

CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS DE MUJERES EN LACTANCIA MATERNA, VILLAMARÍA (CALDAS)*

Diana Paola Betancurth Loaiza.**
María Consuelo del Pilar Amaya Rey***

Recibido en noviembre 2 de 2011, aceptado en marzo 16 de 2012

Resumen

El Riesgo Familiar Total se describe como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración familiar. **Objetivo:** caracterizar el Riesgo Familiar Total de las familias de mujeres en lactancia materna de una institución de primer nivel en Villamaría (Caldas) durante el año 2011. **Materiales y Métodos:** estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. La muestra (n=76) elegida aleatoriamente, desde los registros almacenados de la consulta externa, se calculó con un error admisible de 2 unidades de registro, y con un margen de confianza de 95%. Cada familia se valoró con el instrumento de Riesgo Familiar Total 5-33. **Resultados:** predominaron las familias extensas con un promedio de 4,83 personas. Por el nivel de Riesgo Familiar Total se ubicó a 62% de las familias como amenazadas, en bajo riesgo el 35% y sólo 3% en alto riesgo. **Conclusiones:** el riesgo de las familias amerita trabajo para enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar aspectos relacionados especialmente con las condiciones psicoafectivas en familias amenazadas, y los servicios y prácticas en salud en familias de alto riesgo. La valoración del instrumento direcciona las acciones como base para construir el cuidado específico en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y seguimiento en relación con las dimensiones y categorías estudiadas.

Palabras clave

Familia, riesgo, enfermería, investigación, lactancia. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* El presente artículo es uno de los productos de la Tesis de Maestría en Enfermería titulada: "Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia". Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Enfermería.

** Enfermera, Magister en Enfermería. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Pública. Manizales, Colombia. Correo Electrónico: diana.betancurth@ucaldas.edu.co

*** Enfermera, Ph.D. en Filosofía. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Programa de Doctorado. Bogotá, Colombia. Correos electrónicos: p_amaya_rey@yahoo.com, mcamayad@unal.edu.co

CHARACTERIZATION OF TOTAL FAMILY RISK ,IN FAMILIES OF BREASTFEEDING WOMEN IN VILLAMARÍA (CALDAS)

Abstract

The Total Family risk is described as the probability for adverse individual or family consequences to appear (disease, disorganization or dysfunction) because of the presence of some characteristics detected at the moment of performing the family assessment. **Objective:** to characterize the Total Family Risk in families of breastfeeding women in a first level institution in Villamaría (Caldas) during 2011. **Materials and Methods:** quantitative, exploratory, descriptive and transversal study. The sample (n=76) was randomly selected from the files stored in external consultation processes. An admissible 2 units of registration error was calculated and the confidence range was 95%. Each family was assessed with the 5-33 Total Family Risk instrument. **Results:** large families with a 4.83 persons in average predominated. 62% of the families were ranked as threatened because of the level of Total Family Risk, 35% were ranked in low risk and only 3% were ranked in high risk. **Conclusions:** The risk of families makes it worthy for nursing and interdisciplinary teams to work for the improvement of areas especially related with psycho affective conditions in threatened families, and in the services and health practices with families in high risk. The assessment of the instrument directs the actions as a basis to construct specific care in health promotion, disease prevention, rehabilitation and follow-up in relation with the studied dimensions and categories.

Key words

Family, risk, nursing, research, breast feeding. (Source: MeSH, NLM).

CARACTERIZAÇÃO DO RISCO FAMILIAR TOTAL DAS FAMÍLIAS DE MULHERES EM LACTAÇÃO MATERNA, VILLAMARIA (CALDAS)

Resumo

O Risco Familiar Total se descreve como a possibilidade de que se apresentem consequências adversas individuais ou familiares (doenças, desorganização ou disfunção), devido à presença de algumas características detectadas no momento da valoração familiar. **Objetivo:** caracterizar o Risco Total das famílias de mulheres na lactação materna numa instituição de primeiro nível em Villamaria (Caldas) durante o ano 2011. **Materiais e Métodos:** O estudo de tipo qualitativo, exploratório, descritivo e transversal. A amostra (n=76) elegida aleatoriamente, desde os registros armazenados da consulta externa, calculou se com um erro admissível de 2 unidades de registro, com uma margem de confiança de 95%. Cada família se valorou com o instrumento de Risco Familiar Total 5-33. **Resultados:** Predominaram as famílias extensas com uma meia de 4,83 pessoas. Pelo nível de Risco Familiar Total se colocou a 62% das famílias como ameaçadas, em baixo risco o 35% e só 3% em alto risco. **Conclusões:** O risco das famílias **justifica** trabalho para enfermagem e equipes interdisciplinares para melhorar aspectos relacionados especialmente com as condições psicoafetivas em famílias ameaçadas, e os serviços e praticas em saúde de alto risco. A valoração do instrumento direciona as ações como bases para construir o cuidado especificam em promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e seguimento em relação com as dimensões e categorias estudadas.

Palavras Chave

Família, risco, enfermagem, pesquisa, lactação. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Las familias actúan en lo cotidiano en la conservación, mantenimiento y desarrollo de todos los miembros, dentro de la misma familia; existen factores de riesgo y potencialidades que determinan la interacción con el entorno y como tal influyen positiva o negativamente en la salud individual y del grupo familiar; las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud (1). La familia de la mujer lactante exige una de las mayores atenciones por su impacto en Salud Pública y los riesgos a los cuales se enfrenta dentro del hogar y que pueden llevar al fracaso o, por el contrario, ser el factor protector para llevar a cabo un proceso exitoso en la lactancia.

