

Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico

Total family risk in families with schoolchildren according to academic performance

Risco familiar total em famílias com escolares conforme aproveitamento acadêmico

CAROLINA LUCERO ENRÍQUEZ GUERRERO* Y NHORA CATAÑO ORDÓNEZ**

Resumen

Este artículo presenta los resultados del estudio cuyo objetivo fue establecer las diferencias en el riesgo familiar entre dos grupos de familias: con niños escolares de alto rendimiento y niños de bajo rendimiento académico en un centro educativo distrital de Bogotá.

Metodología: estudio descriptivo comparativo transversal con un componente analítico y abordaje cuantitativo; la muestra fue de 186 familias, durante abril a julio de 2007.

Los resultados muestran predominio de familias nucleares en ambos grupos (65%), relación inversa entre el riesgo familiar total evaluado por el instrumento RFT 7-70 y el rendimiento académico del escolar de la familia, es decir que las familias que registraron riesgo alto (9%) y medio (31%) en mayor proporción son familias con escolares de bajo rendimiento académico, frente al predominio del riesgo familiar bajo (78%) en las familias con niños de alto rendimiento. Se aplicó t de student para diferencia de medias y se encontró aso-

ciación ($P = 0,02$) entre el riesgo familiar total alto y el bajo rendimiento académico del escolar.

En conclusión, estos resultados sugieren principalmente que se deben priorizar los factores de riesgo que determinan mayor riesgo familiar en familias con escolares de bajo rendimiento académico y dar atención de salud integral con enfoque familiar e intersectorial, y participación activa de la comunidad. Continuar investigando en posibles asociaciones entre salud individual, prácticas de salud, educación, ambiente socioeconómico y psicoafectivo de la familia y el logro educativo de escolares en familias con niños en edad escolar.

Palabras clave: familia, salud de la familia, riesgo, salud escolar, rendimiento escolar bajo (fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

This article presents the results of a study whose objective was to establish the family risk differences among two groups of families: one with schoolchildren that show high academic performance and children that show low academic performance in an educational center in Bogotá.

Methodology: cross-sectional comparative study with and analytic component and a quantitative approach; the sample was 186 families during the period April-July 2007.

The results show a predominance of nuclear families in both groups (65%), reverse relation between the family risk evaluated by the RFT 7-70 instrument and the academic performance of the family's schoolchild, that is to say that the families that recorded a high risk (9%) and average risk (31%)

* Enfermera Magíster en Epidemiología y en Enfermería con énfasis en salud familiar. Instructora de práctica Departamento de salud pública de la Escuela de Medicina y Ciencias de la salud de la Universidad del Rosario. carolinal.enriquez@urosario.edu.co, Bogotá, Colombia.

** Enfermera Magíster en Enfermería con énfasis en salud familiar. Profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. ncatano@bt.unal.edu.co, Bogotá, Colombia.

are, to a large extent, families with schoolchildren that show low academic performance, in respect of the predominance of low family risk (78%) in families with children that show high academic performance. The *t* of student was applied to differentiate averages and association was found ($P = 0,02$) between the total high family risk and the low academic performance of the schoolchild.

In conclusion, these results suggest mainly that risk factors that determine higher family risk in families with schoolchildren who show low academic performance must be prioritized and that integral healthcare must be provided with a family and intersectorial approach as well as active participation from the community. Continue research activities in possible associations between individual health, health practice, and education, socio-economic and psycho-affective environment of the family and academic achievement of schoolchildren in families with school age children.

Key words: family, family health, risk, school health, Underachievement

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de um levantamento que objetiva estabelecer as diferenças no risco familiar entre dois grupos de famílias: com crianças escolares de alto aproveitamento acadêmico e crianças escolares de baixo aproveitamento acadêmico em um centro educativo distrital de Bogotá.

Metodologia: levantamento descritivo comparativo transversal com um componente analítico e abordagem quantitativa; a amostra foi de 186 famílias, durante abril - julho de 2007.

Os resultados apresentam predomínio de famílias nucleares em ambos os grupos (65%), relação inversa entre o risco familiar total avaliado pelo instrumento RFT 7-70 e o aproveitamento acadêmico do escolar da família, isto é, que as famílias que registraram alto risco (9%) e meio (31%) em maior proporção são famílias de escolares com baixo aproveitamento acadêmico, comparado com o predomínio de risco familiar baixo (78%) nas famílias de crianças de alto aproveitamento. Aplicou-se a *t* de *student* para diferença de médias e verificou-se uma associação ($P = 0,02$) entre o risco familiar total alto e o baixo aproveitamento acadêmico do escolar.

