

Beatriz Pérez Giraldo

Especialista en Educación y Asesoría Familiar.
Magíster en Enfermería,
con énfasis en Salud Familiar.
Docente de la Facultad de Enfermería,
Universidad de La Sabana.

Caracterización de las familias con adolescentes gestantes

Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar

RESUMEN

Este trabajo pertenece a la línea de investigación “Salud familiar, enfermería familiar”, de la Universidad Nacional de Colombia. Describe las características de los factores de riesgo y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota. Es un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. Se utilizaron dos instrumentos de salud familiar: “Riesgo familiar total 7-70” y el “ISF GES 19”, elaborados y probados en familias colombianas de estratos 1 y 2, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-1998).

De las 66 familias estudiadas, se encontraron riesgos que afectan la salud familiar, así: 62% en alto riesgo, 36% en riesgo medio y 2% en riesgo bajo. Las prácticas y los servicios de salud se incluyen dentro de las subcategorías de mayor riesgo. El estudio también aporta información sobre el grado de salud familiar, es decir, el nivel en que las familias se encuentran saludables y satisfechas con lo que la familia es y hace para mantener las metas de crecimiento, estabilidad y cohesión comportamental.

Se concluye que de las familias estudiadas, las del área rural tienen mayores riesgos para la salud que las que viven en la zona urbana. Las familias estudiadas no tienen el conocimiento ni la práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos hallazgos exigen a la enfermería y demás trabajadores de la salud iniciar acciones contundentes que aseguren una prestación de servicios de salud, para disminuir el riesgo familiar total y mejorar el grado de salud familiar, teniendo en cuenta a las familias de las adolescentes gestantes y previendo con ellas acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE:

Riesgo familiar total, salud familiar, familia con adolescente gestante, enfermería familiar.

ABSTRACT

This study on Family Nursing with emphasis on Family run within the research of the Universidad Nacional de Colombia. It describes the characteristics, risks factors and degree of family health faced by families with pregnant adolescents in little towns of Cundinamarca (Chía, Cajicá and Cota). It is a descriptive study that follows a transversal and quantitative methodology. Two different instruments on Family Nursing were used: “Total family risk 7-70” and “ISF GES 19” which have been made and tested by Dr. Pilar Amaya de Peña (1992-1998) with Colombian urban families from low social status.

From the 66 families studied, it was found that a 62% of families faced high risk of affected family health, 36% faced a medium high risk and 2% faced low risks. The high risk categories comprise health practice and services. It also revealed information on the degree of family health and family satisfaction with respect to what the family is and what they do to achieve their goals related to growth, stability and behavior.

It was concluded that from the studied families, those who lived in rural areas run higher risk with respect to health than families living in urban areas. The families studied do not have the knowledge and practice to prevent sicknesses and the promote health within the family. These findings demand from nursing and other health professionals to offer health services to those families with pregnant adolescents in order to decrease the family health risks and promote the family health level by promoting actions to prevent sicknesses and assure healthy measures.

KEYS WORDS:

Family risk, family health, adolescent pregnant families and family nursing.

INTRODUCCIÓN

El riesgo en salud es una característica averiguable de una persona o grupo de personas, que se conoce como asociada con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o estar especialmente afectados de manera adversa. El grado de salud familiar hace referencia a lo que la familia es y la satisfacción que tenga. Partiendo de estos conceptos, se quiere caracterizar el riesgo y el grado de salud de un grupo de familias con adolescentes gestantes.

El presente trabajo está basado en las teorías de Riesgo y de Organización Sistémica de Marie Louise Friedemann; además, utiliza los instrumentos de Riesgo Familiar Total (RFT 7-70) y de Salud Familiar y Gestación (ISF GES 19), diseñados, implementados y probados por la doctora Pilar Amaya de Peña.

Este estudio es útil para la enfermería familiar, porque aporta información específica para el cuidado de enfermería con las personas y familias, enfrentadas a diversos factores de riesgo, como: riesgos por grupo de edad, riesgos biológico-familiares, riesgos de medio ambiente y riesgos de servicios de salud y familia. También aporta información sobre el grado de salud familiar en la Escala de Acuerdo y Satisfacción, con lo que la familia es y la satisfacción que tenga.

