

Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo

Ruby Elizabeth Vargas Toloza*
Maira Andreina Méndez Méndez**
Myriam Zureth Aceros Rolon**

Recibido:
6 de marzo de 2012

Aceptado:
10 de mayo de 2012

Resumen

Objetivo: identificar el riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo de la Clínica San José de Cúcuta. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal; en el que se calculó una muestra de 165 familias por muestreo no probabilístico. La recolección de la información se realizó por medio de los instrumentos RFT: 5-33 y ISF GEN-21 donde se clasificó el riesgo familiar total y se percibió el grado de salud familiar. **Resultados:** se evidencia que las familias están conformes con el modelo habitual de organización familiar en función de cada uno de los integrantes y del grupo como tal. Lo cual nos indica que toda la familia del paciente coronario lo ayuda a sobrellevar el proceso de salud-enfermedad y tiene claro el papel que juega dentro de ella permitiendo así la funcionalidad y la unidad que requiere este tipo de pacientes para su rehabilitación. **Conclusiones:** los factores de riesgo biológicos, sociales y del medio ambiente que clasifican a la población estudiada dentro de riesgo familiar bajo. Se evidenció un alto grado de organización y satisfacción asegurando en gran medida la adaptación y el éxito de las familias frente al proceso de salud-enfermedad por la que atraviesan algunos de los miembros especialmente si es un paciente coronario.

Palabras clave

Organización sistémica, funcionalidad, núcleo familiar, satisfacción.

Total health familial risk and degree of family health in families of patients diagnosed with acute coronary syndrome

Abstract

Objective: To identify the total health familial risk and degree of family health in families of patients with acute coronary syndrome Clinic San Jose de Cucuta.

* Enfermera. Docente.
Universidad Francisco de
Paula Santander. E-mail:
rubyelizvt@hotmail.com

** Coinvestigadores.
Estudiantes Programa de
Enfermería. Universidad
Francisco de Paula
Santander.

Materials and Methods: A quantitative, descriptive transversal which calculated a sample of 165 families by non-probability sampling. The data collection was performed using instruments RFT: 5-33 and ISF GEN-21 where you rate the overall familial risk and the degree of perceived family health. **Results:** We found that families conform to the usual pattern of family organization in terms of each of the members and the group as such. This indicates that the whole family of coronary patients helps them cope with the health-disease process and is clear about the role played in it allowing the functionality and unit requiring such patients for rehabilitation. **Conclusions:** biological risk factors, social and environment that classify the study population within low familial risk. It showed a high degree of organization and ensuring satisfaction largely successful adaptation and families facing the health-disease process being experienced by some members especially a coronary patient.

Key words

Systemic organization, functionality, nuclear family satisfaction.

Risco para a saúde total familiar e grau de saúde da família em famílias de pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda

Resumo

Objetivo: Identificar o risco total da saúde familiar e grau de saúde da família de famílias de pacientes com síndrome coronária aguda Clínica San José de Cúcuta. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo transversal que calculou uma amostra de 165 famílias por amostragem não-probabilística. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos RFT: 5-33 e ISF GEN-21, onde você classificaria o risco global familiar e do grau de saúde da família percebida. **Resultados:** Encontramos que as famílias estão em conformidade com o padrão habitual de organização familiar, em termos de cada um dos membros e do grupo como tal. O que indica que toda a família de pacientes coronarianos ajuda a lidar com o processo saúde-doença e é claro sobre o papel desempenhado no mesmo permitindo a funcionalidade e unidade de exigir tais pacientes para a reabilitação. **Conclusões:** fatores de risco biológicos, sociais e ambientais que classificam a população do estudo dentro de risco familiar baixa. Ele mostrou um alto grau de organização e garantir a satisfação de adaptação muito bem sucedida e famílias que enfrentam o processo saúde-doença está sendo experimentado por alguns membros especialmente um paciente coronariano.

Palavras-chave

Organização sistêmica, funcionalidade, satisfação família nuclear.

Introducción

El presente trabajo está basado en los modelos o presunciones frente al riesgo familiar total y organización sistémica de Marie Louise Friedemann.

