

FAMILIAS CON ADULTOS QUIRÚRGICOS: Riesgo y Salud Familiar. 2007-2010*

FAMILY WITH SURGICAL ADULTS: Risk and Family Health. 2007-2010

FAMÍLIAS COM ADULTOS CIRÚRGICOS: Risco e Saúde Familiar. 2007-2010

LUZ AMPARO LEYVA MORALES**
MARÍA CONSUELO DEL PILAR AMAYA REY***

Resumen

Estudio descriptivo cuantitativo que caracterizó familias con adultos quirúrgicos en la Unidad Hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, apoyado en la Teoría de Riesgo Familiar Total (1) y Organización Sistémica de Friedman (2) Utilizó los instrumentos: Riesgo Familiar Total RFT: 6-69 y Salud Familiar General ISF: GEN 25, diseñados, validados para población colombiana por Amaya P. con validez y confiabilidad comprobados internacionalmente.

La muestra de 202 familias residentes en Bogotá con adultos quirúrgicos institucionalizados, total 928 personas que fueron en 65% adultos. Predominó familia nuclear (43%) con promedio cuatro personas por familia en la vivienda.

El Riesgo Familiar Total fue riesgo bajo en un 88% y el 12% fue de familias amenazadas: 11% riesgo medio y solo 1% alto. La categoría de mayor riesgo corresponde a Servicios y Prácticas de Salud, en donde riesgo medio y alto suman 46%. Las categorías Condiciones de Vivienda y Vecindario y Condición Socioeconómica el riesgo medio y alto suman respectivamente 7% y 8%. La medición de la salud familiar fue Poco Organizada (49%), aunque Satisfecha (84%). Todas las familias requieren intervención en promoción de la salud, prevención y control del riesgo familiar total y salud familiar.

Palabras clave: riesgo, salud de la familia, adulto, cirugía.
(Fuente: DeCS, BIREME)

* Artículo resultado de la investigación para optar a Tesis de Maestría titulada “Caracterización de las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados en la unidad hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”, Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, BOGOTÁ 2007- 2008, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

** Enfermera egresada Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Ocupacional y Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Docente en salas de cirugía y Coordinadora del Grupo Académico e Investigativo de la asignatura Prácticas y Habilidades Clínicas Avanzadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinadora del Proyecto de extensión “Cuidado de la persona con alteración en la inte-

gridad de los tejidos”, Servicios especiales de Salud-UNISALUD. Integrante del grupo de investigación Cuidado Perioperatorio. Correo electrónico: laleivam@unal.edu.co. Bogotá. Colombia.

*** Enfermera. MSc Magister en Ciencias en Enfermería. Doctora en Filosofía. Profesora Titular – Emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Investigadora del Grupo de Investigación Cuidado y Práctica de Enfermería, Salud Familiar, Enfermería Familiar y Medición en Salud de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: mcamayad@unal.edu.co o p_amaya_rey@yahoo.com Bogotá Colombia

Abstract

This is a descriptive study with a quantitative approach that uses the following instruments: Total Family Risk RFT: 6-69 and General Family Health ISF: GEN-25, designed, validated and realized for the Colombian population by Amaya P. (1992-1998-2000 and 2004), with reliability and trust level by international laws.

The shape sample by 202 families coming from Bogotá, of institutionalized surgical adults, 928 people, with in adult stage (65%), where the nuclear family (43%) and the average members prevails is four.

The families of the study have down risk (88%), half risk (11%), and high risk (1%). The subcategory of greater risk for the families of the study corresponds to the services and practices of health. The family health in 49% is little organized, with high degree of satisfaction in 84%.

The results allowed characterizing the families of the study and identifying the characteristics of the people according to their own typology, composition, health security, support networks and classifying the risk in the following categories: family composition, services and practices of health, psychosocial and socioeconomical aspects, house and handing of minors. In familiar health, was identified a degree of systematic organization and satisfaction of these families.

Concluding, a down risk requires to generating programs of health promotion and disease prevention with surgical adults families and the item that involve families volume that generate risk warrants to design actions of health liable to diminish it.

Key words: risk, family health, surgical adult (Source: DeCS, BIREME)

Resumo

Estudo descritivo Quantitativo caracterizando famílias com adultos cirúrgicos na Unidade Hospitalar “Clínica San Pedro Claver”, com base na Teoria de Risco Familiar Total (1) e Organização Sistêmica de Friedman (2). Neste estudo foram utilizados os instrumentos: Risco Familiar Total RFT: 6-69 e Saúde Familiar Geral ISF: GEN 25, desenhados, validados para população colombiana por Amaya P. com validade e confiabilidade comprovadas internacionalmente.