Los resultados exigen a la enfermería y otros trabajadores de la salud iniciar acciones que aseguren una prestación de servicios de salud tendientes a disminuir riesgos y mejorar el grado de salud familiar, teniendo en cuenta a las familias de gestantes adolescentes.

A través del trabajo se presentan, uno a uno, los componentes de la investigación, y se definen aspectos del marco de referencia, del marco conceptual, del marco metodológico, de los resultados, conclusiones y recomendaciones que se derivan del estudio.

ÁREA PROBLEMÁTICA

En la actualidad, el embarazo en la adolescencia se ve como uno de los problemas más sentidos en Latinoamérica, ya que se aprecia un aumento sostenido en su incidencia, frente a lo cual no se ha desarrollado mayor conocimiento y, por lo tanto, tampoco existen estrategias importantes para prevenirlo y atenderlo.

Según la OMS-OPS:

“Colombia ha experimentado una mayor disminución de los nacimientos en el grupo de adolescentes, comparado con la tasa general total, y presenta la paradoja de que aunque la importancia relativa del grupo es menor (18% en 1973 y 16% en 1986), el número total de nacidos de madres adolescentes ha aumentado, porque la población adolescente es mayor. En Colombia un 68% de los egresos hospitalarios entre los 12 y 18 años de edad y el 25% de las consultas ambulatorias de las mujeres de 16 a 18 años son por causa materna”¹.

Estadísticas colombianas, proporcionadas por el entonces Ministerio de Salud (Minsalud), muestran que el embarazo y los eventos relacionados con él ocupan el primer lugar como causas de consulta externa, las cinco primeras causas de egresos

El riesgo en salud consiste en la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o verse afectados de manera adversa. El grado de salud familiar hace referencia a lo que la familia es y a la satisfacción que tenga.

1. Silber, Tomás y colab. *Manual de medicina de la adolescencia: Embarazo en la adolescencia*. OMS/OPS, Washington, 1992, p. 474.

hospitalarios y seis de las ocho primeras causas de los mismos, en la población femenina entre los 15 y los 19 años. Asimismo, es la segunda causa de egreso hospitalario en mujeres entre 10 y 14 años, lo cual manifiesta claramente la gravedad de la problemática referida².

En Colombia, según la encuesta de demografía y salud (2000), el 15% de las adolescentes ya han sido madres y el 4% están en el embarazo de su primer hijo, para un total de 19% que han estado en embarazo o ya han tenido partos, en comparación con el 17% en la encuesta de 1995, en la cual se encontró que una de cada cinco adolescentes ha estado alguna vez embarazada.

Si se toma en cuenta que, a nivel mundial, el incremento absoluto de los adolescentes entre los 10 y los 19 años será de 27% en los próximos 35 años, que el 86% del total corresponderá a países en vías de desarrollo y que la vida sexual de los adolescentes es cada vez más activa y precoz, bien puede asegurarse que el fenómeno social referido resulta altamente complicado y peligroso³.

Según un reciente estudio sobre “la dinámica social”, del Centro de Investigaciones de la Universidad Externado de Colombia, entre el 10 y el 15% de los 125 millones de niños que nacen anualmente en el mundo son hijos de madres adolescentes menores de 20 años. Desde el punto de vista social, la adolescente se ve enfrentada al rechazo social, de su familia, de su círculo de amigos, de su pareja, y en el peor de los casos se tiene que ir de la casa. Su proyecto de vida se ve afectado, pues la presencia de un hijo le exige salir a trabajar y abandonar sus estudios, para empezar su papel de madre. La presión social contra la adolescente embarazada desencadena consecuencias psicológicas para ella. Con frecuencia la joven que no estaba preparada para ser madre, tiende a rechazar la idea de tener un bebé. Por esta razón, el 44,4% de las adolescentes han abortado en Colombia⁴.

Según Tanaka y Siqueira, “el riesgo del embarazo en la adolescente es alto, y sucede en todos los niveles sociales, presentando, por otro lado, mayores riesgos en los niveles sociales de

escasos recursos socioeconómicos, en los que esta carencia dificulta el acceso a las informaciones y a la asistencia adecuada”⁵.

