

RIESGO FAMILIAR TOTAL DE FAMILIAS DE PREESCOLARES CON ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD VILLASANTANA. PEREIRA[^]

Luz Enith Velásquez Restrepo*
Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez**

Resumen

Introducción: se caracterizó el Riesgo Familiar Total (RFT) de familias de preescolares con enfermedades prevalentes, que consultaron al centro de salud de Villasantana Pereira, Colombia en el 2012.

Métodos: estudio descriptivo de 50 familias con previo consentimiento informado. Se aplicó el instrumento de medición Riesgo Familiar Total, RFT: 5-33, validado para Colombia y el análisis de los datos se hizo con el programa SPSS-12.

Resultados: las familias estuvieron integradas por 204 personas; el 40% población desplazada y el 43% niños o adolescentes. El 64% familias nucleares. Se encontró un 54% de familias con RFT bajo y un 46% de familias amenazadas, especialmente por condiciones psicoafectivas (88%).

Se encontró una correlación significativa entre el RFT y sus componentes: condiciones psicoafectivas (0.527), servicios y prácticas de salud (0.554), situación socio económica (0.520) y manejo de menores (0.503).

Conclusión: las familias no identifican alto riesgo familiar aun con condiciones adversas y se requiere intensificar acciones de salud familiar.

Palabras clave: Grupos Vulnerables; Población en Riesgo; Bienestar del Niño; Relaciones Familiares.

* Enfermera. Mg. Enfermería: luzenithvelasquez@funandi.edu.co . Docente de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina, seccional Pereira.

** Enfermera. MSc. en Enfermería. Profesora Asociada. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Enfermería, Investigadora Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co. Teléfono: 3165000 ext. 10339. Bogotá Colombia..

[^] Artículo de investigación que parte de los resultados del Trabajo de grado "Riesgo familiar y grado de salud familiar en familias con preescolares enfermos de un centro de salud de Pereira, Risaralda" para optar el título de Magister de Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Enfermería.

TOTAL FAMILY RISK OF FAMILIES IN PRESCHOOL WITH PREVAILING CHILDHOOD DISEASES. HEALTH CENTER OF VILLASANTANA, PEREIRA

Abstract

Introduction: *characterization of the total family risk (RFT) of preschool families with prevailing childhood disease that consulted at the Health Center of Villasantana Pereira, Colombia in 2012.*

Methods: *descriptive study of 50 families with previous informed consent. The Total Family Risk measurement instrument was applied RFT: 5-33, valid for Colombia and the data analysis was performed with the SPSS -12 programs.*

Results: *the families were made up of 204 people, 40% of the population was displaced and 43% of them were children or adolescents. 64% of the nuclear families. 54% of the families had a low RFT and 46% were threatened, especially by psychological conditions (88%).*

A significant correlation between RFT and its components was found: psychological conditions (0.554) social/economic situation (0.520) and management of minors (0.503).

Conclusion: *the families do not identify a high risk, even with adverse conditions and it is required for family health to be intensified.*

Keywords: Vulnerable Groups, Population at Risk, Child Welfare, Family Relations.

RISCO FAMILIAR TOTAL DE FAMÍLIAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL COM ENFERMIDADES QUE PREVALECEM NA INFÂNCIA. CENTRO DE SAÚDE VILLASANTANA. PEREIRA

Resumo

Introdução: Caracterizou-se o Risco Familiar Total (RFT) de famílias de educação infantil com doenças prevalentes, que consultaram o centro de saúde de Villasantana Pereira, Colômbia em 2012.

Métodos: estudo descritivo de 50 famílias com prévio consentimento. Aplicou-se o instrumento de medição de Risco Familiar Total, RFT: 5-33, validado para Colômbia e a análise dos dados feita com o programa SPSS-12.

Resultados: as famílias estavam integradas por 204 pessoas; o 40% população deslocada e o 43% crianças e adolescentes. O 64% famílias nucleares. Encontrou-se um 54% de famílias com RFT e um 46% de famílias ameaçadas, especialmente por condições psicoafetivas (88%).

Encontrou-se uma correlação significativa entre o RFT e os seus componentes: condições psicoafetivas (0.527), serviços e práticas de saúde (0.554), situação sócio econômica (0.520) e traquejo de menores (0.503).

Conclusão: as famílias não identificam ainda o alto risco familiar com as condições adversas e se requer intensificar ações de saúde familiar.

Palavras chave: Grupos Vulneráveis; População em Risco; Bem-estar da Criança; Relações Familiares.

