



Recibido: 08 de abril de 2010

Aceptado: 30 de noviembre de 2010

Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

María Eugenia Mendoza-Flores,* Pilar Amaya-Rey,† Guillermo García-Méndez,‡ Alma Araceli Nava-Benítez,§ Sofía Sánchez-Peña,|| Reyna Hurtado-Ponce,|| Aurora Jaquelin Toribio-Hernández,|| Armando Sánchez-Reyes||

* Especialista en Salud Pública. Investigadora asociada "A". Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

† Docente-Investigador(a). Doctorado en Ciencias. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Facultad de Enfermería y de Psicología (UNC).

§ Licenciada en Trabajo Social. Investigadora asociada "A". Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

|| Docente-Investigador(a). Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO-UNAM).

Financiado parcialmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT-Méjico) y Consejo de Ciencias (COLCIENCIAS-Colombia). Número de registro del INPer 17S.2/3320.277.08301.2005.

RESUMEN

Introducción: El riesgo familiar total (RFT) es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de características biológico-demográficas, ambientales, socioeconómicas, psicoafectivas, prácticas de salud y de servicios de salud. **Objetivo:** Describir el riesgo familiar total de las gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer). **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizó el instrumento de riesgo familiar total: RFT Mx-33, elaborado y validado en familias de estratos 1 y 2 de nivel socioeconómico medio-bajo, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-2007). **Resultados:** Se entrevistaron 498 familias, con antecedente heredo-familiar del 70% con diabetes, el 54% con hipertensión y el 33% con problemas de alcoholismo. El 51% fue población abierta que hace uso del Centro de Salud y/o del médico particular. Con tres dimensiones de riesgo familiar de amenaza: 1) La detección de prácticas saludables (92.2%), 2) Saneamiento y seguridad del entorno familiar (89.4%), y 3) Violencia intrafamiliar (88.1%). En cuanto a la suma global del RFT se encontró un 11% con bajo riesgo, el 78% familias amenazadas y el 11% de alto riesgo. Existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) de mayor riesgo en las familias nucleares (60%), contrario a las familias extensas (50%). **Conclusiones:** La medición mostró elementos de desarrollo social que influyen en la condición de riesgo familiar; por tanto, los modelos de intervención en familia deberán considerar la participación intersectorial e interdisciplinaria en el marco de la promoción a la salud y al desarrollo social.

Palabras clave: Riesgo familiar total, familias con gestante, enfermería familiar.

ABSTRACT

Introduction: Total family risk (RFT) is the global sum of the adverse probabilities of consequences or individual or familial facts (disease, disorganization or dysfunction), due to the presence of practical biological-demographic, environmental, socio-economic, psycho-affective characteristics of health and services of health. **Objective:** Describe total family risk in a group of pregnant women at Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer) in Mexico City. **Material and methods:** It is a descriptive, cross-sectional and quantitative study. The RFT Mx-33 was the instrument of total familial risk used, elaborated and validated in families of low-middle income socioeconomic level, whose author is Amaya de Peña (1992-2007). **Results:** There were 498 families interview; with family history of diabetes in the 70%, 54% with hypertension and 33% with alcoholism problems. 51% were families that use the primary care health centers and/or private medicine. With three dimensions of familial risk of threat: 1) The detection of healthful practices (92.2%), 2) Cleaning and security of the familial surroundings (89.4%), and 3) intrafamily violence (88.1%). As far as the global sum of the RFT was a 11% with low risk, 78% threatened families and 11% of high risk. There were statistical differences ($p < 0.001$) in the risk of threat between the nuclear ones (60%), in opposition to the extensive families (50%). **Conclusions:** The measurement of the risk, showed elements of social development that influence in the condition of familial risk; therefore, the models of intervention in family will have within the framework to consider the inter-sectoral and interdisciplinary participation of the promotion of health and the social development.

Key words: Total family risk, families with pregnant women, family nursing.

