de manera adversa, a un proceso mórbido¹⁰². Los mismos autores citados por Amaya, sugieren formas de aplicación y uso del sistema de riesgo: “la idea de una discriminación positiva en el cuidado de la salud basada en la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema, como cuidado familiar y personal, cuidado comunitario, incremento en cobertura, mejoramiento referencial, modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional y políticas intersectoriales¹⁰³.

Amaya, citando a Clemencia Stone, Eigsti, y McGuire 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

¹⁰¹ AMAYA, Pilar. Instrumento de Salud Familiar en General ISF: GEN - 21.Op cit., p.19.

¹⁰² AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 19.

¹⁰³ Ibid., p.19.

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 drogas¹⁰⁴. 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 prevención¹⁰⁵”.

Los estudios realizados sobre familia se han abordado desde diferentes enfoques y perspectivas, “En estudios acerca de familia es inherente entender que una primera particularidad que permite centrar la descripción es contar con información sobre las características socio-demográficas relevantes de los grupos objeto de investigación¹⁰⁶”, área que ha tomado fuerza a través de las caracterizaciones familiares que se han venido desarrollando con diferentes poblaciones.

Hoy por hoy en las familias colombianas y de otros países vecinos se presentan cada vez más riesgos para su salud debido a factores biológicos, ambientales, culturales y sociales, que, por lo general, no son percibidos por sus integrantes y por ende no son manejados. Esta situación conlleva a caracterizar el riesgo familiar total para convertirlo en una herramienta útil que permita determinar los elementos que actúan y contribuyen al detrimento de la salud familiar¹⁰⁷.

Amaya (2004) hace cuatro precisiones conceptuales de acuerdo a anteriores ideas:

1. “Existen riesgos comunes que hacen su contribución variable a la carga de enfermedad según su tipo y región. Con la presencia de riesgos comunes, los factores pueden ser estimados para ver su efecto global, no solo en la morbilidad sino también sobre la expectativa de vida saludable (EVS) por entidades particulares y lugares;

¹⁰⁴ Ibid., p. 23.

¹⁰⁵ Ibid., p. 24.

¹⁰⁶ LÓPEZ M, Luz María. El cómo en la investigación de familia: Reflexiones de la experiencia desde un abordaje cualitativo. Manizales: Redalyc-Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud. Vol. 3, Núm. 001. 2005. p.8.

¹⁰⁷ GLOMBOK, Susan. Modelos de familia. ¿Qué es lo que de verdad cuenta? España: Colección Familia. Educación. 2007. p. 208.

2. Se conoce por investigación de Ezzati y colaboradores, que la contribución de los riesgos puede ser individual, en asociación e incluso superpuestos, y que actúan provocando diferentes grupos de enfermedades; por ejemplo, enfermedades contagiosas, materno-perinatales en condiciones nutricionales deficientes, que aportan de manera sustancial a la pérdida total de años de vida saludable. En regiones de alta mortalidad se reportan hasta 490 millones de años de vida de incapacidad ajustada (AVI);

3. Se ha demostrado que en algunas regiones la tendencia general de los factores de riesgo en conjunto abandonan a la carga por enfermedad y contribuyen a la pérdida de vida saludable entre 8.3 y 10.7 años. Entre los factores que de manera amplia han participado de esta carga por enfermedad están el alcohol, el tabaco, la hipertensión, y los altos niveles de colesterol que se coligan a prácticas y comportamientos insalubres adoptados por la población;

4. Existen factores de riesgo directos, otros que se comportan como mediadores y otras expresiones que hay que analizar teórica y matemáticamente”¹⁰⁸.

2.4.2 Postulados de la Teoría de Riesgo Familiar Total

El enfoque conceptual de Riesgo Familiar Total desarrollado por Amaya (1992; 1998; 2000) se basa en los resultados de la investigación (evidencias preliminares confirmadas) y en la práctica familiar. Los postulados son:

1. El riesgo familiar es la probabilidad de ocurrencias de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o desorganización de la unidad familiar.
2. Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir que hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar en el momento de la evaluación.
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.

¹⁰⁸ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 24.

5. El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.
6. Hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico.
7. La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia.
8. Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (Por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad) socio-económicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y 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 efectividad de operación.
10. Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
11. Algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.
12. Los riesgos se asocian a las características propios de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado interdependiente intrafamiliar o institucional si es el caso.
13. El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.
14. El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención y a nivel político administrativo en las instancias municipal y regional.

Los postulados que plantea la Teoría de Riesgo Familiar Total recaen en las categorías principales: una que expresa los elementos relacionados con la medición del riesgo y otra que denota lo relacionado con los sistemas de salud y su operación¹⁰⁹.

2.4.3 RFT de Familias con adultos hospitalizados

En la literatura revisada en la Maestría de Enfermería con énfasis en Salud Familiar en Colombia y América Latina, se encuentra que hasta el momento se han realizado dos estudios de familia con adultos institucionalizados por algún proceso de enfermedad pero que no son adultos hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo, sin embargo, hay dos estudios sirven de referente para esta investigación.

Es el caso de las investigaciones: Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología¹¹⁰ y la Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento¹¹¹ en las que se referencian familias con pacientes hospitalizados en instituciones especializadas.

¹⁰⁹ AMAYA, P. Op. cit., p. 19,20.

¹¹⁰RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado (ESE). Bogotá: 2003.

¹¹¹ LEIVA M, Luz Amparo. Op.cit.

Tabla 2. Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total en familias con adultos hospitalizados en instituciones especializadas Bogotá.

Investigaciones de Riesgo Familiar Total en familias con adultos hospitalizados. Lugar y año	Riesgo Familiar Alto	Riesgo familiar Medio	Riesgo familiar Bajo
Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, 2003 RFT: 7-70	84	15	1
Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria Clínica San Pedro Claver. Bogotá, 2007-2008 RFT: 6-69	0	5	95

Fuente: Investigaciones sobre Caracterización del RFT de las familias con adultos hospitalizados, Universidad Nacional de Colombia, Sede, Bogotá, Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. 2014.

La tabla 2, muestra que al comparar dos estudios realizados con familias de pacientes hospitalizados en Bogotá, el efectuado en el Instituto Nacional de Cancerología reporta la mayoría de familias en alto riesgo (89%), a diferencia del estudio realizado en la Clínica San Pedro Claver donde la mayoría de familias son de bajo riesgo (95%), posiblemente por ser familias beneficiarias del Seguro Social, evidencian que el trabajo es un factor protector, reportando Riesgo Bajo en todas las categorías: Composición Familiar (95%), Condiciones Psicoafectivas (95%), Composición Socioeconómica (92%), Vivienda y Vecindario (93%), Manejo de Menores (93%) y categoría Servicios y Prácticas de Salud (54%). Así, Los riesgos encontrados bajos en la muestra, identifican aspectos fuertes en las familias y que permiten identificar aspectos a fortalecer; en el estudio se encontró riesgo familiar bajo en los factores de ambiente físico de vivienda y vecindario, además de mortalidad de la familia¹¹².

¹¹²RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Op.cit.: 2003

A modo de conclusión, las anteriores investigaciones plantean la incidencia de la enfermedad en las familias, por ello es importante:

- Conocer el impacto que genera a nivel individual y familiar el evento de la hospitalización de una persona por cáncer o por un evento quirúrgico.
- Conocer el impacto de la enfermedad en la familia que depende del manejo con que cada familia afronta la institucionalización.
- El aspecto psicosocial es una consecuencia que afecta a la familia y actúa como riesgo produciendo modificaciones en las prácticas de salud familiar.

Estos estudios de caracterización de las familias con adultos hospitalizados, ratifican la importancia de reconocer las necesidades de las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo. Se hace indispensable la interacción del profesional de enfermería con la familia durante todas las fases de la enfermedad y más aún cuando las familias se ubican en ambientes de cuidado crítico donde se experimentan cambios que generan estrés. Las enfermeras pueden apoyar a las familias de diferentes maneras, el trinomio conformado por la familia, paciente y profesional de enfermería debe ser analizado a la luz de los resultados de los estudios de investigación¹¹³, cuyos aportes pueden fortalecer la salud de las familias

2.5 Familia y enfermedad

El reconocimiento de la aparición del síntoma o enfermedad en un miembro familiar puede alterar la organización de la familia pero también, tal como lo afirma Fernández, M. (2004)¹¹⁴ el funcionamiento familiar influye en la aparición o no de enfermedades crónicas, como la descompensación de las mismas enfermedades, enfermedades psiquiátricas y en conductas que finalmente colocan en riesgo la familia. Se han considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; la evolución de la enfermedad, afecta directamente cada una de las esferas (afectiva, física,

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ FERNÁNDEZ. Op cit. pp.252-253.

económica y social de la familia), produciendo entonces un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo.

La enfermedad de acuerdo a lo planteado por Fernández M.¹¹⁵ trae efectos adversos para la salud no sólo de la persona que la padece sino del núcleo familiar en conjunto y se puede convertir en un factor de riesgo para la familia. La presencia de enfermedad a nivel individual y grupal es un dato importante para detectar el riesgo familiar total en que se encuentran en las familias con adultos Hospitalizados en La Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío.

2.6 Familias con adultos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo

La familia es el agrupamiento social predominante; está legalmente constituida en su mayoría y reducida a su expresión mínima: familia nuclear. En su mayoría no tienen experiencia previa de internación de un integrante en la UCI. La familia sufre de angustia. Ello se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo, con el consiguiente desamparo afectivo y económico, que lleva a la mitad de ellos a concurrir sólo al informe médico y a las visitas, alejándose así del hospital para conservar el sustento económico. El impacto emocional en ellos comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar. Se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI¹¹⁶.

Emocionalmente la familia con un adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo se ve seriamente afectada por diversos factores de riesgo, especialmente relacionados con la parte económica, en sus relaciones interpersonales aumentando o disminuyendo la afectividad y la comunicación, viéndose obligadas a generar diferentes mecanismos para superar las situaciones que le han producido desestabilización, como son: que un miembro de la familia

¹¹⁵ *Ibíd.*, pp.253-254.

¹¹⁶ ALBÍSTUR, María Cristina de; BACIGALUPO, Juan Carlos; UZAL, Jorge; EBEID Alejandro; MACIEL Mónica; SOTO Juan José. *Op.cit.*.

se encargue del sostenimiento económico del grupo, reducción de la inversión en necesidades básicas priorizando los gastos, venta de algunas propiedades con el fin de obtener un ingreso que solvete parte de sus gastos, solicitar ayuda económica a la familia extensa o a los vecinos, surgimiento de solidaridad y cooperación hacia el cuidado del paciente, omisión de tareas en el subsistema conyugal, aumento de expresiones de afecto especialmente notorias hacia los padres, incremento del respeto y obediencia de hijos a padres, con el fin de no indisponer al paciente redistribución de labores domésticas, compartir su problemática con personas externas a la familia (amigos, profesionales) con el fin de disminuir su angustia¹¹⁷.

2.7 Salud familiar y enfermería

El funcionamiento del sistema familiar como eje fundamental en la sociedad es preocupación de diversas profesiones que por muchos años se han ocupado del estudio y cuidado de la misma, todos coinciden en afirmar que la familia es la unidad social básica y que requiere un enfoque de atención que permita ofrecer una salud familiar tanto para los integrantes como para la familia en su totalidad. Para entender mejor el proceso de salud y enfermedad de la familia, se hace necesario comprender el concepto de salud familiar: “Salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad”.¹¹⁸

Horwitz (1986), citado por Amaya de Peña (1987), plantea que la salud familiar es producto de la interacción de componentes como:

- a- La salud física y psicológica de cada integrante de la familia, evaluada no solo en función de cada individuo sino en relación con el resto de la familia y dentro del manejo familiar de los problemas;

¹¹⁷ RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Op.cit.

¹¹⁸ AMAYA DE PEÑA, Pilar. Salud Familiar y Enfermería. Memorias del 1º Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá. Octubre 1,2 y 3 de 1987. p. 5.

- b- La dinámica psicosocial, es decir, la calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia;
- c- Las características socioeconómicas, demográficas y culturales de cada grupo familiar, que condicionan el tipo de problemas que la familia enfrenta y resuelve dentro de su vida vital¹¹⁹.

De esta manera la enfermedad genera en la familia, el paciente y para quienes lo rodean preguntas e incertidumbres que el profesional de enfermería puede orientar con ayuda de un equipo interdisciplinario cuyo objetivo es brindar el apoyo necesario durante el periodo de institucionalización en la unidad de cuidado intensivo, proporcionando un cuidado de calidad, basado en la continuidad e integralidad del proceso.

El profesional de enfermería debe destinar sus conocimientos, habilidades y destrezas en lograr una asistencia más humanizada, procurando captar los sentimientos de los pacientes y los integrantes de la familia , buscando así las rutas más amplias para minimizar los sentimientos negativos de tensión, ansiedad, miedo, incertidumbre y la falta de información que son elementos que pueden dificultar la adaptación del grupo familiar y del propio paciente en el evento de una hospitalización en Unidades de Cuidado Intensivo.

Los profesionales de enfermería pueden promover la cohesión familiar y la unidad, flexibilizando las visitas familiares y siendo facilitadores de una comunicación abierta. El hecho de identificar fortalezas y recursos de la familia puede contribuir a establecer metas reales en el binomio paciente-familia y adquirir habilidades de manejo que será de gran utilidad para la recuperación de la salud en el hogar.¹²⁰

¹¹⁹ Ibid., p.5.

¹²⁰ LEIVA M, Luz Amparo.Op.cit..pp70.

2.8 Estado Crítico

Situación clínica en la cual un paciente se encuentra en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado¹²¹.

En el marco de la definición de estado crítico es importante la consideración siguiente: La medicina crítica o intensiva se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida y requieren de personal altamente calificado, diseño de unidades y equipamiento específico

El 16 de junio de 1998 se rubricó la Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos en el Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos, donde los derechos del paciente ingresado constituyen la columna vertebral del documento. Los objetivos de la medicina crítica son: salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que puedan producirse en el curso de los cuidados, restituir la salud, o sea, la recuperación total del enfermo, pero en ocasiones se logra solo parcialmente o no se logra.

Esta declaración tiene como fundamento el estatuto 5 de la Constitución de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva, aprobada en la asamblea de Washington DC, (1991), así como en el numeral 3 del capítulo 1 de los estatutos de la FEPIMCTI¹²², aprobados en la Asamblea de Buenos Aires (1983) en los que se establece el logro de altos estándares de la práctica de cuidados intensivos sin dudar que la cabal incorporación del componente ético en el quehacer del intensivista es indispensable para alcanzarlo.

¹²¹ Norma Técnica de los Servicios de Cuidados intensivos e Intermedios. RM 489 – 2005 – MINSA. <http://www.monografias.com/trabajos90/unidad-cuidados-intensivos/unidad-cuidados-intensivos.shtml#ixzz3JSIznyWA>

¹²² BEMBIBRE TABOADA, Rubén Miguel. Aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente crítico. Rev cubana med [online]. 2003, vol.42, n.1 [citado 2014-06-09], pp. 5-11 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-302X.

Los derechos de los pacientes críticamente enfermos establecidos en esa declaración son:

- Recibir cuidado especializado para minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados.
- Obtener de sus médicos información acerca de su condición, o al menos parte de ella, cuando por razones de orden médico no sea recomendable ofrecerla toda.
- Negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la ley.
- Recibir las mejores facilidades disponibles cuando tenga que ser trasladado.
- Recibir asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo.
- Confidencialidad de la información respecto a su enfermedad.
- Ser atendido en forma personalizada y recibir trato respetuoso en su relación con los médicos y enfermeras¹²³.

En términos corrientes, crisis es sinónimo de desastre o de un acontecimiento peligroso o amenazador. La crisis es una situación decisiva, Caplan la define como un estado transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad y posibilidad de un trastorno mental¹²⁴.

¹²³ *Ibíd.*

¹²⁴ CABALLERO MUÑOZ, Erika Mayela. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos. Capítulo 164: La familia en el entorno de cuidados críticos. 1999. ISSN: 1885-7124. Disponible en: <<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>>

3.Marco metodológico

La descripción del diseño metodológico contiene los siguientes aspectos: tipo de estudio, universo, población, muestra, medidas para disminuir los sesgos, criterios de inclusión y exclusión, criterios para el sujeto participante, escenario del estudio, aspectos éticos y legales, descripción del instrumento, recolección de datos, procedimientos

3.1 Tipo de estudio

El estudio sobre “Caracterización de las Familias con Adultos Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, Armenia Quindío”, es de tipo descriptivo, transversal exploratorio con enfoque cuantitativo.

Se trata de un estudio descriptivo donde a partir de los datos obtenidos y mediante la información suministrada por las familias seleccionadas se detallan los datos arrojados por los instrumentos, que permiten describir, interpretar y analizar una situación de un grupo poblacional que se encuentra en evidente vulnerabilidad con respecto a otros.

El diseño cuantitativo implica hacer una recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos Riesgo Familiar: RFT 5-33, y ISF-GEN 21, lo cual permite clasificar y analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos.

Es exploratorio porque no hay otro estudio con familias con Adultos Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, y transversal porque está centrado en recoger los datos de las familias del estudio propuesto en un periodo de tiempo determinado (los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011).

El diseño descriptivo exploratorio permite acercarse al fenómeno, aportando información básica acerca de esta población, principio fundamental para conocer la problemática de

un grupo poblacional en evidente vulnerabilidad respecto a otras familias que no presentan miembros de la familia hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Adicionalmente los instrumentos utilizados aportan un grado de medición a las observaciones, muy útiles al momento de pensar en la planeación y aplicación de estrategias de solución.

3.2 Universo

El universo está conformado por todas las familias con adultos hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo ubicadas en Armenia, Quindío.

3.3 Población

Está constituida por el total de familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia, Quindío. Colombia, durante los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011, para una muestra total de 50 familias.

3.4 Muestra

Teniendo en cuenta el “bajo” número de familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia, que conforman la población, adicionado al interés en la claridad del problema que se analiza, se ha decidido estudiar toda la población. Es decir, para efectos del estudio se ha considerado como tamaño de la muestra el total de la población que consultó durante los meses de diciembre de 2010 y enero de 2011, y que cumplía con los criterios de inclusión. No obstante, aunque hubo mortalidad de los adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo (12%) se logró trabajar con el total de las familias (100%), debido a que los instrumentos fueron aplicados con anterioridad a este evento.

3.5 Medidas para disminuir los sesgos

La investigadora cumplió un entrenamiento previo por parte de la Universidad Nacional de Colombia para el diligenciamiento de los instrumentos.

Se asignó cita previa a las personas participantes de la familia, asegurando el tiempo adecuado para responder con la mayor tranquilidad los instrumentos y en un espacio privado y cómodo.