Dentro del proceso de la lactancia materna, la familia ocupa un lugar predominante en el cual se reconoce su apoyo para la mujer, proporcionado a través de creencias, hábitos, actitudes y conductas (2). Por esto, la familia es el principal foco de intervención ya que se convierte en un recurso imprescindible para la atención primaria, así lo han demostrado diferentes planes, proyectos y políticas a escala sectorial, nacional y mundial (3, 4, 5, 6). A pesar de los avances conseguidos por los diferentes programas que se ejecutan en la región caldense, el destete precoz aún es una preocupación. Althoff, citado por Spanó *et al* (7), en mención a los profesionales de la salud, recomienda que la asistencia a la lactancia dentro del cuidado en salud sea dirigida a la mujer e integre a su familia en el proceso. Por ello, es importante conocer la realidad de la familia por medio de: historia de vida, apoyos y recursos utilizados, necesidades y potencialidades.

La *lactancia materna exclusiva* ha sido objeto de múltiples estrategias, de nutrición y programas de salud pública a través del mundo (8), sin embargo no se han presentado los resultados deseados; las bajas tasas de incidencia y de duración de la lactancia materna en las últimas tres décadas son

reconocidas como un problema de salud pública (9). De acuerdo con los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS 2005 y ENDS 2010, se encuentra que el lapso mediano de lactancia materna en Colombia fue de 14,9 meses, y la zona del país con menor duración fue la Región Central con 12,8 meses; y en ella, ese mismo lugar fue ocupado por los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda con 10,5 meses (10, 11). Por lo anterior, se considera que la familia puede ejercer función protectora o ser un factor de riesgo para que inicie o abandone la lactancia materna.

El Riesgo Familiar Total se define como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (Amaya de Peña P y Herrera AN, en prensa). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud. Amaya de Peña cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire (1991), quienes refieren desde ese punto de vista, *“una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantenga controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”* (12).

La línea de trabajo en Riesgo Familiar Total ha sido abordada en algunos países latinoamericanos (Perú, Venezuela, Argentina, etc.) como una herramienta práctica para la enfermería y otras disciplinas de la salud, ya que son pocos los instrumentos de valoración familiar que muestran evidencia científica para el diseño de programas de salud familiar (13). Los estudios sobre caracterización de las familias se constituyen en *“el paso inicial para contribuir con el conocimiento de la realidad de la familia a la disciplina de la enfermería”* (14) y se estructuran en uno de los tipos de investigación

más comunes en el área de cuidado familiar desde 1997. En Colombia se han efectuado diversos estudios sobre familia desde la perspectiva de riesgo y salud familiar, en el desarrollo de esta línea se destacan los trabajos realizados por la Universidad Nacional de Colombia (14); desde la línea de maltrato y caracterización familiar se encuentran estudios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a través de su Observatorio de Infancia y Familia, y por último investigaciones de la Universidad de Caldas desde la perspectiva social a través de su programa de Desarrollo Familiar, estudios sobre funcionalidad y desarrollo familiar (15). Pero a escala regional no se encontraron escritos sobre la caracterización de las familias con mujeres en lactancia materna desde un enfoque de riesgo.

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar el Riesgo Familiar Total con las familias de mujeres, en dos puntos fundamentales: 1) La descripción e identificación de la estructura, riesgos individuales en salud, antecedentes familiares e instituciones de apoyo. 2) La identificación del Riesgo Familiar Total en cuanto a condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y de vecindario, situación económica y el manejo de menores.

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de estudio

Análisis de modalidad cuantitativa, de tipo exploratorio, descriptivo y transversal. La población está constituida por todas las familias de mujeres lactantes que son atendidas en el Hospital San Antonio de Villamaría, que cumplan los criterios de inclusión.

Muestra y muestreo

Muestra. Se efectuó sobre el comportamiento estadístico de los resultados de la aplicación del instrumento y su tamaño final durante los

meses de marzo y abril de 2011. Para efectos de conocer el comportamiento estadístico preliminar se constituyó una muestra piloto conformada por 60 familias de mujeres lactantes, elegidas aleatoriamente en el servicio de consulta externa del Hospital San Antonio (Programa de Crecimiento y Desarrollo), planeada y ejecutada con el propósito de acopiar información preliminar, a manera de insumo, para efectuar el cálculo de varios tamaños de muestra acordes con niveles elegibles de error máximo admisible y de confianza.