Introducción

La Salud de los niños es un indicador altamente sensible de las condiciones de desarrollo de un país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina mueren cada año 540.000 niños menores de cinco años. De estas muertes, 170.000 ocurren por enfermedades transmisibles que pueden prevenirse. En los inicios del siglo XXI, una de cada tres muertes en este grupo poblacional era causada por enfermedades infecciosas y desnutrición, y el 70% de las consultas médicas se debió a infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedad diarreica aguda (EDA) (1).

En el 2009, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2) presentó un informe que registra un 86% de niños entre los 2 y los 14 años como víctimas de castigos físicos y agresión psicológica.

En Colombia, la tasa de mortalidad en menores de cinco años para el año 2008 fue de 14,7 por 1.000 nv, en su mayoría provocada por eventos prevenibles. En Pereira, en el 2008 la primera causa por morbilidad en este grupo correspondió a IRA, con el 60% de la consulta total (3); la desnutrición infantil mostró prevalencia anual del 6,7% en el rango de moderada a severa, además, el promedio de lactancia materna exclusiva fue únicamente de 1.2 meses (4).

En el 2007 la tasa de mortalidad infantil en Pereira fue de 22,7 por 1000 nv. Pese al esfuerzo en materia de Educación y Salud se siguen presentando muertes evitables. Durante el año 2008 la mortalidad por EDA fue del 5.6% y por IRA fue del 11.2%,

lo que indica una dramática situación en la salud de la primera infancia.

Gran parte de la atención en salud ocurre en el ámbito familiar y su contribución es particularmente importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Todas las familias son productoras y demandantes de bienestar, influidas por los cambios que afectan su entorno inmediato. Para el sistema familiar la enfermedad de uno de sus miembros trastorna la dinámica interna, se desequilibra la economía, se afecta la comunicación efectiva entre padres, hijos y cuidadores, el entorno para el cuidado integral se vuelve crítico y desfavorable (5). Según Amaya de Peña (6), el evento mórbido incrementa la probabilidad de disfunción, desorganización y conflicto intrafamiliar, principalmente cuando los sistemas de apoyo no son funcionales.

En el análisis de la salud familiar se han utilizado diversas estrategias metodológicas e instrumentos, que buscan aproximarse de la manera más fiel posible a la descripción de las complejas dinámicas en las cuales transitan los grupos familiares. El instrumento de Riesgo Familiar Total de Pilar Amaya de Peña, ha sido validado y utilizado con resultados efectivos en varias regiones del país. Según la autora (6) el riesgo es “una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar” y el Riesgo Familiar Total (RFT) es “la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña P. & Herrera, 2000). Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico

(composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómico, condiciones psicoafectivas, de prácticas y servicios de salud (Amaya de Peña, 1998). Además involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de las prácticas cotidianas de salud, sumado al apoyo de los servicios de salud, que mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención, asistencia social y de salud permanentes”.

El enfoque conceptual de Riesgo Familiar Total, desarrollado por Amaya de Peña, a partir de resultados de investigaciones y prácticas en salud familiar, plantea 14 postulados (6), de los cuales, en este estudio cabe destacar los siguientes:

1. Toda familia está expuesta a riesgos biológicos-demográficos (por su composición, trayectoria de morbimortalidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.
2. Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables y algunos son modificables.
3. Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir, que hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de salud individual y familiar en el momento de la valoración.
4. El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.
5. Los riesgos se asocian a las características propias de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado dependiente intrafamiliar o institucional.
6. Algunas condiciones de riesgo como consumo de alcohol, maltrato y desnutrición, se perpetúan en las familias de generación en generación, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.

En la revisión de literatura sobre Riesgo Familiar Total en Colombia, se encontró un estudio realizado con familias de preescolares en Pamplona (7) y dos estudios realizados con familias de escolares realizados en Girardot y en Bogotá (8), (9) (Cuadro 1).

En estos estudios se observó predominio de las familias tipo 1 (nuclear), frente a la familia tipo 2 (extensa). Los resultados muestran que en las familias con preescolares se identificaron proporciones más elevadas de RFT alto y medio, respecto a las de los escolares, donde predominó el RFT bajo. Una explicación puede encontrarse en el gran reto que implica para las familias la crianza de los preescolares en el hogar, pues deben atender simultáneamente el acelerado proceso de crecimiento y el desarrollo de la autonomía, iniciativa, autoestima y seguridad, entre otras habilidades importantes para la vida, situación para la cual pueden no estar preparados los padres. Una vez los niños entran a la escuela, existe la tendencia a descargar en las instituciones educativas gran parte de la responsabilidad, dando como resultado que las familias se amoldan más fácilmente a los factores de riesgo preexistentes.