3.6 Criterios de inclusión

- Familias con adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, del hospital San Juan de Dios en Armenia, en el mes de diciembre 2010 y enero del 2011, independientemente de la patología, sexo, raza, religión.
- La persona participante de la familia con capacidad física y mental de responder a los instrumentos.
- La persona participante de la familia mayor de 18 años, que se considere como familiar cercano del caso índice (adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo), que conozca y haya convivido al menos el último año con el adulto hospitalizado.
- La persona participante de la familia manifiesta el deseo voluntario de participación en el estudio (previa explicación de los objetivos y propósitos del mismo), firma el consentimiento informado y no recibe ningún beneficio económico.

3.7 Criterios de exclusión

Los aspectos que se enumeran a continuación se tendrán en cuenta para la exclusión de las familias:

- Familias con niños o adolescentes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, del hospital San Juan de Dios en Armenia, en el mes de diciembre 2010 y enero de 2011,
- Que el participante familiar sea una persona menor de 18 años.
- Participación forzada con algún beneficio obligado a cambio.

3.8 Criterios para el participante familiar

Los criterios para la elección del participante según la autora de los instrumentos (Amaya, P) son:

- El informante debe tener por lo menos 15 años de edad.
- Tener como mínimo un año de convivencia con la familia y conocer su trayectoria.
- Tener la capacidad física y mental de responder una entrevista.
- En lo posible, que sea esposo (a), padres o abuelos, ya que se presume que conocen la familia con más detalle.

3.9 Recolección de datos

Las familias serán contactadas en los diferentes horarios de visita de la Unidad de Cuidado Intensivo escogidos por la investigadora.

Posteriormente se procedió a ubicar al participante familiar en un espacio privado y cómodo cerca de la sala de espera de la unidad de Cuidado Intensivo del hospital San Juan de Dios del municipio de Armenia, previamente establecido para diligenciar los instrumentos; una vez allí ubicados se dio lectura al consentimiento informado, se aclararon dudas por parte de la investigadora si fuera el caso que se presentaran, al completar la información se firmó la hoja de consentimiento informado, después de este paso, el participante familiar respondió a las preguntas realizadas por la investigadora, de acuerdo con los instrumentos y se luego se agradeció la colaboración, así fue con cada informante de las diferentes familias seleccionadas.

Se utilizan los instrumentos de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, y el ISF-GEN 21.

- La recolección de los datos se realizó en primera instancia durante las reuniones a las cuales son citados los representantes de las familias en cumplimiento de los horarios de visita, en un ambiente de absoluta privacidad.
- En el momento de la entrevista con el familiar se explicó el procedimiento a seguir y los tópicos generales consignados en el instrumento. La entrevista empezó únicamente cuando el familiar estaba de acuerdo y firmaba el consentimiento
- Al iniciar la entrevista se explicó al encuestado los aspectos éticos generales tales como confidencialidad de la información.
- Manejo exclusivo de la información por parte de la investigadora, no afectación en el tratamiento de su familiar enfermo dependiente de su colaboración o no en la investigación.

- Siempre se enfatizó en la probabilidad de suspender la entrevista en cualquier momento si se cambiaba de parecer y/o se considera la suspensión de la aplicación de los instrumentos, si la familia entrevistada se veía enfrentada a una situación de crisis desencadenada por la situación actual del adulto hospitalizado en la unidad de Cuidado Intensivo o por la aplicación misma de los instrumentos. Para el presente estudio los participantes escogidos no rehusaron en ningún momento a participar en el mismo.
- En caso de presentarse algunas de las situaciones descritas, se procedió en primera instancia a suspender la entrevista, y se efectuó intervención en crisis, para situaciones de llanto, ansiedad, temor, rabia entre otros, para lo cual se contó con el equipo multidisciplinario de la unidad, capaz de intervenir en las diferentes situaciones que la investigadora no pueda manejar.

3.10 Tabulación y análisis de la información

Una vez finalizada la recolección de la información, se efectúa la imputación de los datos obtenidos en las entrevistas. Se asigna un código a cada familia y se derivan los cuadros pertinentes en las bases de sistematización de la información facilitadas por la doctora. Amaya de Peña, para cada uno de los Instrumentos. Se construye una primera base de datos referente a datos generales, una segunda tabla de datos del instrumento RFT 5-33 y una tercera tabla de datos con el instrumento ISF GEN 31. A los datos obtenidos se le aplica análisis estadístico, promedio, desviación estándar, mínima y máxima, que permitan la presentación de los resultados y análisis en gráficos y tablas.

La presentación de resultados y análisis se divide en tres sesiones: en primer lugar, las características generales de las familias, en segundo lugar se reportan los resultados del Riesgo Familiar Total (RFT 5-33) y en tercer lugar, el reporte de los resultados obtenidos en las dos escalas del instrumento Grado de Salud Familiar General: ISF GEN-21 (Escala de Organización y Escala de Satisfacción) que miden el grado de salud familiar.

3.11 Prueba piloto

La prueba piloto se cumple mediante la aplicación de los instrumentos RFT: 5-33 y el ISF: GEN-25, a 6 participantes de familias con adultos hospitalizados en la Unidad de

Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, en el mes de noviembre de 2010, escogidos de manera aleatoria simple.

Las entrevistas se hicieron en el horario de visita de la tarde, acordando la hora y el sitio más cómodo para el participante familiar.

La prueba piloto permitió a la investigadora alcanzar habilidad en el manejo de los instrumentos y de igual manera conseguir las destrezas necesarias para formular las preguntas a los informantes familiares, y conseguir de ellos la mayor comprensión, promoviendo un acercamiento con el informante familiar para que sus respuestas tengan un alto grado de confiabilidad y acerquen a la investigadora a la realidad que viven las familias.

El sistema de calificación de la prueba piloto se realizó según la escala de calificación de riesgo del instrumento estipulado por la autora, doctora Pilar Amaya.

Los resultados arrojaron la siguiente información con respecto a las seis familias de la prueba piloto: predominan las familias extensas (67%), con un promedio de 5 personas. Todas presentan problemas de agudeza visual, las enfermedades de mayor incidencia son la hipertensión (67%) y la diabetes (67%). Reportan como institución de apoyo principalmente el trabajo (83%), y los grupos religiosos (50%). El factor de riesgo por condición psicoafectiva está presente en la totalidad de familias.

Frente al Riesgo Familiar Total se encontró que el 50 por ciento de las familias clasifican como amenazadas y el resto (50%) en bajo riesgo. En cuanto a la Salud Familiar General, todas las familias se perciben saludables, discriminadas en 33 por ciento de familias muy saludables y un 67 por ciento familias saludables. Otro hallazgo importante consiste en que 83 por ciento de las familias se consideran satisfechas y 67 por ciento de las familias se consideraron como organizadas.

3.12 Descripción de instrumentos

3.12.1 El instrumento Riesgo familiar Total 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 país¹²⁵.

El objetivo particular 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 componen¹²⁶.

El instrumento RFT: 5-33, cuenta con un nivel de confiabilidad aceptable, estimada mediante el coeficiente de consistencia Kuder-Richardson #20, (KR20) (Kuder et Richardson, 1937)¹²⁷. Los factores tienen una consistencia entre .6 y .76 indicando que son factores homogéneos y altamente consistentes, a pesar del bajo número de ítems por factor. Otra muestra de ello es el rango de correlación ítem –prueba, que se encuentra entre .27 y .87. El factor más consistente es el de condiciones psicoafectivos, mientras que el menos homogéneo es el de manejo de menores. Por otro lado, el índice de consistencia para la prueba total es de .86, señalando que la escala también es altamente homogénea, a pesar de estar subdividida en diferentes factores¹²⁸ (Tabla 3).

¹²⁵ AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Primera edición 2004.p.45

¹²⁶ Ibid., p. 31.

¹²⁷ Ibid., p. 39.

¹²⁸ Ibid., p. 39

Tabla 3. Consistencia interna y correlación ítem-prueba. Instrumento RFT: 5-33 y sus sub-escalas¹²⁹.

Subescala	KR 20	Correlación ítem-prueba		Número de ítems
		Mínima	Máxima	
Total	.86	.23	.53	33
Condiciones psicoafectivas	.76	.32	.54	10
Servicios y prácticas de salud	.68	.37	.44	6
Condiciones de vivienda y vecindario	.70	.76	.87	5
Situación socioeconómica	.72	.31	.61	6
Manejo de menores	.60	.27	.38	6

Fuente: AMAYA DE PEÑA P. Instrumento Riesgo familiar total RFT: 5-33. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.

Validez

El análisis de la estructura factorial se hizo tomando como variables las respuestas directas a los 39 ítems componentes de la prueba (n=2.364), la solución factorial permite afirmar que la prueba muestra validez muy satisfactoria, incluyendo únicamente las cargas factoriales superiores a .4, utilizando el método de extracción por componentes principales con rotación de tipo Varimax. Los cinco factores extraídos explicaron el 35.45 por ciento de la varianza total.¹³⁰

Si bien el instrumento RFT: 5-33 está compuesto de diferentes factores aislados mediante análisis factoría, estos no son independientes. Mediante la correlación de los puntajes brutos de las cinco escalas se encontró una serie de relaciones entre los

¹²⁹ AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33. Op.cit., p.39.

¹³⁰ Ibid., p. 40.

factores componentes del cuestionario, el rango de correlaciones se encuentra entre .24 y .52 entre factores y entre .61 y .80 entre los factores y el total, con un nivel de significancia menor a .01. La correlación más alta se presenta entre los factores situación socioeconómica y servicios y prácticas de salud, y esta relación es coherente desde el punto de vista práctico y teórico; por su parte, la correlación más baja se da entre los factores condiciones psicoafectivas y condiciones de vivienda y vecindario¹³¹.

Para la construcción de las escalas de puntuaciones estandarizadas (PE), se estimaron inicialmente la media y la desviación estándar de los puntajes directos totales del instrumento RFT: 5-33, así como los puntajes de los cinco factores aislados mediante los análisis factoriales. Posteriormente, se estimó la puntuación Z correspondiente a cada uno de los puntajes brutos esperados, que para el total del instrumento RFT: 5-33 se encuentra entre 0 y 33 (33 ítems con puntajes de 0 ó 1). Así se obtuvo una escala de puntuaciones estandarizadas Z con media= 0 y desviación estándar =1. Ya que esta escala arroja valores negativos si un puntaje directo es inferior a la media, se construyó una escala de puntuaciones estandarizadas (PE), por medio de la transformación lineal de la escala de puntuaciones Z, en una escala media =60 y desviación estándar =10 ($PE=Z \times 10 + 60$) (Magnusson, 1969)¹³²

En resumen, la validez y la confiabilidad del instrumento quedan sustentadas y garantizan la calidad del instrumento para que este sea utilizado en la práctica y la investigación.¹³³

Interpretación del instrumento RFT: 5-33¹³⁴

El entrevistador debe hacer una interpretación de los puntajes y categorías calificadas de manera fácil, comprensible y que brinde información pertinente acerca de las características y categoría de riesgo.

¹³¹ Ibid., p. 41.

¹³² AMAYA Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT:5-33.Op.cit.,p.48.

¹³³ Ibid., p. 43.

¹³⁴ Ibid., p. 66.

Para el puntaje total del instrumento RFT: 5-33, se definen tres categorías de calificación del Riesgo Familiar, basadas en las escalas de percentiles y de PE (con media =60 y desviación estándar =10). Tales categorías se definen, en términos de escala, como familias en riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto¹³⁵.

Familias con riesgo bajo: Familia tipo 1 que se encuentra en percentil del 1 al 29 y en PE inferior de 54 , y familia tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones inferiores a 55. Familia que presenta condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los equipos de salud. Sus 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: Aquella familia tipo 1 que se encuentra en los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68. Para la familia tipo 2 percentiles entre 33 y 76 con un PE entre 55 y 68. 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 con prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, facilitando así el estado de la amenaza para la salud individual y familiar.

Familias con alto riesgo: Aquella familia tipo 1 que se encuentra en percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70, para la familia tipo 2 percentiles superiores a 80 con un PE superior a 70. En general una familia en alto riesgo o crítica supera las condiciones de la familia amenazada. Es aquella en la que se demuestra por 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

¹³⁵ Ibid., p. 52.

vecindario, que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y la familia como unidad.

Para los puntajes correspondientes a los cinco factores del instrumento se definieron dos categorías de calificación de las familias (familias amenazadas y familias con alto riesgo). Esto obedece a que el rango de puntajes brutos para cada factor es notablemente menor al rango de puntajes brutos correspondiente a la aplicación total, lo que provoca que puntajes brutos bajos en un factor no brinden evidencia suficiente para clasificar a una familia en las categorías de amenaza o riesgo bajo. Estas dos categorías solo son sensibles de discriminar al tener los puntajes brutos totales del instrumento, en los cuales se contempla el riesgo familiar de una manera más amplia, ya que estos engloban las características definidas por cada uno de los factores.

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

El instrumento Salud Familiar General: ISF GEN-21 está compuesto por tres secciones. La primera describe algunos aspectos importantes para la identificación, tipificación y composición de la familia, aunque no tiene peso alguno sobre el total del instrumento. La segunda contiene el libreto de la aplicación para que el entrevistador lo, lea al participante. La tercera parte está compuesta por 21 ítems que puntúan en dos escalas de tipo Likert, una para el componente de organización sistémica y otra para el de satisfacción¹³⁶. Amaya presenta así la descripción del instrumento:

Identificación de la familia.

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

¹³⁶ AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar: familias en general. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento ISF:GEN-21. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 1a. ed. 2004.p.30.

Instructivo de aplicación para el entrevistador

Son las instrucciones que debe leer el entrevistador al momento de aplicar el instrumento.

Escalas de organización Sistémica y Satisfacción

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

- Factor 1: Cohesión (9 ítems). La cohesión familiar tiene que ver con las relaciones entre miembros de la familia, de tal manera que los conecta a través de un vínculo afectivo.
- Factor 2: Cambio (8 ítems). Se concibe como la incorporación de nuevos conocimientos para asumir una nueva conducta familiar, una estructura y unos valores, es decir abarca la transformación de la cultura familiar.
- Factor 3: Individuación (2 ítems) se refiere a las actividades físicas e intelectuales promovidas por la familia que amplían los horizontes de la persona, le enseñan sobre sí mismo y sobre los demás y le proporcionan una nueva perspectiva y sentido de propósito en la vida.
- Factor 4. Mantenimiento (2 ítems). Se refiere a las acciones de la familia que están ancladas en la tradición. Las operaciones de mantenimiento del sistema se refieren a la perpetuación de la cultura de la familia en cuanto a que ésta representa la preservación de patrones tradicionales que persisten entre las generaciones.

Características psicométricas del instrumento

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

Los coeficientes Alfa de Cronbach, tanto para la escala de Organización Sistémica (.86), como para la escala de Satisfacción (.92) fueron altos, dando razón de una elevada

homogeneidad y de una buena consistencia interna de cada una de las escalas. Los coeficientes Alfa de los factores oscilaron entre .43 y .81 en la escala de Organización Sistémica y entre .53 y .87 en la escala de Satisfacción¹³⁷.

Se realizó validez de constructo, en la escala de Organización Sistémica, el primer factor recoge todos los ítems de cohesión y dos de mantenimiento; el factor 2 recoge los ítems de cambio y dos de individuación. El factor 3 incluye dos ítems de individuación y el factor 4, dos ítems de mantenimiento. Con lo anterior se puede afirmar que con la muestra normativa se validaron claramente los constructos propuestos por Friedemann (1995), de cohesión y cambio del sistema, y en menor medida los constructos de mantenimiento del sistema e individuación como factores presentes en el funcionamiento familiar¹³⁸.

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

En la validez concurrente en el estudio de Amaya de Peña (1998), se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes de las escalas de ISF:GEN y los puntajes en las pruebas APGAR Familiar y EEE-F (Evaluación de estrategias de efectividad familiar, Friedemann 1991) que son instrumentos para medir constructos relacionados con funcionamiento y efectividad familiar.

Durante el estudio de estandarización del ISF:GEN 21 con las 2364 familias, se aplicaron además otras pruebas relacionadas: el instrumento de Salud Familiar en gestación ISF: GES17 y el instrumento de Riego Familiar Total RFT:5-33, lo que mostro correlación entre las escalas de los instrumentos ISF:GEN 21 e ISF:GES-17 en un rango entre .59 y .83, indicando que existe una relación muy estrecha entre los dos

¹³⁷ Ibid., p. 38.

¹³⁸ Ibid., p. 40.

instrumentos, que sustenta una hipótesis que estos instrumentos miden un constructo común, salud familiar, aunque cada tipo de familias tenga características diferentes.

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

Tabla 4. Cualidades psicométricas ISF: GEN 21¹³⁹

Escala de riesgo familiar	Confiabilidad (Alfa de Cronbach)	Validez concurrente (Rho Spearman)	
Organización sistémica	.86	RFT: 5-33	-.44
		ISF:GES-17(OS)	.65
		ISF:GES-17(Sat)	.63
		ISF:GES-21(Sat)	.79
F1 Cohesión	.81		
F2 Cambio.	.75		
F3 Individuación	.65		
F4 (Mantenimiento)	.43		
Satisfacción (Sat)	.92	RFT: 5-33	
		ISF:GES-17(OS)	
		ISF:GES-17(Sat)	

Fuente: AMAYA, Pilar. Instrumento de Salud Familiar ISF: GEN-21. Manual. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004.

Interpretación del Instrumento de Salud Familiar ISF: GEN-21¹⁴⁰

El entrevistador debe hacer una interpretación de los puntajes y categorías en cada una de las escalas, según puntuación registrada en la tabla 5.

¹³⁹ Ibid., p. 40.

¹⁴⁰ AMAYA Pilar. Instrumento ISF:GEN-21. Ibid. p. 69.

Tabla 5. Criterios de categorización en niveles de salud familiar en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para las escalas (Organización Sistémica, Satisfacción y Salud Familiar Total) del instrumento ISF: GEN-21.

Escala	Categorías	Rango de puntajes convertidos (PE)
Organización sistémica	Sistema familiar muy organizado	Superiores a 65
	Sistema familiar organizado	Entre 46 a 64
	Sistema familiar poco organizado	Inferiores a 45
Satisfacción	Muy satisfecha	Superiores a 65
	Satisfecha	Entre 45 a 64
	Poco satisfecha	Inferiores a 45
Salud Familiar Total	Muy saludable	Superiores a 65
	Saludable	Entre 45 a 64
	Poco saludable	Inferiores a 45

Fuente: AMAYA Pilar. Instrumento de Salud Familiar: familias en general ISF:GEN-21. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2004. p.69

Debe tenerse en cuenta que la valoración de la familia se hace en un momento particular y los resultados de una familia pueden cambiar durante su trayectoria de vida familiar.

3.13 Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló teniendo en cuenta las normas científicas y administrativas para la investigación en salud (Resolución no. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud)¹⁴¹.

Las familias participantes como sujetos de investigación fueron respetadas en los principios éticos de beneficencia, privacidad, confidencialidad, respeto por la dignidad humana y la autonomía. Respetar la dignidad de los participantes en cuanto a ser considerados como seres humanos con derechos para acatar su libertad de decisión, para lo cual se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los sujetos mayores de edad.