La situación anterior se observa en Chía, Cajicá y Cota, municipios del departamento de Cundinamarca, donde se ha venido incrementando el número de embarazos en adolescentes. Según estadísticas hospitalarias, se presentan un promedio de siete a ocho embarazos nuevos al mes en el Hospital San Antonio, de Chía, y de dos a tres en el Hospital Jorge Cavelier, del municipio de Cajicá.

Las familias de las adolescentes gestantes del presente estudio pertenecen a los estratos 1 y 2, situación esta que puede llevar a muchos riesgos y dificultar el manejo de las situaciones familiares, y específicamente la situación del embarazo en la adolescencia. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia.

JUSTIFICACIÓN

La ley 100, de diciembre de 1993, presenta cambios en los conceptos relacionados con la prestación de los servicios, entre ellos: la universalidad, la solidaridad, la eficiencia y la integralidad, que implican la cobertura a la familia como elemento importante para su cumplimiento.

Esta cobertura familiar obedece al reconocimiento de que esta unidad básica tiene un papel importante en la conservación de la salud o en el deterioro de la misma. Cada individuo de la familia tiene la responsabilidad de cuidarse y utilizar los recursos de la familia y del ambiente para conservar la salud o recuperarla.

Se parte del concepto de integralidad, que considera a las personas como seres vivos biosicosocioculturales y espirituales, que interactúan con la familia, la sociedad y el entorno en el cual viven. La integralidad incluye el promover, el mantener, el

2. Mendieta Cruz, Néstor. *Familia de adolescente embarazada. Estructura y dinámica*. Bogotá, 1996, p. 18.

3. Klein, R. “Programas de intervención para adolescentes”. En: *La psicología en el ámbito perinatal*. Inper, México, 1998, p. 488.

4. Wetember, Lucy. *Embarazo precoz y aborto del adolescente en Colombia*, 1999, p. 28.

5. Tanaka y Siqueira. En: Montes y Valverde, María Marlene. *Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia de la adolescente embarazada*. Edit. XYZ, Cali, 1999, p. 27.

recuperar y el rehabilitar, cuando se ha perdido la salud.

La ley 100 ha sido fundamentada bajo el esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; por tal motivo, está sustentada en un modelo capaz de conocer y evaluar los riesgos para la salud, con mecanismos suficientes para atenderlos efectivamente.

Dentro de esta misma ley se aclara que la presencia de la salud o la enfermedad en la familia es producida por muchos factores (multicausalidad), bien sea económicos, biológicos, sociales, culturales, ambientales y de servicios de salud; por lo tanto, se hace necesario que el profesional de la salud tenga en cuenta esa conjunción de factores que actúan simultáneamente sobre las familias, para mantener la salud de estas.

Un factor de riesgo puede estar asociado con múltiples patologías, y una patología puede estar relacionada con múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, es así como el tabaquismo se asocia con la incidencia de varios tipos de neoplasmas, y también algunas enfermedades perinatales se relacionan con el tabaquismo de la mujer en embarazo. La desnutrición proteicoalcalórica es el resultado de la presencia reiterativa o crónica de enfermedades infecciosas y de un insuficiente consumo de alimentos energéticos y proteicos. Esta condición, a su vez, puede ser el resultado de la pobreza, de deficientes condiciones sanitarias, de hábitos inadecuados y de la falta de acceso apropiado a los servicios de salud (Pinstrup-Andersen y col., 1993). Si se mejoran las condiciones de vida, se disminuye la carga de enfermedad⁶.

La Constitución Política colombiana, en el artículo 42, señala a la familia como una institución social básica. Se conforma por niveles naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

Este estudio pretende colaborar con la identificación de factores de riesgo y grado de salud que hacen que, en el sistema familiar y en los subsistemas, se desarrollen situaciones positivas o negativas, como también identificar los elementos protectores para el mantenimiento de la salud.

El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes.

La ley 266 de 1996, de la enfermería, aclara los principios de la práctica de la profesión, entre los que se encuentran el de integralidad, que orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, la familia y la comunidad, con una visión unitaria para atender sus dimensiones físicas y espirituales.

Otros principios, como la individualidad, la dialogicidad, la calidad y la continuidad, son importantes para brindar un cuidado de enfermería de buena calidad.