En este sentido las familias pobres tienen que hacer frente a numerosas desventajas: los niños poseen menos

Cuadro 1. Comparativo de estudios sobre Riesgo Familiar Total en Colombia

Caracterización de las familias por riesgo familiar/ tipo de familia	Estudio 17 Familia con preescolares Pamplona, 2004 (n = 100)	Estudio 28 Familia con Escolares Girardot, 2006 (n =216)	Estudio 39 Familia con Escolares Bogotá, 2009 (n =186)
Tipo de familia			
Familias Tipo 1: nuclear; nuclear modificada.	59,0	66,0	65,0
Familias tipo 2: extensa; extensa modificada y atípicas	41,0	34,0	35,0
Riesgo Familiar Total			
Riego familiar alto	47,0	0.7	9,0
Riesgo familiar medio	38,0	8.6	31,0
Riesgo familiar bajo	15,0	90.7	60,0

posibilidades de sobrevivir, de recibir una nutrición adecuada lo cual genera daños irreparables en la etapa más importante para su desarrollo físico y mental. Además los infantes que nacen en condiciones deficitarias, tienen muy pocas posibilidades de terminar la enseñanza primaria y adquirir los conocimientos y aptitudes que les ayudarían a escapar de la pobreza, perpetuando el ciclo intergeneracional de empobrecimiento (10).

Con el propósito de comprender y explicar la problemática que viven los niños de una comuna de Pereira (Colombia), reconocida por su alta vulnerabilidad social, se apropia el concepto de Riesgo Familiar Total y el instrumento de medición RFT:5-33, para ser aplicados a familias de preescolares consultantes por enfermedades prevalentes de la infancia.

La comuna Villasantana ubicada al nororiente de la ciudad, con topografía irregular, es un sector que requiere atención oportuna y una propuesta efectiva de tipo económico, social y

de salud. Su población presenta serios desequilibrios económicos y sociales; con una tasa de crecimiento anual del 43% ha sobrepasado los límites de ocupación del suelo. La expansión, producto de la reubicación de otros barrios y ocupación ilegal de predios por víctimas de desplazamiento forzado, ha generado problemas como inseguridad, ausencia de tejido social, viviendas pobres, insalubres, sin servicios de energía, acueducto y alcantarillado (11). Actualmente la comuna está compuesta por 12 barrios con una población aproximada de 25.000 habitantes; durante el 2009 se presentaron 7 muertes de niños y niñas menores de 5 años, todas ellas por enfermedades prevenibles tales como IRA, desnutrición, EDA, accidentes en el hogar y maltrato (12).

En las familias de Villasantana la fragilidad económica y social coexiste con la angustia y el dolor de la enfermedad emocional y física; esta situación llevó a caracterizar el Riesgo Familiar Total (RFT) de las familias con preescolares, para obtener información útil, estructurar los programas de Salud Familiar y

fortalecer los programas de interés en Salud Pública, en el marco de la Ley 1438 de 2011, los fundamentos de la APS y los componentes de la Estrategia AIEPI. Los postulados del RFT aplicados a la situación de las familias de los preescolares enfermos de Villasantana, establecen que todas están expuestas a riesgos, que integrados y en interacción constituyen el RFT.

La enfermedad es una expresión del RFT. El riesgo está ligado a las características propias del preescolar y las prácticas de cuidado intrafamiliar institucional. De acuerdo con estas premisas, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas en salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención, asistencia social y de salud permanente.

Referente contextual

La UNICEF en el 2008, al definir los lineamientos estratégicos para erradicar la desnutrición en el mundo, planteó que la “gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a factores sociales; las causas primarias detrás de la “mala salud” son la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud y la exclusión social de ciertos grupos. Su causalidad se relaciona en lo inmediato a enfermedades comunes infantiles, falta de cuidado de la niñez y una ingesta alimentaria insuficiente o inadecuada” (13). Por lo tanto, varios de los factores que producen enfermedad y crecimiento inadecuado de los niños, dependen del contexto, los conocimientos y conductas de las familias y las comunidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del Programa de Salud Familiar y Comunitaria (SFC), apoyan a los países en el fortalecimiento de intervenciones de salud pública dirigidas a mejorar la salud individual, *familiar* y comunitaria e incrementar el acceso a servicios sociales y de salud, a través de estrategias con acciones integrales, apropiadas, sustentables y basadas en evidencia (14). En el 2000 se promulgaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio y una de las medidas más importantes para contribuir a su cumplimiento en lo referente a la atención a los niños fue la expansión de la Estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), diseñada en 1996 por la UNICEF y la OMS, con el propósito de reducir la mortalidad y la morbilidad infantil debido a enfermedades fácilmente prevenibles, y favorecer el crecimiento y desarrollo saludables en menores de cinco años, especialmente de los grupos más vulnerables (15).