Según el principio de beneficencia: toda acción que se realice sobre la familia debe tener implícito el mejoramiento de la misma¹⁴². Los resultados servirán como contribución al conocimiento disciplinar de la realidad familiar y para orientar posibles planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El presente estudio fue ejecutado por una enfermera profesional, estudiante de maestría en enfermería con énfasis en familia, con conocimiento y experiencia para respetar y proteger la integridad del ser humano, y bajo todos los lineamientos dados para el trabajo investigativo por la Universidad Nacional de Colombia y las normas éticas de investigaciones nacionales e internacionales.

La propuesta de investigación tiene aval de la Gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios (Anexo 1), del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (Anexo 2) y autorización a la autora doctora Pilar Amaya para utilizar los instrumentos Riesgo Familiar Total RFT: RFT 5-33 y el Instrumento Salud Familiar General: ISF GEN-21. (Anexo 3).

¹⁴¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 008430 de 1993. "Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud". Santa Fe de Bogotá: 1993. p.1.

¹⁴² TEJERA, Gloria F y PÉREZ, Carmelina. Enfermería familiar y social. Capítulo 3. *La Familia*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2004. p.78.

Las familias seleccionadas para participar en la investigación fueron informadas previamente sobre los objetivos del estudio y del derecho a retirarse en el momento que lo considerasen necesario. De igual manera se les explica que la participación en el estudio no estará relacionada con la calidad de la atención ni con el tratamiento proporcionado.

Se vigiló a las familias que participaron en el proyecto cuidadosamente a lo largo de la investigación y cuando fue necesario, se orientó o recibió la atención requerida. Se les dio a conocer que la información obtenida sólo es utilizada para fines del estudio, garantizándole a la vez que dicha información no va a ser utilizada en su contra o con fines perjudiciales para sí mismo. Se informó que los resultados obtenidos de la investigación se socializan en diferentes eventos académicos e institucionales y se dará reconocimiento a ellos como participantes, frente a la contribución y aporte de conocimiento para el cuidado de las familias.

Una vez que el participante tomó la decisión de participar voluntariamente en el estudio, diligenció el formato de consentimiento informado (anexo 4). La entrevista con cada participante se efectuó en un espacio privado y cómodo, se recordó que la información es manejada con estricta confidencialidad. Enfatizando en la probabilidad de suspender la entrevista en cualquier momento si se cambia de parecer. Se protege el derecho a la integridad de cada una de las familias que participa en el proyecto, al resguardar su identidad utilizando un código, respetando la confidencial y su uso sólo con un fin investigativo y que por lo tanto no afecta su integridad física, emocional o psicológica.

Se consideró guardar especial cuidado con la veracidad, manejo y procesamiento de la información, desde la recolección, análisis y publicación de los resultados teniendo en cuenta además que no se divulgarán nombres de las familias participantes, ni de los integrantes de la misma.

Para dar cabal cumplimiento al principio de reciprocidad los resultados obtenidos de ésta investigación se proporcionarán a la comunidad e instituciones participantes: ESE Hospital San Juan de Dios, en la Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, con fines puramente académicos, y de esta manera conseguir como el objetivo que éstas instituciones se valgan de la investigación como herramienta para realizar intervenciones en salud de

acuerdo con los resultados obtenidos, además de publicar los resultados en revista indexada.

Se valoraron los riesgos de la persona de la familia participante con el fin de ser minimizados o prever la compensación en caso de daño, causado por la aplicación de los instrumentos y durante el desarrollo de la entrevista, es importante considerar que se presentó en varios ansiedad y temor frente a todos los problemas que se desencadenan de una hospitalización en cuidado intensivo, entre ellos la aceptación de un diagnóstico de difícil manejo familiar.

3.14 Limitaciones del estudio

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

Es importante tener en cuenta que la valoración de los instrumentos utilizados en este estudio se realiza en un momento específico y particular para cada una de las familias participantes, lo cual nos lleva a considerar como lo describe Amaya 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).¹⁴³

¹⁴³ AMAYA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total: RTF: 5-33. Op. cit., p. 67.

4.Resultados y análisis

En el presente capítulo se darán a conocer los resultados, producto de la aplicación de los instrumentos RFT 5-33 y ISF: GEN- 21, a un miembro de cada de las 50 familias con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, y el respectivo análisis e interpretación teniendo en cuenta los elementos presentados en el marco conceptual y marco teórico. Los datos obtenidos se presentaran de acuerdo con los objetivos específicos planteados por el estudio.

De conformidad con el primer objetivo, se reportan las características generales de las familias entrevistadas, 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.

Como respuesta al segundo objetivo planteado se dan a conocer los resultados del Riesgo Familiar Total (RFT 5-33), teniendo en cuenta los cinco factores evaluados (condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y de vecindario, situación económica y manejo de menores).

Para el último objetivo se presenta la valoración del Grado de Salud Familiar General: ISF GEN-21 (Escala de Organización y Escala de Satisfacción).

4.1 Características generales de las familias

4.1.1 Estructura familiar.

Se estudiaron 50 familias con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, residentes en su mayoría en la zona urbana de la ciudad de Armenia Quindío (64%) y en otros municipios del departamento tales como Filandia, Calarcá, Montenegro, La Tebaida, Salento, entre otros. Se encontró un total de 388 miembros, con un mínimo de 2 integrantes, un máximo

de 9. El promedio de edad fue de 39 años con un rango entre menos de 1 año y 97 años, el promedio de miembros encontrado fue de 4.88, promedio superior al encontrado en ENDS 2010¹⁴⁴ de 3.8 para Colombia, 3.6 para el departamento Quindío y para el municipio de Armenia de 3.8 integrantes por familia según DANE 2005¹⁴⁵, resultado relacionado con el predominio de familias extensas (62%). La Encuesta Nacional de Demografía, sustenta como el tamaño de los hogares también puede afectar la distribución de los recursos financieros dentro del hogar y la estructura del gasto¹⁴⁶.

Tabla 6. Distribución de los miembros de la familia por edad y género

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-1 años	1	0.25	1	0.25	2	0.5
2-5 años	5	1.25	5	1.25	10	2.5
6 a 12 años	17	4	24	6	41	10
13 a 18 años	12	3	27	7	39	10
19 a 30 años	35	9	59	15	94	24
31 a 49 años	46	12	57	15	103	27
50 a 59 años	15	4	20	5	35	9
60 años ó más	31	8	33	9	64	17
Total	162	42	226	58	388	100

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

Las familias están compuestas en su mayoría por mujeres (58%), la población femenina es más joven que la masculina en menores de 18 años (14.5 y 8.5 por ciento

¹⁴⁴ PROFAMILIA. Características de los hogares. Op. cit., p. 13.

¹⁴⁵ DANE. 2005. Op. cit., p. 2.

¹⁴⁶ <http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloiza.2011.pdf> p. 70

respectivamente), de allí que los riesgos de embarazo no deseado en adolescentes, exposición a abuso sexual y maltrato asociado al género son mayores. Esta cifra difiere con respecto a lo registrado en el país donde la población masculina es más joven que la femenina (31 y 27 por ciento en menores de 15 años). Las anteriores cifras reflejan como la composición familiar de las familias del estudio, presentan bajo porcentaje de menores de 18 años, muy inferior al reporte de menores a nivel nacional.

También se observa mayor población femenina que masculina en edades entre los 19 y 59 años (35 y 25% respectivamente), posiblemente por la feminización de la jefatura de las familias, situación confirmada por la EDNS-2010 que reporta al Quindío como uno de los departamentos que presenta el mayor porcentaje de jefatura femenina (41%). Esto lleva a plantear la importancia de mirar con mayor atención el rol de las mujeres en las familias, tanto en los aspectos en que se encuentra en desventaja frente a los otros integrantes de la familia, como en aspectos relacionados a su rol promotor de la familia¹⁴⁷. Las mujeres son jefas mayoritariamente a cargo de sus hijos, en general sin cónyuge; en segundo lugar están solas, o con la responsabilidad de parientes¹⁴⁸. Se argumenta que el tamaño del hogar guarda una relación inversa con el ingreso¹⁴⁹, que la composición del hogar afecta la distribución de recursos disponibles y aspectos emocionales de sus integrantes, y que el tamaño del hogar y el género de su jefe están asociados a menudo con diferentes niveles de bienestar familiar¹⁵⁰.

Lo anterior, muestra el rol tan importante que juegan las mujeres en el ambiente familiar, no solo en la crianza y la relación con sus hijos, sino como componente o factor clave en los procesos de crisis familiares formativas y no formativas, para este estudio particular una crisis no formativa como lo implicaría una hospitalización en un proceso de enfermedad grave. De esta manera existe un amplio consenso acerca de que son las

¹⁴⁷ *Ibíd.*, p. 13.

¹⁴⁸ RICO DE ALONSO, Ana. Formas, cambios y tendencias en la organización familiar en Colombia. *Nómadas (Col)*, 1999. P. 110-117.

¹⁴⁹ Misión Social, Departamento Nacional de Planeación DNP, ICBF Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo*. Bogotá: Alfa-omega Colombiana; 2002. p.50.

¹⁵⁰ Profamilia. *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: Profamilia; 2000.

mujeres de cada familia quienes tejen la organización social, dan vida al entramado comunitario y desarrollan con más fuerzas las estrategias de solidaridad que permiten a las familias crecer juntas en la tarea de superación de situaciones de pobreza, además de intervenir en el mejoramiento de las condiciones de vida y en el afrontamiento en situaciones de crisis¹⁵¹.

El grupo situado entre los 19 y 59 años (población económicamente activa), representa el 60 por ciento del total, lo que indica que la responsabilidad del mantenimiento recae sobre dicho grupo, es decir que la relación de dependencia es medio, pues 23 por ciento de la población es menor de 18 años y 17 por ciento son adultos mayores de 60 años, pero se agrava la situación de dependencia, cuando el responsable del sostenimiento económico de la familia se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, pues la familia sufre una reorganización laboral, con implicaciones en algunos casos como el retiro y la suspensión del trabajo entre otros, hecho que para el familiar adulto es relevante por las implicaciones económicas del grupo familiar.

De igual manera es importante observar como hay un porcentaje similar de mujeres y hombres mayores de 60 años (9 y 8%), para un total de personas mayores de 60 años de 17 por ciento, cifra que muestra como la familia siempre ha desempeñado un papel importante en el cuidado de las personas mayores¹⁵² y se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde se ocupa principalmente de dos dimensiones: una específica –vinculada con el proceso de crianza y formación de los hijos– y otra complementaria –que está dada por la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes, frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias. El más relevante de los mecanismos de apoyo que reciben las personas mayores de la familia es la convivencia, que involucra no sólo albergue y comida, sino también tiempo y servicios, convirtiéndose la familia en una

¹⁵¹ Estudio de Caracterización de Familias Puente en la perspectiva de sus sistemas aspiracionales en los distintos ciclos de vida familiar. Santiago 2006.

¹⁵² ROBERTO KA, JARROTT SE. Family caregivers of older adults: a life span perspective. *Family Relations*. 2008 Jan.; 57, (1): 100–111.

fuentes de múltiples apoyos¹⁵³ que garantizan la supervivencia de la misma. Esto lleva a plantear la importancia de mirar con mayor atención el rol de las mujeres en las familias, tanto en los aspectos en que se encuentra en desventaja frente a los otros integrantes de la familia, como en aspectos relacionados a su rol promotor de la familia¹⁵⁴.

4.1.2 Tipología familiar

La gráfica 1, muestra la distribución porcentual de tipos de familias, encontrando un alto porcentaje de familias extensas (62%), seguidas por las familias nucleares (30%), datos porcentuales que difieren de manera importante con lo reportado en la ENDS 2010, que determina para el Quindío un predominio de familias nucleares (55%) seguidas de los hogares con tipología extensa (30%). Así la familia extensa, viva o no en el mismo hogar, es reconocido como una modalidad de aseguramiento¹⁵⁵, pero por su complejidad también favorece la posibilidad de generar mayor número de riesgos como ha sido encontrado en investigaciones de familias donde tanto las familias extensas como las atípicas son las que mayores riesgos reportan¹⁵⁶. Lo que sugiere que estas familias optan por esta estrategia como medio de supervivencia y mejoramiento de las condiciones de vida de las familias¹⁵⁷.

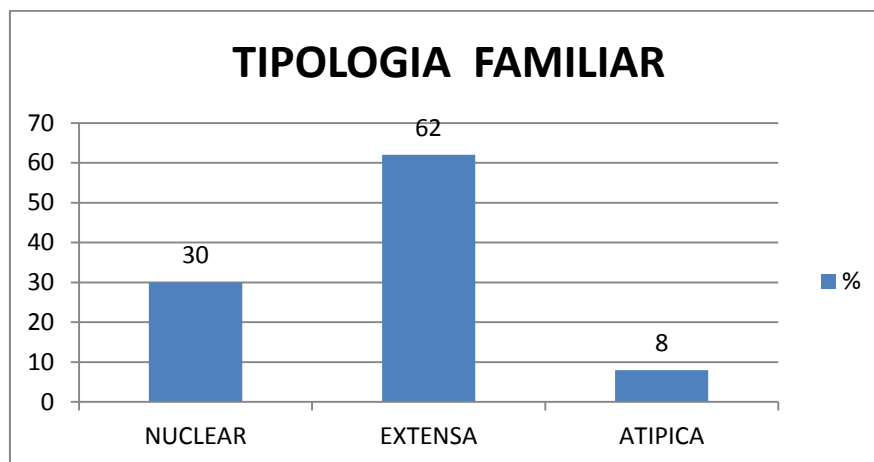
¹⁵³ CRIST JD. The meaning for elders of receiving family care. *J Adv Nurs*. 2005 Mar; 49(5):485-93.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 13.

¹⁵⁵ ROSENZWEIG M, STARK O (Ed). *The handbook of population and family economics (Vol.1A and 1B)*. Amsterdam: Elsevier Science; 1997.

¹⁵⁶ AMAYA-REY MCP. Informe Técnico: Estandarización de instrumentos de Salud Familiar y Riesgo familiar total para Iberoamérica 2005-2012 DIB. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería: Programa de Doctorado; 2009.

¹⁵⁷ VELÁSQUEZ GUTIÉRREZ Vilma Florisa; AMAYA-REY, María Consuelo del Pilar. Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). *Revista Salud Uninorte*, vol. 28, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 315

Gráfica 1. Tipología familiar

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

Lo anterior puede obedecer a la consideración manifestada en una caracterización de familia realizada por la subdirección de familia del ICBF: a medida que los desarrollos sociales, culturales y políticos se diversifican y cambian, la familia se modifica en concordancia con estas nuevas condiciones. Es un hecho innegable que la familia nuclear fue considerada por centurias, como el modelo central de familia. Hoy este predominio en términos cuantitativos es innegable, sin embargo es igualmente cierta, la enorme amplitud y diversidad en la morfología familiar, que se traduce en un espectro amplio de tipologías de familias en Colombia¹⁵⁸.

La antropología colombiana ha hecho afirmaciones sobre las familias extensas donde considera que existe “un alto grado de cooperación”, que, “en casos de emergencia” genera “un fuerte sentimiento de solidaridad que aprieta las ramas de parentesco. Por encima de los conflictos entre sus miembros, “salva a esta molécula social de su desintegración el fuerte funcionalismo que para la sobrevivencia individual éste representa”. Al fin y al cabo “son más las razones para permanecer unidos que para disociarse”¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Dirección de Prevención. Caracterización de las familias en Colombia. Subdirección de Familia. Bogotá, 2012.P.23.

¹⁵⁹ GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. ASCOFAME. Bogotá. 1975.

El presente estudio confirma los enunciados teóricos con la preponderancia de la familia extensa por encima de las demás estructuras familiares. Adicionalmente, al aplicar la entrevista se observa como en muchos casos la patología misma y su condición de cronicidad y/o la hospitalización de algún integrante de la familia modifican en gran medida la estructura y organización al interior de las familias.

4.1.3 Roles familiares.

En la tabla 7 se detalla el número de personas según el rol familiar reportado en la familia. Se encuentra predominio de esposos (29%) discriminado en madres- esposas (17%) y padres esposos (12%), seguido por hijos (24%), nietos (15%) y abuelos (12%). Esto indica que se trata de familias con tres generaciones, donde se destaca el rol de los esposos que corresponden a la segunda generación.

Tabla 7. Distribución de personas según el rol reportado dentro del sistema familiar.

ROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hija/hijo	95	24
Madre- esposa	68	17
Nieta/Nieto	59	15
Abuela/Abuelo	47	12
Padre-esposo*	45	12
Tío	20	5
Sobrina/o	14	4
Nuera - yerno	16	4
Padrastra-Madrastra	14	4
Hermana(o)	9	3
Sin información	1	0
Total	388	100

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

4.1.4 Rol de la persona entrevistada

De acuerdo con los datos reportados en la tabla 3, las personas entrevistadas según el rol corresponden en su mayoría a hijos (36%), donde el 17 por ciento corresponde a hijas mujeres. También se destacan las madres (20%), esposas (12%) para un total de mujeres entrevistadas de 37 por ciento, que sugieren que las mujeres están ejerciendo ese papel de cuidadoras y varias son cabeza de familia, condición a la que hace referencia la ENDS 2010, al aseverar: “se viene observando hace un tiempo la feminización de la jefatura de los hogares”. En 1995 una cuarta parte (24%) 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%) confirman la tendencia creciente en la jefatura femenina de los hogares colombianos. El aumento ocurrió tanto en la zona urbana como en la rural. Quindío y Casanare son los departamentos que presentan el mayor porcentaje de jefatura femenina (41 y 40 por ciento, respectivamente)

Tabla 8 Distribución de personas entrevistadas según el rol

ROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hija/hijo	18	36
Madre	10	20
Esposa(o)	6	12
Nieta(o)	5	10
Hermana(o)	5	10
Otros	6	12
Sin información		
Total	50	100 verificar

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

El promedio de edad de las personas entrevistadas fue de 39 años, es decir son personas adultas productivas donde el acontecimiento de hospitalización en cuidados intensivos de un miembro de la familia, puede ejercer una triple carga para el cuidador: trabajo, cuidador del adulto institucionalizado y además, las tareas en el hogar.