A amostra de 202 famílias residentes em Bogotá com adultos cirúrgicos institucionalizados totalizou 928 pessoas das quais 65% eram adultas. Predominou a família nuclear (43%) com uma média de 4 indivíduos por família na habitação.

O Risco Familiar Total foi um risco baixo em 88% e 12% foram famílias ameaçadas: 11% risco médio e apenas 1% elevado. A categoria de mais risco são os Serviços e Práticas de Saúde, na qual o risco médio e elevado atinge 46%. Nas categorias

Condições de Habitação e Vizinhança e Condição Socioeconômica, o risco médio e elevado atingem respectivamente 7% e 8%. A medição da saúde familiar esteve Pouco Organizada (49%), ainda que Satisfeita (84%). Todas as famílias requerem intervenção em promoção da saúde, prevenção e controle do risco familiar total e saúde familiar.

Palavras-chave: risco, saúde da família, adulto, cirurgia. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

Para el presente estudio el concepto de familia desde su estructura, es tomado de Amaya P. (3), la cual se basa en autores como Howells (1971), Loito (1976) y Baider (1978): “la familia es un grupo de individuos hombres y mujeres, adolescentes y niños, en edades que pueden extenderse en dos o más generaciones”. Esta se complementa con la de Friedemann (2): “la familia es una unidad con organización que interactúa con su ambiente, es un sistema de subsistemas interpersonales de diadas, triadas y mayores unidades definidas por vínculos emocionales”. “La familia son todas las personas que un individuo considere como familia y que están emocionalmente conectados a éste, y no necesariamente están relacionados biológicamente o viven en la misma casa”.

Todas las formas de organización familiar son la base de la salud del individuo y del grupo como un conjunto, que facilitan el crecimiento, desarrollo normal y equilibrio emocional que sirve de apoyo para poder enfrentar los problemas y crisis de la vida. La familia con la dinámica relacional entre los miembros que la componen, posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de roles en las tareas domésticas y el apoyo de sus miembros ante las contingencias y exigencias de la vida cotidiana, garantizando la estabilidad y seguridad necesarias para el ser humano (4). Así, la familia es una garantía para desempeño del individuo y a la vez de manera recíproca, recibe de los individuos que la componen, las acciones y consecuencias de estas, para el grupo manteniendo un crecimiento y desarrollo paralelo.

A pesar de los avances de las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente, un evento estresante tanto para la persona involucrada como su familia. En cirugía, la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad de tolerancia depende de la interacción de varios factores: magnitud del trauma, gravedad de la enfermedad orgánica, duración del perio-

do preoperatorio, antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugía, complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo cual puede transformarse en la mayor fuente de ansiedad, tal como lo expresa Giacomantone E; Mejía A. (5).

Cuando uno de los miembros de la familia requiere de un tratamiento quirúrgico, la familia como respuesta, se organiza de diferentes formas y puede crear estrategias de afrontamiento que pueden ser eficaces o no, frente a la magnitud del proceso quirúrgico vivido.

Debido al proceso que deben afrontar las familias cuando uno de sus miembros es intervenido quirúrgicamente, surge la necesidad de valorar ese proceso, para identificar de manera oportuna las características tanto de riesgo como de la salud familiar, que sirvan de base para que el profesional de enfermería pueda organizar proyectos y programas tendientes a minimizar las dificultades que presentan los individuos en su contexto personal. Para dar viabilidad a esta propuesta, se realizó el presente estudio de tipo cuantitativo descriptivo el cual permite caracterizar las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados en la “Clínica San Pedro Claver” de Bogotá 2007-2010 (Actualmente Méderi-Hospital Universitario Mayor), con el fin de determinar el riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias con adultos quirúrgicos.

MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presentan los **conceptos básicos** de la investigación y que hacen referencia a: caracterización de la familia, familia con adulto quirúrgico institucionalizado, riesgo, riesgo familiar total, salud familiar y grado de salud familiar.

Caracterización de la familia: La caracterización de la familia se describe en función de la estructura: tipología (familia nuclear, familia nuclear modificada, familia atípica, formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolar, familia con adolescentes, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana y familia multi-cíclica) y composición (número de personas promedio, edad, sexo) y los riesgos individuales y familiares (6).

Riesgo: Amaya P. cita a Backet, Davies y Petros-Barvazian (1984), quienes definen el riesgo como “el incremento en la probabilidad de consecuencias adversas

por la presencia de una o más características o factores”. “El riesgo es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar” (1).