La estrategia AIEPI reconoce que los niños sanos o enfermos no deben ser considerados fuera del contexto social en que se desenvuelven, y enfatiza en la importancia de mejorar las prácticas concernientes a la familia y a la comunidad, así como en la atención prestada a través del sistema de salud, a fin de proporcionarles la oportunidad de crecer y llegar a ser adultos saludables y productivos. Incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de eventos prevalentes que afectan a los niños y los ponen en riesgo de muerte, (desnutrición, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, dengue, malaria, maltrato y accidentes caseros), permite

dar una respuesta inmediata al motivo de consulta, y asegura la detección temprana y el manejo adecuado. Uno de los pilares que sostiene la estrategia AIEPI es el cuidado al interior de las familias; sin embargo, son numerosas las familias con déficit de autocuidado y sin apoyo social, que viven en contextos y situaciones desfavorables.

Villaveces (16) citando a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), afirma que los cambios políticos, económicos, sociales y culturales, han generado diversos desafíos que se deben enfrentar en el contexto familiar en los países latinoamericanos: desempleo, pobreza, violencia intrafamiliar, nacimientos fuera de la pareja y madres adolescentes, entre otros fenómenos, son propios de la condición social de la Región. Esta afirmación la comparte la OMS y desde el informe del 2002 ha dejado claro que las familias víctimas de pobreza, afectadas por las crisis económicas mundiales, el desempleo y el conflicto armado, son altamente vulnerables, tanto por la situación de migración y desplazamiento de amplios sectores de la población como por la mortalidad que este fenómeno genera (17).

Según la CEPAL (18), el desplazamiento forzado muestra un comportamiento derivado de la necesidad de subsistencia: la mayoría de los desplazados se trasladan a las ciudades capitales e intermedias, que se ven impactadas por el acrecentamiento de sus zonas marginales, presionando los presupuestos y políticas de atención en áreas sociales, tales como salud, educación, servicios públicos, vivienda y trabajo. A Pereira llegaron principalmente familias procedentes de la zona noroccidental de Risaralda y el sur de Antioquia (19)

Según Bello M (20) en algunas áreas del país, el desplazamiento es un fenómeno silencioso, diario, cotidiano, efectuado por un miembro de la familia o por la familia completa, es un proceso de ida y vuelta, de sucesivas expulsiones, cortos retornos y estabilizaciones temporales. Los desplazados se reorganizan en subgrupos con gran diversidad individual, cultural y generacional, son núcleos de gran vulnerabilidad social y económica, con alto riesgo de enfermedades infecciosas transmisibles, principalmente en población infantil (19).

De allí que los niños en condiciones de vulnerabilidad sean blanco de todas las políticas de protección a nivel internacional y nacional; la Convención de los Derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 consagra la protección de los menores de 18 años y sus postulados están conciliados en El Código de la Infancia y la Adolescencia emanado a través de la Ley 1098 de 2006 de la Legislación colombiana y en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, que prioriza la población infantil más vulnerable. A pesar de este esfuerzo mundial por mejorar las condiciones de la infancia, de la puesta en marcha de los Objetivos de Desarrollo del Milenio desde el año 2002, el crecimiento económico sesgado está dejando a millones de niños en la pobreza.

En estas condiciones es importante una nueva visión de la problemática. Al utilizar la teoría Riesgo Familiar Total y su instrumento de medición se busca reorientar el cuidado de la salud de las familias de los preescolares y la vigilancia del contexto y, de igual manera, encaminar la reingeniería organizacional de la atención en el Centro de salud de

Villasantana. De esta descripción se desprende la relevancia de este estudio y la contribución que Enfermería, como responsable legal del cuidado de individuos, familias, comunidades y entorno (21), puede hacer al desarrollo social, con el amparo de las políticas de protección a la infancia.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, donde la población correspondió a familias residentes en la Comuna Villasantana del Municipio de Pereira, con hijos preescolares, entre 2 y 5 años de edad. La muestra fue no aleatoria y el tamaño de la muestra se tomó por conveniencia en 50; se seleccionó entre las familias que llevaron a los preescolares a consultar al Centro de Salud Villasantana, entre abril y mayo de 2011, por enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, maltrato, dengue, malaria, accidentes caseros y desnutrición. El informante fue el adulto, padre, madre, familiar o acudiente, que acompañó a los infantes a la consulta y manifestó disposición para responder voluntariamente la encuesta; se incluyó el que hubiera vivido más de un año en la familia y tuviera conocimiento de la misma.