Muestreo. Para efecto de contar con una muestra con la mayor holgura posible, se admitió una desviación estándar de 8,8382 y se asumió una población infinita. Con estas consideraciones, el tamaño de la muestra aleatoria simple para el estudio se calculó mediante la expresión usual para estimar promedios, puesto que dentro de la descripción de los resultados estos serán un medio para ella. La expresión algebraica para dicho cálculo es:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \hat{\sigma}^2}{e^2}$$

Donde $100(1-\alpha)$ % corresponde al nivel de confianza, expresado porcentualmente; $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ el percentil correspondiente, de una distribución normal estándar; $\hat{\sigma}$ la estimación de la desviación estándar en la muestra piloto, y e error máximo admisible en la estimación del promedio de la dimensión. Atendiendo a la viabilidad de identificación y entrevista a la mujer lactante o el miembro familiar seleccionado de su grupo familiar, se optó por una muestra aleatoria simple de tamaño igual a 76 familias, correspondiente a un error máximo admisible de 2 y una confianza de 95%. La muestra ($n=76$) fue elegida aleatoriamente, desde los registros almacenados de la consulta externa, de las mujeres que habían asistido al hospital con niños menores de 12 meses. La prueba piloto fue aplicada a un grupo de 9 familias de mujeres lactantes con el objeto de estimar el

tiempo promedio necesario de diligenciamiento del formulario y permitir la familiarización del instrumento, precisión en la forma de formular las preguntas y consignarlas en el instrumento.

Criterios de inclusión

1) Para seleccionar las familias, se tuvo en cuenta que contaran con mujeres de cualquier edad que estuvieran en periodo de lactancia y tuvieran un/a hijo/a recién nacido/a con edad comprendida entre un día y 12 meses, que acudieran a los servicios de salud del programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Villamaría, de estrato socioeconómico 1, 2 o 3.

2) Para escoger al informante (16), éste debía contar por lo menos con 15 años de edad, haber convivido mínimo durante un año con la familia y tener capacidad física y mental para responder una entrevista.

Aspectos éticos

El estudio se practicó siguiendo los aspectos éticos consignados en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud (17), especialmente el principio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los participantes, quienes dieron su autorización para hacer parte del estudio por medio del consentimiento informado. Se protegió su privacidad respondiendo el instrumento en una sala adecuada y libre de interrupciones. La aprobación para el desarrollo del estudio fue concedida por el Comité de Ética del Hospital San Antonio de Villamaría.

Técnicas y procedimientos de recolección de información

Previo a la recolección de los datos se tuvo en cuenta la aprobación del uso del instrumento y el entrenamiento de su diligenciamiento por parte de la autora del mismo (16). La información fue

recolectada utilizando el instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 5-33), en el Hospital de Villamaría, durante los meses de marzo y abril de 2011, establecidos como el periodo para entrevistar al integrante de la familia que aceptó participar del estudio.

El instrumento de Riesgo Familiar Total (RFT 5-33) aplicado a las 76 familias tiene una validez y confiabilidad sustentada para ser utilizado en la práctica y la investigación. La confiabilidad fue estimada por la autora de los instrumentos (16) mediante el coeficiente de consistencia Kuder-Richardson # 20 (KR20) (Kuder et Richardson, 1937). El instrumento está compuesto por cinco secciones principales. Las cuatro primeras identifican y describen aspectos para el conocimiento, la tipificación de familia y la historia de la trayectoria, y mide las siguientes variables: identificación de la familia incluyendo datos de ubicación de la misma, el papel que como participante desempeña dentro de la familia, el tipo de familia, la composición de la familia y riesgos individuales, los antecedentes de patologías de carácter familiar, las instituciones de apoyo familiar.

La quinta sección está compuesta por 33 ítems de Factores de Riesgo con los que se evalúa en conjunto Riesgo Familiar Total; se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar; las variables fueron: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica, y manejo de menores.

Método

Se hizo una interpretación de los puntajes y categorías calificadas de manera fácil y comprensible, que brindó información pertinente acerca de las características y categoría de riesgo. Para el puntaje total del instrumento RFT 5-33, se definen tres categorías de calificación del Riesgo

Familiar, basadas en las escalas de percentiles y de PE (con media =60 y desviación estándar =10). Tales categorías se definen, en términos de escala, como familias en riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto (16).

Las familias con riesgo bajo presentan condiciones favorables, asumen prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tienen el conocimiento y apoyo de los equipos de salud. Sus condiciones de organización de vivienda y vecindario son seguras y mantienen vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar.

Las familias amenazadas son aquellas en las que se demuestra, por su composición e interacciones psicoafectivas, desarmonía y dificultad en el manejo de los menores asociadas con prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, facilitando así el estado de la amenaza para la salud individual y familiar.

Las familias con alto riesgo son aquellas en las que el riesgo se demuestra por su composición e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores, y demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar. Las familias de alto riesgo asumen prácticas cotidianas inseguras, no cuentan con la accesibilidad o hacen mal uso de los servicios de salud. A esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y la familia como unidad.

Análisis de datos

Al terminar la recolección, se realizó la imputación de datos para el control de calidad en el diligenciamiento de los instrumentos, luego fueron digitados en una base de datos en Excel.

El análisis estadístico se hizo con el programa SPSS v 15.0 (SPSS inc., Chicago, IL) y SAS v 9.0. Las variables univariadamente fueron analizadas a través de histogramas, medidas de tendencia central y de dispersión para el caso específico de variables de tipo continuo, así mismo se presentaron diagramas de frecuencia, tablas con frecuencias relativas y absolutas para el caso específico de variables categóricas. Se hizo uso de los coeficientes de correlación de Pearson para estimar las correlaciones existentes entre dimensiones, y para evaluar si existían diferencias significativas entre el tipo de familia y el Riesgo Familiar Total se verificaron los valores promedio mediante la prueba T Student.