Riesgo Familiar Total: Para Amaya P. (1) el Riesgo Familiar Total es la probabilidad de encontrar consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómico, psicoafectivo, de prácticas y de servicios de salud. Es una medida de probabilidad estadística, la cual se expresa en cifras cuantitativas y modificables que están presentes en todas las familias.

Grado de Salud Familiar: Según Friedemann, la salud familiar se refiere al funcionamiento total de la familia y no a la ausencia de la enfermedad física o mental, no ofrece una sola forma estándar que refleje el funcionamiento familiar adecuado de las familias. Reconoce la validez de los diferentes valores y creencias propios de las culturas, ninguno de los cuales puede juzgarse como apropiado o inapropiado sin examinar el contexto global (7). La medición de la salud familiar se enmarca en la Teoría de Organización Sistémica, en presencia de cuatro dimensiones del proceso, una razonable satisfacción con la organización familiar y en congruencia entre el sistema familiar y el primario ambiental.

Familia y proceso quirúrgico: Según Fernández M. (8), el impacto que tiene la enfermedad en las familias, las hace más vulnerables a sufrir alteraciones en todo lo que acontece en su entorno, haciéndolas más frágiles por el cambio de su organización (dinámica). El efecto de la enfermedad será diferente dependiendo del miembro de la familia implicado y la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

Las enfermedades agudas o crónicas pueden tener como opción el tratamiento quirúrgico, no obstante, en condiciones favorables, como lo expresa Palomo, JM (9), la familia contribuye al control emocional de cada paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza, adaptarse al duelo y las inevitables privaciones psicofísicas de todo postoperatorio. Por consiguiente, la dinámica de interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la hospitalización depende del tipo de vínculos preexistentes y en este sentido la falta de co-

municación, al igual que una estructura familiar con roles fijos e inflexibles constituyen un factor limitante, tal como lo expresa este mismo autor.

METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, corte transversal en un periodo señalado. La muestra se recogió de abril a septiembre de 2007, aunque el proceso de análisis y elaboración de informes y sustentación del proyecto se extendió hasta el 2010. Los datos suministrados a través de los instrumentos permiten describir, interpretar y analizar una situación de un grupo poblacional que se encuentra en evidente vulnerabilidad. El diseño cuantitativo implica hacer una recolección sistemática de la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos Riesgo Familiar Total RFT: 6-69 y el instrumento de Salud Familiar General ISF: GEN-25 después de aplicarse una prueba piloto cuya pretensión era lograr habilidad en el manejo del instrumento respecto a la forma de hacer las preguntas que permitiera su comprensión y manera de utilización. Se realizó la prueba piloto a ocho familias con adultos quirúrgicos institucionalizados en la Unidad Hospitalaria “Clínica San Pedro Claver”.

La población está constituida por familias con adultos institucionalizados en la Unidad Hospitalaria “Clínica San Pedro Claver (Empresa de Salud del Estado) denominada Luis Carlos Galán Sarmiento”, Bogotá 2007-2010. El tamaño de la muestra para estimar la proporción de familias con riesgo familiar total fue de 202 y la selección se realizó por conveniencia, escogiendo las familias que desearon participar, lo cual facilitó el acceso a una información confiable y a la disponibilidad del tiempo para la aplicación del instrumento (que fue aproximadamente de 45-60 minutos).

Para determinar los participantes del estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Familias con adultos quirúrgicos institucionalizados que se encontraran en la Unidad Hospitalaria “Clínica San Pedro Claver, Empresa Social del Estado: Luis Carlos Galán Sarmiento”, Bogotá.
- El informante familiar a quien se le aplicó el instrumento fue la persona cuidadora más cercana al caso índice (paciente quirúrgico). Los participantes fueron mayores de 15 años de edad, quie-

nes debían conocer y haber convivido al menos el último año con el adulto que se encontraba hospitalizado por un proceso quirúrgico.

- Fue voluntaria la participación de la persona entrevistada y desde el inicio se precisó que los participantes no recibían ningún beneficio a cambio de la información.

Las familias participantes en la investigación fueron informadas previamente sobre los objetivos del estudio y del derecho a retirarse en el momento que ellos lo considerasen necesario. Una vez tomada la decisión de participar voluntariamente, se procedió a diligenciar el formato de consentimiento informado por cada informante familiar.

Los instrumentos que se utilizaron para el estudio contaron con un nivel de validez y confiabilidad aceptables, según parámetros internacionales, útiles tanto en el ámbito investigativo como en la aplicación con propósitos clínicos (1).

Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: 6-69: En el contexto colombiano se cuenta con el instrumento de Riesgo Familiar Total que permite inventariar las condiciones de riesgo de la familia denominado Riesgo Familiar Total RFT: Sistema 6-69, que es una prueba de tamizaje que identifica el riesgo familiar y lo clasifica en alto, medio y bajo. Cuenta con validez predictiva confirmada por el índice de participación en cuidados prenatales, tiene validez de constructo y contenido. El nivel de confiabilidad es aceptable según parámetros internacionales: prueba psicométrica de Kruder Richardson F-20, coeficiente 0.82 que determina alta confiabilidad.

La Tabla 1 representa el sistema de calificación de riesgo de las categorías y del instrumento total que se presenta a continuación:

El instrumento está compuesto por 69 ítems organizados en cuatro apartes descriptivos y uno compuesto por seis categorías que puntúan (7): (1) contiene la identificación de la familia y persona, así como los datos de ubicación geográfica; (2) contiene la información individual en cuanto a género, edad, rol; (3) contiene información sobre las enfermedades de carácter familiar, hace un inventario de las enfermedades o desórdenes que ocurren en la familia y pueden incrementar el riesgo. Hace referencia a los antecedentes patológicos familiares de las tres últimas generaciones que pueden incrementar el

Tabla 1. RFT: 6-69 Escala de Calificación según Categorías

Escala	# DE ITEMS	RFT BAJO	RFT MEDIO	RFT ALTO
		(0-30%)	(31-50%)	(51-100%)
Composición Familiar	9	0-3	4-5	6-9
Servicios y Prácticas de Salud	19	0-6	7-10	11-19
Condiciones Psicoafectivas	15	0-5	6-8	9-15
Situación Socioeconómica	9	0-3	4-5	6-9
Condiciones de Vivienda y Comunidad	10	0-3	4-5	6-10
Manejo de Menores	7	0-2	3-4	5-7
RFT Total	69	0-21	22-35	36-69

RFT 6-69 Amaya P (2007) última versión de calificación donde se ajustaron puntajes por rangos mayores de estudios anteriores, siendo Alto= 21 puntos, Medio= 12 a 21 y Bajo= menos de 12 puntos. La calificación es más exigente para medidas resolutivas en áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y control.

riesgo actual de la familia; (4) se hace un inventario de las organizaciones que pueden apoyar social o afectivamente a la familia en un momento determinado; y (5) contiene seis categorías que puntúan el Riesgo Familiar Total: Composición familiar con nueve ítems, Servicios Prácticas de Salud con 19 ítems, Condiciones psicoafectivas con 15 ítems, Situación Socioeconómica con nueve ítems, Condición de Vivienda y Vecindario con 10 ítems y Manejo de Menores con siete ítems.

Instrumento Salud Familiar General ISF-GEN 25: Este instrumento consta de 25 ítems, diseñado en dos escalas de Likert, una escala de organización que mide lo que la familia HACE en su cotidianidad y una escala de satisfacción que mide el grado de satisfacción relacionado con lo que la familia HACE; ambas escalas puntúan en 4, 3, 2 o 1. Instrumento sometido a pruebas psicométricas de validez concurrente con el Apgar familiar y el ASF-E; validez de contenido con índice de Martuzzi igual o mayor a .80 en ambos; confiabilidad (Alfa Cronbach de .90 para la escala de Acuerdo y .91 para la escala de Satisfacción) (1).

Los ítems se encuentran organizados en escala Likert que agrupa las dimensiones del proceso familiar: (1) mantenimiento del sistema, (2) cohesión, (3) individuación y (4) cambio del sistema.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los instrumentos a los informantes familiares.

La investigadora y cuatro auxiliares (estudiantes de séptimo semestre de la carrera de enfermería que cursaban Enfermería del Adulto en la institución donde se desarrolló la investigación) fueron entrenados por la autora de los instrumentos.

Dentro de los aspectos éticos contemplados en el estudio se incluyeron: La autorización de autora P. Amaya para la utilización de los instrumentos RFT 6-69 (Riesgo Familiar Total) y el ISF: GEN 25 (Salud Familiar General). Además el desarrollo del estudio tuvo en cuenta las normas científicas y administrativas y éticas para la investigación en salud (Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud). En las familias participantes como sujetos de investigación fueron respetados los principios de beneficencia, privacidad, confidencialidad, respeto por la dignidad humana y la autonomía. La propuesta del estudio se presentó al comité de ética de la institución hospitalaria Clínica San Pedro Claver, el cual autorizó y dio el aval ético. Las familias participes fueron informadas sobre los objetivos y del derecho a retirarse en el momento que decidieran y antes de ser valoradas firmaron el consentimiento informado.