El riesgo en salud es una característica que es investigada por personas o grupos de personas para prevenir las enfermedades, es fundamental dedicar atención preferente a los riesgos para la salud para prevenir las enfermedades y los traumatismos, es necesario proceder primero a la evaluación y la reducción sistemática de las causas. El grado de salud familiar hace referencia a lo que la familia percibe, lo que es y el grado de satisfacción. (1)

En la actualidad los pacientes con algún tipo de afección cardíaca, en este caso con algún tipo de Síndrome Coronario Agudo (SCA) es la base de problemática trabajada en esta investigación, pacientes que presentan cambios biológicos y físicos, generando desequilibrios sociales y del sistema familiar lo que hace que la funcionalidad de la misma sea más vulnerable ante las situaciones estresantes de la vida cotidiana contribuyendo a la aparición de problemas emocionales y de salud familiar.

Esta investigación es útil para la enfermería, ya que contribuye con información concreta frente al cuidado de los pacientes y las familias que a diario se enfrentan a diversos factores de riesgo y aporta información acerca del grado de salud familiar y de satisfacción que se tenga en la misma.

Es evidente que los factores de riesgo de la salud, guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico y este con las condiciones de las viviendas. De aquí la tendencia generalizada de concebir la problemática de la vivienda en función de lo económico y ello también del estado general de la salud de la población. Cuando el estado de las viviendas es precario, el número e intensidad de los factores de riesgo son más elevados y las amenazas a la salud son más severas. Es decir; las condiciones de las viviendas se tornan en agentes de la salud de sus habitantes. (2)

La percepción de una salud excelente, se concentra en los grupos jóvenes (0 a 19 años); la alternativa regular, en más del 30 por ciento, es señalada en el grupo de 50 a 59 años y se va incrementando paulatinamente.

Los mayores porcentajes de la alternativa malo están en los mayores de 80 años. La población que reside en el área urbana tiene una tendencia mayor a percibir su salud como excelente, muy buena y buena. (3)

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. La población fue representada por 288 familias que residen en la ciudad de Cúcuta quienes ingresaron a la Clínica San José de Cúcuta durante el periodo de Abril a Noviembre de 2010. Se calculó una muestra de 165 familias con un nivel de confianza del 95%. Se adoptó un margen de error del 5% para efectos de tener confiabilidad y obtener una muestra de tamaño adecuado.

Para la determinación del Riesgo Familiar Total se utilizó el instrumento de riesgo familiar total (RFT 5-33) de Amaya P. (2004), (4) esta caracterización se hace mediante la evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: las primeras cuatro corresponden a: información de identificación, miembros familiares en convivencia, enfermedades de carácter familiar e instituciones de apoyo familiar e identifican y describen aspectos importantes para caracterizar a la familia, pero no tienen un puntaje sobre el total.

Cada factor cuenta con unos puntos de corte de acuerdo al tipo de familia, clasificando las familias en tipo 1 y 2 en donde las familias tipo 1 están compuestas por familias nucleares, nucleares modificadas, nucleares reconstruidas y parejas, las familias tipo 2 están compuestas por las familias extensas, extensas modificadas y atípicas.

La segunda parte es el inventario de los factores de riesgo está conformado por cinco secciones o categorías a saber: condiciones Psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, estas categorías

se puntúan con uno (1), cero (0) o no aplica (N.A.). (4).

Para percibir el grado de salud familiar se empleó el instrumento de salud familiar general (ISF GEN.21) de Amaya P. (2004). Se determina por la medición de los ítems compuestos por las dimensiones de mantenimiento del sistema, cohesión, cambio del sistema e individuación. Cada escala (organización sistémica y satisfacción). (5) La información obtenida se organiza y clasifica según la tipología familiar y ubicación de esta según la puntuación correspondiente a cada categoría. Posteriormente los resultados obtenidos de la investigación y de la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados fueron evaluados de acuerdo a los parámetros establecidos.

Se garantizó confidencialidad en el manejo y utilización de la información recolectada; respecto a la privacidad de las familias durante las entrevistas y veracidad en el manejo de la información y presentación de resultados.

En la medida que se fue recolectando la información, se tabuló en una base de datos elaborada en Excel 2007 de Windows XP. Para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva como distribución de frecuencia y distribución porcentual.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el riesgo familiar total y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo intervenidos en la Clínica San José de Cúcuta.

Objetivos Específicos

Caracterizar a las familias de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, teniendo en cuenta la tipología familiar, integrantes, cuidadores, sistema de salud.