INTRODUCCIÓN

La familia, en el contexto de prestación de servicios y programas de salud tiene como prioridad la condición de salud de sus integrantes y la efectividad de organización (funcionamiento) de la misma como unidad, es decir, es el resultado de la interacción de la salud física y psicosocial, no sólo en función del individuo, sino en relación con el resto de los miembros y con el manejo familiar de los riesgos o problemas. El riesgo en salud es una característica averiguable de una persona o grupo de personas que se saben asociadas con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o estar especialmente afectados de manera adversa.¹ Esta línea de trabajo se ha abordado en otros países de Latinoamérica (Perú, Venezuela, Argentina, Honduras, entre otros) 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 con la perspectiva de valorar: riesgos por grupos de edad, biológico-familiares del medio ambiente, de prácticas y de servicios de salud; que permite planear acciones anticipatorias para disminuir riesgos; por tanto, se requiere de la evaluación sistemática para la construcción de un modelo de intervención a futuro.^{2,3}

En las últimas décadas han aumentado las enfermedades cronicodegenerativas, las infecciosas y carenciales, con diferencias acentuadas según los estratos sociales y las regiones del país.⁴ Esto se ha venido reflejando en la demanda que hacen los pacientes a los diferentes Servicios y en particular las mujeres embarazadas que acuden al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), por trastornos hipertensivos en el embarazo, la diabetes y las infecciones genitourinarias.⁵ En un estudio en el 2007 se observó una disminución en la mortalidad materna de 20.9 a 16.7% por mil nacidos vivos; sin embargo, la morbilidad se incrementó de 31.7 a 33.4% por mil partos. La detección y el manejo oportuno del riesgo reproductivo, con el fin de prevenir daños y complicaciones, son considerados por diversos autores como una de las estrategias para lograr una atención prenatal eficiente.^{4,6}

Los riesgos en el embarazo están condicionados por los tipos de familia definidos por su composición

y estructura; toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos, socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales y de salud.

El presente trabajo tuvo por objetivo categorizar el nivel de riesgo, en base a indicadores sociales y de salud, de mujeres embarazadas que acuden al INPer, de acuerdo a la valoración que se aplicó del instrumento de riesgo familiar total, que da evidencia de los enlaces entre las modalidades y los comportamientos de riesgo individual y familiar.⁷

MATERIAL Y MÉTODOS

Instrumento de riesgo familiar total (RFT Mx-33)

Se llevó a cabo la estandarización del instrumento de riesgo familiar total (RFT Mx-33), con el manejo operativo del manual, con cuatro pasantes en Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería y una supervisora. Las entrevistas se realizaron en la consulta externa del INPer. Se calculó la muestra por conveniencia de 500 familias con una mujer gestante. Se seleccionaron aquellas gestantes que tuvieran los criterios de clasificación socioeconómica 1 y 2, es decir, de nivel socioeconómico medio/bajo, además de considerar que la persona que nos proporcionó la información tuviera como mínimo un año de convivencia con la familia, que gozara de plena capacidad mental y fuera mayor de 15 años de edad. Se realizaron encuestas estructuradas a 500 familias independientemente del lugar de residencia.

El levantamiento de datos se realizó de septiembre a noviembre de 2007. El instrumento RFT Mx-33 consta de cuatro dimensiones para México: 1) Saneamiento y seguridad del entorno familiar: mide la higiene, ventilación del hogar, el hacinamiento, los servicios públicos, la seguridad de la colonia y la presencia de enfermedades en los menores de edad; 2) Violencia intrafamiliar: mide el intento de suicidio, violencia física y/o psicológica hacia algún miembro de la familia, infidelidad, discusiones, estrés, fugas de casa, y roles sociales no gratificantes; 3) Detección de prácticas saludables: evalúa autoexámenes y consultas periódicas de salud (Papanicolaou, mama, odontológicas y planificación familiar), hábitos de higiene bucal, uso y calidad de servicios de salud, así como promoción de programas de prevención de plan

de evacuación en caso de incendios, sismos, entre otros, demostración de afecto en la familia, problemas económicos para las necesidades básicas de la familia como la comida, escuela, vestido, pago de consultas médicas, y medicamentos; y 4) Desarrollo familiar de la salud: presencia de ancianos, embarazadas y/o adolescentes, accesibilidad económica y geográfica de los servicios de salud, casa alquilada o sobrecarga de tareas hacia algún miembro de la familia.