Em conclusão, estes resultados sugerem principalmente que é preciso priorizar os fatores de risco que determinam maior risco familiar em famílias com escolares de aproveitamento acadêmico alto e cuidar a saúde integral com uma abordagem familiar e intersectorial, além de participar ativamente nas comunidades, continuar pesquisando sobre as possíveis associações entre a saúde individual, práticas de saúde, educação,

ambiente socioeconômico e psico-afetivo da família, e o sucesso educativo de escolares em famílias com idade escolar.

Palavras chave: família, saúde da família, risco, saúde escolar, Baixo Rendimento Escolar

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica últimamente los cambios fundamentales en los roles de los miembros de la familia han estado influenciados por las instituciones sociales, políticas y por las transformaciones en las ideas e ideales dominantes. Las tendencias actuales muestran que el aumento en la participación laboral femenina se da en todos los grupos de edad, y que las mujeres tienden a permanecer en la fuerza de trabajo cuando se casan o tienen hijos; sin embargo, las responsabilidades domésticas y del hogar siguen a cargo de las mujeres aunque esta transformación signifique un aumento en los hogares nucleares completos con dos proveedores, y un cambio en su organización (1).

En Colombia también la situación de la familia es el resultado de los cambios que se han producido, por un lado, en su estructura, en sus formas de constitución y de organización y, por otro, de las características de la política social y de la diversidad social, cultural y étnica del país (2).

Al considerar el nuevo panorama de la organización familiar, además de las problemáticas de violencia intrafamiliar y maltrato infantil, se pueden visualizar las implicaciones que tienen en la dinámica y funcionalidad familiar esenciales para el desarrollo de los niños, incluyendo los cambios propios de la edad y el cumplimiento de los logros académicos esperados para su ciclo evolutivo, lo que hace que estas familias se conviertan en vulnerables, presentando un determinado perfil de riesgo familiar.

En Bogotá el promedio de personas por hogar es de 3,8; la tipología familiar con mayor prevalencia es la nuclear (65,8%), frente a la extensa (25,1%) y la compuesta (2,24%); por subcategorías, la nuclear completa predomina (50,7%) sobre las demás (3). La jefatura femenina de hogar aumentó en un 2% en 2005, frente al reporte de 30% en 2000; la jefatura única (en su mayoría con jefas mujeres) predomina en los hogares más pobres (3).

Con relación al nivel educativo, hay un claro diferencial según la capacidad económica del jefe(a) del hogar;

en los niveles altos se estructuran familias nucleares mayoritariamente; mientras la convivencia con otros parientes pasa a ser una estrategia de supervivencia de los grupos en los sectores más pobres (4). La relación entre jefatura femenina y deterioro de la calidad de vida está dada por el aumento de hogares a cargo de una mujer, con necesidades básicas insatisfechas (NBI), como sucede con los servicios que pasaron de 26% en 1997 a 52,4% en 2000; también se observa el aumento del hacinamiento del 14% en 1997 al 21% en 2000 y la tasa de desempleo que para 2000 fue del 10,58 para jefes hombres y de 15,45 para jefas mujeres (4).

El centro educativo distrital donde se realizó el estudio está ubicado en la unidad de planeación zonal (UPZ) 48 Timiza, de tipo residencial consolidado, que forma parte de las 12 UPZ de la localidad de Kennedy, al suroccidente de Bogotá, cuya población, según datos de la Encuesta de calidad de vida (ECV) de 2003 es de 898.185 habitantes, de los cuales el 48,1% son hombres y el 51,9% mujeres; esta población representa el 13,09% de los habitantes de Bogotá, lo cual la convierte en la localidad más poblada de la ciudad (5). La UPZ 48 Timiza, para 2002 contaba con 145.852 habitantes, 21.678 viviendas, 26.512 hogares; para una distribución de 5,5 personas por hogar y 1,22 hogares por vivienda, cifras dentro del promedio de la localidad, inferior a Bogotá en el caso de hogares por vivienda (1,5) y superior a las 3,8 personas por hogar en Bogotá (6).