Clasificar el riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar de las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Resultados y Discusión

Caracterización de las familias de pacientes coronarios

Se contó con la participación de 120 familias analizando un total de 562 personas hubo mayor proporción en la familia extensa (35%), seguido por familia nuclear (20%) en menor proporción familia extensa modificada (17.5%) y familias atípicas (10%).

Por efectos de estandarización se reducen estas categorías a dos tipos de familias: Familias Tipo 1 (familias nucleares y parejas), suman un total de 45 familias (37.5%) y las Familias Tipo 2 (familias extensas y atípicas) equivalen a un total de 75 familias (62.5%).

Al comparar los datos obtenidos con el estudio realizado por Fajardo E. (2008) predominó de igual manera la familia extensa quien sobresale con 45.45%, seguida de la extensa modificada, con 21.21%. (6)

De igual manera estos resultados son similares a los resultados encontrados por Velásquez G. (2009) donde hay primacía de las familias extensas (10%), extensas modificadas (50%) y atípicas (26%) y por Ortiz M. y Cols. (1999) donde el 55,2 % de la población investigada pertenece a familias extensas. (7) (8)

Estos resultados reflejan que es fundamental el papel desempeñado por la familia siendo una fuente de apoyo afectivo necesario para asumir las diferentes etapas de la misma, la actuación de esta puede mejorar o empeorar el estado de salud de cada uno de los miembros y el cuidado del paciente coronario especialmente si de tipología familiar se refiere.

En cuanto a la composición familiar en las familias tipo 1 según el número de miembros

pertencientes a las mismas se encontró que en su mayoría (37.7%) se encuentran conformados por 3 miembros, seguido de un 22.2% conformados por 2 miembros y un 20% correspondiente a 4 miembros y en menor proporción cuyas familias están conformadas por 5 o más miembros.

Al analizar este mismo aspecto en las familias tipo 2 (Familias extensas, extensas modificadas y atípicas) se encontró que hubo mayor distribución en las que el número de miembros se encuentran en 5 (24%), 4 (21.3%), 6 (14.6%) y 7 (13.3%). Este dato se compara con resultados obtenidos en estudio realizado por Fajardo E. (2008) donde un 46%, estuvo en el rango de 1 a 4 miembros, siguiendo familias con 5 a 8 miembros 42%. (6)

Cabe resaltar que el alto número de miembros en el núcleo familiar representa una fuente fundamental de apoyo, actuando como factor protector, teniendo en cuenta que el paciente coronario presenta alteración en su autoestima y percepción de control de la situación interfiriendo en su pronta recuperación e incorporación a la vida social.

Al analizar la permanencia en el sector se encontró que en su mayoría el 19.1% tienen entre 14 a 20 años en su sitio actual de residencia, seguido de 15% que corresponde de 28 a 34 años y en menor proporción 14.1% de 7 a 13 años.

Estos datos reflejan que la población cucuteña en especial las familias del paciente coronario residen mayor tiempo en lugares que representen tranquilidad, seguridad y confort para la salud de cada miembro de su familia.

Al analizar el rol del miembro de las familias entrevistadas y/o tipo de denominación de la relación de parentesco que se tenga en ella, por tipología familiar se encontró en las Familias tipo 1 mayor proporción el rol de madre (53.3%) seguido de hijo (a) (28.8%) y finalmente el 17.7% restante correspondió al rol de padre.

Por otra parte en las familias Tipo 2 se encontró que el rol predominante fue Hijo (a) (32%), madre (26.6%) y padre (18.6%). Un 11.8% pertenece a miembros cuyo rol se encuentran en nieto, sobrino, hermanos, nueras y yernos. Cabe resaltar que el 10.6% restante corresponde a miembros de la familia sin lazos consanguíneos.

Lo anterior evidencia que el cuidador principal de los pacientes coronarios representado por un integrante del núcleo familiar, permite mayor interacción y fortalecimiento de los lazos familiares en cada uno de los miembros aun cuando esta función puede ser fácilmente delegado a una persona ajena a la misma.