RESULTADOS

Características generales de las familias

Se dan a conocer los resultados obtenidos producto de la aplicación del instrumento RFT 5-33. Fueron estudiadas 76 familias de mujeres lactantes residentes en el municipio de Villamaría con un total de 367 miembros, con un mínimo de 2 integrantes y un máximo de 11, el promedio fue de 4,83 miembros.

La *edad* de los miembros de las familias osciló entre 0 meses y 84 años con un promedio de 21,5±18,7 años. Con respecto al género de los integrantes predomina el femenino (56%, n=206) donde se destaca que 34 son abuelas, lo que podría significar que por cada dos familias de la mujer lactante hay casi una abuela.

Prevalció el *tipo de familia* extensa (Tipo 2) con 54%, seguida de la nuclear (Tipo 1) con 46%; más de la mitad de las familias (52%) reside en Villamaría desde hace más de cuatro años. En cuanto a la *afiliación* de los integrantes de las familias al sistema de seguridad social, predominó el régimen subsidiado; llama la atención que 9% de los integrantes de la familia no se encontraron

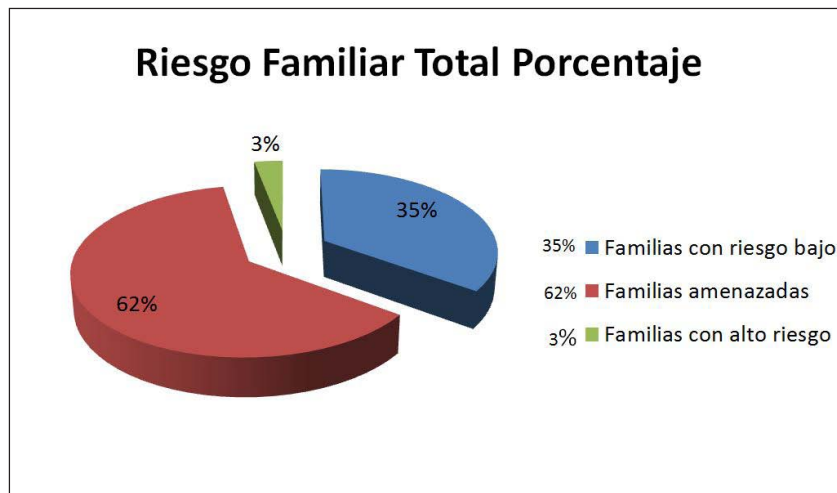
afiliados (n=34), donde (n=11) son menores de un año siendo catalogados como vinculados en el Sistema de Seguridad en Salud actual.

Con respecto a la *percepción del riesgo* para los 367 miembros de las familias encuestadas, se refleja que la percepción de estar aparentemente sanos es de 83%. Para los menores de 12 años se destacaron como condiciones de riesgo las enfermedades virales, y para los integrantes de la familia en general se reportaron con mayor frecuencia las alteraciones visuales y los problemas de salud oral. En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad, se observa el predominio de patologías tales como: hipertensión arterial (HTA), diabetes e infarto agudo de miocardio (IAM). Al

indagar sobre las instituciones, organizaciones o grupos sociales y de salud que fueron valorados como sistema de apoyo para los integrantes de las familias, se encontró que el centro de salud fue identificado por el total de la población (100%), seguido del lugar de trabajo (89%) y de un grupo religioso (75%).

La distribución de la frecuencia del Riesgo Familiar Total por puntuaciones estandarizadas muestra la clasificación en riesgo alto, riesgo bajo y el riesgo para las familias amenazadas (Gráfica 1). Esta última categoría tiene un predominio importante con respecto a las demás; llama la atención el bajo porcentaje para familias de alto riesgo.

Gráfica 1. Distribución según la escala de Riesgo Familiar Total



Fuente: Resultado según instrumento RFT 5-33. Villamaría (Caldas).

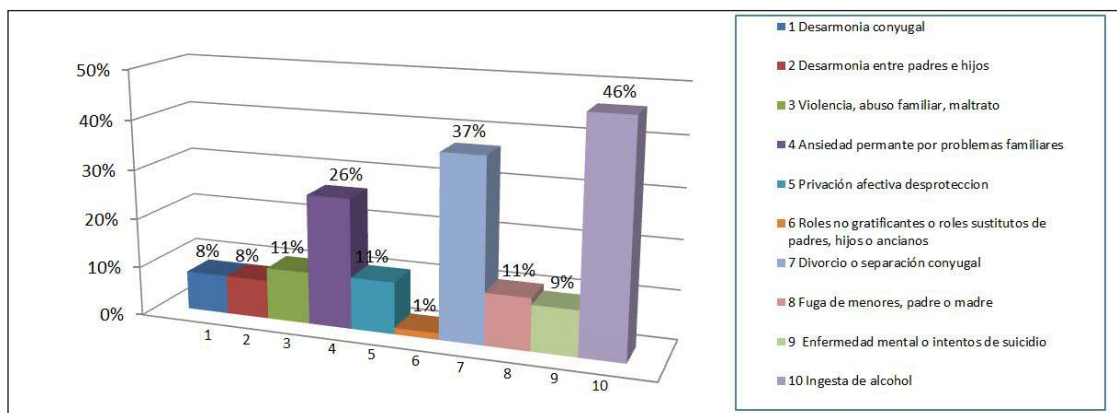
Riesgo familiar por subcategorías

En cuanto a las puntuaciones del RFT 5-33 por cada uno de los cinco factores, en los cuales se muestra la calificación de las 76 familias evaluadas, la dimensión más afectada corresponde a las dimensiones psicoafectivas en familias

amenazadas junto con la de servicios y prácticas en salud en las familias en alto riesgo.