Se utilizó el Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 diseñado por la Doctora Pilar Amaya de Peña (6). Este instrumento es una prueba de tamizaje que identifica el riesgo familiar y clasifica las familias en 'alto riesgo' o 'amenazadas'. Su objetivo es identificar aquellos núcleos sociales más vulnerables, considerando los diversos factores que generan riesgos para la familia. El RFT:5-33 consta de dos secciones:

1. De caracterización familiar, incluye datos de identificación y composición

familiar, riesgos individuales, antecedentes familiares e instituciones de apoyo familiar.

2. Inventario de factores de riesgo: comprende 33 ítems con opciones de respuesta en escala de 1 a 4, siendo 1 la de menor riesgo y 4 la de máximo riesgo. Estos ítems están distribuidos en cinco dimensiones de factores de riesgo, a saber: -condiciones psicoafectivas (10 ítems), -servicios y prácticas de salud (6 ítems), -condiciones de vivienda y vecindario (5 ítems), -situación socioeconómica (6 ítems) y -manejo de menores (6 ítems); cada una de las dimensiones puede ser analizada de forma independiente, lo que permite las intervenciones individuales por grupo familiar.

El subtotal de cada categoría permite calificar el riesgo familiar total. La interpretación se realiza según la gráfica de perfil familiar incluida en el instrumento, la cual combina las variables anteriores adjudicando puntajes brutos y puntajes estándar para cada factor. En el análisis independiente por factores se establecen solamente dos categorías de riesgo: familias amenazadas y familias con riesgo alto, y el punto de corte es en 80, mientras que en el análisis de RFT global se establecen tres categorías: familias en riesgo alto, amenazadas o riesgo bajo, con puntos de corte en 65 y 80, en una escala de 20 a 110. 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, y no brindan evidencia suficiente para discriminar si una familia cae en la categoría de amenaza o en la de riesgo bajo, pues estas dos categorías únicamente son sensibles de discriminar al tener los puntajes brutos totales del

instrumento (6). Los puntajes para cada categoría se adjudican estableciendo diferencias entre las familias Tipo I (nuclear) y las familias Tipo II (extensa) (22).

A partir de los puntajes brutos se realiza la estandarización y es la puntuación tipo la que define la condición del riesgo familiar total. En términos generales, la familia con alto riesgo es aquella que no mantiene medidas de promoción, prevención y asistencia, en su composición, prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud, resultado de la calificación de cada subcategoría, y una calificación total del riesgo familiar total.

El RFT:5-33 está validado en la población colombiana, cuenta con un nivel de confiabilidad aceptable, evaluada mediante el coeficiente de consistencia Kuder-Richardson #20, tiene una consistencia entre 0,6 y 0,76 indicando que son factores homogéneos y altamente consistentes. El rango de correlaciones ítem-prueba se encuentra entre 0,27 y 0,87. El índice de consistencia para la prueba total es de 0,86, señalando que la escala también es altamente homogénea, a pesar de estar subdividida en cinco factores, que en conjunto permiten establecer el RFT (6). Este instrumento fue aplicado directamente por la investigadora al acompañante del menor, previa firma de consentimiento informado, en el momento posterior a la consulta del niño. El 90% de los instrumentos fueron contestados por madres acompañantes de los menores y el resto por otros familiares. Los datos se analizaron en SPSS-10.

Para garantizar los principios bioéticos, se obtuvo el aval del Comité de Bioética de la Universidad Nacional y la autorización de la Doctora Amaya de Peña para la utilización del RFT: 5-33. Se adquirió

autorización a las directivas del Centro de Salud y firma de consentimiento a los informantes para la revisión de la historia clínica y la aplicación del Instrumento. Se guardó privacidad en la identificación del niño y del informante.

Según la Resolución 8430, la investigación es considerada de riesgo mínimo porque puede tratar aspectos sensibles de la persona. Se tomaron medidas inmediatas con las familias que mostraron alto riesgo psicosocial.

Resultados

Caracterización de las familias

Las 50 familias estaban conformadas por 204 personas. El 40% se encontraban en situación de desplazamiento. El 95% de la población pertenecía al régimen subsidiado de salud y el resto no tenía afiliación. El 64% eran familias Tipo I: 36% familias nucleares, y 28% familias reconstituidas; el 36% restante eran familias Tipo II: extensas. Según el rol familiar, predominaron los hijos con el 30%, seguido de la madre con el 19% y del padre con el 12%, el resto de integrantes constituyen el 39% de la población total. El 33% de la población no había recibido educación sexual. Respecto a la percepción del riesgo de enfermar, el 67% de los integrantes se consideraron sanos, el 20% en riesgo y el 12% enfermos.

Situación de salud de los preescolares. De las 204 personas que conformaban los grupos familiares, el 24,5% correspondió a los preescolares consultantes. Entre estos, el 18% tenía problemas nutricionales, el 20% un esquema de vacunación incompleto, el 8% historia de maltrato, el 8% había tenido accidentes y el 94% antecedentes de enfermedades virales (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de las condiciones de salud de los niños y niñas preescolares y el total de menores de 12 años.