Posterior a la recolección de la información de las 202 familias se procedió a construir una base de datos en Access® y después de procesada la información fue trasladada a Excel® y finalmente, al programa estadístico SPSS® para su análisis.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Las 202 familias estables, residentes en Bogotá (promedio 23 años) conformadas por adultos quirúrgicos institucionalizados, compuesta por 928 personas de las cuales el 47% se perciben enfermos y el 44% sanos. Corresponden al género femenino (56%) y masculino (44%). Predomina la tipología familiar nuclear (43%), seguida de nuclear modificada (23%). El promedio de miembros por familia es 4 y 65% son personas adultas cuyas edades oscilan entre 23 y 63 años.

El tiempo promedio en el lugar de residencia 23 años, la mayoría procedentes de Bogotá, los cuales se constituyen en población cautiva que permite la realización y seguimiento de los Programas de Salud y la certeza de estabilidad para crear Programas de Salud Familiar.

Respecto a los sistemas de apoyo familiar se encontró, en primera instancia, a los grupos religiosos (46%) y los centros de salud (31%); hecho entendible por el momento que están viviendo las familias cuando uno de sus miembros va a ser intervenido quirúrgicamente. Los centros de salud siguen en el orden de importancia porque la ayuda económica a través de los servicios que ofrece la institución en áreas de alta complejidad —como son los quirófanos— es una ayuda invaluable para el núcleo familiar. Se destaca que aunque las 928 personas que conforman las familias del presente estudio, están afiliados a una Empresa Social del Estado (EPS) y pertenecen al Régimen Contributivo del Seguro Social, la mayor parte de las familias acuden cuando existe un proceso de enfermedad aguda, mientras que los servicios que ofrece la institución en programas de

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad son desconocidos por las mismas, así lo demuestran los ítems que exploran aspectos de Promoción y Prevención, con porcentajes que oscilan entre 58 y 77%.

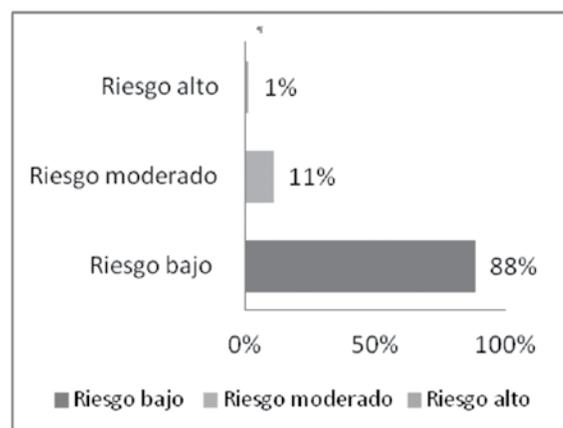
Las enfermedades de carácter familiar (antecedentes de tres generaciones) reportaron: el 63% de las 202 familias entrevistadas tienen hipertensión arterial, es decir, ha estado presente en más de la mitad de la población de familias, seguida por el cáncer (34%), diabetes (33%) y el infarto agudo del miocardio (33%). El 21% de las familias reportan una sola enfermedad como antecedente familiar, dato que contrasta con la mayoría (70%) que reporta de dos a cinco enfermedades en la historia familiar. La mayor parte de las enfermedades identificadas son de tipo crónico degenerativo que en América Latina, según patrones epidemiológicos, están ocupando los primeros lugares de morbi-mortalidad en la población, según datos de la Organización Mundial de la Salud (10). La morbilidad sentida y prácticas de salud deficientes se constituyen en un riesgo para las familias e impide la adopción de conductas positivas para el tratamiento y recuperación del caso índice quirúrgico.

RIESGO FAMILIAR TOTAL

Con relación a los resultados del Riesgo Familiar Total (RFT: 6-69) se encontró que en cinco de las seis categorías, es decir, más de 90% de las familias presentan riesgo bajo (88% = 177 familias), riesgo medio (11% = 23 familias) y riesgo alto (1% o a una sola familia). (Gráfico 1)

GRÁFICO 1. RESULTADOS DEL RFT 6-69 SEGÚN CATEGORÍAS

CATEGORÍA	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Composición familiar	95%	5%	-
Servicios y prácticas de salud	54%	34%	12%
Condiciones psicoafectivas	95%	5%	-
Composición socioeconómica	92%	7%	1%
Vivienda y vecindario	93%	6%	1%
Manejo de menores	93%	6%	1%



Fuente: Datos de la investigación.