En lo atinente al *riesgo en ambiente psicoafectivo* los tres factores que presentan mayor amenaza están especialmente relacionados con la ingesta de alcohol, seguido del divorcio o la separación conyugal y la ansiedad permanente (Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de familias que puntuaron en riesgo para el factor de ambiente psicoafectivo

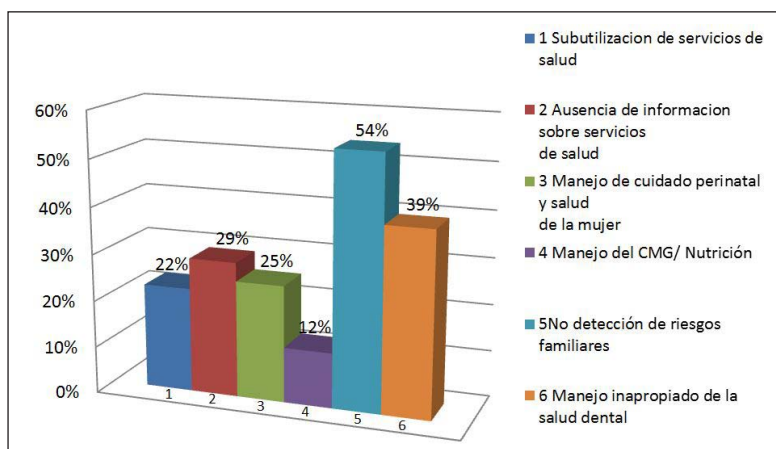


Fuente: Resultado según instrumento RFT 5-33. Villamaría (Caldas).

Para el riesgo por ítems de servicios y prácticas de salud de la familia, en orden de importancia se observó que un mayor porcentaje de familias no conoce o no ha percibido como riesgo lo detectado

por el entrevistador a escala individual y familiar, seguido de un manejo inapropiado de la salud dental y de la falta de información acerca de los servicios de salud (Gráfica 3).

Gráfica 3. Porcentaje de familias que puntuaron en riesgo para servicios y prácticas en salud



Fuente: Resultado según instrumento RFT 5-33. Villamaría (Caldas).

Las correlaciones más significativas se muestran en la Tabla 1, donde se encontró que el Riesgo

Familiar Total está dependiendo muy fuertemente de la situación económica.

Tabla 1. Coeficientes de correlación entre los diferentes factores del instrumento de Riesgo Familiar Total

SUBCATEGORÍAS	Puntaje total Riesgo Familiar	Condiciones psicoafectivas	Servicios y prácticas de salud	Condiciones de vivienda y vecindario	Situación socioeconómica	Manejo de menores
Puntaje total Riesgo Familiar	1	0,57	0,55	0,53	0,70	0,55
Condiciones psicoafectivas		1	0,06	0,20	0,19	0,15
Servicios y prácticas de salud			1	0,02	0,19	0,20
Condiciones de vivienda y vecindario				1	0,31	0,15
Situación socioeconómica					1	0,30
Manejo de menores						1

Fuente: Resultado según instrumento RFT 5-33. Villamaría (Caldas).

Mediante la prueba T Student se encontró que no existen diferencias significativas para los factores del Riesgo Familiar Total entre los dos tipos de familia con excepción de los servicios y prácticas de salud, que reporta tener mayor riesgo para el tipo de familia extensa.

Predominó el rango de edad con personas ubicadas entre 19 y 30 años (25%), seguido de 0 a 1 años (21%), resultado congruente por el criterio de inclusión de familias con mujeres lactantes. Lo encontrado coincidió con la investigación de Mendoza en Nicaragua (13) por la estrecha relación que existe entre gestantes y lactantes, donde predominó la edad entre 19 y 40 años.

DISCUSIÓN

En cuanto a la identificación de las familias, el promedio de miembros encontrado fue de 4,83, superior al encontrado en la Encuesta Nacional de Salud –ENDS– 2010 (18) de 3,8 para Colombia, 3,6 para el departamento Caldas y para el municipio de Villamaría de 3,8 integrantes por familia según el Censo del DANE 2005 (19). La Encuesta Nacional de Demografía sustenta que el tamaño de los hogares también puede afectar la distribución de los recursos financieros dentro del hogar, la estructura del gasto y la propensión al ahorro.

Con respecto al género de los integrantes, predomina el femenino. Frente a los datos nacionales reportados por la ENDS 2010, 34% de los hogares tiene como cabeza de hogar a una mujer. Espinoza (20), en su estudio, encontraron que la prevalencia de lactancia materna exclusiva es más baja entre las mujeres jefas de hogar, lo que sugiere para los profesionales de salud la elaboración de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que logren beneficiar a este grupo poblacional en el proceso de lactancia materna.

En el presente estudio se destaca que 34 son abuelas, lo que podría significar que por cada dos familias de la mujer lactante hay casi una abuela, factor por subrayar para el proceso de lactancia materna, puesto que esta figura familiar es fundamental en los procesos educativos, por la transmisión de mitos y creencias que dan a las mujeres lactantes. Según Teixeira (21), la abuela es heredera de un proceso acumulativo de los conocimientos derivados de sus experiencias y lecciones aprendidas a lo largo de los años, lo que es muy valorado y respetado, sin embargo, en cuestiones relacionadas con la lactancia materna, a menudo interfieren al fomentar el uso de líquidos u otros alimentos; el autor da a conocer que puede ser debido a que los abuelos vivían en un contexto histórico cuando la lactancia no se valoraba.