Condiciones de salud	Niños y niñas preescolares de 2 a 5 años	
Nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Sin problemas de nutrición	41	82,0
Con problemas de nutrición	9	18,0
Vacunación	Frecuencia	Porcentaje
Esquema completo	40	80,0
Esquema incompleto	10	20,0
Maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Sin historia de maltrato	46	92,0
Con historia de maltrato	4	8,0
Infecciones virales	Frecuencia	Porcentaje
Sin infecciones virales	3	6,0
Presencia de infecciones virales	47	94,0
Accidentes	Frecuencia	Porcentaje
No ha tenido	46	92,0
Si ha tenido	4	8,0

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

Entre los motivos de consulta de los preescolares predominaron los problemas de tipo respiratorio (92%), seguidos de los problemas intestinales (8%).

Riesgo familiar total (RFT)

El 54% de las familias fueron clasificadas como de RFT bajo, y el 46% como familias amenazadas.

Según el planteamiento de Amaya, es posible que una familia categorizada en el riesgo global bajo, presente alguno de los factores ubicados en la categoría de riesgo alto, o amenazada. Como se observa en la Cuadro 3, se encontraron familias con riesgo alto por sus condiciones psicoafectivas, condiciones de vivienda y manejo de menores, mostrando un panorama preocupante para estas familias, ya que los factores biológico-familiares, del medio ambiente y los servicios de salud potencian el riesgo. (Cuadro 3)

La condición socioeconómica, la composición familiar, la presencia de enfermedades prevalentes en los niños y las condiciones psicoafectivas, muestran la vulnerabilidad de las familias, sobre todo, considerando que el 70% de ellas no cuentan con apoyo de guarderías que contribuyan al cuidado de los niños.

Condiciones Psicoafectivas: el riesgo por condiciones psicoafectivas reportó un 88% de familias amenazadas y un 12% de familias en riesgo alto. En el 48% se encontró desarmonía conyugal, en el 34% ingesta de alcohol y psicoactivos, en el 26% divorcio o separación conyugal, en el 24% ansiedad permanente por problemas familiares, en el 22% violencia, abuso familiar y en el 20% enfermedad mental. Proporciones menores de familias reportaron desarmonía entre padres e hijos o entre hijos, privación afectiva, desprotección y roles no gratificante. El

Cuadro 3. Clasificación del Riesgo Familiar Total según los factores constitutivos.

Factores	Modalidades	Porcentaje
Condiciones psicoafectivas	Amenazadas	88
	Riesgo alto	12
Condiciones de vivienda y vecindario	Amenazadas	98
	Riesgo alto	2
Manejo de menores	Amenazadas	98
	Riesgo alto	2
Servicios y prácticas de salud	Amenazadas	100
	Riesgo alto	0
Situación socioeconómica	Amenazadas	100
	Riesgo alto	0

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

14% de las familias reportaron fugas de menores, padre o madre, que sumado a los anteriores hallazgos y la violencia social del país, sin un servicio de salud que trabaje en la prevención de la violencia, representa mayor grado de amenaza para estas familias.

Es evidente que estos resultados son un fiel reflejo de la situación de salud mental de Colombia. El reporte de la ENDS 2010 indica que las causas de separación son: la violencia conyugal, la infidelidad por parte del compañero permanente y el consumo de alcohol (23). Estos hallazgos plantean la necesidad urgente de trabajar en eventos relacionados con la salud mental, que permitan interrumpir la cadena de riesgos que se transmiten de generación en generación, a través de acciones a escala intersectorial, interinstitucional, servicios costo efectivos apropiados, que favorezcan la atención primaria en salud, la promoción de salud mental en los diferentes niveles de atención, especialmente brindar apoyo para una vida familiar estable.

Servicios y Prácticas de Salud: el 16% reportó falta de información, 14% subutilización de servicios de salud

disponibles, el 12% manejo inapropiado de algunas prácticas de cuidado de la mujer, de la nutrición y de salud oral. Estas observaciones muestran la necesidad de un mayor apoyo de las instituciones de salud, tanto para el acceso y oportunidad en los servicios, como para la detección oportuna de riesgos y el manejo apropiado de la salud.