El 49,7% de los hogares de Kennedy se encuentran por debajo de la línea de pobreza (similar a lo que ocurre en Bogotá) y el 13,8% de los hogares están por debajo de la línea de indigencia (encuesta nacional de hogares, ENH, DANE, 2003); el estrato tres es donde se concentra el mayor número de personas (57,8%) al igual que el mayor número de hogares y por ende de viviendas, seguido del estrato 2 (39%), el estrato 1 (1,5%) y el 4 (0,92%); la localidad ocupa la posición sexta, por índice global de calidad de vida en Bogotá (7). La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es del 76,2%; el régimen

contributivo representa el 82,7% y el régimen subsidiado el 17,3% (5).

En la localidad de Kennedy es donde se concentra el mayor número de población en edad escolar (PEE) del Distrito Capital¹, con el 13,9% (218.942), donde la PEE de estratos 1 y 2 representa el 40,5% de la localidad y el 12,2 % del Distrito, el mayor porcentaje de PEE se concentra en el estrato 3 (57,9%) (8). Durante el periodo 1998-2002 las tasas de reprobación y deserción registran un deterioro en las instituciones educativas oficiales de la localidad, y además son superiores a las de las instituciones no oficiales. En 2002 disminuyen tanto la tasa de reprobación como la de deserción en los dos tipos de instituciones: pasan de 8,4 en 1998 a 3,6% en 2002 y de 3,3 en 1998 a 2,9% en 2002, respectivamente (8).

Entre los factores de riesgo que pueden influir positiva o negativamente en el crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años se consideran los que tienen que ver con la familia: a) características de los padres: edad, nivel educativo y empleo; b) composición y estabilidad familiar: unidad familiar, tipo de familia y conflictos familiares; c) valores de la familia: solidaridad, respeto, tolerancia, diálogo y participación; d) personas a cargo del niño según el tiempo y el saber de padres y cuidadores; e) demográficos: tamaño de la familia, lugar entre los hermanos; f) psicoemocionales: amor y afecto, salud mental del niño y los integrantes de su familia (9); sumados a factores de orden cultural, socioeconómico, genético, estimulación adecuada, nutricionales y otros, determinan el riesgo de la familia y las prácticas de cuidado de la salud que favorecen el bienestar de familias con niños escolares y su rendimiento escolar.

Así se justifica este estudio, pues permite un acercamiento a la comprensión de la realidad de estas familias desde un análisis comparativo, según los resultados del rendimiento académico de sus hijos en edad escolar y de los principales riesgos a los que se ven enfrentadas, como los de carácter socioeconómico, biológico familiar, ambiente y de servicios de salud, lo que permite fortalecer el papel protagónico de la enfermera en el desarrollo y orientación de procesos individuales, familiares y sociales.

La importancia del estudio está dada por el aporte de elementos primordiales partiendo de los resultados, por una parte en el diseño y la evaluación de políticas públicas para la planeación y el desarrollo de programas e

1 Se considera como población en edad escolar la población entre 5 y 17 años. De acuerdo con el artículo 67 de la Constitución Política, la educación será obligatoria entre los 5 y los 15 años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar y nueve de educación básica.

intervenciones que tengan como base la familia, especialmente con escolares, tendientes a mejorar su calidad de vida; y, por otra, contribuye a fortalecer el cuerpo de conocimientos en salud familiar para un abordaje integral y en contexto de estas familias, con la contribución desde y para enfermería.

FAMILIA CON ESCOLARES, RIESGO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

El elevado número de alumnos que fracasan en el aprendizaje escolar es considerado uno de los problemas más importantes que enfrentan los países, lo que corresponde a algo visible –un niño que no aprende– y algo invisible –el fracaso social–; es decir, el fracaso escolar, más que un problema pedagógico y cognitivo, es una situación social (10). El fracaso es interpretado como una impotencia social, una inhibición para aprender, es decir como el signo del malestar más profundo de los sujetos implicados en el contexto escolar (maestros, padres de familia, estudiantes, otros sectores que trabajan con la escuela) (11).