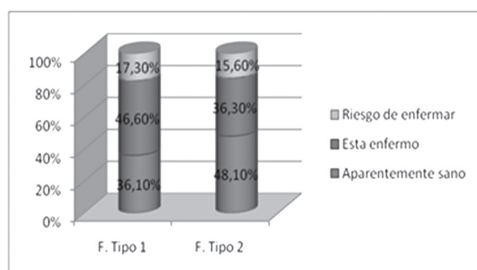
En cuanto al sistema de afiliación de servicios de salud por tipología familiar se observó que un 65% de las familias tipo 1 se encuentran inscritos en el régimen contributivo, seguido de un 14.20% correspondiente al régimen subsidiado y el 20.8% no cuenta con ningún tipo de afiliación en salud. Respecto a esta clasificación en las familias tipo 2 un 50.3% pertenecen al régimen contributivo, un 37.5% corresponde al régimen subsidiado y el 12.2% restante no cuenta con ningún tipo de afiliación en el sistema de salud.

Al comparar estas cifras con resultados obtenidos en un estudio realizado por Enríquez C. y Cataño N. (2009) se evidencia que las familias tienen a los integrantes afiliados en más del 90% especialmente al régimen contributivo (69%) lo que permite establecer que son familias con una situación laboral relativamente estable. (9)

Aun así es preocupante que un 14.7% de la población total del presente estudio no cuenta con el acceso oportuno a algún sistema de salud vigente aun cuando el objetivo del mismo ha sido proporcionar la mejor utilización social de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que estos sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente para todas las personas sin ninguna discriminación.

Riesgo familiar total en salud de las familias de pacientes coronarios

Figura 1. Percepción de riesgo de salud por tipología familiar, Cúcuta. 2010



Fuente: Instrumento de riesgo familiar total (RFT 5-33)

Al analizar la percepción de riesgo de salud de cada uno de los miembros teniendo en cuenta la tipología familiar se encontró que hubo mayor proporción de aquellas familias donde los miembros se perciben enfermos: familias tipo 1 con el 46.6%; familias tipo 2 en un 36.3% y aparentemente sanos: familias tipo 1 en un 36.1%; familias tipo 2 con el 48.1% que en aquellas que presentan riesgo de enfermar.

Los resultados obtenidos fueron similares a los obtenidos en una investigación realizada por Fajardo E. (2008) donde el 64.83% de éstas reportaron en forma subjetiva percibir sanos a los miembros; el 22.82% los reportó como enfermos, y solo el 12.35% determinó que los familiares estaban en riesgo de enfermar. (6)

Sin embargo estos datos son contradictorios en estudio realizado por Orozco M., Velásquez V. (2010) donde refiere que la mayoría de personas se perciben como sanas (64%), seguidas de los que se perciben enfermos (26%); y por último los que se consideran en riesgo (9%). (10)

Es significativo el estilo de vida saludable adoptado por las familias del estudio para mantener su estado de salud en condiciones óptimas, el grado de salud de cada miembro del núcleo familiar especialmente del paciente coronario genera ansiedad y alteración del funcionamiento de esta.

En relación a las condiciones actuales y antecedentes de los miembros que tengan 12

años o menos en las familias, se evidenció que un bajo porcentaje de menores en el total de las familias estudiadas (9.5%) en algún momento han padecido alguna enfermedad viral y presentan el esquema de vacunación incompleto para su edad.

Esta condición se presentó debido que en las familias de la población estuvo representada en su mayoría por adultos los cuales su grupo familiar pasan por la etapa de la vida de adulto joven o nido vacío haciendo gran hincapié la tranquilidad y comodidad del paciente coronario.

Al indagar sobre si algún miembro de la familia ha tenido algún tipo de accidentes como: caídas, fracturas, quemaduras u otro tipo de accidente, se observó en el total de las familias hay una baja distribución porcentual (familias tipo 1 con 11.04% y familias tipo 2 en un 12.70%) si presentó la condición de riesgo. Aunque se demostró en el estudio baja proporción de riesgo cabe resaltar que estos eventos de salud son de gran impacto en la salud del paciente coronario teniendo en cuenta que es una fuente de estrés y preocupación interfiriendo así en su recuperación.

En cuanto a la condición de riesgo respecto a la salud oral de los miembros se encontró familias tipo 1 en un 17.7% familias tipo 2 en un 12.8% presentan algún problema odontológico en comparación a quienes no (82.3% y 87.2% respectivamente). Lo anterior evidencia que la población aun no adopta estilos saludables en cuanto a salud oral se trata, en la gran mayoría de las ocasiones se utiliza más el enfoque curativo que preventivo. Con insistencia, se habla de conductas del estilo de vida como fumar, el ejercicio y la dieta, y una de las cosas que no se puede dejar de lado cuando se trata del cuidado personal es la higiene oral y en especial en pacientes coronarios donde la conducta preventiva de acudir al odontólogo disminuye las complicaciones coronarias en gran medida.