Los principios anteriores van de la mano con los que plantea la ley 100, con el principio de integralidad que corresponde a la familia. Por lo tanto, es importante tener en cuenta a la familia, en este caso a las familias de las adolescentes gestantes, para identificar los factores de riesgo o los factores protectores, que en un determinado momento se deben tener en cuenta para aprovecharlos y mejorar la situación de las familias.

Por estas razones, se hace necesario caracterizar las familias desde el enfoque de riesgo familiar, y grado de salud de la familia, con el fin de identificar los condicionantes que hacen que la familia tenga riesgos o no.

Este estudio, de familias con adolescentes embarazadas, pretende colaborar en la identificación de factores de riesgo y grado de salud familiar, que hacen que en el sistema familiar, y en los subsistemas, se desarrollen situaciones de salud positivas o negativas, como también identificar los elementos protectores para el mantenimiento de la salud.

6. Ministerio de Salud. *La reforma a la Seguridad Social en Salud*. Tomo I. "Antecedentes y resultados". Editorial Carrera Séptima Ltda., Santafé de Bogotá, 1994, p. 107.

Es importante conocer los factores de riesgo y el grado de salud familiar presentes en las familias de las adolescentes, con el fin de lograr desarrollar acciones y programas preventivos, dirigidos a modificar aquellos que puedan comprometer de manera negativa su salud.

La presente investigación aportará a la profesión de enfermería la identificación de riesgos de salud de las familias y el grado de salud familiar de estas, con el fin de orientar su cuidado, que le permita al profesional diseñar programas encaminados a mejorar estilos de vida y, por consiguiente, calidad de vida. Por otra parte, genera un aporte en la aplicación de un modelo conceptual en un proceso investigativo, que sin duda enriquecerá la profesión.

PROBLEMA

¿Cuáles son las características de los factores de riesgo familiar total y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota?

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el enfoque de riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las edades y el número de gestaciones de las adolescentes gestantes del estudio.

- Identificar la estructura, la tipología y el ciclo familiar de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar la percepción de riesgo, salud y enfermedad de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar enfermedades de carácter familiar de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar instituciones de apoyo familiar de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar riesgos por grupos de edad y salud individual de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar factores de riesgo familiar específicamente biológicos familiares, del medio ambiente y servicios de salud de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar el grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes.
- Identificar el comportamiento del riesgo familiar y el grado de salud familiar de cada municipio: Cajicá, Chía y Cota.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Este aparte conceptualiza: caracterización de la familia con enfoque de riesgo y grado de salud familiar, familia, salud familiar y familia con adolescente gestante, conceptos que se consideran válidos para sustentar teóricamente el estudio.

- **Caracterización de la familia.** 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 individuación⁷.

- **Riesgo.** Pilar Amaya de Peña (2000) cita a Backet, Davies y Petros Barvazain, 1984, quienes se refieren al riesgo como al 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 con la posibilidad de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido"⁸.

- **Riesgo familiar total.** Probabilidad de 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. N., 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 (Pilar 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 prevención⁹.

- **Familia.** Es una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema con

subsistemas interpersonales de parejas y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes. La familia está conformada por todas las personas que llevan funciones familiares y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia se define como todas las personas que un individuo considera su familia¹⁰.

- **Grado de 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 materia¹¹.

Los propósitos del sistema familiar se alcanzan con comportamientos que caen en tres grupos: crecimiento familiar (morfogénesis), estabilidad familiar (homeostasis) y cohesión comportamental, los cuales son definidos por Pilar Amaya de Peña¹².

- a. **Crecimiento familiar.** Refleja el ajuste de la familia en el proceso de acomodación a las necesidades cambiantes de sus miembros.

- b. **Estabilidad familiar.** Refleja la tradición y los patrones de comportamientos comunes enraizados en los valores básicos y creencias culturales que proveen a la familia un sentido de pertenencia y seguridad.

- c. **Cohesión comportamental.** Involucra los procesos de cambio requeridos por la familia en su organización y procesos de ajuste en su trayectoria de valores.

- **Familia con adolescente gestante.** Familia con mujer menor de 20 años de edad en gestación.