Con respecto a la tipología familiar primó la familia Tipo 2 (extensa), diferente a lo encontrado en el Censo del DANE 2005 en cuanto a la organización familiar, donde la familia nuclear fue la más frecuente, siendo Villamaría el municipio más característico, seguido de Neira. La tipología familiar de las mujeres lactantes del municipio de Villamaría, se constituye en un factor de cambio importante en las actividades educativas teniendo en cuenta que, para la ENDS 2010, en Caldas y Nariño aumentaron las proporciones de adolescentes embarazadas. El 18% de las adolescentes de Caldas (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo (22), lo que implica que existe un buen número de mujeres que deben convivir con sus padres o parientes, debido a las dificultades económicas. Espinoza (20), a través de su estudio de relación entre la estructura familiar y la lactancia, encontró que la estructura de la familia nicaragüense se asocia significativamente con la prevalencia de la lactancia materna exclusiva; se puede concluir que el hecho de pertenecer a una familia extensa es un factor de protección para disminuir el riesgo familiar total, la explicación se debe al efecto de las redes familiares de apoyo, como lo menciona Bronfman (23), lo anterior, direcciona

la promoción de la salud hacia una participación importante de la red de apoyo familiar en este proceso.

La percepción del riesgo, salud o enfermedad expresado refleja que la impresión de estar aparentemente sanos es muy alta, en comparación con los datos nacionales la población se percibe en estado de salud bueno (53,9%), regular (23,3%) y malo (2,1%). A escala nacional, Caldas es uno de los departamentos que con mayor frecuencia clasifica la salud como excelente, muy buena o buena (24). A pesar de que la población se percibió sana, igualmente debería ser congruente con la práctica hábitos de vida saludables que protejan su salud, asunto que se demuestra se ve afectado en posteriores análisis.

El 36% de la población corresponde a menores de 12 años, entre quienes se destacaron como condiciones de riesgo las enfermedades virales. Resultados coherentes con el perfil epidemiológico del departamento de Caldas, donde el resfriado común es la enfermedad viral que más reconocen los entrevistados; es la primera causa de morbilidad en menores de 1 año y menores de 5 años y la tercera causa en el rango de 5 a 14 años (25). Para la región centro-sur del departamento, en la población comprendida entre los 0 y los 14 años, las primeras causas de consulta pertenecen al grupo de las infecciones respiratorias y las diarreas infecciosas, con algunas diferencias en cuanto al número de casos por municipio (26). No se evidenciaron problemas con la vacunación, en Caldas el 90% de los menores de dos años tienen el esquema completo de vacunación (27).

En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad, se observa el predominio de patologías crónicas no transmisibles, las cuales ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia en el periodo comprendido entre los

años 1990 y 2005, la mortalidad por causa de las enfermedades crónicas se incrementó, pasando de 59 a 62,6% (28). Estos resultados son similares al perfil epidemiológico del municipio de Villamaría desde una perspectiva global sobre las primeras diez causas de consulta y primeras diez causas de muerte en la categoría de todas las edades, donde se identifica una tendencia creciente y generalizada en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (isquemia cardiaca, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad hipertensiva) seguida de la diabetes mellitus (26). Enfermedades que en un alto porcentaje pueden ser intervenidas en el marco de la Atención Primaria, involucrando como miembros activos del proceso al grupo familiar, desde la promoción de la salud evitando que aparezca la enfermedad o de la prevención evitando complicaciones.

Las 76 familias consideran al centro de salud como el principal sistema de apoyo —es significativo su alto porcentaje, que se puede explicar por su estrecho contacto desde la detección de alteraciones del embarazo, el parto y los controles periódicos de crecimiento y desarrollo—, seguido del trabajo como factor importante para suplir las necesidades básicas, y en un tercer lugar consideran a los grupos religiosos como elemento significativo en el soporte espiritual para su desarrollo. En un estudio realizado por Souza, Souza y Tocantins en Brasil, se evidenció la importancia del análisis de las redes sociales en el proceso de amamantar (29).

Con lo anterior, se concluye que para los profesionales de salud es fundamental conocer las características generales de una población objeto de estudio, para de este modo evaluar las prácticas de enfermería actuales, favorecer una perspectiva más amplia acerca del contexto social experimentado por las personas y direccionar las acciones de información, educación y comunicación de manera eficiente y asertiva.

Los resultados muestran que, en general, las familias estudiadas no presentan alto riesgo según

la distribución de la frecuencia por puntuaciones estandarizadas; se destaca que existen situaciones amenazantes que deben ser intervenidas. Lo que indica la importancia de las acciones de promoción de la salud en el mantenimiento de condiciones saludables, con el fin de disminuir los riesgos existentes y mejorar la calidad de vida. Al efectuar el análisis por subcategorías, se concluye que existen dos dimensiones priorizadas como afectadas, las correspondientes al factor psicoafectivo en familias amenazadas, junto con la de servicios y prácticas en salud en las familias en alto riesgo.