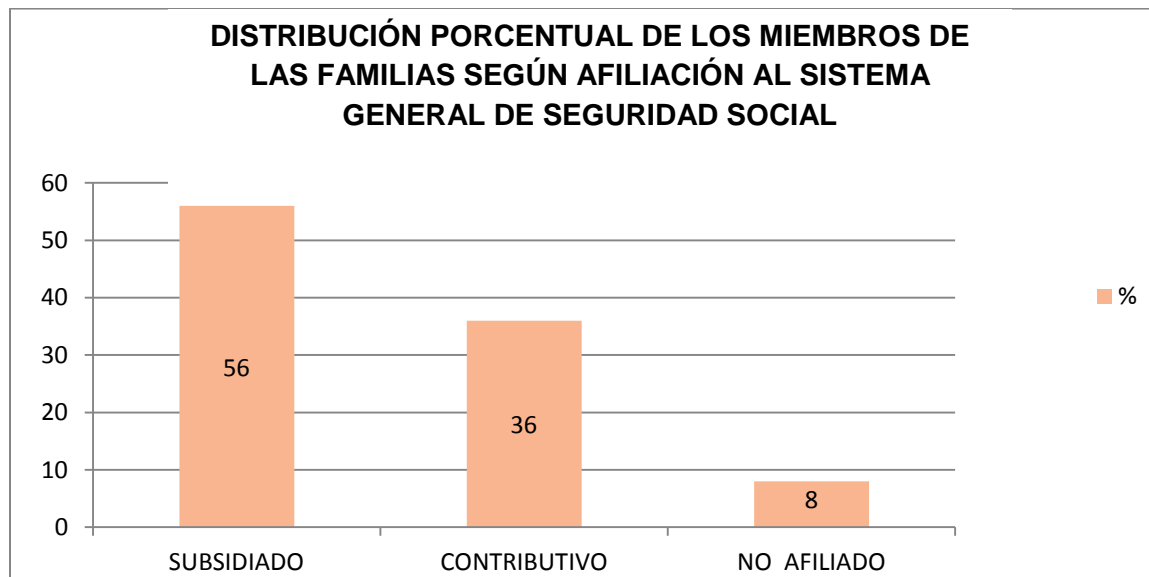
4.2 Riesgos individuales

Se incluyen aquí algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con los servicios de salud, educación sexual, percepciones de salud, nutrición, vacunas, y otras que afectan la salud de los diferentes miembros de las familias, además se presentan los antecedentes patológicos de carácter familiar y las instituciones de apoyo con los que cuenta el grupo familiar para ser utilizados en pro de ofrecer mejores condiciones de seguridad y bienestar social.

4.2.1 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

La gráfica 2 presenta la distribución de las familias al Sistema General de Seguridad Social. Los resultados muestran una alta afiliación (92%) de los miembros de las familias, principalmente al régimen subsidiado (56%) dadas las características de la población que recibe el hospital al ser de carácter público y los criterios de inclusión de las familias pobres ubicadas en estratos 1 y 2. Debe señalarse que 8 por ciento de la población no se encuentra afiliada y corresponde a un número importante de personas que no aparece registrada en el sistema de seguridad social y que amerita con carácter urgente educación sobre la importancia que tiene y representa la inclusión al régimen subsidiado, teniendo como finalidad la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar.

Gráfica 2. Distribución porcentual de los miembros de las familias según afiliación al Sistema General de Seguridad Social



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

Estos resultados difieren de lo reportado en la ENDS 2010 que puntualiza que “el 12 por ciento de la población de Colombia no tiene ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Un 44 por ciento está afiliado a una EPS Subsidiada, un 40 por ciento a EPS¹⁶⁰. De igual manera, con los resultados obtenidos para el departamento del Quindío por la ENDS 2010, que presenta un total de 38.2 por ciento de afiliación al régimen contributivo, 49.1 por ciento para el subsidiado , pero la cifra de individuos no afiliados al sistema es similar (8.9%). Lo anterior indica que la afiliación en salud de los miembros de las familias participantes difiere a lo descrito en la ENDS 2010, posiblemente influenciado por los criterios de inclusión, ya que son familias de estrato socio económico 1-2. Sin embargo el número de personas no afiliadas (8%) obliga a considerar diferente estrategia para promover la vinculación de estas personas y así evitar que todavía exista inequidad en cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social en nuestro país y dar cumplimiento a la universalidad que reza en el artículo 1 del decreto 1703/02.

¹⁶⁰ PROFAMILIA ENDS 2010. Cap.14. Afiliación, percepción y uso de servicios del sistema general de seguridad social en salud. P. 400.

4.2.2 Educación sexual en la familia.

El 65 por ciento de los integrantes de las familias expresó haber tenido educación sexual. (Tabla 9.). Este dato es una alerta para los servicios de salud para continuar ofreciendo programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, y sugiere que probablemente los menores no han recibido este tipo de educación durante la formación básica y secundaria.

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

Tabla 9. Educación sexual en la familia como factor de riesgo individual.

EDUCACIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	%
HA TENIDO	252	65
NO HA TENIDO	136	35
TOTAL	388	100

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

Cuatro de cada cinco mujeres menores de 25 años (80 por ciento) han participado en actividades de educación sexual. El lugar mencionado con más frecuencia en que las mujeres han participado es el colegio (93 por ciento). Alrededor del 20 por ciento menciona la universidad y el hospital/centro de salud, mientras la escuela es mencionada por el 4 por ciento. Las mujeres que más han participado son las de 15-19 años, solteras, hijas/nueras, nietas, hermana/cuñada u otra parienta del jefe de hogar; aquéllas que viven en hogares unipersonales o en familia nuclear completa o incompleta o extensa de

jefe con otros parientes. La participación aumenta con el nivel educativo y es mayor en las zonas urbanas que en las rurales ¹⁶¹

4.2.3 Percepción del riesgo en la familia.

La mayoría de los integrantes de las familias se consideraron “enfermos” (46%) y en riesgo (Tabla 10). Esta información difiere con la percepción nacional y del departamento del Quindío, pues según la ENDS 2010, la salud de los colombianos y de los habitantes del Quindío se percibe como excelente, muy buena y buena. Este resultado está influenciado posiblemente por la situación que la familia está atravesando al tener un miembro de la familia hospitalizado

Tabla 10. Percepción del riesgo de los miembros de la familia

PERCEPCIÓN DE RIESGO	FRECUENCIA	%
EN RIESGO	63	16
APARENTEMENTE SANO	148	38
ENFERMO	177	46
TOTAL	388	100

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

Estos porcentajes podrían corresponder a la vulnerabilidad en que se encuentran las familias de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, situación que cambia las vidas de manera sustancial, derivado de las modificaciones a las que se ve sometido el familiar, además de generar un mayor riesgo relacionado con los cambios de hábitos, carga del familiar y el asumir nuevos roles, estos factores conducen a modificaciones tales como: alteraciones en los patrones de alimentación, descanso y sueño, y en las tareas de la vida diaria, hecho que también encontraron en un estudio

¹⁶¹ PROFAMILIA. ENDS 2010. Cap.14. Afiliación, percepción y uso de servicios del sistema general de seguridad social en salud.

con abordaje cualitativo Engstrom y Soderberg (2004)¹⁶² en Suecia, es así como la percepción del grupo familiar ve alterada.

4.2.4 Condiciones de salud de las familias

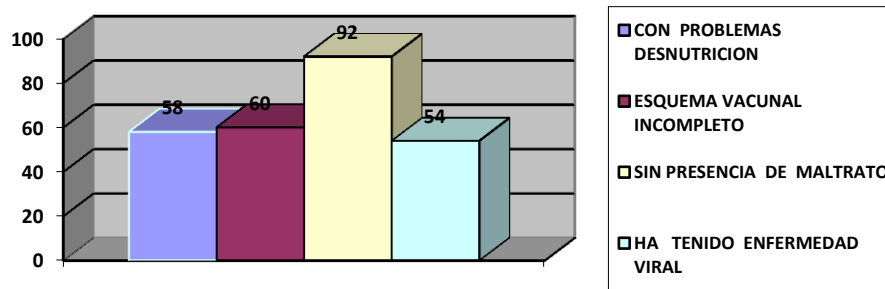
Condiciones de salud de los menores de 12 años

En las 50 familias estudiadas con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío, se encontró un trece por ciento de menores de 12 años. La gráfica 3, destaca como más de la mitad de los menores de 12 años han presentado: esquema vacunal incompleto (60%), desnutrición (58%), y enfermedades virales (54%), y un porcentaje de niños con maltrato (8%). Estos resultados se asemejan al reporte de la ENDS 2010, donde presenta para Colombia y para el departamento del Quindío datos de desnutrición entre aguda y crónica de 60 por ciento en la población menor, y difieren sobre de la enfermedad viral para el Quindío de 34 por ciento, quizás por la falta de esquema completo de vacunación. Llama la atención la presencia de maltrato (8% de los niños), tal vez porque los adultos no reconocen las diversas clases de maltrato, o bien niegan el maltrato por temor a las represalias legales.

Es claro que las condiciones de los menores de 12 años son realmente desfavorables para su crecimiento y desarrollo óptimo. Estas situaciones ameritan fortalecer los programas de promoción y prevención, donde se fortalezca la unión familiar, el programa de crecimiento y desarrollo y PAI. Es imperativo continuar con el trabajo a favor del buen trato articulado con el ICBF, las comisarías de familia, escuelas y alcaldía.

¹⁶²ENGSTRÖM. Åsa y SÖDERBERG. Siv. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004. 20, p. 301. <http://epubl.ltu.se/1402-1757/2006/22/LTU-LIC-0622-SE.pdf>

Gráfica 3. Distribución porcentual de las condiciones de salud de los niños y niñas preescolares y el total de menores de 12 años.

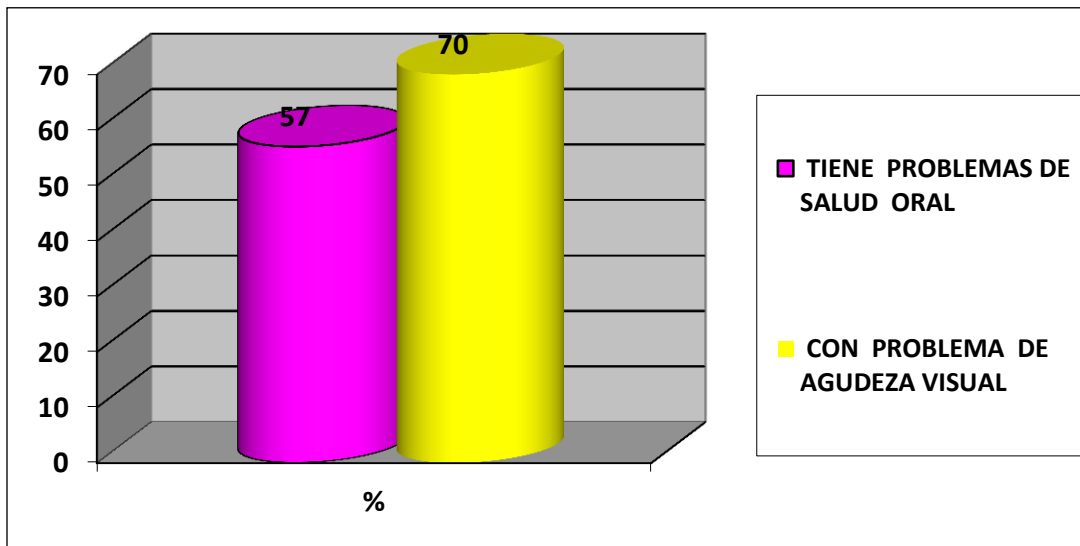


Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Armenia, Quindío. 2011.

Condiciones generales de salud de los miembros de la familia

Las condiciones generales de salud se analizaron desde la presencia de accidentes, problemas de salud oral y agudeza visual o auditiva (Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución porcentual de riesgos individuales en los miembros de las familias



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

Existen problemas generales de salud en los miembros de las familias, especialmente relacionados con agudeza visual o auditiva (70%), y salud oral (57%). El hallazgo de problemas de agudeza visual son superiores a lo reportado para Armenia Quindío (39%), que demuestran la importancia de intensificar un programa de detección temprana de

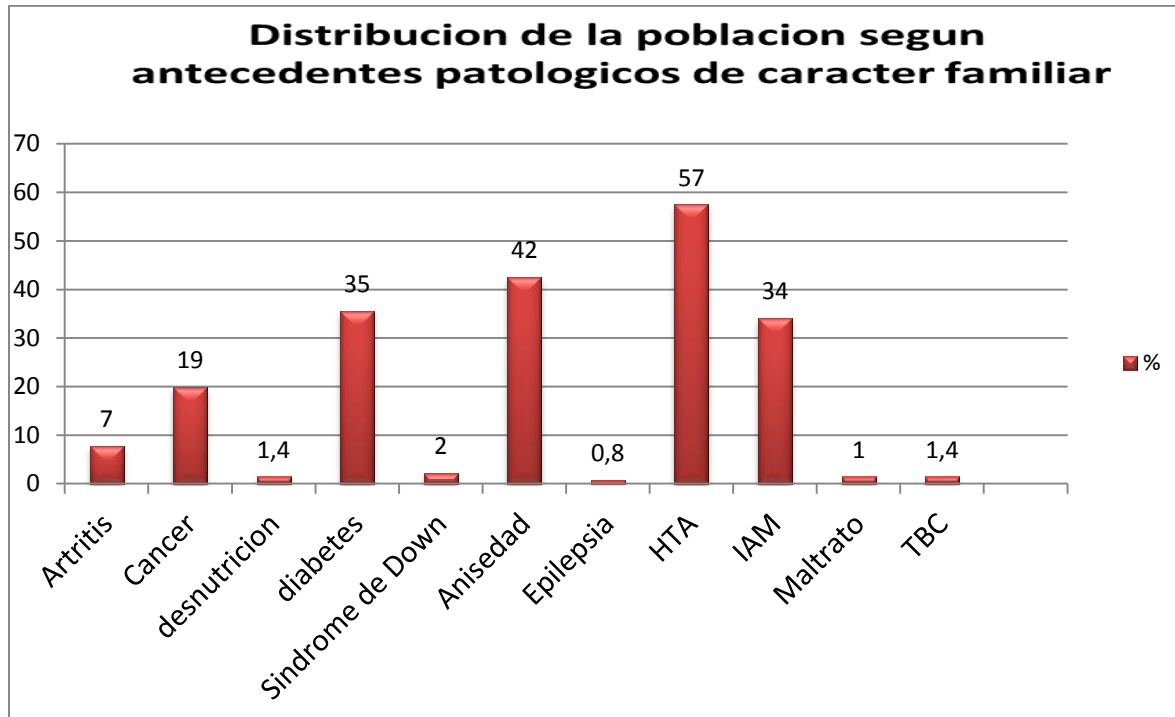
problemas de salud oral, visual y auditiva en la población en general y optimizar los servicios prestados a la población especialmente la discapacitada, en la búsqueda de una mejor calidad de vida y una mayor integración de la sociedad.¹⁶³

4.2.5 Antecedentes de carácter familiar

La gráfica 5 reporta el tipo de enfermedades presentes en los miembros de las familias en el momento de la aplicación de la encuesta. Es evidente que más de la mitad de los miembros de las familias manifestaron tener antecedentes de tipo familiar para alguno de sus miembros, además que con bastante frecuencia señalaron más de un antecedente en una misma familia. Por lo anterior se aclara que el total de esta población no se tomó en relación con las familias ni el número de miembros que las constituyen, sino en relación con la frecuencia de aparición del antecedente patológico. Solo se tuvo en cuenta los antecedentes que puntearon.

La mayoría de las personas que reportan enfermedad tienen trastornos crónicos o degenerativos, no trasmisibles representadas en hipertensión (57%), diabetes (35%), e infarto (34%); debe resaltarse como hecho importante que la ansiedad como patología mental está presente en 42.6 por ciento de la población.

¹⁶³TAMAYO FERNÁNDEZ, Martha Lucia. Manual sobre análisis etiológico, médico-genético, estadístico y epidemiológico de la limitación visual en Colombia. Bogotá. 2000.

Gráfica 5. Distribución porcentual de morbilidad familiar

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

Estos datos presentan cifras más altas que lo reportado por la ENDS-2010 para la población colombiana, el 45 por ciento de adultos sufre de hipertensión arterial; 16 por ciento de enfermedades del corazón tipo IAM (infarto agudo de miocardio), y 11 por ciento de diabetes. Al igual que el reporte del departamento del Quindío, 49.7 por ciento de la población sufre de problemas de tensión arterial y 13 por ciento sufre de diabetes.

Estos resultados hacen recordar que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, ya que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente; además, se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, como el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol; y al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las

personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud¹⁶⁴.

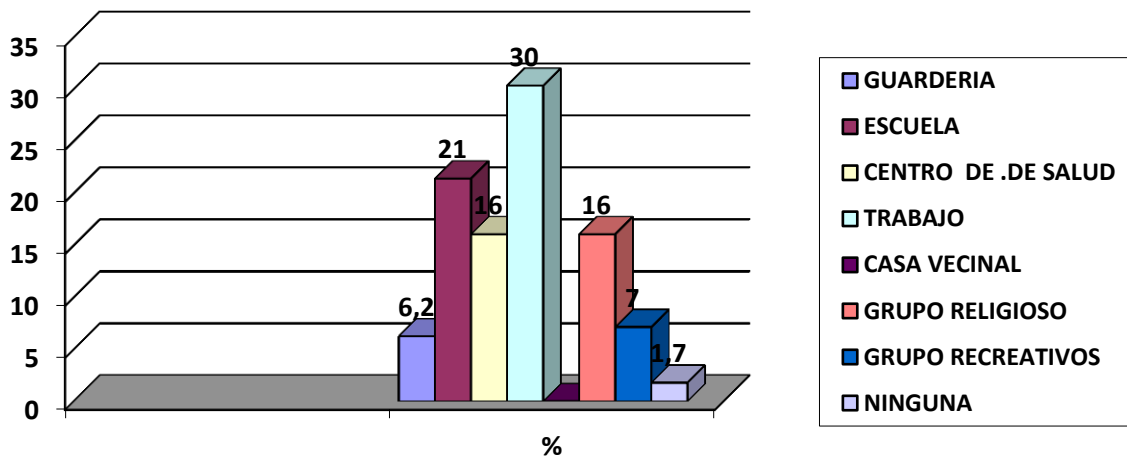
Este panorama nos obliga a poner en contexto la importancia que tiene la salud mental para la salud pública, además de retomar desde las disciplinas de salud el concepto de ser humano como: ser bio-psico-social, concepto por muchos no tenido en cuenta, ya que en con frecuencia visualizamos la enfermedad desde el ámbito netamente físico, haciendo de lado la esfera mental de la persona , tan inmensamente vulnerada en nuestros tiempos por las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas, entre otras, a las que nos vemos constantemente enfrentados.

4.2.6 Instituciones de apoyo familiar

La gráfica 6, muestra que la mayor parte de familias valoran el trabajo como la principal institución de apoyo (30%), esta consideración resulta lógica desde el concepto propuesto por Aguirre Ochoa: “el desempleo presenta una serie de efectos patológicos del hombre, tanto en sus niveles generales de salud y conducta personal como en su identidad y vida social. Puede considerarse que el trabajo en su dimensión social es el medio principal a través del cual la persona se relaciona con la sociedad y contribuye al mantenimiento de la misma. Este vínculo entre la persona y la sociedad posibilita además un sentimiento de participación y utilidad. La primera función del trabajo es, por tanto, la de proveer de los medios necesarios para poder subsistir y humanizarse¹⁶⁵.

¹⁶⁴ INS - Instituto Nacional de Salud. Líneas de Acción. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Enfermedades No Transmisibles. 2014.