7. Amaya de Peña, Pilar. *Riesgo Familiar Total 7-70 y el ISF GEN 25. Referentes teóricos-conceptuales y análisis de la información*. Santafé de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1992, 1998 y 2000, p. 8.

8. *Ibíd.*, p. 3.

9. *Ibíd.*, p. 1 y 2.

10. Friedemann, Marie Louise. *The framework of systemic organization a conceptual approach to families and nursing thousand oaks: age 1995*, p. 11.

11. *Ibíd.*, p. 14.

12. Amaya de Peña, Pilar. *Measuring family health perceptions of poor pregnant women in Bogotá, Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, U. De Wayne. DIB, Bogotá, 1998.

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo transversal. Se valoraron 66 familias que tenían una adolescente embarazada. Estas se caracterizan con enfoque de riesgo familiar total y grado de salud familiar. Se utilizaron dos instrumentos de salud familiar: "Riesgo familiar total 7-70" y el "ISF GES 19", elaborados y probados con familias urbanas colombianas por Pilar Amaya de Peña (1992-1998). La captación de las familias se realizó en forma aleatoria, en los municipios de Cota, Chía y Cajicá. La información de las familias se recogió en la casa o en el centro de atención en salud, durante una hora. En la recolección de la información participó una persona del municipio de Cajicá, la cual fue entrenada por la investigadora.

La información recolectada, a través de los instrumentos RFT 7-70 y el ISF GES 19, fue codificada y procesada en el paquete estadístico "SPSS". Como guía de análisis se utilizó la orientación dada por Pilar Amaya de Peña (1992, 1998 y 2000), teniendo en cuenta las categorías y subcategorías del RFT 7-70, como también la estructura del ISF GES 19, y sus grupos con los correspondientes ítems.

Para el desarrollo del proyecto se tuvo presente el permiso de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio.

A las gestantes adolescentes se les solicitó autorización voluntaria, se les informó sobre los fines del estudio y se leyó y firmó el consentimiento informado; de igual forma, a la autora de los instrumentos utilizados se le solicitó el respectivo permiso.

RESULTADOS

Los resultados muestran que las 66 familias estudiadas tienen un promedio de cuatro a cinco personas, donde la distribución por sexo (masculino y femenino) es de uno a dos

hombres y de dos a tres mujeres por familia. Esta distribución muestra que en algunos hogares predomina la mujer como cabeza de familia, característica que ha venido en aumento en las familias de América Latina. Según Ramírez (1995), diversos estudios han concluido que los hogares con jefe mujer constituyen las familias más pobres, y que estas mujeres tienen además un menor nivel educacional. El rango de edad que prima es de 12 a 18 años. El tipo de familia que prevalece es la nuclear, con 48,5%, seguida de las atípicas, nucleares modificadas y nucleares reconstruidas, con un 39,3%, hecho este significativo, puesto que representa tipos de familias que por su conformación generan conflictos y pueden llevar a la disfuncionalidad. El ciclo familiar predominante es en formación, con un 24,2%; le sigue el de adolescente, con un 22,7%, lo que corrobora que en su mayoría son familias con integrantes jóvenes, que según Duvall están sufriendo unos cambios y necesitan la aceptación de ambos cónyuges, tanto a nivel emocional como cultural y sexual. Este tipo de familia se está enfrentando al embarazo, lo cual puede afectar notablemente su relación y llevar a consecuencias para ambos, como el fracaso matrimonial, no alcanzar determinados logros educativos, y algunos efectos sobre el nivel socioeconómico y el posible hijo.

P. Amaya de Peña y A. N. Herrera (en prensa) afirman que existen características de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad y mortalidad), factores de medio ambiente (ambiente socioeconómico, ambiente físico de vivienda y vecindario, ambiente psicoafectivo familiar, los estilos de vida y las prácticas de salud) y características o factores dados por la prestación de los servicios, como también la trayectoria de los miembros de la familia como unidad, lo cual determina el Riesgo Familiar Total (RFT). La información arrojada por el instrumento "RFT 7-70" (Amaya de Peña P., 1992 - 1998) describe las puntuaciones de riesgo familiar de la muestra por subcategorías. Teniendo en cuenta la calificación de las subcategorías del instrumento, se encontró que el riesgo es alto si puntúa por encima de 3, medio si puntúa entre 3 y 2 y bajo si es menor de 2. Los resultados describen los riesgos de las 66 familias por subcategorías, de la siguiente manera (ver tabla a continuación):