Dicho instrumento se calificó tricotómicamente (sí, no, no aplica) con una puntuación de 0 a 1; la calificación de cada dimensión fue la sumatoria de los ítems que componen cada dimensión, y el puntaje total del instrumento fue la sumatoria de los puntajes de las cuatro dimensiones. Una vez calculadas las puntuaciones brutas para cada familia, éstas se transformaron a puntuaciones normalizadas, y a partir de allí se hizo la clasificación de la familia en una categoría de riesgo, por dimensión y por RFT total. Plan de análisis: Se utilizó media en 60, desviación estándar con valor de 10 (DS), percentiles, puntuación estandarizada (PE) para la asignación del porcentaje del riesgo por familia generando tres categorías o niveles de riesgo: riesgo bajo (PE iguales o inferiores a 49), familias amenazadas (PE entre 50 a 69) y riesgo alto (PE iguales o superiores a 70).

Consideraciones éticas

La participación de las gestantes y de sus familias fue voluntaria e informada. Al final de cada encuesta, de acuerdo a las necesidades detectadas por el instrumento, se proporcionó una hoja de “Valoración de atención preventiva”, con el fin de atender oportunamente los riesgos que estuvieran latentes y así referirlos a los servicios de salud correspondientes.

Para la definición operativa de los conceptos, se caracterizó a la familia con enfoque de riesgo, con elementos teóricos.

- *Riesgo.* Backett, E.M. Davies y Petros Barvazain identifican al riesgo como el incremento en la probabilidad de hechos o consecuencias adversas, por la presencia de una o más características o factores. En este mismo sentido, puntualizan el factor de riesgo como “*cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmando) de una persona o un grupo de personas, que se conocen como asociadas con la posibilidad*

de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido”.¹

- *Riesgo familiar total (RFT).* Probabilidad de consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración. Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas y servicios de salud. Además, incluye la trayectoria de los miembros de la familia. Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención.^{7,8}

- *Familia.* Es la unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de pareja y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes.^{7,9}

- *Clasificación familiar: familia nuclear:* por ambos padres biológicos y los hijos (hay dos generaciones de consanguinidad). *Familia nuclear modificada:* sólo está el padre o la madre con los hijos; pueden ser hijos de diferentes uniones. *Familia nuclear reconstruida:* donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o de la madre. Hay presencia de madrastra o padrastro. *Familia extensa:* compuesta por miembros de cuatro generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos. *Familia extensa modificada:* es aquélla en la que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos: tíos, primos de los padres o sobrinos. También pueden ser personas de la generación de los abuelos o nietos con o sin la presencia de los padres. *Pareja:* Está compuesta únicamente de dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, ya sea casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros, consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante. *Familia atípica:* Su composición no se enmarca en ninguna de las anteriores tipologías. Pueden ser parejas o grupos de personas con o sin lazos consanguíneos.

Para determinar diferencias estadísticas entre el tipo de familia, percepción de salud y Servicio de Salud y el RFT, se utilizó prueba de χ^2 . Se diseñó una base de datos para su análisis en el paquete de cómputo SPSS versión 15.

RESULTADOS

Se contó con la información de 498 familias, con un total de 2,030 personas, se tuvo un promedio de cuatro miembros por familia, la distribución por sexo fue 44.6% hombres y el resto fueron mujeres. El rango de edad que predominó fue de 19 a 40 años (50.5%), seguida del grupo de 1 a 12 años (19%). El tipo de familia que prevaleció fue la nuclear, con 46.4%, seguida de las atípicas 20.7%, extensas 17% y pareja 15.5%. El antecedente heredo-familiar que resaltó fue diabetes con el 70.1%, seguida por hipertensión arterial con el 54%, problemas de alcoholismo (32.7%) y cáncer (32.5%). Las instituciones de apoyo social-económico con los que contaron las familias fueron el trabajo con el 86.1%, los grupos religiosos con el 62.4% y la escuela con el 57.4%. Los servicios médicos fueron proporcionados por el Centro de Salud y servicios médicos de segundo y tercer nivel dependientes de la Secretaría de Salud con el 40.6%; los derechohabientes al IMSS y al ISSSTE con el 8.74 y 2.21% respectivamente, el médico particular con el 24.2%; y el 23.7% refirieron no acudir a ningún servicio de salud.

Con relación a la percepción de riesgo de enfermar el 80.3% se consideró “aparentemente sano”, el 16.9%

se percibió enfermo y el 2.8% se reportó con riesgo a enfermarse. Los problemas de salud a los que se enfrentaron las familias fueron por deficiencias en la salud oral con el 34.2%, de agudeza visual y/o auditiva con el 27.9% y por accidentes con el 8.4%. Los miembros de la familia menores de 12 años tenían la cartilla de vacunación incompleta con el 2.6%, problemas infecciosos el 20.2 y 21.6% malnutrición (disminución o alto peso para su estatura).