La familia debe satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros porque las respuestas afectivas de un miembro de la familia a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar (30). En un trabajo realizado sobre factores psicosociales, Veliz, Sanabria, Gálvez, Sanabria y Fernández (31) encontraron que la actitud positiva de los seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a dar pecho a su hijo. Coherente con lo encontrado por Cárdenas, Montes, Arenas y Reina en Venezuela (32), donde se muestra que factores psicológicos como preocupaciones, temores, angustias, depresiones, interfieren negativamente en el proceso de amamantamiento. De otro lado, Spanó *et al* (2007) en Brasil, a través de los resultados de su estudio, reafirmaron que el entorno relacional de la familia ocupa el primer lugar en referencia a la mujer y cómo la familia transmite creencias, hábitos, actitudes y conductas; el orden de los significados culturales que orientan a las mujeres en los términos de orientación, atención y apoyo, se sustenta en los vínculos afectivos y las relaciones de proximidad (2).

Se concluye, entonces, que si bien es cierto que las mujeres del estudio están lactando, para la promoción de la salud es fundamental trabajar sobre potencialidades y factores de riesgo, antes de que estas condiciones se conviertan en alto riesgo y sean causa de abandono de la lactancia materna. Es primordial dejar de lado las condiciones biológicas

de atención y permitir espacios de comunicación, integración, ayuda mutua y bienestar.

En cuanto a los servicios y prácticas de salud, a pesar de que el total de las familias percibieron la institución de salud como principal sistema de apoyo, al interrogarles sobre condiciones específicas se evidencia falta de información sobre los servicios de salud y la subutilización de los servicios de salud, factores que guardan estrecha relación. Para Proenza, Martínez, Pimentel y Moras (33), la capacitación constituye uno de los aspectos fundamentales para el desarrollo comunitario que reclama una prioritaria atención, por lo que es importante poder establecer un sistema de superación que responda a objetivos generales y particulares de lo local y de la sociedad; los mismos autores dan a conocer que dentro de las actividades primordiales de la comunidad ocupan un lugar central los problemas de educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la salud de la familia, en particular de las mujeres en edad fértil y las embarazadas por estar expuestas a diversos tipos de riesgos (33).

La correlación que se encontró entre el Riesgo Familiar Total y la situación económica explica lo descrito por la ENDS 2010 (18), es evidente que los factores de riesgo de la salud guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico. En un estudio realizado en mujeres lactantes de bajos ingresos por Beth, Américo, Ximenes, Bernheim y Oriá (34), en Ceará Brasil, encontraron que los dos factores sociales más importantes en el éxito de la lactancia son el económico y el familiar, concluyendo que la situación económica de una mujer puede ejercer efecto profundo en el bienestar físico y emocional. En las comunidades de bajos ingresos, los factores que por lo general parecen influir decisiones respecto a la lactancia están asociados con la instrucción, el empleo y la familia. De la misma forma, Venâncio y Monteiro (35) en su estudio de determinantes, contextuales e individuales de la lactancia dieron a conocer que la lactancia exclusiva está asociada positivamente

con el estatus socioeconómico, y además ejemplifican que fue identificada sobre todo entre mujeres con mayores ingresos y escolaridad. De otro lado, Magalhães de Oliveira, Assis, Soares da Silva, Prado da S. y Barreto (36) publicaron la asociación entre la interrupción temprana de la lactancia exclusiva o predominante y las malas condiciones de vida de los niños y sus familias.

La búsqueda bibliográfica da a conocer los escasos estudios asociando el riesgo familiar y lactancia materna en Colombia, y permite abrir puertas para la investigación buscando respuesta y alternativas a problemas de salud. Este tipo de estudio muestra que es importante continuar con la mirada de la promoción de la salud desde la salud familiar y más aun desde la identificación de riesgos, si se han encontrado estos resultados con las familias de mujeres que lactan, donde se encontró que no son familias de alto riesgo, es importante contrastar los resultados con mujeres de familias que no lactan y trabajar con base en dimensiones específicas.

CONCLUSIONES

En conclusión, el Riesgo Familiar Total de las familias amerita trabajo para enfermería y equipos interdisciplinarios, para mejorar aspectos relacionados con todas las dimensiones o categorías pero especialmente con las condiciones psicoafectivas en familias amenazadas y los servicios y prácticas en salud en familias de alto riesgo.

La valoración familiar con el instrumento RTF 5-33, como aporte al cuidado familiar permite direccionar las acciones como base para construir el cuidado específico: mantener sanas a las familias en bajo riesgo y altamente saludables bajo acciones de promoción de la salud, controlar a las familias con riesgos elevados, y hacer un control y seguimiento a las familias en riesgo o altamente problemáticas, y así vigilar la condición de salud a través de acciones de prevención de la enfermedad.