RESULTADOS DEL 7-70 POR SUBCATEGORÍAS

Subcategoría	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Prácticas de salud	4,36	1,25	7	2
Servicios de salud y familia	3,38	1,61	7	0
Ambiente socioeconómico	2,98	1,52	6	0
Ambiente psicoafectivo familiar	2,65	1,69	7	0
Composición familiar	2,64	1,30	5	1
Riesgo por grupo de edad	2,62	1,60	5	1
Ambiente físico de vivienda y vecindario	2,02	1,26	6	0
Morbilidad de la familia	1,76	1,56	5	0
Estilo de vida familiar	1,59	1,02	4	0
Mortalidad de la familia	0,14	0,43	2	0

El cuadro presenta el promedio de puntuación de riesgo familiar. Registra desde el más alto y en forma descendente las subcategorías: se encuentran en alto riesgo las prácticas de salud y los servicios de salud y familia. En riesgo medio se hallan el ambiente socioeconómico, el ambiente psicoafectivo, la composición familiar, el riesgo por grupo de edad y el ambiente físico de vivienda y vecindario, y por último, en bajo riesgo están la morbilidad, el estilo de vida y la mortalidad en la familia. Estos riesgos, analizados en forma global, brindan la pauta para dirigir acciones de promoción y prevención específicas para este grupo de familias.

El instrumento "ISF GES 19" arrojó los siguientes resultados: la escala de acuerdo, que demuestra lo que la familia es, se presenta de la siguiente manera: si las familias puntúan entre 68-

100, son altamente saludables; si están entre 67-50, son familias saludables, y de 49 y menos, son familias poco saludables (Amaya de Peña P., 1998). Se encontró un promedio de 54,1%, que indica que estas familias son saludables, resultado que llama la atención al relacionarlo con el 62% de las familias con alto riesgo de salud, lo que quiere decir que no se perciben como familias en riesgo y, por lo tanto, dicen estar saludables. La escala de satisfacción, que demuestra la satisfacción con lo que la familia es, puntúa así: entre 68-100, familias altamente saludables; entre 67-50, familias saludables, y 49 y menos, familias poco o nada saludables (Amaya de Peña P., 1998). En las 66 familias el promedio, equivalente a 51,1%, significa que se encuentran satisfechas con lo que la familia es y hace, en cada grupo de la escala de satisfacción.

CONCLUSIONES

Este estudio refleja: en primer lugar la tipología familiar, el ciclo familiar y la composición familiar que predominan en las familias de este estudio; las implicaciones en la dinámica familiar ya fueron descritas en párrafos anteriores; es importante resaltar que el 62% de las familias estudiadas tienen un alto riesgo de salud, lo que exige por parte de los profesionales de enfermería y el resto del equipo de salud, emprender acciones de prevención y promoción de la salud en diferentes modalidades, como el autocuidado individual y familiar.

En la investigación se halló que de las 66 familias encuestadas, 52 viven en el sector rural y 14 en el urbano. Comparando los resultados de la investigación, se encuentra que un 62% de las familias se hallan en alto riesgo de salud, circunstancia que llevaría a concluir que en el sector rural existe menos protección y más riesgo para las familias que en el urbano. Evidentemente, los riesgos del sector rural son mayores que los del urbano: el deterioro ambiental, la carencia de servicios públicos y la falta de agua potable para el consumo humano aumentan el riesgo de las familias de dicho sector.

La investigación permite que identificados los riesgos familiares totales a los que están expuestas las familias encuestadas, el profesional de enfermería y el equipo de salud cuenten con datos precisos y cifras claras para implementar planes de atención y cuidados para las familias, enfocados a las acciones de promoción y prevención.

La adolescente percibe que su familia es saludable, apreciación esta que va acorde con su pensamiento y grado de madurez. Para la adolescente, la problemática en torno a la salud de su familia es irrelevante, ya que considera que otros temas son de mayor importancia.

De la investigación se desprende que las familias, no obstante estar afiliadas a la seguridad social, no conocen las bondades de la ley 100, bien porque las instituciones no efectúan una divulgación suficiente para que ellas hagan uso de los servicios, o porque las familias no se interesan en averiguar y enterarse de los servicios a que tienen derecho.