En relación a la condición de riesgo de agudeza visual se observó que hubo mayor deficiencia de esta en las familias tipo 1

(73.2%) respecto a las tipo 2 (60.8%), frente a quienes no presentaron esta condición (familias tipo 2: 39.2%; familias tipo 1: 26.8% respectivamente). Generalmente esta deficiencia presentada en las familias tipo 1 se debió principalmente a que los miembros son adultos mayores donde el envejecimiento contribuye significativamente a la aparición de esta, en comparación a las tipo 2 donde los miembros eran adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores.

La valoración oftalmológica anual es de primordial importancia en los pacientes coronarios y su familia, no sólo permite establecer el grado de deterioro de la agudeza visual sino que adicionalmente se prevé la aparición de patologías oculares y factores de riesgo que predisponen a estas alteraciones.

Al indagar si algún miembro de las familias estudiadas ha presentado algún tipo de enfermedad o ha estado hospitalizado en el último año se encontró teniendo en cuenta la tipología familiar, que en las familias tipo 2 un 58.6% y un 55.8% de las familias tipo 1 presentaron esta condición frente a las que no (familia tipo 2: 41.4%; familia tipo 1:44.1%).

Cabe resaltar que el estado de hospitalización de los miembros del estudio es ocasionado por causas no biológicas (estado de salud y/o enfermedad), sino aquellas que producen los cambios climáticos, la violencia social y accidentes de tránsito, es notable que las condiciones anteriores influyen en emocionalmente desmejorando la recuperación del paciente coronario.

Al analizar los antecedentes familiares de enfermedad de las familias se encontró que en su mayoría el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) representado por un 87.5% y la Hipertensión arterial (HTA) con un 80.8% fueron las más frecuentes, siendo estas una de las enfermedades de mayor interés en salud pública, se ha considerado como un factor de riesgo cardiovascular importante, tanto en hombres como en mujeres al que corresponde 37,0% de todos los eventos agudos analizados. (11) Igualmente se encontró una cifra alta en Diabetes Mellitus (53.3%), artritis (41.6%) asma (39.1%), cáncer (38.3%) y enfermedad renal (34.1%) y otras patologías en menor proporción.

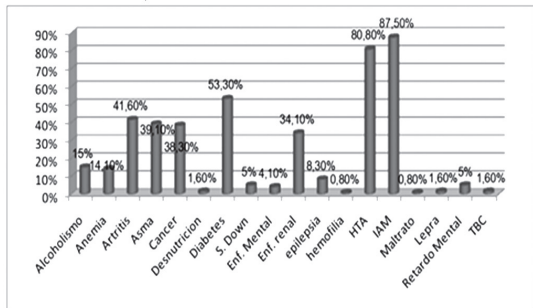
Estos datos son similares a los obtenidos en la investigación realizada por Enríquez C., Cataño N. (2009) donde las enfermedades de carácter familiar de mayor prevalencia son las crónicas como el cáncer, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes y asma y su distribución similar en los dos grupos de familias. (9)

Lo anterior coincide con el perfil epidemiológico de Colombia, donde prevalecen las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (22,8%) y la diabetes (3,5%) de lo que se desprende la importancia de las anteriores enfermedades propias de los hábitos de vida saludable, hábitos que tienen alguna relación con lo enseñado y aprendido dentro del núcleo familiar. (10)

Cada uno de los miembros identifican con claridad aquellos aspectos que afectan el bienestar biológico, psicológico y emocional que representan las enfermedades que han prevalecido en la misma en especial a la detección y prevención de factores de riesgos relacionados con la Hipertensión arterial (HTA) y la enfermedad coronaria.

En cuanto a las instituciones de apoyo permanente al alcance de las familias disponen en su mayoría apoyo por parte de centros de salud (familia tipo 1:95.5%; familia tipo 2:94.6%), trabajo (familia tipo 1: 80%; familia tipo 2:76%), casa vecinal (familia tipo 1:73.3%; familia tipo 2:80%) por ultimo grupos religiosos (familia tipo

Figura 2. Antecedentes familiares de enfermedad, Cúcuta. 2010



Fuente: instrumento de riesgo familiar total (RFT 5-33)

1:71.1%; familia tipo 2:64%). Es significativo que aunque la mayoría de población infantil del estudio son escolares las familias refieren no sentir apoyo por parte de las instituciones educativas (2.2% y 4% respectivamente).