Condiciones de Vivienda y Vecindario: el 10% identificó las condiciones insalubres del vecindario, el 8% la falta de uso del saneamiento ambiental y el 6% los problemas de ventilación, iluminación o alimentos. La OPS/OMS (24) hace visible el aumento de enfermedades atribuibles a las condiciones de la vivienda; las de mayor prevalencia son: la IRA, Enfermedad diarreica, EDA, dengue y malnutrición; sin desconocer otras como los accidentes, caídas e incendios, tuberculosis, asma, la violencia y los suicidios. Según la ENDS 2010 (25) los factores de riesgo de la salud, se relacionan con el estrato socioeconómico y a su vez con las condiciones de las viviendas.

Situación Socioeconómica: los ítems que representan mayor riesgo para las familias fueron los escasos ingresos para cubrir las

necesidades de salud y los problemas de salud no resueltos, ni controlados, cada uno con el 10%. Llama la atención que estas familias se encuentran ubicadas en uno de los sectores más pobres de Pereira y sin embargo, solo 8% de ellas reporta pobreza con ingreso menor que NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).

Manejo de Menores: con relación a este factor, el 12% de las familias informaron falta de seguridad en actividades de menores; el 12% presencia de riesgos; el 10% manejo inapropiado de IRA, EDA y CD, y presencia de más de cuatro menores de 12 años en las familias.

Discusión

El análisis de 50 grupos familiares en Villasantana puede parecer insuficiente para inferir la situación de la totalidad de las familias; sin embargo, los hallazgos son congruentes con el perfil previamente identificado para esta población: familias pobres, con múltiples factores de riesgo individuales, familiares y sociales, que unidos a la incertidumbre y ansiedad que viven los hogares con preescolares, dada su condición socioeconómica, composición familiar y la presencia de enfermedades prevalentes en la infancia, las hacen más vulnerables, especialmente a las familias extensas y atípicas por la complejidad de factores que interactúan.

Se encontró una mayor proporción de niños con problemas nutricionales, que la registrada en la línea de base de nutrición infantil para Risaralda, levantada en el año 2009, donde la prevalencia de desnutrición crónica para Risaralda fue de 11,7% y para la zona urbana de Pereira, de 14,3%²⁶. La gran mayoría de las familias se percibían sanas, sin embargo, los problemas nutricionales observados

mostraron que la población encuestada no tenía capacidad para detectar el riesgo nutricional y este es un elemento primordial para garantizar el normal crecimiento y desarrollo del niño. La cobertura de vacunación en la población preescolar era del 80%, lo que explica en parte la recurrencia de enfermedades prevalentes de la infancia.

Es importante observar la presencia de maltrato en el 8% de preescolares, situación que amerita un programa de promoción de la calidad de vida, donde se fortalezca el amor y el afecto a los niños, pues se reconoce que los adultos pueden confundir la tarea de disciplinar con el hecho de castigar y maltratar al menor o, conscientes de su comportamiento, niegan el maltrato por temor a las represalias legales. Es imperativo continuar con el trabajo a favor del buen trato articulado con el ICBF, las comisarías de familia, escuelas y alcaldías frente al flagelo de esta enfermedad.

Se aprecia una aparente inconsistencia entre el RFT encontrado y el riesgo percibido por las familias de Villasantana. Mientras que el 48% de familias fueron clasificadas por el RFT como 'amenazadas', únicamente el 32% de los integrantes se perciben en riesgo. Este hallazgo puede explicarse a partir del modelo de comunicación de riesgos de Petter Sandman (27); el autor establece diferencias existentes entre riesgo real (peligro) y riesgo percibido (indignación). En este caso el peligro es alto y el grado de indignación de la población es bajo. La capacitación en riesgo y educación para la salud son mecanismos que se utilizan con frecuencia cuando se identifica esta clase de percepción de riesgo, frente a lo cual es conveniente dar importancia a la divulgación, concebir un mensaje

clave, expresarlo en el menor número de palabras posible y hallar la manera de hacer que sea interesante.

Aunque el RFT:5-33 únicamente clasificó al 48% como familias amenazadas y el resto como de riesgo bajo, el análisis de los factores constitutivos del RFT mostró altas proporciones de familias amenazadas en todos y cada uno de los factores. Si bien, las proporciones de familias que identifican cada una de las categorías del riesgo familiar total son bajas, estos factores en interacción se potencializan, mostrando una proporción importante de familias amenazadas que requieren mejoramiento de la accesibilidad e intervención de los servicios de salud, sociales y redes de apoyo, atención interdisciplinaria integrada, donde los profesionales ofrezcan servicios con enfoque intersectorial, interinstitucional familiar e intercultural.

Se destaca el gran peso de las condiciones psicoafectivas en la determinación del RFT, además de un 40% de familias en

situación de desplazamiento forzado; un 43% de la población de niñas, niños y adolescentes clasificados en riesgo alto o amenazados respecto a desarmonía conyugal, ingesta de alcohol, violencia y conflictos intrafamiliares, datos que muestran un panorama preocupante que exige acciones de salud familiar de carácter inaplazable, en el marco de la APS, con enfoque de autocuidado y de participación comunitaria.