A continuación se presentan los ítems predominantes en cada categoría.

1. CATEGORÍA DE SERVICIOS Y PRÁCTICAS DE SALUD:

el 54% de las familias se ubicaron en riesgo bajo, el 34% en riesgo moderado y el 12 % en riesgo alto, lo cual las coloca en situación de amenaza o riesgo. Llamamos la atención dentro de esta categoría ítems como:

- El 81% no conoce los servicios de salud.
- El 58% no asiste a consulta odontológica anual.
- El 50% no sabe a quien pedir ayuda para resolver los problemas de ambiente.
- El 42% se auto medica cuando uno de los miembros se enferma.
- Se identificó que existe en las familias más de una persona enferma (36%) y con algún grado de dependencia (48%).
- En el 37% de las familias se encontró problemas de salud que no han podido ser controlados y son en su mayoría enfermedades crónico-degenerativas.
- El 36% de los centros de salud no hacen compañías sobre los servicios que ofrecen y los programas de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud para niños y adultos tienen deficiencias en su aplicación.
- El 32% no saben usar los servicios de salud con los que cuentan.
- El 27% en el último año ha sufrido más de un accidente.
- El 25% tienen algunos problemas y viven estresados permanentemente.
- El 21% no están satisfechas con los servicios de salud porque no cubren sus necesidades.

2. CATEGORÍA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

Presentó riesgo bajo en un 92%, riesgo moderado en un 7% y riesgo alto 1%.

El 48% no proporcionan alimentación especial a ancianos y niños.

- En el 38% las entradas económicas no son suficientes para cubrir la salud de sus miembros.
- En el 14% el jefe de la familia se encuentra sin trabajo.

3. CATEGORÍA MANEJO DE MENORES: Presentó riesgo bajo en un 93%, riesgo moderado 6% y riesgo alto 1%.

El 84% no saben manejar las enfermedades de los niños.

- El 77% no llevan a los niños a control de crecimiento y desarrollo.

4. CATEGORÍA VIVIENDA Y VECINDARIO: Presentó riesgo bajo en un 93%, riesgo moderado 6% y riesgo alto 1%.

El 98% cuentan con todos los servicios públicos.

- El 46% conviven con mascotas.
- En el 30% hay inseguridad.

5. CATEGORÍA CONDICIONES PSICOAFECTIVAS: Presentó riesgo bajo en un 95% y riesgo moderado en un 5%.

- El 78% presenta ausencia en la recreación.
- El 25% viven estresados permanentemente.
- En el 17% carecen de expresiones de afecto.

6. CATEGORÍA COMPOSICIÓN FAMILIAR: Presentó riesgo bajo en un 95% y riesgo moderado.

- En el 51% sobresale la presencia de ancianos y mujeres embarazadas o adolescentes.
- En el 20% alguno de los miembros se han separado o divorciado.
- El 18% está representado por madres cabeza de hogar.

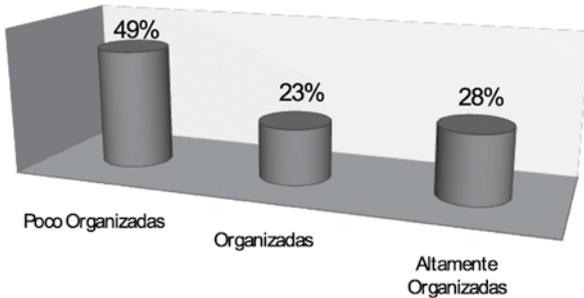
Reconocer al interior de cada categoría los ítems de mayor puntuación permite orientar la información general e intervenir en la institución de salud a través del diseño de programas tendientes a minimizar las necesidades familiares y encauzar el trabajo en salud familiar.

GRADO DE SALUD FAMILIAR

En la escala de organización las familias son clasificadas como “poco organizadas” si puntúan con valores inferiores o iguales a 82, “organizadas” si puntúan con valores entre 83 y 86 puntos y familias “altamente organizadas” si puntúan con valores superiores a 87.