La familia es considerada como pieza fundamental del cuidado en la lactancia materna, por lo cual deben incrementarse los esfuerzos del personal de salud por operacionalizar la salud familiar haciéndola participe en las diferentes acciones de educación e intervención desde la misma gestación.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital San Antonio del municipio de Villamaría (Caldas), por facilitar las condiciones para la realización del estudio. A las familias, por la participación en este proceso investigativo. A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y a la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea] 2003 [acceso 2011 Sep 2];(29)1:48-51. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.htm
2. Spanó AM, Guerreiro MC, Bistafa MJ, Azevedo F. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet] 2007 Apr [cited 2011 Sep 3];15(2):230-238. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200007>
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS-UNICEF; 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
4. Colombia por la primera infancia: Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. [Internet] [consultado 2011 May 12]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/34366073/Colombia-por-la-primera-infancia-Politica-publica-por-los-ninos-y-ninas-desde-la-gestacion-hasta-los-6-anos>
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras. Diario Oficial 46506 (Enero 9 2007). Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/normatividad/LEY-1122-2007.pdf>
6. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C. Diario Oficial 47957 (Enero 19 2011). Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html
7. Althoff CR. Família: o foco de cuidado na enfermagem. Citado por: Spanó AM, et al. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. Sao Paulo: *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet] 2007 Apr [cited 2011 Sep 3];15(2):230-238.
8. World Health Organization. Global strategies for infant and young child feeding. [Internet] [consultado 2011 Abr 12]. Disponible en: www.who.int/child-adolescenthealth/nutrition/global-strategy.htm
9. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(4):340-56.
10. Profamilia. Lactancia y estado nutricional. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2005. Resultados. [revista en Internet] 2005. [acceso 2010 Sep 28]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/11lactancia/03duracion.htm>
11. Profamilia. Lactancia y desnutrición infantil. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia. ENSIN 2010. [revista en Internet]. [acceso 2011 Abr 12]. Disponible en: http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151&Itemid=10
12. Amaya de Peña P. Riesgo familiar total 7-70 e ISF-Gen. 25. ISSF GES. 19: Referentes teóricos conceptuales y análisis de la información. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1992, 1998 y 2000.
13. Mendoza ME, Amaya P, García G, Nava AA, Sánchez S, Hurtado R, et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Revista Perinatol Reprod Hum* 2010;24(4):236-241.
14. Amaya Rey P. La caracterización de las familias: Base y propulsión del desarrollo de enfermería en Salud familiar en Centroamérica y Patagonia. En: Díaz Heredia LP. La investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005. p. 433-446.

15. Valenzuela LS, Cifuentes RM. Investigación social participativa en observatorios de infancia y familia en Colombia. *Revista Tendencia & Retos* 2007;(12):63-80.
16. Amaya Rey P. Instrumento Riesgo Familiar Total RTF 5-33 Manual: Aspectos teóricos conceptuales y análisis de la información. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Unibiblos; 2004.
17. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: <http://comitedeetica.clinicalili.org/docs/RESL8430.pdf>
18. Profamilia. Características generales de los hogares y de la población. En: Encuesta de Demografía y Salud. ENDS 2010 [revista en Internet] 2010. [acceso 2010 Sep 21]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=45
19. DANE. Censo 2005. [en línea]. [acceso 2010 Sep 16]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/jefes_hogar.pdf
20. Espinoza H. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. *Salud pública Méx* [serial on the Internet] 2002 Nov [cited 2011 Mar 24];44(6):499-507. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342002000600002>
21. Teixeira M, Nitschke R. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto & Contexto Enferm.* [en línea] 2008;17(1):183-191. [acceso 2011 Ag 1]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000100021&lng=en&nrm=iso
22. Profamilia. Encuesta Nacional de demografía y Salud. ENDS 2010. Salud sexual y salud reproductiva. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=158&Itemid=14 p.1.
23. Bronfman M. Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca, México: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2000.
24. Profamilia. Percepción del estado de salud de la población. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-14.pdf>
25. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Perfil epidemiológico de Caldas 2008: Demografía en Caldas. Manizales; 2008.
26. Benjumea MV, Matijasevic AM, Ramos S, González DM. Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas – 2010. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2011;16(1):39-55.
27. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2010. Región Central. Caldas. Así es la salud sexual y la salud reproductiva. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/boletines/departamentales/Caldas.pdf>
28. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 3039 de 2007, agosto 10, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá; 2007. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6893066/Decreto-3039-de-2007-Plan-Nacional-Salud-Publica>
29. Souza MH, Souza IE, Tocantins F. La utilización del marco metodológico de red social en asistencia de enfermería a mujeres que amamantan. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet] 2009 June [cited 2012 Mar 23];17(3):354-360. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300012>
30. Friedemann ML. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing. United States of America: Sage publications; 1995.

31. Veliz JA, Sanabria G, Gálvez AM, Sanabria JG, Fernández Z. El período de lactancia materna, su relación con el tipo de familia, funcionamiento y apoyo familiar. *Revista CTMA Avances* 2007;9(2).
32. Cárdenas MH, Montes M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enferm. Glob.* 2010;(20):1-10.
33. Proenza R, Martínez FF, Pimentel H, Moras F. Estrategia de educación, promoción y prevención para la percepción del riesgo genético en las mujeres en edad fértil. *Rev Hum Med* 2011;11(1):63-80.
34. Beth AH, Nicolau AI, Américo FC, Ximenes BL, Bernheim GR, Oriá OM. Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: una perspectiva a partir del Modelo del Sol Naciente de Leininger. *Enferm. Glob.* 2010;(19):1-10.
35. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Sao Paulo. Public Health Nutr* 2006 Feb;9(1):40-6.
36. Magalhães de Oliveira LP, Assis AM, Soares da Silva G, Prado da S. M, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [en Internet] 2005 Oct;21(5):1519-1530. [acceso 2011 Mar 20]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/25.pdf>