De conformidad con los instrumentos de percepción del grado familiar y la escala de acuerdo, se encontró que en los municipios de Cajicá y Chía las familias son saludables, con un promedio de 54 y 52,3%, respectivamente, mientras en el municipio de Cota se hallaron familias poco saludables, que corresponden a un promedio de 46,09%.

En cuanto a la escala de satisfacción, se encontró que las familias de Cajicá y Chía se sienten satisfechas, con un promedio de 53,84 y 50,96%, respectivamente, en tanto que para el municipio de Cota se encontraron familias poco satisfechas, que corresponden a un promedio de 44,09%.

Los índices anteriores muestran que las familias correspondientes al municipio de Cota se hallan insatisfechas y son poco saludables; sin embargo, el resultado es contrario en los municipios de Cajicá y Chía, ya que la investigación halló que estas familias son saludables y se sienten satisfechas.

Se desprende de la investigación que los municipios con mayor riesgo familiar total son los de Cajicá y Cota, pues para ambas poblaciones se hallaron 24 y 7 familias, respectivamente, con alto riesgo; este hecho demuestra un estado socioeconómico deprimente, circunstancia que es diferente en el municipio de Chía, a pesar de que todas las familias se hallan dentro de los estratos 1 y 2.

El tener un modelo teórico en el abordaje de las familias facilitó el trabajo con ellas, ya que se contaba con una guía en el direccionamiento de los objetivos del proyecto.

RECOMENDACIONES

La investigación con este grupo de familias permite plantear las siguientes recomendaciones:

- **Socializar los resultados** de la presente investigación en las instituciones en las que se realizó la aplicación de los instrumentos, con las autoridades locales de cada uno de los municipios y con la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana, a fin de dar a conocer los resultados, que sirvan de

referencia en la toma de decisiones de las políticas sociales y de salud de cada municipio, y permitan una aproximación a la planificación de los recursos institucionales y comunitarios, así como la intervención de la facultad en el diseño de programas de apoyo específico para las familias con adolescentes gestantes con riesgo.

- **Crear estrategias de divulgación en las instituciones de salud**, las cuales sean efectivas y objetivas, con el fin de que los usuarios se informen de los servicios que ofrecen dichas instituciones, y de esta manera utilicen los programas de promoción y prevención, encaminados a mejorar los estilos de vida.

La investigación con este grupo de familias permite plantear las siguientes recomendaciones:

- *Socializar los resultados*
- *Crear estrategias de divulgación en las instituciones de salud*
- *Dinamizar los equipos interdisciplinarios de las diferentes instituciones de salud*
- *Estimular la continuidad de la presente investigación*

- **Dinamizar los equipos interdisciplinarios de las diferentes instituciones de salud**, para que conocida y analizada la información recogida de las 66 familias valoradas, se inicien acciones específicas que contribuyan a minimizar o controlar los factores de riesgo identificados, que en prioridad son: prácticas de salud y servicios de salud.