Se considera familia “altamente satisfecha” si puntúa entre 82-100, familia “satisfecha” entre 68 y 81 puntos y familia “poco satisfecha” de 67 puntos y menos.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL GRADO DE ORGANIZACIÓN

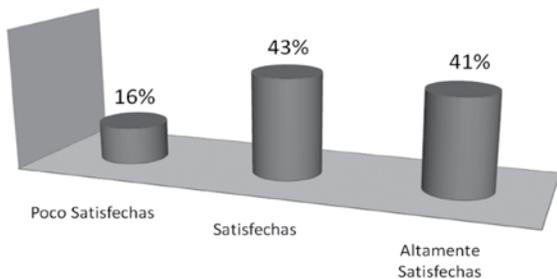


Fuente: Datos de la investigación.

Al examinar la información obtenida con las 202 familias en la aplicación de la escala de organización, el gráfico 2 muestra que el 49% de las familias fueron clasificadas como “poco organizadas” y el 51% restante fluctúa entre “organizadas” y “altamente organizadas”.

En casi la mitad de la población falta organización por las cuatro dimensiones del proceso (mantenimiento, cohesión, individuación y cambio), que presentaron bajas puntuaciones en lo que la familia HACE (ejecuta por procesos) en su vida cotidiana.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL GRADO DE SATISFACCIÓN



Fuente: Datos de la investigación.

Como se observa en el gráfico 3, en la escala de satisfacción, el 16% de las familias se encuentran “poco satisfechas” y el 84% es la sumatoria de porcentajes de las clasificadas como “satisfechas” y “altamente satisfechas”. De lo anterior, se puede afirmar que a pesar de

que las familias no son muy organizadas, se encuentran satisfechas con lo que la familia ES y HACE en su cotidianidad. La satisfacción entonces, es un elemento relacionado con la organización familiar pero que opera como elemento diferente y como componente de la salud familiar.

El diagrama que se presenta a continuación hace ver los componentes y comportamientos de la Salud familiar:

GRÁFICO 4. COMPARACIÓN ESCALAS GRADO DE SALUD FAMILIAR



Fuente: Datos de la investigación.

Al relacionar las dos escalas: organización y satisfacción (gráfico 4), se observa que en la escala de organización casi la mitad de la población (49%) son “poco organizados” y en la escala de satisfacción el 84% oscila entre “satisfechos” y “altamente satisfechos”; datos obtenidos en el momento en que se presentó el evento quirúrgico. Se esperaría que casi la mitad de la población de estas familias al estar poco organizadas también estarían poco satisfechas, sin embargo, en el momento en el que se aplicó el instrumento el 84% de las familias se encontraban “satisfechas” y “altamente satisfechas”. Esto amerita un seguimiento en las familias hasta el hogar ya que estos datos pueden cambiar en relación con complicaciones que pueda presentar el adulto quirúrgico una vez egrese de la institución de salud, situación que puede alterar el alto grado de satisfacción que presentaron dichas familias.

DISCUSIÓN

Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y a veces, una amenaza a la vida misma (11), éste es un elemento común en los servicios quirúrgicos que terminan por afectar al adulto y su familia, haciéndolos vulnerables al riesgo. Sin embargo, el resultado del estudio puntuó riesgo bajo (177 familias), pero no se conoció que sucedió durante el tiempo de hospitalización posterior al momento de la entrevista y después del egreso hospitalario en relación con el manejo del estrés. Por consiguiente, para el presente estudio el tener como resultado un número significativo de familias ubicadas en riesgo bajo amerita intervención por parte del profesional de enfermería en relación con seguimiento y control de estas familias con adultos quirúrgicos.

Por otra parte, es necesario resaltar que el estudio incluyó todo tipo de cirugías, no sólo se centró en cirugías de alta complejidad y aún así, se evidenció riesgo en estas familias, lo cual es coherente con los aportes de la literatura en relación con el estrés que se desencadena cuando existe un proceso quirúrgico, tal como lo afirman autores como: McCubbin, M. (12) (13), y Herrera P; González, I, y Soler, S. (14).

Otro aspecto a tener en cuenta, es que el 70% de las familias del estudio reportaron de dos a cinco enfermedades en la historia familiar, siendo la mayoría de tipo crónico degenerativo, dentro de las cuales se encuentran hipertensión arterial (63%), cáncer (34%), diabetes mellitus (33%) e infarto agudo miocardio (32%). La preocupación se centra en el cuidador principal, quien tiene una alta probabilidad de encontrarse enfermo en el momento en que se presenta el evento quirúrgico, lo que hace surgir la siguiente pregunta ¿Qué calidad de cuidado puede ofrecer una persona que no se encuentra en óptimas condiciones de salud?

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Reconocer ítems críticos al interior de cada categoría permite identificar factores de riesgo, lo cual contribuye a fortalecer el cuidado de los adultos quirúrgicos y sus familias, facilitando así la ejecución de acciones y/o programas orientados de acuerdo a las necesidades de estas familias.