Para poblaciones como la de la Comuna Villasantana, la Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 1438 de Enero de 2011²⁸, constituye una esperanza al enfatizar en un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la Estrategia Atención Primaria en Salud con acciones coordinadas del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Prevención y control de enfermedades. Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Internet. Disponible en www.col.ops-oms.org/prevention/aiepi/aiepi2003feb_1.asp.
2. Unicef. Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez. Número 8, septiembre de 2009. p.1-7. Internet. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/ProgressforChildren-No18_Sp_08132009.pdf, Consultado 16 febrero de 2012.
3. Municipio de Pereira. Secretaría de Salud y Seguridad Social. Perfil epidemiológico de Pereira, 2008.
4. Municipio de Pereira. Alcaldía. Plan Territorial de Salud, 2008.
5. Louro B II, Serrano P A. La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2010, vol.36, n.1, pp. 38-53.
6. Amaya-P P. 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.
7. Uribe-M A. Riesgo familiar total y grado de salud familiar de las familias con niños menores de cinco años que asisten al programa ampliado de inmunizaciones en IPS públicas y privadas del municipio de Pamplona en los primeros siete meses del año 2004. Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2005
8. Piza-F P. Caracterización del riesgo familiar total y el grado de salud de las familias con escolares de la institución educativa Atanasio Girardot, sede Rafael Pombo, municipio Girardot, Cundinamarca 2006. . Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2007
9. Enríquez-G CL, Cataño N. Riesgo Familiar Total en familias con escolares y rendimiento académico. Una comparación en un centro educativo distrital de Bogotá. *Revista Avances XXVII*. No 1. 2009. p. 47
10. Unicef. La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Avances hacia "Un mundo apropiado para los niños y las niñas" 2007. p.5. Internet. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/publications/files/> Consultado febrero 2012
11. Municipio de Pereira. Alcaldía. Plan de Desarrollo Municipal, 2010.
12. Municipio de Pereira. Secretaría de Salud y Seguridad Social. Comité de Vigilancia Epidemiológica, 2009.
13. Unicef. Lineamientos estratégicos para la erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. Panamá, 2008. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf). Consultado febrero 24 de 2011.
14. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. p.1. http://www.paho.org/spanish/ad/fch/FCH_index.htm
15. Organización Panamericana de la Salud. United Nations Foundation, American Red Cross. Guía para el Diagnóstico Local Participativo componente comunitario, estrategia AIEPI.
16. Villaveces-N J, Anzola-G M. Anotaciones sobre cultura en Colombia. Borradores de investigación. 004351. Centro Editorial Facultad de Economía. Universidad del Rosario. Bogotá: 2005.
17. OMS/OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. 2002.
18. Cepal. Naciones Unidas. Ibáñez AM, Velásquez A. El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia 2008. Internet Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf>. Consultado septiembre 2011
19. Montoya-Z J, Abab-F J, Rivera-A B; Hincapié-C V. Problemas Sociales en Risaralda. 2010 p.16

20. Bello M. El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. 2003. Disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/revista7/articulos/martha%20bello.htm>. Consultado octubre 2011.
21. República de Colombia. Ley 266 de 1996. Por la cual se establece el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia.
22. Amaya-P P. Measuring family health perceptions of poor pregnant women in Bogotá, Colombia. Disertación doctoral. Wayne State University. Detroit, MI., EE.UU. Universidad Nacional de Colombia. Universidad de Wayne Detroit M.I. DIB. Bogotá: 1998. Instrumento RFT 7-70. Registro TX-4-978-541.
23. Profamilia Encuesta Nacional de Salud 2010. Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas por parte de la pareja.
24. OPS/OMS. Estrategia de Vivienda Saludable. Colombia. Reunión del Comité Temático de Salud de Población Desplazada. 10 de octubre de 2006 (en línea). [citado 07/28/2011], p. 10. Disponible en: <<http://www.disaster-info.net/desplazados/instituciones/datosinstitucion.php?idinstit=74>>
25. Profamilia. Encuesta Nacional de Salud 2010. Características Generales de los hogares y de la población.
26. Martínez JW, Muñoz LP. Línea de base nutricional en menores de 5 años en Risaralda 2009.
27. Sandman Peter. Cuatro clases de comunicación de riesgos. Publicado originalmente como "Four Kinds of Risk Communication" en el 2003, Traducción cortesía de Organización Panamericana de la Salud, en el 2006. Disponible en: <http://www.psandman.com/col/4kind-1S.pdf>
28. República de Colombia. Ley 1438 de Enero de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.