Clasificación del riesgo familiar total

El cuadro I muestra la distribución de familias por puntuaciones estandarizadas y por cuatro dimensiones de riesgo familiar de amenaza; la primera es la detección de prácticas saludables con el 92.17%; la segunda el saneamiento y seguridad del entorno familiar, con el 89.36%; la tercera dimensión que se encontró en amenaza fue la violencia intrafamiliar con el 88.15%, y por último se encuentra el desarrollo de salud familiar con el 43.98%.

Del RFT la mayor parte de las familias se clasificaron como amenazadas con el 78%, seguidas por el riesgo alto y bajo, ambas con el 11% respectivamente (*Figura 1*).

En el cuadro II se observó que el porcentaje de las familias amenazadas fue más alto entre las nucleares, con el 60%, lo contrario de las familias extensas con bajo riesgo (50%); esta diferencia fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$. Se calcularon diferencias entre el tipo de Servicios de Salud, así como la percepción del riesgo a enfermar con el tipo de RFT, sin encontrar alguna que fuera significativa.

Cuadro I. Riesgo familiar total por dimensión n = 498 familias.

Dimensión	Categoría (puntuación estandarizada)	Frecuencia (%)
Detección de prácticas saludables	Amenazadas (46 a 69)	459 (92.2)
	Riesgo alto (72 a 83)	39 (7.8)
Saneamiento y seguridad del entorno familiar	Amenazadas (52 a 66)	445 (89.4)
	Riesgo alto (70 a 83)	53 (10.6)
Violencia intrafamiliar	Amenazadas (63 a 69)	439 (88.2)
	Riesgo alto (72 a 83)	59 (11.9)
Desarrollo familiar de la salud	Amenazadas (54 a 69)	219 (44)
	Riesgo alto (75 a 83)	279 (56)

DISCUSIÓN

La Organización de las Naciones Unidas y el INPer, siguiendo los objetivos del Desarrollo para el Milenio, proponen: mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, e igualdad entre los géneros. El acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es el punto de partida para la salud materna y es particularmente importante para atender las necesidades de los 1,300 millones de jóvenes que están a punto de comenzar su vida reproductiva.^{4,10}

En la muestra del presente trabajo, el tamaño de la familia fue de tres a cuatro integrantes, lo que indicó que se ha reducido el número en comparación a décadas anteriores, como lo documenta la CONAPO, con 6.3 personas por familia en 1998.¹⁰ El tipo de familia

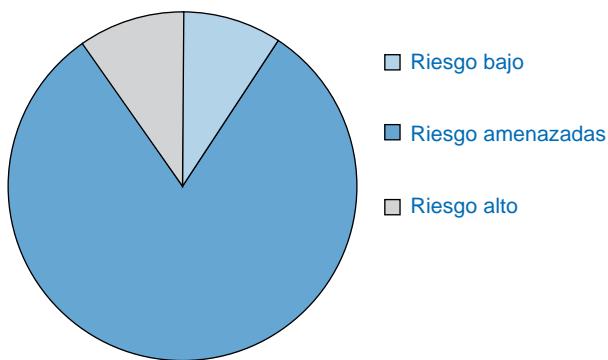


Figura 1. Calificación global del riesgo familiar total.

predominante fue la nuclear; sin embargo, llama la atención que hay un porcentaje de familias atípicas (20.7%), es decir, grupos de personas con o sin lazos consanguíneos; esta forma de organización de la familia refleja la supervivencia ante la falta de empleo, y por ende las dificultades económicas,¹¹ lo que hace que el riesgo disminuya. La distribución muestra que en algunos hogares predomina la mujer como jefa de familia, característica que ha venido en aumento en las familias de América Latina. Según Boltvinik, diversos estudios han concluido que los hogares con jefa mujer constituyen las familias más pobres.¹²

El 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 Mario Bronfman.¹³

Los resultados arrojados por este estudio contrastan con lo documentado en Colombia¹⁴ donde hubo más porcentaje de familias en alto riesgo y fue de 62.0 vs 10.8% del INPer, datos que reflejan la diversidad de condiciones de salud y de desarrollo social.