Identificar el riesgo familiar total de las familias con adultos quirúrgicos es importante en la medida en que se analice conjuntamente con el Grado de Salud Familiar con el fin de analizar la percepción de las familias frente al riesgo identificado y así mismo, crear las medidas necesarias para contrarrestar situaciones, que aunque no se constituyen en una amenaza para la familia, deben ser atendidas por el profesional de enfermería.

Las familias con adultos quirúrgicos institucionalizados son más vulnerables a presentar alteración en el Grado de Salud Familiar, casi la mitad de la población presentó dificultad en la Escala de Organización, sin embargo, el Riesgo Familiar Total mostró una mayor puntuación en riesgo medio y alto en una sola categoría: Servicios y Prácticas de Salud.

Los resultados de la investigación pueden contribuir a reformar los servicios de salud, en normas que respondan de manera eficaz a las necesidades de las familias colombianas cuando éstas se encuentran involucradas en un evento quirúrgico; también permiten mejorar la calidad de la atención en las aéreas quirúrgicas, en términos de cobertura desde el caso índice hacia la familia y viceversa.

El programa plan de egreso hospitalario puede convertirse en una estrategia de cuidado de enfermería porque puede disminuir la mayor parte de los riesgos identificados en la categoría Servicios y Prácticas de Salud para el caso índice y los miembros familiares.

Los datos arrojados en el estudio conllevan a replantear el rol del profesional de enfermería en los servicios quirúrgicos, para ello, se hace necesario capacitar a los profesionales de enfermería con el fin de generar una concepción de cuidado familiar intrahospitalario que permita la construcción de “modelos de cuidado”, en donde el adulto y su familia sean copartícipes en condiciones vulnerables.

Se recomienda a la institución en próximos seminarios a desarrollarse, la divulgación de los resultados del presente estudio para que se convierta en punto de partida que motive la iniciación de programas en servicios quirúrgicos y liderados por el profesional de enfermería.

La investigación contribuye a fortalecer el componente disciplinar de la profesión, base para la creación de una nueva área de énfasis en los niveles de formación de enfermería: cuidado del adulto y su familia en situaciones quirúrgicas.

Un medio de difusión de los resultados de la investigación se puede presentar a través de diversos espacios académicos como son Congresos Nacionales e Internacionales y publicación de artículos en revistas indexadas.

Para futuros estudios se sugiere caracterizar y contrastar a las familias con adultos quirúrgicos programados y de urgencia con cirugías de alta complejidad, o con adultos en etapas preoperatoria y al egreso hospitalario para contrastar comportamientos de las familias.

Se sugiere que en el nuevo plan de estudios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, se fortalezca el área quirúrgica a lo largo de la malla curricular ya que actualmente se inicia en el componente disciplinar profesional (Prácticas y Habilidades Avanzadas), pero no existe una asignatura que logre la profundización en esta área en semestres posteriores.

REFERENCIAS

- (1) Amaya P. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF: GEN-25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000.
- (2) Friedemann ML. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks: SAGE Publications, Inc; 1995.
- (3) Amaya P. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF: GEN-25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000. p.20-6.
- (4) Amaya, P. Conceptualización de familia: Enfoque de la salud familiar en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2000. p. 1.
- (5) Friedemann ML. Teoría de la organización sistémica. Material mimeografiado. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia; 1995.
- (6) Marrero V. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Rev. Cub. Sal.Trab. 2004; 5(1):5.
- (7) Friedemann ML. The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing. Thousand oaks: SAGE Publications, Inc; 1995. p. 8.
- (8) Amaya P. Instrumento de Salud Familiar: Familias en General ISF: GEN-21 Manual: aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Unibiblos; 2004.
- (9) Amaya, P. Conceptualización de familia: Enfoque de la salud familiar en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2000. p. 21.
- (10) Amaya P. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF: GEN-25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000. p.8.
- (11) Amaya P. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF: GEN-25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000. p.4.
- (12) Amaya P. Instrumento de Salud Familiar: Familias en General ISF: GEN-21 Manual: aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Unibiblos; 2004. p. 20-21.
- (13) Amaya P. Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: 5-33. Manual: Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y aplicación. 1ª Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- (14) Amaya P. Riesgo Familiar Total 7-70, ISF: GEN-25: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000. p.2.
- (15) Amaya P. Instrumento de Salud Familiar: Familias en General ISF: GEN-21 Manual: aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá: Unibiblos; 2004. p. 7.
- (16) Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: (OMS); 2005.