¹⁶⁵ AGUIRRE OCHOA, Marx. Implicaciones sociales del desempleo. Febrero de 2008

Gráfica 6. Distribución porcentual de las Instituciones de apoyo familiar

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

La escuela o centro educativo continua puntuando en segundo lugar (21.4%), lo que indica que para esta zona del país estas instituciones son fortalecedoras de desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, cabe resaltar que en el departamento del Quindío se realizan acciones de fortalecimiento permanente en las escuelas y colegios de las poblaciones más vulneradas, al igual que el trabajo conjunto de las universidades de la zona y la secretaría de educación del departamento, que ofrecen de manera constante atención a la población desde los aspectos de promoción y prevención.

Luego sigue el centro de salud (16%) como institución que brinda apoyo al grupo familiar en búsqueda de la solución a los quebrantos de salud que pueden presentarse en algún integrante de la familia. Llama la atención el número tan reducido de familias que perciben las instituciones de salud como apoyo en momentos tan críticos y donde el familiar se encuentra hospitalizado. Es importante que la población continúe viendo los centros de salud como el lugar que ofrece atención primaria y algunos cuidados básicos a las personas y grupos familiares, para esto se requiere sin lugar a dudas mayor atención de los entes gubernamentales, y educativos para con estas instituciones y no perder de vista el objetivo principal de un centro de salud como es establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable; por medio del establecimiento de acciones preventivas de las diferentes enfermedades que aquejan a su población, o bien procurar el mantenimiento de la salud en la misma.

Los grupos religiosos (16%) continúan siendo en la zona instituciones de gran apoyo para la población en donde se procura por un mejor desarrollo de la sociedad, es además innegable que independiente del credo religioso del individuo, las organizaciones religiosas les ayudan a sentirse parte de un grupo cultural que comparte sus creencias, ritos y costumbres, con una inclusión social importante.

Las debilidades se ubican en los grupos recreativos (7%) y el apoyo de guarderías para los menores (6.2 %), instituciones muy importantes para el desarrollo integral de los niños, pero que según lo expresado por los familiares informantes del estudio no son reconocidas como organismo de apoyo familiar.

4.3 Resultados del Riesgo Familiar Total-RFT: 5-33

La gráfica 7 muestra la distribución porcentual del riesgo familiar total por puntuaciones estandarizadas para la clasificación en riesgo alto, riesgo bajo y el riesgo para las familias amenazadas. Esta última categoría tiene un predominio importante con respecto a las demás.

Para el puntaje total del instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, se definen tres categorías de calificación del riesgo familiar: familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto. La gráfica 6 muestra la distribución del riesgo familiar total de las familias, destacándose el mayor porcentaje de familias en riesgo bajo (54%) y amenazadas (46%), sin encontrar ninguna en alto riesgo. Resultados que difieren del estudio en Bogotá, Clínica San Pedro Claver¹⁶⁶, que reportó el 95 por ciento de las familias con bajo riesgo y 5 por ciento riesgo moderado, o en Pamplona donde predominó el alto riesgo familiar (47%)¹⁶⁷. Pero se debe tener en cuenta el planteamiento de Amaya¹⁶⁸, donde afirma que es posible que en una familia que sea categorizada en el nivel de riesgo bajo, según el puntaje global se presente alguno de los factores ubicados en la categoría de riesgo alto a amenazada.

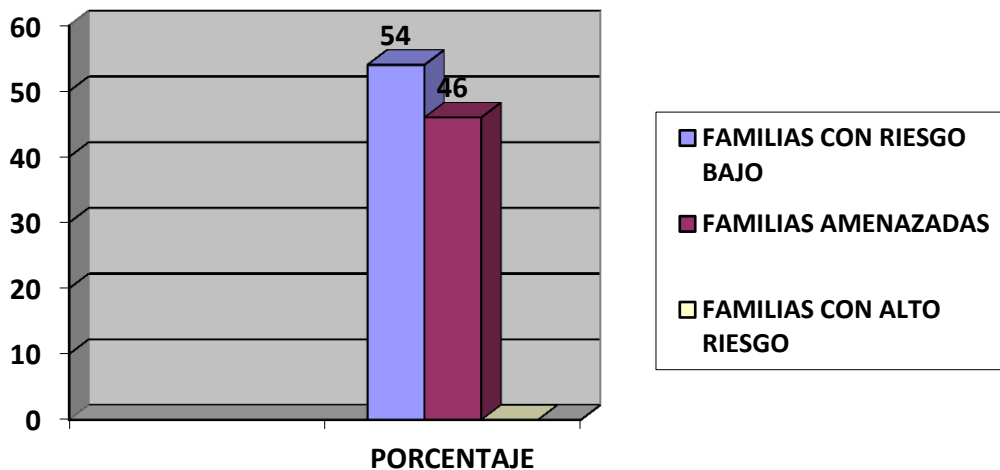
¹⁶⁶ LEYVA MORALES. 2010. Op.cit.

¹⁶⁷ URIBE M, Angélica. Op. cit., .p.82

¹⁶⁸ AMAYA Pilar. Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Op.cit.,p.49

En esta perspectiva, encontrar que casi la mitad de familias con familiares adultos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo están amenazadas (46%) amerita priorizar la implementación de un programa en salud familiar en el hospital e intensificar las acciones orientadas a controlar los factores de riesgo o modificar los existentes, acorde con los lineamientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de la Atención primaria en salud. Ya que la enfermedad de acuerdo a lo planteado por Fernández M.¹⁶⁹ trae efectos adversos para la salud no sólo de la persona que la padece sino del núcleo familiar en conjunto y se puede convertir en un factor de riesgo para la familia.

Gráfica 7. Distribución porcentual del Riesgo Familiar Total.



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

A continuación se presentan las puntuaciones del RTF 5-33 por cada uno de los factores, en los cuales se muestra la calificación de las 50 familias evaluadas.

4.3.1 Distribución del Riesgo Familiar Total por factores.

El riesgo familiar se evalúa a partir de cinco aspectos: condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo

¹⁶⁹ Ibíd., pp.253-254.

de menores, contemplados todos en el instrumento de la doctora Pilar Amaya, RFT: 5-33, Instrumento de Riesgo Familiar Total.

La tabla 11 muestra los resultados generales del RFT.5-33, por factores de riesgo, esto permite observar que las condiciones psicoafectivas son las que más influyen en el riesgo familiar; mostrando un panorama preocupante para estas familias, ya que la desarmonía conyugal y la ingesta de alcohol o psicoactivos son factores de riesgo, que hacen necesario ofrecer un enfoque de riesgo para la salud familiar como lo plantea Amaya de Peña (2004), ya que, algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.

Tabla 11. Perfil porcentual de las familias según factores del riesgo familiar total

SUBCATEGORÍAS	BAJO RIESGO	AMENAZAS	ALTO RIESGO
Condiciones Psicoafectivas	60	36	4
Servicios y Prácticas de Salud	24	76	0
Condiciones de Vivienda y Vecindario	98	2	0
Situación Socioeconómica	22	78	0
Manejo de Menores	86	14	0
Puntaje Total Riesgo Familiar	54	44	2

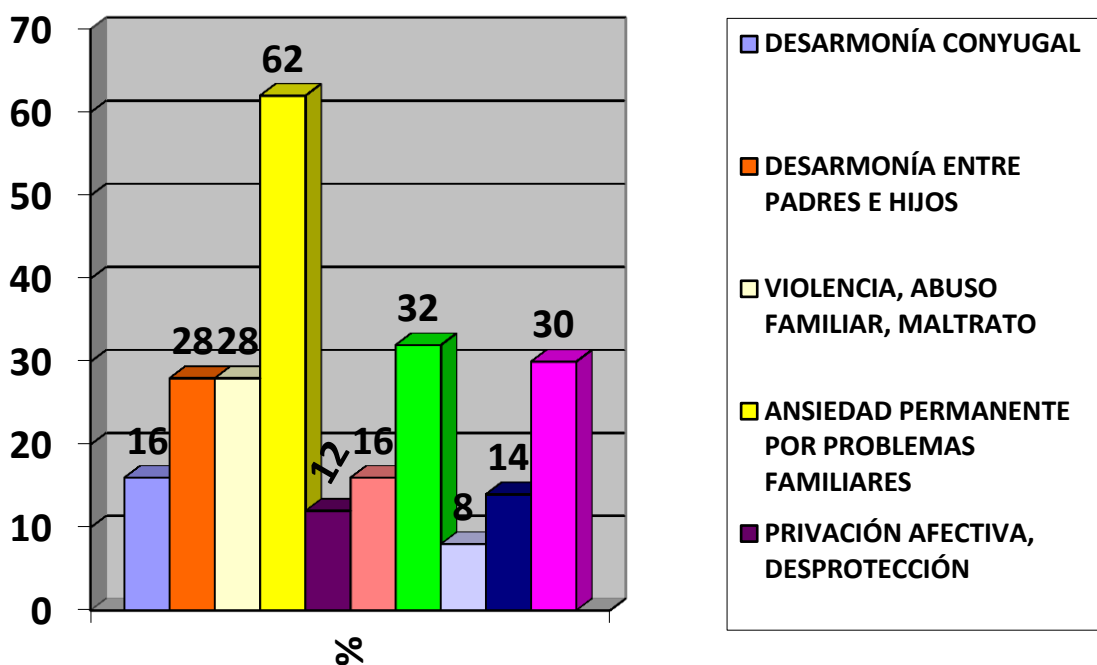
4.3.1.1. Riesgo para ambiente psicoafectivo.

El riesgo para ambiente psicoafectivo, reportó que la mayoría de estas familias se encuentran en bajo riesgo familiar (60%) y amenazadas (36%).

En la gráfica 8 se observa que más de la mitad de las familias presentan ansiedad (62%), aproximadamente una tercera parte muestran divorcio o separación conyugal (32%) e ingesta de alcohol o psicoactivos (30%), violencia, abuso familiar o maltrato (28%) y desarmonía entre padres e hijos. Es llamativo el porcentaje de fugas de menores, padre

o madre en estas familias (16%), que sumado a los anteriores hallazgos y la violencia social del país, son causa para que estas familias se encuentren altamente amenazadas y sin un servicio de salud que trabaje en la prevención de la violencia social y familiar¹⁷⁰.

Gráfica 8. Distribución porcentual del Riesgo para ambiente psicoafectivo



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

La hospitalización de un familiar en una Unidad de Cuidado Intensivo produce por lo general en el grupo familiar un impacto emocional que hace que vivan la internación del enfermo como una amenaza a su integridad familiar y les provoca reacciones de alerta que se expresan como ansiedad y conflictos en la comunicación¹⁷¹. Esta situación, hace un llamado a considerar la posibilidad de que los servicios de cuidado crítico ofrezcan atención en este aspecto a las familias, máximo cuando el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, reporta que 40,1 por ciento de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno

¹⁷⁰ <http://www.bdigital.unal.edu.co/7059/1/539584.2012.pdf> p. 77.

¹⁷¹ ALBÍSTUR; BACIGALUPO, et. al. Op.citt.

psiquiátrico diagnosticado. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5%); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) ¹⁷². Además, la salud Mental hace parte de las 10 prioridades nacionales de Salud Pública.

El Ministerio de Salud, en su resolución 2358 de 1998 ¹⁷³, expresa que la Salud Mental es la capacidad que tienen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio en que viven. En los servicios de Salud se incluyen la accesibilidad, cobertura, entrenamiento y actitudes de los profesionales de la salud, la oportunidad y la calidad de los servicios y el comportamiento. El afecto y las buenas relaciones familiares, las habilidades comunicativas y la asertividad, el buen manejo de los conflictos, el estrés y el acompañamiento familiar, entre otros, pueden convertirse en factores de riesgo o en factores protectores.

El Riesgo para ambiente psicoafectivo se aumenta con la condición de divorcio y separación conyugal presente en estas familias, explicado en la ENDS 2010 donde indica que las causas principales de separación son: la violencia conyugal, la infidelidad por parte del compañero permanente y el consumo de alcohol.

Se hace necesario referenciar en este hallazgo la importancia que tiene la migración de familiares en el departamento del Quindío, lo cual afecta de manera importante las relaciones intrafamiliares y la condición psicoafectiva en la zona, según el Programa Integral de Migración y Desarrollo para el Quindío de la Cámara de Comercio de Armenia, el Quindío tiene una de las tasas más altas de experiencia migratoria por hogares del país (2,21% que lo sitúa después de Risaralda y Valle del Cauca). Armenia es uno de los municipios con más alto porcentaje de hogares con personas en el exterior (22%, después de Pereira) ¹⁷⁴.

¹⁷² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y FUNDACIÓN FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: C&C Gráficas, 2005

¹⁷³ COLOMBIA. Congreso de la República. Resolución 2358 de 1998. Política Nacional de Salud Mental.

¹⁷⁴ CÁMARA DE COMERCIO DE ARMENIA – Fundación Micros del Quindío.2005

De esta manera por la situación psicoafectiva de una tercera parte de las familias que presentan separaciones e ingesta de alcohol se potencializa el riesgo, ya que quienes integran las familias son afectados por problemas tradicionales que inciden en la convivencia tales como la violencia intrafamiliar, las formas autoritarias que constituyen las relaciones generacionales y la inequidad entre los géneros¹⁷⁵.

4.3.1.2 Riesgo de servicios y prácticas de salud de la familia

En cuanto a los servicios y prácticas de salud, se encontró que las familias están amenazadas (24%) y en bajo riesgo (76%). Los factores que más influyen son el manejo inapropiado de la salud dental (33%), no detección de riesgos familiares (21%) y subutilización de servicios de salud disponibles (19%). Es preocupante que las familias no encuentren atención e información sobre los servicios de salud, siendo éste un factor determinante en el estado de salud de la población, es necesario entonces garantizar intervenciones oportunas, que propendan por la calidad. Se debe reevaluar y de ser necesario replantear la demanda inducida y la información en lo relacionado con derechos en salud. La enfermera juega un rol importante al liderar los procesos educativos. Este hallazgo muestra un reclamo social, las familias esperan más apoyo de las Instituciones de salud, tanto para el acceso y oportunidad en los servicios, como para la detección oportuna de riesgos y el manejo apropiado de la salud¹⁷⁶.

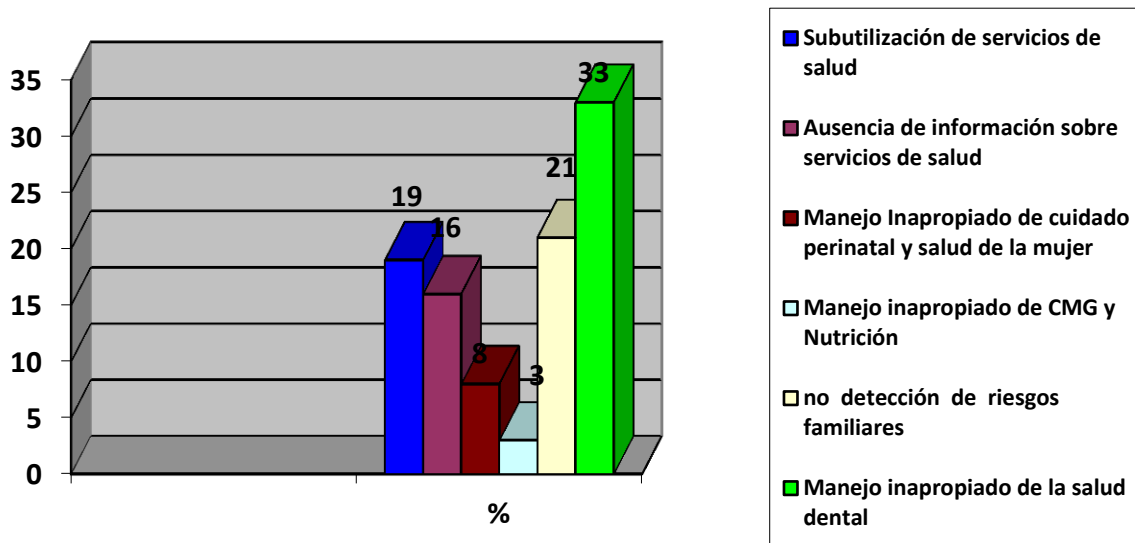
Sin embargo difieren estos resultados con respecto a los obtenidos en Bogotá¹⁷⁷ con familias de pacientes hospitalizados donde predominan las familias con el bajo riesgo (54%), riesgo moderado (34%), el riesgo alto alcanza el 12 por ciento de las familias.

¹⁷⁵ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Seminario Internacional Familias: cambios y estrategias. Presentación general final. Octubre, 2005. p.1.

¹⁷⁶ VELÁSQUEZ RESTREPO, Luz Enith. Riesgo familiar total y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos Pereira, Risaralda. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Programa de maestría en enfermería. 2012. p. 79.

¹⁷⁷ LEYVA MORALES. 2010. Op.cit.

Gráfica 9. Distribución porcentual de riesgos por Servicios y prácticas de salud de la familia



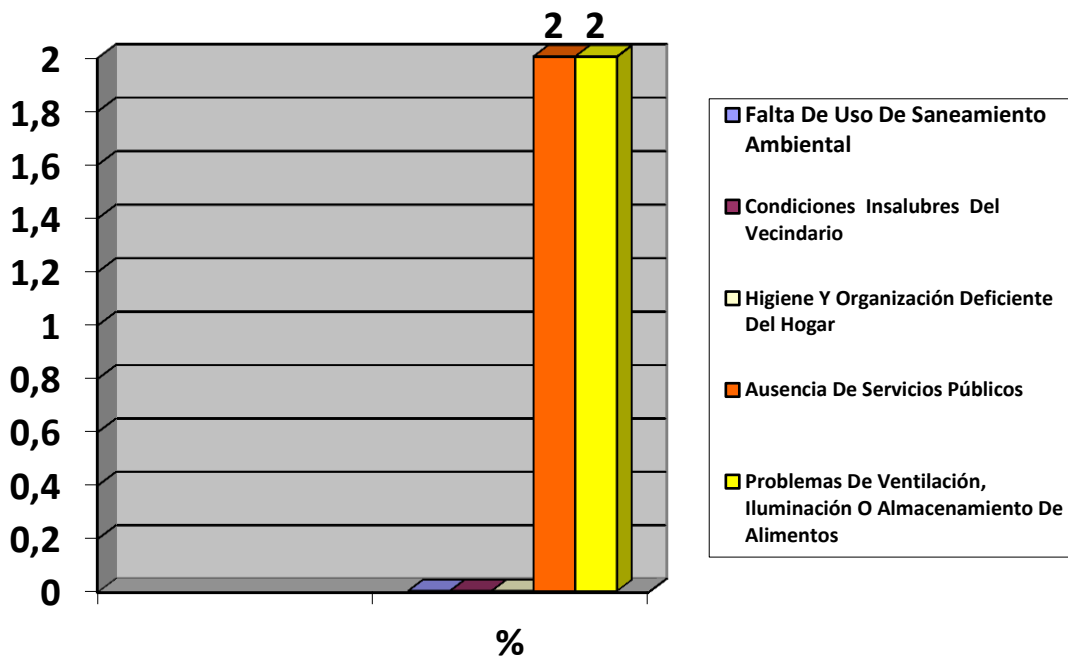
Fuente: Resultado según instrumento RFT: 5-33. Armenia, Quindío. 2011.