El apoyo social siempre se ha manifestado como un factor que contribuye para la disminución del estrés y favorece la presencia de mecanismos que el individuo utiliza para enfrentar diversas condiciones crónicas de salud, entre ellas las enfermedades coronarias. Es importante resaltar que el papel que juegan las instituciones de apoyo social como son los centros de salud es fundamental que estos deben involucrarse en la problemática de la alimentación adecuada, el estilo de vida o el tratamiento farmacológico y así prevenir su recaída.

Grado de salud familiar de las familias de pacientes coronarios

Al analizar el aspecto psicoafectivo en las familias tipo 1 se encontró que el 88.8% se encuentran en la categoría de familias amenazadas y el 11.1% restante en las familias en alto riesgo.

En relación a las familias tipo 2 los se encontró como amenazadas 94.6% y un 5.3% se encuentran con alto riesgo encontrándose como susceptibles dentro de la dimensión analizada.

Estos resultados son similares a los encontrados por Orozco M. y Velásquez V. (2010) donde la mayor parte de las familias se clasifican en bajo riesgo, sin embargo es importante que el 15,7% de familias presenten algún riesgo psicoafectivo. (10)

En general tanto en las familias tipo 1(37.7%) como en las tipo 2 (38.6%) se encuentran porcentajes altos de riesgo en ansiedad permanente por problemas familiares; los cuales eran ocasionados principalmente por la situación económica actual y el estado de salud del paciente coronario. Seguido de roles no gratificantes o roles sustitutos (20% y 18.6% respectivamente). Por último el divorcio y la separación conyugal influyen

significativamente representado por un 17.7% y 36%.

Las alteraciones psicoafectivas que son de mayor influencia en la salud tanto de las familias como del paciente coronario son problemáticas que vienen a raíz de la situación sociocultural y del país. Estas respuestas afectivas pueden ser provocadas por estímulos procedentes del entorno del sujeto, sobre todo de los que son interpretados subjetivamente por la persona como amenazadores o beneficiosos para ella. (12)

Con relación a prácticas y servicios de salud de las familias tipo 1 se observó que es mayor la distribución porcentual quienes se encuentra en alto riesgo (86.6%) frente a las amenazadas (13.3%) donde se encuentran en alto riesgo las prácticas y los servicios de salud. En relación a las familias tipo 2 se encontró en su totalidad representan amenaza en su sistema familiar (100%).

En general al analizar los ítems comprendidos en esta subcategoría dan a conocer que la clasificación de riesgo se debe principalmente a que un 20% y 28% según tipología familiar no percibe los factores de riesgo individuales y/o familiares así como la subutilización de los servicios de salud disponibles (17.8% y 32% respectivamente), manejo inapropiado de la salud dental con una distribución porcentual del 13.3% y 24% en las familias del estudio. Por último encontró que 13.3% en ambas tipologías familiares no realizan un manejo apropiado del cuidado perinatal y salud de la mujer debido al temor y/o apatía de la realización de controles como: citología cervicouterina, autoexamen de mama, entre otros.

Lo anterior indica principalmente que las familias encuestadas perciben deficiencia en la oferta de programas de promoción y prevención e insatisfacción con los servicios de salud disponibles, frente a esto se puede decir que es preocupante de estas instituciones principalmente son las que influyen en la salud tanto de los miembros de la familia como del propio paciente

coronario, y están orientadas a que a este paciente se le dé su debido seguimiento en el proceso de salud-enfermedad.

Respecto a la vivienda y vecindario presentó una alta proporción de familias amenazadas familias tipo 1 (100%) tipo 2 (88%) se puede decir que hay una importante relación entre los factores ambientales y el proceso de salud – enfermedad.

La clasificación dentro de familias amenazadas se encontraron porcentajes altos de riesgo en condiciones insalubres del vecindario con un 13.3% y 22.6% respectivamente, seguido de falta de uso y saneamiento ambiental con igual distribución porcentual. El ítem de higiene y organización deficiente se obtuvo en menor proporción con un 8.8% y 5.3% respectivamente.