Según Mizala (12), el rendimiento escolar depende del nivel socioeconómico y de educación en los que crece el alumno, ya que la exigencia debe ser distinta y las aspiraciones por grupo social o etario son distintas. Además se ha demostrado que, en países subdesarrollados, el rendimiento está supeditado al nivel de oportunidades al que se puede someter un niño según su estrato socioeconómico, pues el nivel de conocimiento cambia dependiendo de los recursos logísticos y procedimientos mentales de una institución educativa (12).

Es así como el bajo desempeño escolar y la deserción escolar son el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores y causas, con énfasis en la situación socioeconómica y en el contexto familiar de los niños como fuentes principales de diversos hechos que pueden facilitar directa o indirectamente el retiro escolar, como: condiciones de pobreza y marginalidad, adscripción laboral temprana, disfuncionalidad familiar y adicciones, entre otros, atribuyendo la responsabilidad en la producción y reproducción de tales factores a agentes de naturaleza extraescolar: el Estado, el mercado, la comunidad, la familia y los grupos de pares; también existen otros asociados a las

insuficiencias del propio sistema educativo (factores intraescolares) (13).

En este tipo de explicación se destaca la importancia de la constitución y existencia de ciertos tipos de organización familiar como la monoparentalidad, fuente de desamparo y violencia, que por sus características estructurales no apoyan el trabajo formativo desplegado por la escuela, sobre todo en el ámbito de la disciplina, con lo cual se facilita el desarrollo de conductas transgresoras y la negligencia escolar. Desde tal perspectiva, esas formas de organización familiar constituirían un soporte social insuficiente para el proceso de socialización formal; de igual forma, problemas como el consumo de alcohol y drogas, situaciones de violencia y embarazo en adolescente son manifestación de un alto grado de “anomalía” que facilitan el retiro escolar (13).

Es así como la situación económica de las familias es determinante en sus funciones y responsabilidades con los hijos en edad escolar; hay situaciones agudas dadas por una crisis debida al desempleo temporal de los padres o en el periodo inmediato al divorcio o separación; en cambio hay otras en que sufren pobreza durante muchos años o toda la vida, lo cual marca a las familias por generaciones. En la pobreza crónica es probable que el riesgo de empobrecimiento cognoscitivo sea dos veces mayor, según los hallazgos de un estudio nacional longitudinal de niños realizado en Estados Unidos (14); también estas familias tienen una serie de factores de estrés o “ciclos de desventajas”, y uno de sus resultados puede ser la erosión casi completa de los recursos emocionales de las personas para hacer frente a los problemas en situaciones adversas (15).

Sin embargo, la condición de pobreza no es en sí un elemento de riesgo, sino un resultado o una situación derivada de la presencia de otros factores que la explican y que dan cuenta de una serie de fenómenos, entre los que se incluye la deserción escolar. Destacan entre ellos la baja educación de la madre, que se asocia con la menor valoración de la educación formal y con otras situaciones de carácter crítico; la familia incompleta o monoparental, ligada a mayores riesgos económicos y a la incapacidad como soporte social del proceso educativo, y la inserción temprana en la actividad laboral, que ha sido subrayada como el factor más estrechamente relacionado con el fracaso y con el retiro escolar, debido a su

relativa incompatibilidad con las exigencias de rendimiento académico (13).

Algunos estudios realizados en Colombia muestran que

hay una interacción existente entre cantidad y calidad de vida de los hijos, entre más hijos haya en el hogar, menor es la calidad de vida de cada uno de estos, en términos de talla y peso alcanzados antes de los 5 años de vida y en logro educativo según la edad. El hecho de estar en una unión legal da más estabilidad al hogar y así los niños logran un mejor desempeño tanto en salud como en educación; adicionalmente, se comprobaron hipótesis importantes en la teoría de familia que pueden aportar al desarrollo de políticas que lleven al mejoramiento de la calidad de los niños, es decir, sus logros en educación y salud; variables como educación de la madre, planificación familiar y mercado laboral están asociadas a la calidad; así mismo, se puede concluir que el ámbito familiar afecta el logro de los niños (16).

Cuanto más estable sea su contexto familiar, mejor desempeño tendrá en sus estudios y obtendrá en general mejor estado nutricional. En ese sentido, el hecho de que en Colombia las tendencias sociodemográficas indiquen que las uniones consensuales y los divorcios aumenten puede ser preocupante, pues este tipo de estructura familiar afectaría negativamente la calidad de vida de los niños, en términos de salud y educación (16).