Una quinta parte de las familias de los adultos institucionalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo no detectan los riesgos familiares, posiblemente este aspecto conlleva a la subutilización de los servicios de salud y agrava la situación de estas familias, especialmente por la alta presencia de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes, por lo que se sugiere a las instituciones en salud brindar más información sobre los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para que sean utilizados de manera adecuada.

4.3.1.3 Riesgo de Condiciones de vivienda y vecindario

En cuanto al riesgo por condiciones de vivienda y vecindario, se encontró predominio de familias en bajo riesgo (98%), (Gráfica 10), influido especialmente por falta de saneamiento ambiental relacionado con carencia de servicios públicos y problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos en 2 por ciento de las familias. Es interesante la baja percepción del riesgo por condiciones de vivienda y vecindarios de las familias participantes en el estudio que pertenecen a estratos 1 y 2, para el desarrollo de enfermedades físicas o mentales.

Gráfica 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo por Servicios y prácticas de salud de la familia



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

Los aspectos de vivienda y vecindario han sido objeto de control permanente desde saneamiento ambiental, y su cobertura se considera como indicador importante para evaluar la gestión en salud pública. Según la ENDS 2010¹⁷⁸ el 99 por ciento de los hogares colombianos cuenta con electricidad, alcantarillado y acueducto, La proporción de viviendas con piso de tierra ha venido disminuyendo del 9 por ciento en el año 2000 al 6 por ciento en 2010. A nivel nacional el 80 por ciento de las viviendas tiene servicio de recolección de basuras. El servicio formal de eliminación de basuras se tiene en el 97 por ciento de las viviendas urbanas, mientras los servicios informales se usan más en las zonas rurales (73 por ciento). Después de Bogotá, la región con el mayor nivel de eliminación formal de basuras es la Central. La información anterior da explicación a lo encontrado para las familias participantes de la presente investigación.

¹⁷⁸ PROFAMILIA. ICBF. Encuesta Nacional de Salud. ENDS 2010. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia./Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=47>

4.3.1.4 Riesgo por Situación Socioeconómica

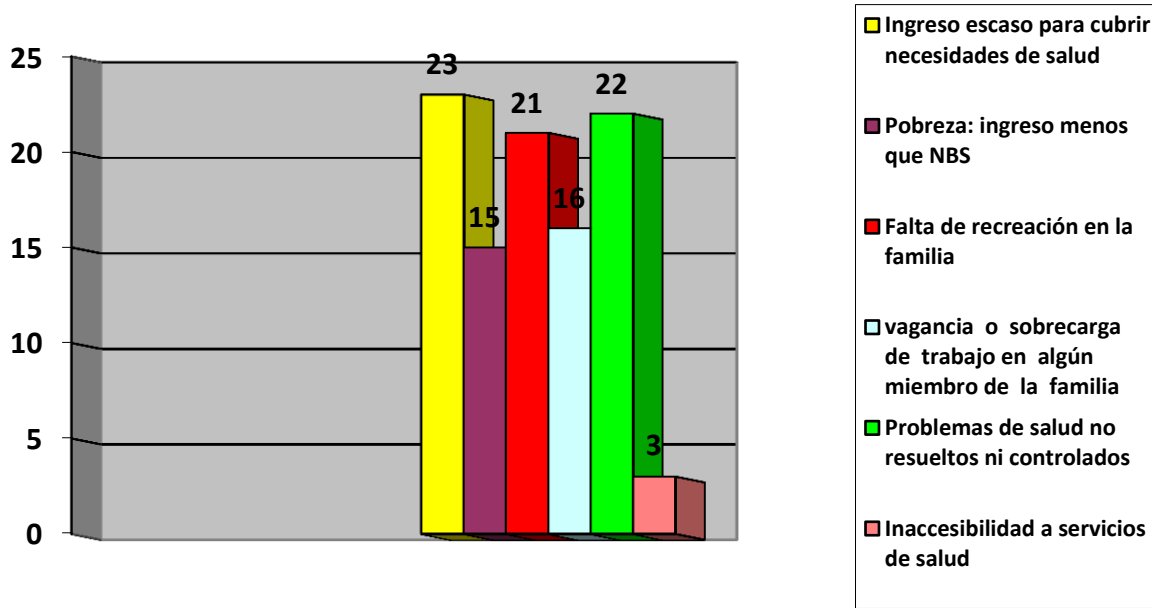
En cuanto al riesgo por situación socioeconómica, se reportó que la mayoría de las familias están amenazadas (78%), y en bajo riesgo se identifica el 22 por ciento (Gráfica 7), afectadas principalmente por los escasos ingresos para cubrir las necesidades de salud (22%), los problemas de salud no resueltos, ni controlados (22%) y la falta de recreación (21%). Llama la atención el hecho de que estas familias en su mayoría están afiliadas principalmente al régimen subsidiado (56%), y sin embargo solo 15 por ciento de las familias reporta pobreza, con ingreso menor que NBS. Estos resultados difieren del estudio de Bogotá de familias con pacientes hospitalizados donde las familias se perciben principalmente en bajo riesgo (92%)¹⁷⁹.

Según Fernández (2004)¹⁸⁰ el nivel socioeconómico se ve afectado en las familias con un enfermo grave debido a la situación de desgaste económico cada vez más serio con el paso del tiempo y, más aún, cuando la persona enferma es el adulto que provee económicamente a la familia, porque los gastos derivados de la enfermedad se van agudizando y los ingresos familiares disminuyen a medida que el individuo tiende a complicarse. Como es el caso de cuando un adulto está hospitalizado en cuidado intensivo en una familia que cuenta con ingresos económicos bajos, éstos tienden a disminuir aún más por transporte para la visita todos los días si la persona no es de Armenia, sino de otro municipio desde donde se tienen que trasladar diariamente, o buscar alojamiento particular o donde familiares o amigos y así los gastos se incrementan más. Durante el tiempo de las entrevistas hubo momentos en que medicamentos indispensables para este tipo de pacientes –como por ejemplo antibióticos y analgésicos– se agotaban y los familiares, haciendo grandes esfuerzos, los conseguían.

¹⁷⁹ LEYVA MORALES. 2010. Op.cit.

¹⁸⁰ FERNÁNDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 47 No.6 (nov-dic. 2004).

Gráfica 11. Distribución porcentual de los factores de Riesgo Familiar según la Situación Socioeconómica



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

El desempleo comprende crisis familiares no esperadas. La falta de empleo, lleva a la pobreza, aunque sus causas varían de acuerdo con el género, la edad, la cultura y otros factores sociales y económicos¹⁸¹. La pobreza se concibe como la situación que afecta a las personas que carecen de lo necesario para el sustento de sus vidas, es decir, que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, es un concepto multidimensional que no tiene en cuenta solo aspectos económicos sino que comprende aspectos espirituales y ambientales, limitando la oportunidad de vivir sanamente con libertad y dignidad¹⁸². Actualmente Colombia tiene la tasa de desempleo más alta de las economías grandes de América Latina, hecho que genera, entre otros, la variación en el tipo de afiliación al sistema de salud, alimentación deficiente, el subarriendo y acceso inadecuado a los servicios públicos y a los servicios de salud, siendo esta condición determinante para no lograr satisfacer de manera adecuada los problemas de salud encontrados en la población.

¹⁸¹ FIDA, "Informe sobre la pobreza rural- El desafío consistente en acabar con la pobreza rural". Roma 2001. p. 19.

¹⁸² VELÁSQUEZ RESTREPO, Luz Enith. Op.cit.,p. 79.

La ENDS 2010¹⁸³, indica que el comportamiento económico de Colombia ha sido mediocre, insuficiente para disminuir la brecha con el mundo desarrollado o para seguir el paso a algunas de las economías más dinámicas de la región o del mundo, este concepto difiere de lo descrito en la encuesta para la convergencia social que estipula un aumento más rápido de los indicadores sociales en los países que inicialmente se encontraban más rezagados, entre ellos Colombia. Paradójicamente la convergencia social ocurrió a pesar de la inexistencia de convergencia económica. El progreso social relativo ocurrió simultáneamente con el estancamiento económico.

La crisis de finales de los años noventa puso en evidencia uno de los principales problemas de la economía colombiana: el desempleo y sobre todo la informalidad laboral. En tres años (entre 1996 y 1999) la tasa de desempleo en Colombia aumentó de 9 a casi 20 por ciento. La tasa del año 2000 fue la mayor de la segunda mitad del siglo XX. El desempleo disminuyó posteriormente como consecuencia de la recuperación económica pero sigue siendo muy alto en comparación con otros países de la región¹⁸⁴.

Cabe añadir que en la población analizada en el estudio además de ser familias con ingreso escaso para satisfacer necesidades básicas, falta la recreación y el esparcimiento, que posiblemente influyen en la percepción de la mayoría de familias como enfermas (46%) lo que incrementa el riesgo de enfermedad y mantenimiento de la salud.

4.3.1.5 Riesgo con el manejo de menores.

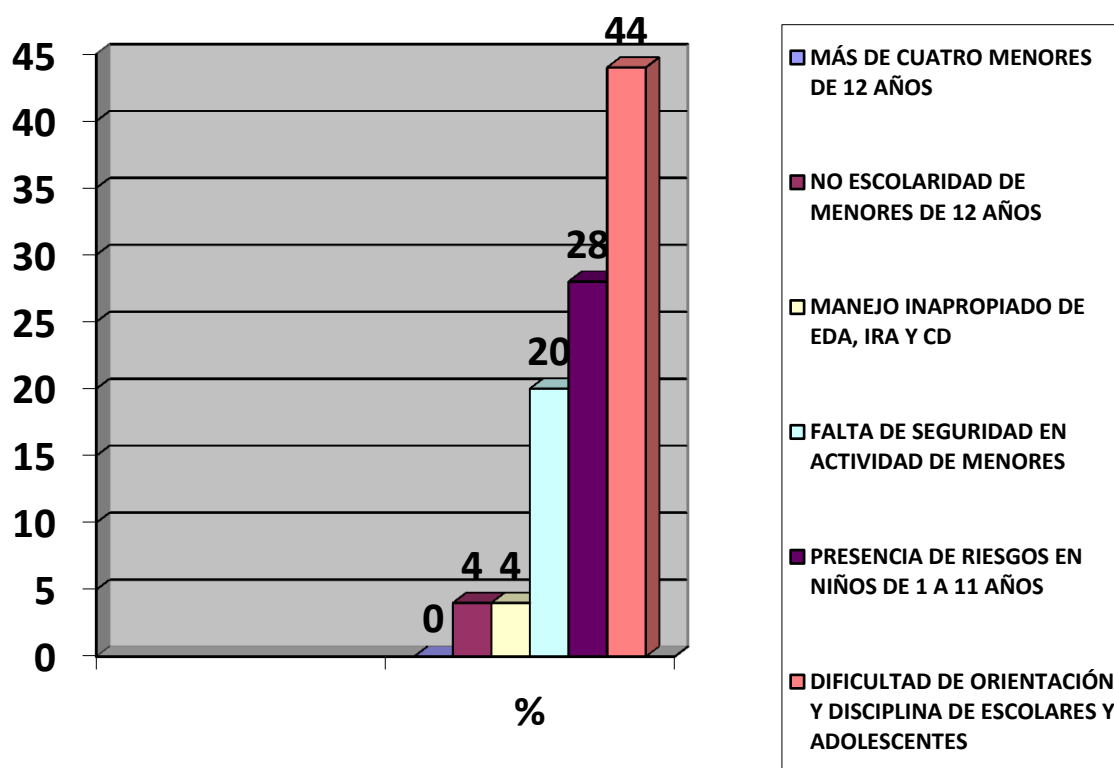
La gran mayoría de familias está en bajo riesgo (86%) y el 14 por ciento se encuentra dentro del rango de familias amenazadas (Gráfica 12), determinado especialmente por dificultad de orientación y disciplina de escolares y adolescentes (44%) y la presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años (28%) y la falta de seguridad en actividad de menores (20%).

¹⁸³ ENDS 2010 - Capítulo 2. Colombia : Tendencias Económicas y Sociales

¹⁸⁴ PROFAMILIA. Salud sexual y salud reproductiva. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=158&Itemid=14>

Estas circunstancias se pueden relacionar directamente con las condiciones inadecuadas de las viviendas y el entorno en el que se desenvuelven estos chicos, la falta de saneamiento, la inseguridad. Esta situación amerita un trabajo intenso especialmente con la estrategia de AIEPI, dado que es una estrategia encaminada a mejorar la calidad de vida de los niños y las niñas, disminuir el riesgo de enfermar y morir, en lo relacionado con el componente comunitario y la priorización de las 18 prácticas clave¹⁸⁵.

Gráfica.12 Distribución de factores de Riesgo Familiar según Manejo de menores



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

La distribución general de alta proporción de bajo riesgo encontrada coincide de manera satisfactoria con lo estipulado por la ENDS 2010. Casi todos los inscritos (96%) tienen carné de C&D. En las regiones Central y Pacífica suben casi al 98 por ciento, esta consideración hace posible estimar una disminución del riesgo en las familias entrevistadas.

¹⁸⁵ <http://www.bdigital.unal.edu.co/7059/1/539584.2012.pdf> p. 82

Según el Departamento de Salud de Oklahoma¹⁸⁶: los niños se desarrollan en la atención de los padres, cuidadores y maestros. La atención le da al niño un sentido de importancia y, con el tiempo, le enseña que es una persona importante y digna. La atención es un refuerzo tan poderoso, que los niños que no reciben refuerzo positivo lo suficiente buscarán refuerzo negativo. Los niños se sienten recompensados cuando los padres les dan atención, incluso si el padre está reprendiendo al niño en ese momento.

Es importante considerar que es absolutamente necesario operacionalizar la finalidad descrita para la Ley 1098 del 2006: garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.¹⁸⁷. Además, continuar con la estrategia AIEPI, brindando educación en lo referente al manejo apropiado de estas enfermedades, que permitan la identificación temprana de los signos de alarma, y por ende la disminución de la morbilidad en el sector. Según los datos obtenidos, las intervenciones deben orientarse principalmente hacia la disminución de los riesgos psico-afectivos que se generan en las relaciones con niños, niñas y adolescentes, que afectan notablemente el riesgo familiar total de las familias de los preescolares enfermos¹⁸⁸.

Así pues, realizando un análisis global de las 5 dimensiones de riesgo estudiadas por el RFT:5-33, en los cuales se muestra la calificación de las 50 familias evaluadas, las dimensiones más afectadas corresponden a la condición relacionada con la situación socioeconómica de las familias seguida de la dimensión psicoafectiva y en tercer lugar la condición de riesgo relacionada con la de servicios y prácticas en salud, para las cuales encontramos siempre puntuaciones de familias amenazadas, en mayor porcentaje que para familias de bajo riesgo. De esta manera se puede concluir que toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbi-

¹⁸⁶ www.ehowenespanol.com › Vida

¹⁸⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1098 de 2006 (noviembre 8). Código de la infancia y la adolescencia

¹⁸⁸ VELÁSQUEZ RESTREPO, Luz Enith. Op.cit.,.p. 79.

mortalidad), socioeconómicos, psicoafectivas, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud, según lo plantea Amaya¹⁸⁹.

En el estudio realizado por Leyva Morales de Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados, describe la autora que con relación a los resultados del Riesgo Familiar Total (RFT: 6-69) se encontró que en cinco de las seis categorías, es decir, más de 90 por ciento de las familias presentan riesgo bajo (88%) que agrupa 177 familias, riesgo moderado (11%) que agrupa 23 familias y riesgo alto (1%) que agrupa a una sola familia¹⁹⁰.

Lo anterior coincide con el estudio actual en donde las familias presentan riesgo bajo (54%), las familias amenazadas corresponden a 44 por ciento, y solo 2 familias puntúan para riesgo alto (2%).

4.4 Grado de salud familiar total

A continuación se presenta la distribución de las familias estudiadas según los puntajes de salud familiar total, la organización sistémica y el grado de satisfacción con el sistema, según criterios establecidos en la escala GEN-21. (Tablas 12 y 13).

4.4.1 Salud Familiar Total

La salud familiar total es concebida como la congruencia de la familia en su interior, es un constructo elaborado a partir de los dos siguientes criterios de la familia, la organización sistémica y el grado de satisfacción con el sistema. Lo que indica la congruencia interna de la familia en su microsistema, y se expresa en la magnitud de operaciones y el grado de satisfacción con ellas¹⁹¹

¹⁸⁹ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 24.

¹⁹⁰ LEYVA MORALES. Op.cit.

¹⁹¹ . AMAYA Pilar. ISF: GEN-21. Op. cit., p.22.71-2.

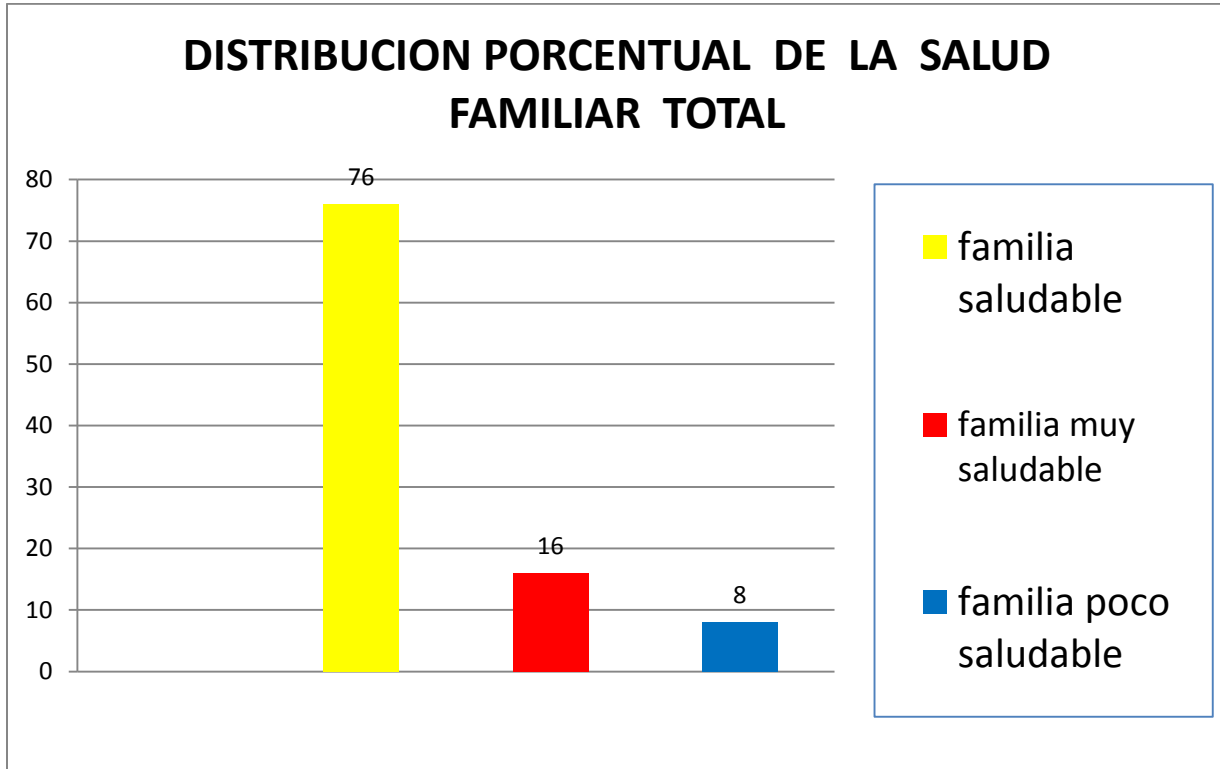
Los resultados obtenidos muestran que la gran mayoría de las familias se perciben saludables (76%) y muy saludables (16%), (Gráfica 10), es decir que hay congruencia familiar, dado el funcionamiento, las interacciones, interrelaciones y transformaciones, entre los subsistemas en relación a su interior y al contexto de las familias. Se destaca que solo 8 por ciento se percibe poco saludable.