Se desarrollan varias enfermedades debido a las condiciones insalubres en el medio ambiente tales como el cáncer, las enfermedades coronarias y la enfermedad crónica obstructiva entre otras, la interacción entre estos factores puede llevar a una amplia variedad de manifestaciones de la enfermedad. Por esto es fundamental proporcionar un entorno saludable tanto al paciente coronario como a su familia.

Al analizar la **subcategoría de la situación socioeconómica** de la población estudio se encontró que el 60% en las familias tipo 1, familia tipo 2 (72%), se ubican como familias amenazadas, cuando la mayoría de las familias son económicamente activas.

Se encuentra en gran puntuación porcentual la falta de recreación en la familia representada con un 55.5% en las familias tipo 1, y un 45.3% familia tipo 2, esta situación se debe a que los ingresos que cubren las necesidades básicas de alimentación, educación, vestuario e higiene personal, no son suficientes para cubrir el cuidado de salud de los miembros especialmente del paciente cardíaco.

El ítem de vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia estuvo representado por un 48.8% las familias tipo 1 y un 40% respectivamente familia tipo 2.

Esto se evidencia debido a que 1 o 2 miembros son los que normalmente aportan ingresos para el sustento de la familia en especial a aquellos que cuentan con un sueldo estable (pensionados) y de igual forma el alto índice de desempleo.

El ítem de ingreso escaso para cubrir las necesidades de salud estuvo representado en menor proporción (familia tipo 1 33.3% y la familia tipo 2 un 37.3% respectivamente), la mayoría de la población estudio está inscrito al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.

En la ciudad de Cúcuta es de suma importancia considerar también la situación socioeconómica del paciente coronario representa un aspecto estresante tanto para el paciente como para su familia.

Clasificación general de riesgo familiar total

Al analizar en la tipología familiar el riesgo familiar total se obtuvo que un 51.1% (familia tipo 1), 49.3% (en las familias tipo 2) se clasifico dentro de las familias con bajo riesgo. Según estudio de Orozco M. Velásquez V. (2010) da a conocer que en las familias estudiadas presentan un bajo riesgo familiar (78%). (10)

Respecto a la clasificación de riesgo cabe resaltar que es un proceso multifactorial en los cuales incluyen en gran medida las condiciones psicoafectivas, el apoyo por parte de las instituciones de salud. El apoyo social, la situación socioeconómica, el entorno, vecindario saludables, el adecuado manejo de menores, la utilización de las practicas saludables y estilos de vida entre otras, se ven alteradas en este estudio presentando mayor proporción las familias amenazadas siendo esta situación preocupante por ser el paciente coronario susceptible a todos estos factores que pueden inferir en su salud y desmejorando así el estado fisiológico y psicosocial del paciente coronario y el de su familia.

En general en el total de las familias los resultados evidenciaron que cuenta con un

admirable sistema de organización familiar (familia tipo 1 con el 71%), la misma dimensión en las (familias tipo 2 un 68%) siendo este un indicador de la percepción de cada integrante del hogar, mostrando un apego a la familia, además se pudo evidenciar el grado de compromiso en dar y recibir cuidado.

En general el grado de satisfacción familiar fue significativamente alto tanto en las familias tipo 1 (54%), como en las familias tipo 2 (55%).

Estos resultados evidencian que las familias del estudio están conformes con el modelo habitual de organización familiar en función de cada uno de los integrantes y del grupo como tal. Lo cual nos indica que toda la familia del paciente coronario lo ayuda a sobrellevar el proceso de salud-enfermedad y tiene claro el papel que juega dentro de ella permitiendo así la funcionalidad y la unidad que requiere este tipo de pacientes para su rehabilitación.

En general en las familias tipo 1 y tipo 2 aunque hubo mayor proporción dentro de la clasificación de familias muy saludables un porcentaje significativo represento a las poco saludables (47% y 40% respectivamente).

Conclusiones

Se caracterizo a 120 familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, encontrándose en relación al riesgo familiar total (RFT) predominio de familias con riesgo bajo y familias amenazadas donde su estructura y tipología se ubican en primer lugar las familias extensas con un promedio de 4 miembros por grupo familiar resaltando como cuidador principal del paciente coronario madre e hijo (a), los cuales en su gran mayoría se encontraban afiliados al régimen contributivo dentro del sistema de seguridad social en salud.