En cuanto a la situación de salud, la pobreza en la familia tiene una serie de efectos como problemas a repetición; es el caso de diarreas crónicas que predisponen a la aparición de desnutrición y esta lleva a que el niño sea más vulnerable a otras enfermedades; de la misma manera, desde el punto de vista puramente educativo, el niño de una familia que vive en la pobreza está en clara desventaja, pues desde muy temprano tiene menos oportunidad de acceso a conocimientos e información y a objetos estimulantes como materiales educativos y juguetes, que son parte de la vida diaria de los niños de familias de clase media donde se promueve el aprendizaje temprano y su capacidad cognoscitiva es mayor; igualmente, al ingresar a la escuela formal, el niño estará en desventaja dadas las características del medio escolar de un estrato socioeconómico bajo; finalmente, dada la primacía de las necesidades materiales inmediatas de subsistencia, las necesidades educativas pasan

a un lugar menos importante, pues tienen menor prioridad que las más urgentes (17).

Estudios efectuados en familias de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad para buscar la incidencia de conductas antisociales o la presencia de trastornos de personalidad antisocial en los padres y hermanos de estos niños, encontraron una mayor frecuencia de dichos problemas, asociados además al abuso de alcohol y drogas en los padres; también se encontró un mayor índice de separación y divorcio, cambios más frecuentes de residencia y empleo y presencia de una madre sola que educa a los hijos en ausencia del padre, lo que refleja inestabilidad familiar (18).

Por otro lado, una familia disfuncional juega un papel determinante y primordial en la adopción de un comportamiento de riesgo en el escolar; situaciones como el maltrato físico y emocional, el abuso físico y sexual, son por lo general el motivo principal de la deserción definitiva y permanente de los menores, todo ello a raíz de las bajas condiciones socioeconómicas; los escolares que permanecen en familias disfuncionales presentan grave enfermedad social (19). La familia funcional ha sido y seguirá siendo segura; corresponde al mejor agente preventivo de la salud del escolar y con ello se contribuye a la salud de la comunidad (19).

Como se puede observar, es definitivo el abordaje integral de la familia como fuente de protección y desarrollo de todos sus miembros en el proceso de socialización; en la medida en que esté fortalecida y reciba apoyo de las diferentes instituciones del Estado, se constituye en una fuente generadora de factores protectores para todos sus miembros y de la unidad familiar como tal.

Los elementos conceptuales que guiaron el estudio son los siguientes:

La familia: concebida como “Una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema abierto que brinda estabilidad y permite el óptimo desarrollo biológico, emocional y social de cada uno de los miembros del grupo. La familia está conformada por la pareja, o dos o más personas que llevan funciones de familia y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia está definida como todas las personas que un individuo considera su familia” (20).

El enfoque de riesgo busca valorar la presencia de “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o un grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido” (21).

El riesgo familiar total, según Amaya, es la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debida a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración (22). Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómico, psicoafectivo, de prácticas y servicios de salud; Clemen et ál., dicen que además involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de esta como unidad. Así, una familia con menor riesgo será la que, mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social y de salud permanente (22).

El rendimiento académico es manejado en la literatura como rendimiento escolar cuyo concepto es de carácter complejo y multidimensional, que ha ido evolucionando, desde concepciones centradas en el alumno (basadas en la voluntad o en la capacidad de este) o en los resultados de su trabajo escolar, hacia concepciones holísticas que atribuyen el rendimiento a un conjunto de factores de la familia, sociales del sistema educativo y del propio alumno (23).

En Colombia el rendimiento académico es el resultado de la evaluación integral del rendimiento del educando para cada área en cuatro periodos de igual duración del año escolar y una evaluación final, mediante una escala cualitativa (Decreto 230/2002, Ministerio de Educación): **excelente**, **sobresaliente**, **aceptable**, **insuficiente**, **deficiente**.

Para efectos del presente estudio se definió, a través de una encuesta aplicada al personal docente de la institución educativa, que el alto rendimiento académico en forma global de un alumno es cuando su

evaluación en las áreas de matemáticas y español está entre excelente y sobresaliente (E, S) y el bajo rendimiento académico se da cuando la evaluación en las mismas áreas está entre aceptable, insuficiente y deficiente (A, I, D).