En otros estudios realizados en Colombia^{14,15} se encuentra una similitud en la dimensión de prácticas no saludables; uno de los factores que predisponen esta problemática es porque no hay una cultura de autocuidado o de prevenir con anticipación la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las dimensiones de mayor vulnerabilidad fueron la detección de prácticas saludables, el saneamiento,

Cuadro II. El riesgo familiar total y tipo de familia.

Riesgo familiar total	Pareja	Nuclear	Extensa	Atípica	Total frecuencia (%)
Bajo	11 (20)	7 (13)	27 (50)*	9 (17)	54 (11)
Frecuencia (%)					
Amenazada	32 (8)	231 (60)*	100 (26)	25 (6)	388 (78)
Frecuencia (%)					
Alto	10 (18)	17 (30)	6 (11)	23 (41)	56 (11)
Frecuencia (%)					
Total	53 (11)	255 (51)	133 (27)	57 (11)	498 (100)
Frecuencia (%)					

* χ^2 , p < 0.001

seguridad del entorno familiar y la violencia intrafamiliar; con esta evaluación integral se deben planear modelos de intervención en familia que consideren la participación intersectorial e interdisciplinaria en el marco de la promoción a la salud y del desarrollo social.

También se asoció el tipo de riesgo familiar total con el tipo de familia nuclear/pareja y como factor protector fue el pertenecer a una familia extensa/atípica.

Se han comprobado los postulados de Amaya de Peña y colaboradores que afirman la existencia de características de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad y mortalidad), factores de medio ambiente (ambiente socioeconómico, ambiente físico de vivienda y vecindario, ambiente psicoafectivo familiar, los estilos de vida y las prácticas de salud) y características o factores dados por la prestación de los servicios, como también la trayectoria de los miembros de la familia como unidad, lo cual determina el riesgo familiar total (RFT) en mujeres gestantes, ante lo cual se deben crear y desarrollar políticas de salud y acciones preventivas de eventos no deseables en enfermedad y para promover la salud individual y familiar.

REFERENCIAS

1. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazain A. Concepto de riesgo en la asistencia sanitaria; con especial referencia a la salud materno infantil y la planificación familiar. Ginebra; OMS; 1985.
2. Peña PA. Instrumento de riesgo familiar total, RFT: 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Edición Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004.
3. Mischke BK, Warner P, Hanson S. Family health assessment and intervention. In: Bomar PJ editor. Nurses and family health promotion: concepts, assessment and intervention. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989: 115-54.
4. Walker D. Desarrollo de políticas para la reducción de la mortalidad materna frente a las metas del milenio. Salud Pública Méx 2007; 49: 230-30.
5. Departamento de Bioestadística del Instituto Nacional de Perinatología, 2008.
6. García-Barrios CC, Castañeda-Camey X, Romero-Guerrero X, González-Hernández D, Langer-Glas A. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. Salud Pública Méx 1993; 35: 74-84.
7. Peña PA. Salud familiar y enfermería. Memorias del Primer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Caja de Compensación Familiar CAFAM, Bogotá, octubre, 1987.
8. Rodríguez G. Riesgo familiar: Tecnología apropiada para intervención en salud con enfoque biopsicosocial. Memorias del 2º Congreso Colombiano de Salud Familiar, Medellín, Corporación Social para el Desarrollo Integral Familiar.
9. Kozier B. Marcos para el estudio de la familia. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. México: McGraw-Hill; 1992.
10. Romo-Viramontes R, Sánchez-Castillo M. El descenso de la fecundidad en México 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población CONAPO. <http://conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/02.pdf>
11. Villena-Fiengo S. ¿Todo en familia? Notas teóricas sobre la organización de la reproducción cotidiana. Sociológica 1996; 32: 11-22.
12. Boltvinik J. La evolución de la pobreza en México entre 1984 y 1992, según CEPAL-INEGI. Sociológica 1995: 10.
13. 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.
14. Suárez-Cuba MA. El médico familiar y la atención a la familia. Rev Paceña Med Fam 2006; 3: 95-100.
15. Pérez-Giraldo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan 2003; 3: 21-31.
16. Velásquez VCI, Velásquez GVF. Caracterización del riesgo familiar total en la familia con adultos mayores funcionales, Sector del Patio Bonito, Bogotá, 2005. Av Enferm 2007; XXV: 10-21.

Correspondencia:

María Eugenia Mendoza-Flores
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes (INPer)
Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas de Virreyes,
México, D.F.
Correo electrónico: tina14mx@yahoo.com