- **Estimular la continuidad de la presente investigación**, con el fin de explorar y relacionar diversos aspectos, como las prácticas de salud de la familia con el nivel educativo de la misma, el ambiente psicoafectivo familiar con el tipo de familia, el grado de salud familiar con los factores de riesgo presentes en la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaya de Peña, Pilar. *Aspectos psicométricos. Instrumentos e instructivos. Pruebas IPSF-GG RTF 7-70*. Santafé de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2000.
- _____. *Riesgo Familiar Total 7-70 y el ISF GEN 25. Referentes teóricos-conceptuales y análisis de la información*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, agosto de 2000.
- _____. *Instrumentos de Salud Familiar ISF GEN 25-ISF GES 19. Manual del usuario*. Agosto de 2000.
- _____. *Measuring family health perception of poor pregnancy women in Bogotá, Colombia*. Universidad Nacional de Colombia y Wayne State University.
- _____. *Familias de ancianos y escolares del sector de La Estrella, Ciudad Bolívar (fase diagnóstica)*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 1992.
- _____. *Salud Familiar y Enfermería*. Memorias del Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Caja de Compensación Familiar CAFAM, Bogotá, octubre, 1987.
- _____. "Seguimiento familiar en el área de perinatología: El recién nacido no es exclusivamente de la madre". En: *Avances*, vol. VI, No. 1, enero-junio, 1988.
- Asociación Salud con Prevención. *Sexualidad en la adolescencia*. Editorial Presencia Ltda., 1993.
- B. Kozier, et al. *Marcos para el estudio de la familia. Conceptos y temas en la práctica de enfermería*. México, McGraw-Hill, 1992.
- Babativa, Luz María. *El adolescente y la sexualidad, un espacio de reflexión para el adulto*. 1999.
- Boletín Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes*. 1996.
- De la Revilla, Luis. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona, Doyma, 1994.
- Echeverri de Ferrufino, Ligia. *Cuadernos de familia I*. Universidad de Caldas, Facultad de Desarrollo Familiar, Manizales, 1987.
- Family Care International*. Boletín de circulación nacional, No. 2, marzo de 1998.
- Friedemann, Marie Louise. *The Fomework of systemic organization a conceptual approach to families and nursing thousand oaks: age 1995*.
- González, Electra. *Adolescente embarazada. Aspectos sociales*. Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente, Unicef, Chile, 1993.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia. *Familia y cultura en Colombia*. Departamento de Sociología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1961.
- Hamel, Patricia. *Familia y embarazo en la adolescencia. Estrategia para la atención psicosocial de la joven embarazada*. Servicio Nacional de la Mujer, Chile, 1994.
- Kano Florian, María Esther. "El proceso de enfrentar un embarazo en la adolescencia: ajustando la identidad. El contexto del embarazo en la adolescencia". En: *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XVII, No. 1, marzo, 1999.
- Klein, R. *La psicología en el ámbito perinatal*. Inper, México, 1988.
- López Herrera, Harold. *Consideraciones acerca de la relación entre familia y atención en salud*. Memorias del Primer Foro Salud y Cultura para el Siglo XXI: Hacia Nuevos Paradigmas desde los Saberes. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, 2001.
- Marti, Gloria; Canut, María Teresa. "Enfermería psico-social: Factores de riesgo y familias en crisis". Serie *Manuales Modernos*, Salvat Editores S.A.
- Mejía, Diego, y otros. *Salud familiar*. ISS, Ascofame, Bogotá, 1990.
- Mendieta Cruz, Néstor. *Familia de la adolescente embarazada. Estructura y dinámica*. Rasgos y Color Ltda., Santafé de Bogotá, 1996.
- Ministerio de Salud. *La reforma a la Seguridad Social en Salud*. Tomo 1: "Antecedentes y resultados". Edit. Carrera Séptima, Ltda., Santafé de Bogotá, 1994.
- Montes Valverde, María Marlene. *Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de las adolescentes embarazadas*. Editorial XYZ, Cali, Colombia, 1999.
- Portafolio. El diario de la economía y negocios*. Año 9, No. 1284. Bogotá, 8 de febrero, 2001.
- Presidencia de la República. Consejería para la Política Social. ICBF, Unicef. *Las familias de hoy en Colombia*. Tomo I. Santafé de Bogotá, Formato, 1994.
- Ramírez, Valeria. *Cambios en la familia y en los roles de la mujer: Nuevos roles de la mujer en la familia*. Santiago de Chile. No ha sido sometido a revisión de editorial. 1995.
- Rodríguez Galvis, et. al. *Riesgo familiar: Tecnología apropiada para intervención en salud con enfoque biosicosocial*. Memorias del 2º Congreso Colombiano de Salud Familiar, Medellín, Corporación Social para el Desarrollo Integral Familiar.
- Ruiz Puyana, Carmen Elisa. *Mantenimiento de la salud*. Taller para la aplicación de salud familiar en el Valle, Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Salud Familiar, Cali, 1990.
- Silva Gómez, Edelmira, et al. *Influencia del medio ambiente en la organización familiar*. Universidad Santo Tomás de Aquino, Bogotá, 1975.
- Silber, J. Tomás, y colaboradores. *Manual de medicina de la adolescencia*. OMS/OPS, 1992.
- Wetember, Lucy. *Embarazo precoz y aborto de la adolescente en Colombia*. 1999.