METODOLOGÍA

El diseño del estudio es descriptivo comparativo transversal con un componente analítico, y abordaje cuantitativo. El universo son las familias de los 452 alumnos matriculados en la jornada de la mañana del Centro Educativo Distrital, Jackeline, año 2007; la población corresponde a las 197 familias de los niños en edad escolar de los grados tercero, cuarto y quinto². Finalmente, la muestra la constituyeron 186 familias (94,4%) que voluntariamente decidieron participar y que cumplen con los criterios de inclusión: familias de niños en edad escolar entre 6 y 11 años, matriculados y estudiando en el CED Jackeline, con informe de evaluación académica de matemáticas con la escala (E, S, A, I, D) del segundo periodo del año 2007³, familias de niños que no estén catalogados por la institución educativa como de educación especial y que cuenten con la información completa para su ubicación, como dirección y teléfono.

Las variables del instrumento RFT 7-70, y su organización por categorías y subcategorías, se analizaron con cálculos descriptivos de tendencia central y de variabilidad y con la prueba estadística *t* de Student se evaluó la hipótesis planteada: existen diferencias significativas en el riesgo familiar total entre las familias con niños escolares de alto rendimiento y familias con niños escolares de bajo rendimiento académico.

Dado que fueron dos las áreas establecidas (matemáticas y español) para determinar el rendimiento académico del niño, se aplicó la *prueba chi cuadrado*; el nivel de asociación entre el resultado de la evaluación final en las dos áreas mencionadas es alto y de tipo positivo, siendo estadísticamente indistinto utilizar la calificación de matemáticas o español; se decidió tomar la evaluación de matemáticas para clasificar las familias

2 Para el caso específico de hermanos, estos fueron incluidos separadamente. Es decir, cada uno de ellos aportó a la población investigada, pues se considera que si su entorno familiar es el mismo, este afectará de igual manera a los menores.

3 No se incluyeron los niños de los grados transición, primero y segundo de 2007, porque no fueron evaluados con la misma escala (E, S, A, I, D) en el área de matemáticas.

en los dos grupos: con escolares de alto rendimiento (E, S) y bajo rendimiento académico (A, I, D).

La información recolectada se codificó y procesó en el paquete estadístico SPSS. La base de datos usada para la captura de la información fue construida en Access.

Procedimiento

Con la autorización de la autora para aplicación del instrumento y del rector de la institución educativa, el entrenamiento de la investigadora y dos profesionales de enfermería, se realizó, previa prueba piloto, la aplicación del instrumento a un integrante de la familia con escolares, quien debía ser mayor de edad, preferiblemente los padres y abuelos, con capacidad física y mental de responder el instrumento y deseo voluntario de participar y firmar el consentimiento informado. Los datos se tomaron en las instalaciones de la institución educativa durante los meses de abril, mayo, junio y julio de 2007.

El desarrollo del estudio se ajustó a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, referente a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (24); se tuvo en cuenta: el artículo 5 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, y la protección de sus derechos y su bienestar; el artículo 6 que indica que se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación y se llevará a cabo con la autorización del representante legal de la institución investigadora y la institución donde se realice la investigación y el consentimiento informado de los participantes (literal g). Finalmente según el artículo 11 esta investigación se clasifica en categoría a: investigación sin riesgos, dado que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Instrumento

Se utilizó el instrumento RFT 7-70, elaborado por Amaya de Peña con registro TX-4-978-54 (25), cuyo objetivo es “detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a presentar problemas de salud. Identifica las familias que por diversos factores asociados con una trayectoria, forma de

organización y operación cotidiana generan riesgo de salud individual o para la familia” (25). Cuenta con un total de 70 preguntas, clasificadas por categorías así: primera, salud individual por grupos de edad; segunda, biológico-familiar (composición familiar, morbilidad de la familia y mortalidad); tercera, ambiente (ambientes socioeconómico, físico de vivienda y vecindario, sicoafectivo familiar, estilo de vida y prácticas de salud) y, cuarta, servicios de salud y a la familia. El índice de confiabilidad del instrumento es 0,84 por prueba sicométrica de Kuder-Richardson. La validez concurrente con el APGAR-ASFE “resultó con correlaciones significativas con un valor de -2; con el EEEF -41; y con el EPCP -4” (22). La validez predictiva se confirmó con el índice de participación en cuidados prenatales. El riesgo familiar total, RFT 7-70, se califica alto si el puntaje total es mayor de 22 puntos, medio si es de 14 a 21 puntos y bajo si el puntaje es menor de 14 puntos.