Al explorar las áreas personal, social y cultural de las familias de los pacientes coronarios se evidencio: en el área de condiciones psicoafectivas hubo mayor

distribución de las familias amenazadas debido principalmente a que presentan altos riesgo de ansiedad permanente por problemas familiares, roles no gratificantes y/o roles sustitutos y divorcio y separación conyugal.

El área de prácticas y servicios de salud en las familias del estudio se pudo determinar que no fue igualmente proporcional la clasificación de estas, en las familia tipo 1 se encuentra mayor la categoría de alto riesgo frente a las familias tipo 2 donde su totalidad se ubico dentro de las amenazadas dicha clasificación se dio a que la población no percibe los factores de riesgo individuales y/o familiares, no subutilizan los servicios de salud disponibles, realizan manejo inapropiado de la salud dental y no realizan un manejo apropiado del cuidado perinatal y salud de la mujer. En el área de vivienda y vecindario se clasificaron en su mayoría como familias amenazadas presentando alto riesgo en relación a condiciones insalubres del vecindario, falta de uso y saneamiento ambiental e higiene y organización deficiente.

En el área de situación socioeconómica la mayoría de las familias se encuentran en la categoría de amenazadas generada especialmente por la falta de recreación en la familia, vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia e ingreso escaso para cubrir las necesidades de salud. Las familias del estudio en su mayoría se perciben enfermas y aparentemente sanas donde prevalecen antecedentes de carácter familiar como Infarto agudo de miocardio (IAM), Hipertensión arterial (HTA), diabetes Mellitus, asma, cáncer y enfermedad renal, las cuales desde el campo de la promoción y prevención requieren intervención de educación en salud fortaleciendo prácticas de autocuidado individual y familiar.

Los factores de riesgo biológicos, sociales y del medio ambiente que clasifican a la población estudiada dentro de riesgo familiar bajo, interactúan mostrando alta vulnerabilidad en estas lo cual requiere mejorar la accesibilidad e intervención de los servicios de salud y redes de apoyo,

brindando atención integrada, contribuyendo así con el conocimiento de la realidad de las familias a la disciplina de enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Rev. Aquichan. [s.f.] [19 pantallas]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/31/61> (Consultado 25 marzo 2010.)
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. Características generales de los hogares y de la población. 2010 [2 pantallas]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=46 (Consultado en octubre 15 2010).
3. Ministerio de Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales de salud. 2005; 19 pág. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf> (Consultado en marzo 25 2010.)
4. Amaya P. Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia; 2004. P. 56 (Consultado el 28 de abril 2010.)
5. Amaya P. Instrumento de salud Familiar ISF: GEN-21. Manual. Aspectos teóricos. Psicométricos, de estabilización y de aplicación. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 2004. P. 21 (Consultado el 28 de abril 2010.)
6. Fajardo E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la comuna seis del municipio de Ibagué. Salud Uninorte, 2008; 24(2):248-257. En línea: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81722410.pdf> (Consultado el 28 de abril 2010.)
7. Velásquez C., Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores funcionales sector de patio bonito, Bogotá 2005 Rev. Avances de enfermería. 2009; XXVII (01):70-81 En línea: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_8.pdf > (Consultado el 24 de mayo 2010.)
8. Ortiz M., Louro I., Jiménez L., Silva L. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integ 1999; 15(3):303-9. En línea: <<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf> (Consultado en octubre 5 del 2010.)
9. Enríquez C., Cataño N. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. Rev. Emferm 2009; XXVII (2):127-138. Disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii2_13.pdf (Consultado en octubre 5 del 2010.)
10. Orozco M., Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería, de una universidad pública. Rev. Hacia la Prom. De la Salud Issn: 01217577. 2010;15(1):78-91 En línea: <[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_6.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_6.pdf)> (Consultado en octubre 15 2010.)
11. Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. 2010; 27 (4) [9 p.] En línea: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892010000400001&script=sci_arttext> (Consultado en 24 abril 2010.)

12. García A., Mas K. Factores Psicosociales que inciden en rehabilitación del enfermo cardíaco. [s.f.] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos5/enfcard/enfcard.shtml> (Consultado en octubre 15 2010.)

Bibliografía

1. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos. Pág. 12.
2. Rojas W. Caracterización de las familias desplazadas del municipio de san José de Cúcuta noviembre del 2005 y julio del 2006.
3. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes, perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Universidad La Sabana. Rev. Aquichan [1p.] En línea: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/31> (Citado 25 mar 2010)