Los resultados evidencian una percepción saludable en las familias, que sugiere que las familias funcionan debidamente como sistema, cumplen en forma adecuada con cada una de las dimensiones en un alto porcentaje, aunque 46 por ciento son familias amenazadas, y presentan dificultades y riesgos en algunas dimensiones por pertenecer a estratos de ingresos bajos y medio-bajos.. Lo que demuestra lo planteado por Amaya: “La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia”¹⁹². Y refuerza lo planteado por Watenberg¹⁹³: “En la familia se combinan tiempo y bienes con el fin de obtener el mayor bienestar posible. En situaciones difíciles la familia actúa como un escudo que protege a sus miembros de las amenazas y peligros. Los lazos de solidaridad suelen ser más intensos en sociedades con niveles incipientes de seguridad social como la colombiana. Y, entonces, la unidad familiar aparece con más fuerza cuando alguno de sus miembros pasa por situaciones difíciles”¹⁹⁴.

¹⁹² *Ibíd.*

¹⁹³ WARTENBERG L. Vulnerabilidad y jefatura en los hogares urbanos colombianos; 1999; p. 77-96. En: González de la Rocha M (Comp.). *Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Plaza y Valdés Ed., México; 198 p. Disponible en: books.google.com.co/books?isbn=9688567426

¹⁹⁴ MISIÓN SOCIAL, DNP, ICBF. *Op.cit.*

Gráfica 13. Distribución porcentual de la salud Familiar

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

Es importante señalar lo siguiente: a pesar de que las familias atraviesan una etapa de gran dificultad, como lo es una hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo, que amenaza su propia continuidad, muestran como fortaleza un funcionamiento muy adecuado como sistema, y hacen los ajustes necesarios para sobrepasar la dificultad.

4.4.2 Escala de organización familiar

Está representada por la demostración de patrones cotidianos tales como el apego a la familia, el grado de compromiso en dar y recibir cuidado, asumir las responsabilidades y cumplir con los roles asignados. Evalúa la unión de los miembros tanto en situaciones favorables como en dificultades y si detectan cuando tienen problemas. Es decir, permite conocer la cotidianidad de las familias, teniendo en cuenta factores como; cohesión, cambio, individuación y mantenimiento del sistema (Friedemann, 1995)¹⁹⁵. Está

¹⁹⁵ AMAYA Pilar. ISF: GEN-21. Op. cit., p.22.71-2

relacionada con la apreciación subjetiva de gusto y de conformidad con los patrones habituales de organización de la familia¹⁹⁶.

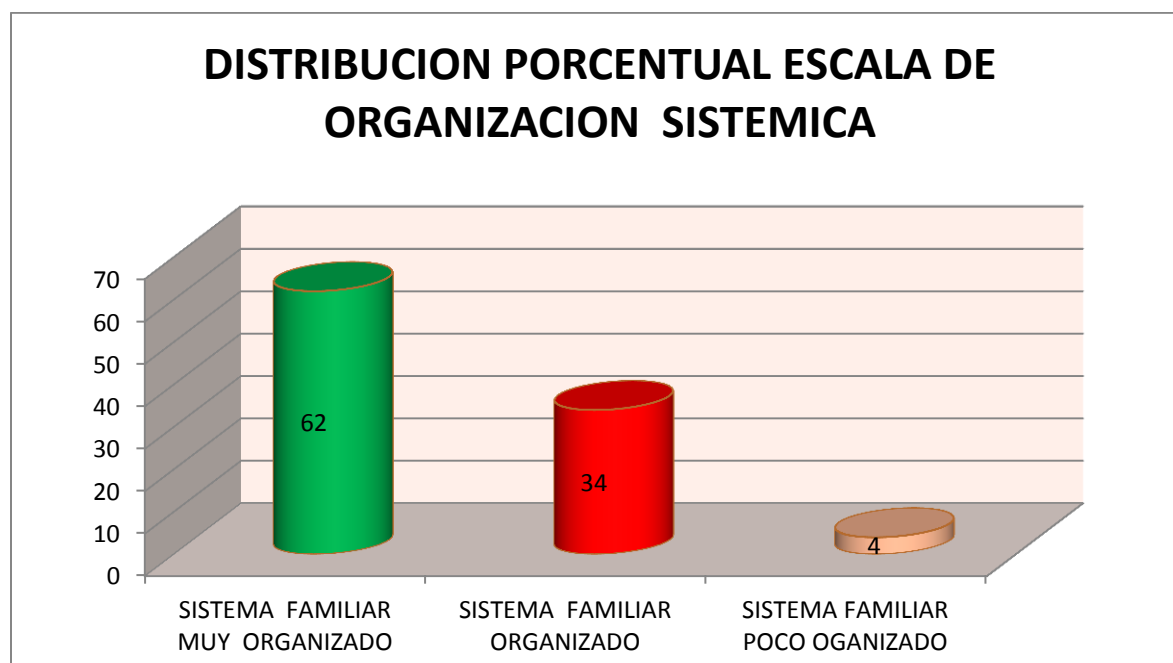
La gráfica 14 destaca que casi la totalidad de las familias se perciben organizadas (96%), distribuidas entre muy organizadas (62%) y organizadas (34%). Este resultado posiblemente está influenciado por la cultura de las familias en el Quindío, que se organizan para afrontar los problemas y asumen cambios para enfrentar las crisis, permitiendo que los miembros de la familia, crezcan y cumplan con el papel que les corresponde, en momentos críticos como la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidado intensivo.

La familia comparte la responsabilidad de dar seguridad y suplir las necesidades físicas, enseñar habilidades sociales a sus miembros, brindar crecimiento personal, permitir la unión de los miembros familiares y promover un propósito para la vida y darle significado a través de la espiritualidad, también satisface las necesidades de sus miembros a través del control de su ambiente y los guía para encontrar su lugar en la red de sistemas por medio de la espiritualidad¹⁹⁷.

¹⁹⁶ *Ibíd.*, p.21.

¹⁹⁷ www.bdigital.unal.edu.co/8602/1/539176.2010.pdf p. 36.

Gráfica 14. Distribución porcentual Escala de Organización Familiar



Fuente: Resultados según instrumento ISF GEN 21. Quindío 2011

Tabla 12. Distribución porcentual de Escala de Organización Sistémica

ÍTEM		Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas Veces (3)	Siempre (4)
1	Cada uno sabe que puede contar con su familia en cualquier momento.	1	0	11	38
2	El cariño entre las personas de su familia los hace sentir unidos.	1	1	6	42
3	En su casa, cada uno cumple con lo que le toca hacer.	3	1	12	34
4	En su familia hay tareas propias para cada uno.	7	1	12	30
5	En su familia permanecen unidos en las buenas y en las malas.	1	1	4	44
6	En su familia se castiga el incumplimiento de oficios y deberes.	16	7	16	11

7	En su familia se reconocen los logros de cada uno.	1	4	16	29
8	Entre Uds. se dicen las cualidades de cada uno.	4	9	16	21
9	Entre Uds. se colaboran para cuidarse los unos a los otros.	0	0	4	46
10	Las cosas importantes para su familia son también importantes para cada uno.	1	1	6	42
11	Las personas de su familia notan cuando alguno de Uds. tiene problemas o preocupaciones.	8	6	11	25
12	Su familia confía en las amistades que cada uno escoge.	13	11	19	7
13	Su familia confía en lo que cada uno hace por fuera de la casa.	13	4	10	23
14	Su familia está pendiente para que todos estén lo mejor posible.	1	1	4	44
15	Su familia ha logrado cambiar con los cambios de la época.	6	5	22	17
16	Uds. enseñan a las personas de su familia a defenderse por sí mismas.	1	2	5	42
17	Uds. asisten juntos a espectáculos públicos (cine, circo, parque, bailes, etc.).	11	11	23	5
18	Uds. cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y/o el estudio.	0	2	33	15
19	Uds. celebran en familia fechas especiales (misas, cumpleaños, aniversarios, bautizos).	3	5	12	30
20	Uds. permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales (fiestas, reuniones) fuera de la casa.	6	9	16	19
21	Uds. pueden confiar sus secretos a alguien de la familia.	10	4	15	21

Fuente: Resultados según instrumento ISF GEN 21. Quindío 2011

Las familias investigadas presentan un alto porcentaje de cohesión y cambio; entendiendo la cohesión familiar como las relaciones entre miembros de la familia, de tal manera que los conecta a través de un vínculo afectivo, la gran mayoría de las familias participantes (88%) se consideraron organizados, para el factor cambio: que se concibe como la incorporación de nuevos conocimientos para asumir una nueva conducta familiar, una estructura y unos valores, es decir abarca la transformación de la cultura familiar; 68 por ciento de las familias se consideraron de igual manera organizadas.

Escala de satisfacción familiar

Según Amaya, esta escala se encuentra relacionada con la percepción y con el agrado y aceptación de los patrones habituales de organización de la familia¹⁹⁸.

La gráfica 15 muestra que casi la totalidad de las familias (94%) se perciben como satisfechas. Los sentimientos de la familia se inclinaron por la solidaridad y afecto por sus miembros en el momento agudo del proceso de enfermedad. La individuación hace que por difícil que sean las circunstancias que están viviendo estas familias, al final cuando pase el momento de gran tensión familiar, el crecimiento será una expresión de espiritualidad y unión familiar¹⁹⁹.

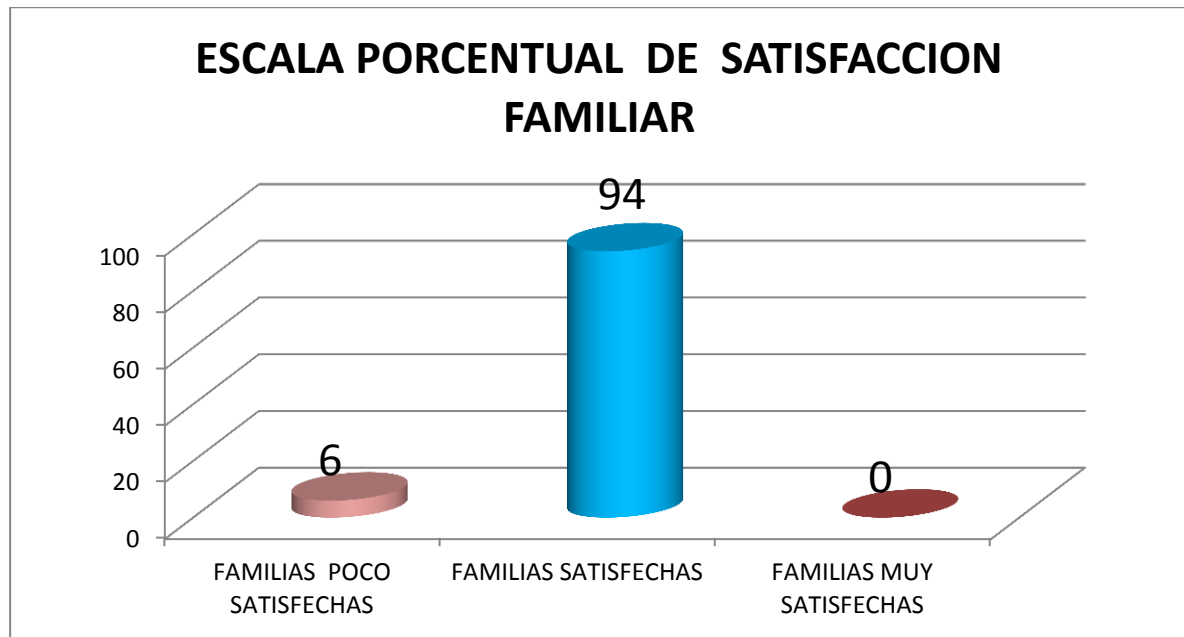
La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia²⁰⁰.

¹⁹⁸ AMAYA Pilar. ISF: GEN-21. Op. cit., p.71.

¹⁹⁹ LEYVA MORALES. Op.cit.

²⁰⁰ AMAYA, Pilar. Op. cit., p. 24.

Gráfica 15 Escala Porcentual de Satisfacción Familiar



Fuente: Resultados según instrumento ISF GEN 21. Quindío 2011

Tabla. 13. Distribución Porcentual de Escala de Satisfacción Familiar.

ÍTEM		No me Gusta (1)	Me gusta Poco (2)	Me gusta (3)	Me gusta Mucho (4)
1	Cada uno sabe que puede contar con su familia en cualquier momento.	3	5	26	16
2	El cariño entre las personas de su familia los hace sentir unidos.	2	3	30	15
3	En su casa, cada uno cumple con lo que le toca hacer.	7	5	26	12
4	En su familia hay tareas propias para cada uno.	5	9	23	13
5	En su familia permanecen unidos en las buenas y en las malas.	2	2	29	17
6	En su familia se castiga el cumplimiento de oficios y deberes.	10	8	24	8

Tabla 13 (Continuación)

7	En su familia se le reconocen los logros de cada uno.	3	3	34	10
8	Entre Uds. Se dicen las cualidades de cada uno.	7	5	29	9
9	Entre Uds. Se colaboran para cuidarse los unos a los otros.	1	1	35	13
10	Las cosas importantes para su familia son también importantes para cada uno.	4	2	31	13
11	Las personas de su familia notan cuando alguno de Uds. Tienen problemas o preocupaciones.	14	6	21	9
12	Su familia confía en las amistades que cada uno escoge.	17	16	11	6
13	Su familia confía en lo que cada uno hace por fuera de la casa.	18	6	18	8
14	Su familia está pendiente para que todos estén lo mejor posible.	3	2	32	13
15	Su familia ha logrado cambiar con los cambios de la época.	7	9	25	9
16	Uds. Enseñan a las personas de su familia a defenderse por sí mismos.	0	3	35	12
17	Uds. Asisten juntos a espectáculos públicos (cine, circo, parque, bailes, etc.).	7	8	29	6
18	Uds. Cambian lo que hay que hacer en casa, según lo que sea necesario del trabajo y/o el estudio.	5	19	20	6
19	Uds. Celebran en familia fechas especiales (misas, cumpleaños, aniversarios, bautizos).	3	4	31	12
20	Uds. Permiten que las personas de la familia vayan a actividades sociales (fiestas, reuniones) fuera de la casa.	7	11	25	7
21	Uds. Pueden confiar sus secretos a alguien de la familia.	12	9	19	10

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

El estudio permitió caracterizar las familias con adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, localizado en Armenia Quindío.

Se encontraron grupos familiares con población de adultos jóvenes en etapa altamente productiva, pues la mayoría de sus integrantes tienen un promedio de edad de 39 años con un rango entre menos de 1 año y 97 años, el promedio de miembros de las familias encontrado fue de 4.88.

La distribución de personas entrevistadas según el rol correspondió en su mayoría a hijos (36%), donde el 19 por ciento corresponde a hijos hombres. En segundo lugar se observa la participación de la mujer en el estudio con las madres (20%) y las hijas (17%) para un total de mujeres participantes del 37 por ciento.

Las familias están compuestas en su mayoría por mujeres (58%), la población femenina es más joven que la masculina en menores de 18 años (14.5 y 8.5 por ciento respectivamente), de allí que los riesgos de embarazo no deseado en adolescentes, exposición a abuso sexual y maltrato asociado al género son mayores.

Se observó mayor población femenina que masculina en edades entre los 19 y 59 años (35 y 25 por ciento respectivamente), posiblemente por la feminización de la jefatura de las familias, propia de la región central del país. Lo que sugiere el rol tan importante que juegan las mujeres en el ambiente familiar, no solo en la crianza y la relación con sus hijos, sino como componente o factor clave en los procesos de crisis familiares formativas y no formativas, para este estudio particular una crisis no formativa como la hospitalización de un adulto de la familia en un proceso de estado crítico.

El grupo entre los 19 y 59 años es población económicamente activa, representa 60 por ciento del total, lo que indica que la responsabilidad del mantenimiento recae sobre dicho grupo, es decir que la relación de dependencia es medio, pues el 41 por ciento de los miembros de las familias son dependientes (23% de la población menor de 18 años y 17% adultos mayores de 60 años).

Se observa predominio de familias extensas (62%), que dada su complejidad favorece la posibilidad de presentar mayores riesgos, como ha sido encontrado en investigaciones de familias donde tanto las familias extensas como las atípicas son las que mayores riesgos reportan.

Los resultados muestran alta afiliación (92%) de los miembros de las familias, principalmente al régimen subsidiado (56%) dadas las características de la población que recibe el hospital al ser de carácter público y los criterios de inclusión de las familias pobres ubicadas en estratos 1 y 2. Se destaca que 8 por ciento de la población no se encuentra afiliada y corresponde a un número importante de personas.

La población caracterizada se encuentra en un buen rango de educación sexual, de alguna manera esto contribuye a minimizar el riesgo con la población de mayor vulnerabilidad como son las mujeres, niños - niñas y adolescentes.

La mayoría de las personas de las familias se percibe como enferma (46%), quizá influenciado por los criterios de inclusión de las familias con una persona adulta hospitalizada en la Unidad de Cuidado Intensivo, situación que cambia las vidas de manera sustancial, derivado de las modificaciones a las que se ve sometido el familiar, además de generar un mayor riesgo relacionado con los cambios de hábitos, carga del familiar y tener que asumir nuevos roles, estos factores conducen a modificaciones tales como: alteraciones en los patrones de alimentación, descanso y sueño, y en las tareas de la vida diaria.

Los menores de 12 años (13% de la población) se destacan principalmente como condiciones de riesgo, los problemas de nutrición (58%) , esquemas de vacunación incompletos (60%), presencia de enfermedad viral (54%), detección temprana de problemas visuales y auditivos (70%) y problemas de salud oral (57%).