RESULTADOS

Los resultados corresponden a 186 familias distribuidas en 61% con escolares de bajo rendimiento y 39% con niños de alto rendimiento académico.

Identificación familiar

Las 186 familias estudiadas están conformadas por 920 personas, con cinco individuos en promedio en los dos grupos, resultado similar al dato existente para la localidad de Kennedy y la UPZ 48 Timiza, con 5,5 personas (6), superior en una persona al encontrado en la ENDS 2005 para la zona urbana y para Bogotá, con 4 personas (26) y por el DANE para áreas metropolitanas donde el promedio encontrado fue de 3,8 personas por familia (3).

En las familias con niños de bajo rendimiento hay mayor presencia de mujeres (57% *versus* 52%) y la mitad de esta población es menor de 18 años. Además, por grupos de edad, estas familias tienen el 48% de personas económicamente activas (19 a 59 años), lo que implica que más del 50% de las personas son dependientes económicamente, mientras en las familias con alto rendimiento académico el 54,7% son personas económicamente activas.

En los dos grupos de familias del estudio prevalece la tipología nuclear (nuclear, nuclear modificada y

Tabla 1. Distribución de la tipología familiar en las familias con escolares según su rendimiento académico.

Tipo de familia	Alto rendimiento		Bajo rendimiento	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	37	51	39	35
Extensa modificada	22	30	28	25
Nuclear modificada	7	10	24	21
Nuclear reconstruida	3	4	11	10
Extensa	3	4	2	2
Atípica	1	1	9	8
Total	73	100	113	100

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70, CED Jackeline, localidad 8 Kennedy, Bogotá, 2007.

nuclear reconstruida) en un 65%; estos hallazgos son superiores a los datos presentados para Colombia en la ENDS 2005 (26), donde el porcentaje total de familias nucleares es de 53,3% y para Bogotá el 55,8%, posiblemente por los criterios de inclusión de familias con escolares del estudio (tabla 1).

En la distribución por ciclo familiar, en el grupo de familias con niños de alto rendimiento hay mayor presencia de “familia con adolescente” (45%), mientras que en el grupo de niños con bajo rendimiento es mayor “familias con escolares” (53% vs. 38%). Este resultado puede sugerir que en las familias con escolares donde el hijo mayor es un adolescente se puede constituir en un apoyo académico para los hermanos menores.

Por otra parte, las enfermedades de carácter familiar de mayor prevalencia son las crónicas como el cáncer, la HTA, la diabetes y el asma, y su distribución es similar en los dos grupos de familias, datos afines a los reportes de morbilidad del país y de la localidad; se encontró diferencia en el cáncer, que tiene mayor peso en el grupo de familias con niños de alto rendimiento (42 vs. 21%). También se destaca la presencia de enfermedades de carácter social como alcoholismo (11%), maltrato (8%) y desnutrición (1%) en familias con niños de bajo rendimiento, frente al 4%, 3% y 0% de estos problemas en las familias con niños de alto rendimiento.

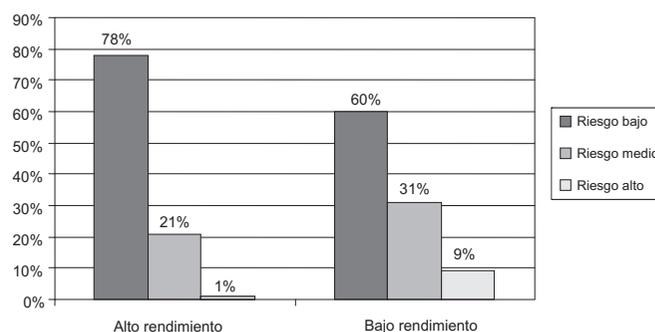
En general la afiliación al sistema general de seguridad social en salud es alta (85%), supera lo registrado en Colombia (69%) y Bogotá (80%) (26) y en la localidad de

Kennedy (76,2%) (5). Las familias con niños de alto rendimiento académico tienen sus integrantes afiliados en más del 90% al sistema, especialmente al régimen contributivo (69%), lo que permite establecer que son familias con una situación laboral relativamente estable, frente a las familias con escolares de bajo rendimiento en que el 56% de las personas está en el régimen contributivo, el 13% son vinculados y el 3% no cuentan con ningún servicio de salud.