Las patologías de carácter familiar se encuentran relacionadas en su mayoría con enfermedad crónica degenerativa, no transmisibles relacionadas principalmente con la hipertensión (57 %), diabetes (35 %), e infarto (34 %). Se destaca la presencia de ansiedad en casi la mitad de la población (42.6%).

Las principales instituciones de apoyo son: el trabajo (30%), como principal medio de relación con la sociedad y mantenimiento de la familia, la escuela (21.4%), centro de salud (16 %) y grupos religiosos (16 %).

Un poco más de la mitad de las familias participantes en el estudio se encuentran en riesgo bajo (54%) seguido de familias amenazadas (46%). Los factores más afectados corresponden a situación socioeconómica (78%), psicoafectivas (36 %) y los servicios y prácticas en salud (76 %).

Los riesgos relacionados con condiciones psicoafectivas están presentes en la mayoría de las familias especialmente por la presencia de Ansiedad permanente por problemas familiares (62%), seguidos por las prácticas y servicios de salud donde se detectó: manejo inapropiado de la salud dental (33%), y la no detección de riesgos familiares (21%). Sobre las condiciones de vivienda y vecindario casi la totalidad de las familias se perciben en bajo riesgo (98%). El factor socioeconómico está presente en un poco más de tres cuartas partes de las familias (78%).

En la categoría de riesgo relacionada con manejo de menores se encontró Bajo Riesgo (86%) y familias amenazadas (14%), donde se destacan principalmente dificultad de orientación y disciplina de escolares y adolescentes (44%), la presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años (28 %), y falta de seguridad en actividad de menores (20%).

Las conclusiones relacionadas con la Salud Familiar General muestra que las familias participantes se perciben muy saludables (76%) y saludables (16%). Más de la mitad de las familias perciben el sistema familiar muy organizado (62%) y organizado (34%). Se destaca como un alto porcentaje de familias se perciben satisfechas (94%).

Las familias con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, del Hospital San Juan de Dios muestran gran apertura al cambio, se encuentran dispuestas a recibir influencia del medio, y de esta manera buscar salidas a su crisis. Aquí el profesional de enfermería juega un papel importante en este periodo de cambio que sufren las familias.

La situación de tener un familiar con una enfermedad grave que atenta contra la continuidad de la vida, obliga a considerar la importancia del profesional de enfermería frente al establecimiento de relaciones asertivas entre familiares, como herramienta para establecer mayor cohesión, y lograr disminuir factores de riesgo.

5.2 Recomendaciones

1. Relacionadas con ESE Hospital Universitario San Juan de Dios

Los resultados del presente estudio investigativo deben ser un aporte al conocimiento de las familias del Quindío y especialmente de Armenia, que permita mejorar la calidad de la atención en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo, para que el equipo de salud y, en particular, el profesional de enfermería trabaje con las familias a través de programas que respondan a una política institucional y permitan dar respuesta a las necesidades identificadas en las familias y, por ende, contribuir al mejoramiento de la atención de las familias con adultos hospitalizados en UCI.

Empoderar al profesional de enfermería para generar una concepción de cuidado familiar intrahospitalario que permita construir “modelos de cuidado”, en donde el adulto y la familia sean copartícipes del cuidado en condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

Se debe reconocer por parte de la instancia administrativa y directiva de la institución la importancia que tiene la familia, para proporcionar cuidado que permita mejorar la salud y, en consecuencia, la vida.

La Institución tendrá que visualizar la familia y el paciente en forma integral, como parte de la atención; la familia tiene el derecho de ser escuchada, capacitada y entrenada en los cuidados especiales institucionales y para el egreso del paciente.

Se recomienda que el presente estudio sea tenido en cuenta para orientar programas tendientes a mejorar la Calidad de Atención, con el objetivo de trascender la visión biológica e individual de la enfermedad, para llegar a una mirada holística, integrando de esta forma la enfermedad, el individuo, a su sistema familiar y este al actual mundo globalizado y sistematizado.

Con base a los resultados obtenidos, se sugiere buscar diseñar y aplicar programas de promoción y prevención que reduzcan los factores de riesgo, especialmente los

psicoafectivos, y para aprovechar las fortalezas de las familias del Quindío, que se unen para afrontar problemas como la presencia de un adulto en estado crítico.

Permitir la creación de espacios en la institución que vinculen a los familiares de los pacientes hospitalizados en el cuidado y atención de los mismos, y así convertir a la familia en la herramienta más importante para la recuperación, atención, promoción y prevención del proceso de salud enfermedad en el paciente institucionalizado, o bien, que sea el grupo familiar el encargado de generar y comprender el proceso de duelo en caso del fallecimiento del paciente.

2. Relacionadas con las instituciones formadoras de recurso humano

Incluir en el plan curricular de enfermería, las teorías de enfermería relacionadas con la atención en salud familiar y destacar la importancia de la transversalidad con todas las asignaturas. Fomentar la investigación en salud familiar, enfermería familiar, contribuyendo a la construcción de un enfoque integral de cuidado.

Realizar medición de factores de riesgo a partir de la investigación, en salud familiar y el correspondiente impacto en las comunidades vulnerables del departamento, con el objetivo de establecer estrategias y procesos de cuidado enfermero que minimicen o corrijan los condicionantes generadores de riesgo familiar encontrados.

Brindar apoyo a las instituciones de salud del departamento a través de los convenios docente-asistenciales, para dar lugar a la implementación de un modelo de salud familiar y enfermería familiar.

Incentivar la creación de semilleros en el área de familia, investigaciones del cuidado familiar y proyectos de extensión universitaria, con énfasis en la promoción y la prevención, asegurando promover un estilo de vida saludable, no sólo con el paciente, sino también con su grupo familiar. Así con un mejor estilo de vida se busca prevenir enfermedades y cambiar los Factores de Riesgo modificables.

3. Relacionadas con la profesión de enfermería

Considerar a la familia como uno de los sujetos de cuidado y reconocer desde la disciplina de la enfermería el rol tan importante que juegan las mujeres en el ambiente

familiar, no solo en la crianza y la relación con sus hijos, sino como componente o factor clave en los procesos de crisis familiares formativas y no formativas.

Investigar los fenómenos detectados en este caso: son las mujeres de cada familia quienes tejen la organización social, dan vida al entramado comunitario y desarrollan con más fuerzas las estrategias de solidaridad que permiten a las familias crecer juntas en la tarea de superación de situaciones de pobreza, además las mujeres intervienen en el mejoramiento de las condiciones de vida y en el afrontamiento en situaciones de crisis.

Considerar que cuando el responsable del sostenimiento económico de la familia se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, la familia sufre una reorganización, con implicaciones en algunos casos como el retiro y la suspensión del trabajo entre otros, hecho que para el familiar adulto es relevante por las implicaciones económicas del grupo familiar.

Entender que la familia siempre ha desarrollado un papel importante en el cuidado de las personas mayores y se ha desempeñado como institución proveedora de protección social, donde se ocupa principalmente de dos dimensiones: una específica –vinculada con el proceso de crianza y formación de los hijos– y otra complementaria, que está dada por la protección que presta como complemento o sustituto de la que ofrecen los otros agentes, frente a eventos adversos que afectan a sus miembros, como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad y el embarazo en condiciones precarias.

Se amerita educación sobre la importancia que tiene y representa la inclusión al régimen subsidiado, teniendo como finalidad la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar.

Ya que las condiciones de los menores de 12 años son realmente desfavorables para su crecimiento y desarrollo óptimo, se hace necesario fortalecer los programas de salud pública relacionados con enfermedades prevenibles entre preescolares (Programa Ampliado de Inmunizaciones, salud ambiental y control de vectores) y programas de atención en salud familiar.

Apoyarse en la política de Salud Mental, propendiendo por el bienestar biopsicosocial de las familias y orientar intervenciones principalmente hacia la disminución de los riesgos psico-afectivos que se generan en el interior de las familias.

Debe existir una mejor comunicación por parte de los oftalmólogos, los optómetras, las instituciones prestadoras de servicio de salud visual, de rehabilitación o educación, con los pacientes y sus familias. Solo así podrán optimizarse los servicios prestados a esta población discapacitada, en la búsqueda de una mejor calidad de vida y una mayor integración dentro de la sociedad.

Continuar con las estrategias establecidas desde el nivel nacional relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, disminuyendo a través de estas los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, como el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol; y al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud.

Anexos



Empresa Social del Estado

HOSPITAL

DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO
DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS
GESTIÓN DOCUMENTAL

18 SUBBASIS

Armenia 28 de febrero de 2011

Docente

VILMA FLORISA VELASQUEZ

Directora de Tesis

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Calle 44 No 45 67 Unidad Camilo Torres Bloque 2

Bogotá D. C.

Asunto: Aplicación Proyecto de Tesis

Cordial Saludo

El presente tiene como finalidad, comunicar a la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, que el Proyecto de Tesis de la Enfermera Jefe INGRID CAICEDO MARTINEZ, ha sido avalado para aplicarlo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios de Armenia, Quindío

Cordialmente,

IVÁN H ARBOLEDA V
Subgerente Asistencial

Anexos (Opcional)

opdl

Copia Subgerencia Asistencial

Avenida Bolívar calle 17 Norte. Armenia Quindío Teléfono 7493500. Fax 749 43 84

hospitalquindio@une.net.co



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

UGI-057-2011

Bogotá D.C., 23 de marzo de 2011

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

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al Proyecto de Investigación de Maestría en Enfermería "CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS CON ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN ARMENIA QUINDIO", de la estudiante Ingrid Caicedo Martínez, directora profesora Vilma Florisa Velásquez.

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

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

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

Copia: Profesora Vilma Florisa Velásquez

ciencia, tecnología e innovación para el país

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA

Bogotá D.C. Noviembre 3 de 2010.

Doctora
PILAR AMAYA REY
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Reciba un cordial saludo,

Como autora del proyecto de tesis "**CARACTERIZACION DE LAS FAMILIAS CON ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, ARMENIA QUINDIO**" bajo la dirección de la profesora **VILMA FLORISA VELÁSQUEZ G**, solicito de la manera más atenta la autorización para aplicar los instrumentos: Riesgo Familiar Total (RTF: 5-33) y grado de salud familiar (ISF:GEN 21) de los cuales usted es autora, comprometiéndome a cumplir con los requerimientos exigidos.

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


INGRID CAICEDO M.
Estudiante Maestría

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 DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor (a) Padre de Familia:

La siguiente entrevista hace parte de la Investigación “Caracterización de las familias con adultos hospitalizados en la unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios en Armenia Quindío”.

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. La duración es aproximadamente de 30 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.

Sus respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie ni en ningún estudio serán identificados usted y su familia.

Es importante aclarar que la participación o no en el estudio, no afectará la situación del adulto que se encuentra hospitalizado, ni a ningún miembro de la familia.

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

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Entrevistado

Entrevistador

C.C

C.C

Investigador: Ingrid Caicedo Martínez**Directora de Tesis:** Vilma F. Velásquez G*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

Bibliografía

1. AGUIRRE OCHOA, Marx. Implicaciones sociales del desempleo. Febrero de 2008.
2. ALBÍSTUR, María Cristina de; BACIGALUPO, Juan Carlos; UZAL, Jorge; EBEID Alejandro; MACIEL Mónica; SOTO Juan José. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Médica Uruguay. 2000.
3. AMAYA DE PEÑA, Pilar. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5 - 33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2004.
4. AMAYA DE PEÑA Pilar. Artículo en el documento 1 del Enfoque de la Salud Familiar en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá 1989.
5. AMAYA DE PEÑA, Pilar. Salud Familiar y Enfermería. Memorias del Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Bogotá: Octubre 1, 2 y 3 de 1987. p. 5.
6. AMAYA DE PEÑA, Pilar. Pruebas IPSF-GG. RPT 7-70. Aspectos psicométricos instrumentos e instructivos. Documento de uso restringido. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1992, 1998, 2000.
7. AMAYA DE PEÑA, Pilar. Riesgo Familiar Total 7 - 70 y el ISF GEN 25. Referentes teóricos- conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1992, 1998 y 2000; p.8.
8. AMAYA DE PEÑA, Pilar. Familias de Ancianos y Escolares del Sector de la Estrella, Ciudad Bolívar (Fase diagnóstica) Bogotá Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 1992. p. 12.
9. BELTRÁN SALAZAR, Óscar Alberto. La Unidad de Cuidado Intensivo, Un Solo Lugar Quedarse párr. Invest. educ. enferm [en línea]. 2009, vol.27, n.1 [citado 18/11/2014], pp. 34-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120 a 5307
10. BEMBIBRE TABOADA, Rubén Miguel. Aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente crítico. Rev cubana med, Ciudad de La Habana, v. 42, n.1, marzo 2003. [Consultado: 15 abr. 2014]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5232003000100001&lng=es&nrm=iso>.
11. CASTAÑEDA CH., Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. 2006. <www.espacio logopedico.com>

12. CIBANAL Juan L, ARCE SÁNCHEZ M, CARBALLAL Balsa M. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Segunda edición. Barcelona: Elsevier; 2010. P. a133-148
13. COLOMBIA. Constitución Política de la República de Colombia. 1991. Actualizada. Medellín: Editorial Cometa de Papel. 1998 p 20.
14. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III,, Bogotá 1999. Dirección de salud Pública, vigilancia en salud, Estrategia centinela SISVESO. Bogotá, 2009.
15. DANE. La familia Colombiana en el fin de siglo. Estudios Censales 10. Santafé de Bogotá. 1998. p. 24-25.
16. DE LA REVILLA, L. Conceptos e Instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ediciones Doyma..1994. p 7.
17. DEL BARRIO M, LACUNZA M, ARMENDÁRIZ A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. Enfermería Intensiva. Vol. 12 Núm. 3:p. 135-145. 2001.
18. DELGADO, Carolina, FACCINI, Giancarlo. Investigación sobre la familia como unidad económica de consumo en el barrio Mazurén estrato cuatro. Chía;. Universidad de la Sabana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Octubre 2002.
19. DÍAZ N, DÍAZ A. Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. Nure Investigación. 2004; 10.
20. DURÁN DE VILLALOBOS, M. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Santafé de Bogotá: UNILIBROS, Editorial Universidad Nacional de Colombia. Capítulos 4 y 5. 1998.
21. ENGSTRÖM. Åsa y SÖDERBERG. Siv. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing. 2004. 20, p. 301. Disponible en: <<http://epubl.ltu.se/1402-1757/2006/22/LTU-LIC-0622-SE.pdf>>
22. FLORENZANO URZÚA, R. Crisis Familiares e Intervenciones del Médico General /Familiar en ellas. En: Memorias Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar.. Bogotá, D. E. octubre 1, 2 y 3 de 1987.
23. FRIEDEMANN Marie Louise. The famework of sytemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks. Texto traducido por Alejandra Vacca. 1995.
24. FRIEDEMANN, Marie Louise. La estructura de organización sistémica. Documento de la antología de Área de énfasis I Familia y Cuidado de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. Traducción de Alejandra Vacca E.
25. GARCÍA HERNÁNDEZ, A. (2002). Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. <webpages.ull.es/users/almigar/confere>

26. GARCÍA PELAYO, Ramón. Larousse Diccionario práctico del español moderno. Buenos Aires: Ediciones Larousse. 1986. p. 234.
27. GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. Familia y cultura en Colombia. Departamento de Sociología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores. 1961 p. 13.
28. HUNGLER, B. y POLIT, D. Investigación científica en ciencias de la salud. 5 ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
29. INS - Instituto Nacional de Salud. Líneas de Acción. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Enfermedades No Transmisibles. 2014.
30. LABIONDO - WOOD, Geri. Nursing Research. San Louis Missouri: Editores Mosby, , capítulo 1 y parte. 2002.
31. LEYVA MORALES, Luz Amparo. Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encuentran en la unidad hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, Empresa Social Del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, Bogotá 2007-2008”. Bogotá. 2010.
32. LOURO BERNAL, Isabel. La familia en la determinación de la salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana: Revista Cubana Salud Pública. Vol. 29 Núm. 1. 2003; p. 48-51.
33. MARRINER- TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOW, Martha Modelos y teorías en Enfermería. 4ª. ed. Ed.Harcourt brace. España.1999.
34. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 13437. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá,.Colombia. 1991.
35. MISIÓN SOCIAL, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN DNP, ICBF Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Familias colombianas: estrategias frente al riesgo. Bogotá: Alfa Omega Colombiana. 2002. p. 35.
36. MONTORO ROMERO, Ricardo. Dimensiones económicas y sociales de la familia. “El eterno debate sobre la familia”. Fundación Argentaria. 2000. p. 44.
37. MORSE J. Toward. Praxis of theory of suffering. Adv. Nurs. Sci. 24:47-59. 2001.
38. PROFAMILIA. ICBF. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS Colombia 2010. Principales indicadores.
39. PROFAMILIA ENDS 2010. Cap.14. Afiliación, percepción y uso de servicios del sistema general de seguridad social en salud. 2010.
40. RAMÍREZ PERDOMO C, PARRA VARGAS M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Avances en enfermería 2011; vol. 24 (1):97-108.
41. RICO DE ALONSO, Ana. Formas, cambios y tendencias en la organización familiar en Colombia. Nómadas (Col), Octubre-Sin mes, 110-117. 1999.
42. RODRÍGUEZ C., Amado. Epidemiología. Dirección Nacional de Estomatología. Ministerio de Salud Pública. Revista Cubana Estomatología vol.34. Núm..1. La Habana (ene-jun. 19979); p.1-2.

43. RODRÍGUEZ CRUZ, Nory. Caracterización de las familias con paciente oncológico adulto atendido en el Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado (ESE). Bogotá: 2003.
44. SMILKSTEIN En: MEJIA, Diego y otros. Salud Familiar. Bogotá: ASCOFAME. 1990. p. 30-33.
45. TAMAYO FERNÁNDEZ, Martha Lucía. Manual sobre análisis etiológico, médico-genético, estadístico y epidemiológico de la limitación visual en Colombia. Bogotá. 2000.
46. TORRES PÉREZ, L; MORALES, Asencio. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis, Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico Vol. 4, Núm. 1. 2004.
47. VELOZA MORALES, M. C. Comparación del Grado de Salud Familiar en familias con adolescentes gestantes con presencia o no de complicaciones en el tercer trimestre del embarazo en dos IPS de Bogotá D.C. Tesis (Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar). Universidad Nacional de Colombia. 2004.
48. WARTENBERG L. Vulnerabilidad y jefatura en los hogares urbanos colombianos; 1999; p. 77-96. En: González de la Rocha M (Comp.). Divergencias del modelo tradicional: hogares de jefatura femenina en América Latina. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Plaza y Valdés Ed., México; 198 p. Disponible en: books.google.com.co/books?isbn=9688567426
49. ZEA HERRERA, María del Carmen; TORRES MARÍN, Berena. Adultos Mayores hospitalizados: la transición del cuidado. Investigación y Educación en Enfermería ISSN: 0120-5307 vol.25 fasc.1 p.40- -49. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2007.