Las instituciones de apoyo familiar más reconocidas por las 186 familias estudiadas, en promedio fueron: la escuela (98%), el trabajo (70%) y los servicios de salud (66%).

Riesgo familiar total

La clasificación del riesgo familiar total (gráfica 1) en las familias estudiadas muestra una relación inversa con el



Gráfica 1. Clasificación del riesgo familiar total en familias con escolares según su rendimiento académico.

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70, CED Jackeline, localidad octava, Bogotá, 2007.

rendimiento académico del escolar de la familia, es decir que las familias que registraron riesgo alto (9%) y medio (31%) en mayor proporción son familias con niños escolares de bajo rendimiento académico, frente al predominio de riesgo familiar total bajo de las familias con niños de alto rendimiento académico (78%).

familias; fue mayor el promedio del riesgo en las familias con niños de bajo rendimiento académico (3,82 vs. 3,46), posiblemente porque existen muchos problemas de salud sin resolver, especialmente en los niños, a pesar de contar con seguridad social. Las subcategorías de composición familiar y ambiente socioeconómico ocupan el segundo y tercer puestos, clasificadas en bajo ries-

Tabla 2. Riesgo familiar total por subcategorías en familias con escolares según su rendimiento académico.

Subcategoría	Alto rendimiento		Bajo rendimiento	
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Riesgo por grupos de edad/salud individual	3,46	2,01	3,82	2,1
Composición familiar	1,58	0,78	1,93	1,05
Ambiente socioeconómico	1,03	1,08	1,74	1,16
Morbilidad de la familia	0,96	0,99	0,96	1,32
Ambiente sicoafectivo familiar	0,95	1,23	1,19	1,26
Prácticas de salud	0,93	1,2	1,44	1,53
Estilo de vida de la familia	0,8	0,88	0,87	0,97
Mortalidad en la familia	0,75	0,85	0,76	0,89
Servicios de salud y la familia	0,38	0,84	0,94	1,37
Ambiente físico de vivienda y vecindario	0,37	0,59	0,43	0,78

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70, CED Jackeline, localidad 8 Kennedy, Bogotá, 2007.

Subcategorías de riesgo

De las 10 subcategorías que conforman el instrumento, solo la relacionada con riesgos por grupos de edad/salud individual presentó alto riesgo en ambos grupos de

Riesgos familiares

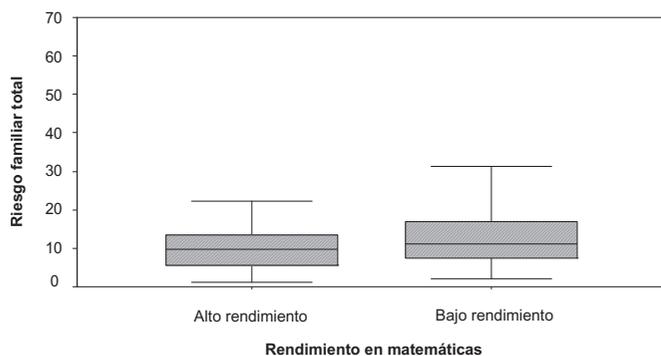
De los setenta factores de riesgo del instrumento RFT, estudiados en los dos grupos (tabla 3), se destacan, en las familias con niños de bajo rendimiento académico, la presencia de riesgos en la categoría de factores biológico-familiares relacionados con la composición familiar (presencia de niños 100%, divorcio/separaciones conyugales 39%, mujer cabeza de hogar 37%) y morbilidad de la familia (más de un enfermo en la familia 35%); en segundo lugar la categoría de riesgos individuales en el grupo de niños de 5 a 11 años (73%) y adultos entre 31 y

49 años (37%), y en tercer lugar la categoría de factores del ambiente, destacándose el socioeconómico (carencia de vivienda 64% y bajo rendimiento escolar 37%); en estilo de vida de la familia la sobrecarga de trabajo en alguien 40% y prácticas inapropiadas de salud 35%. Es decir que en las familias con niños de bajo rendimiento académico hay problemáticas en diferentes categorías, a nivel individual y familiar, haciéndolas más vulnerables en cuanto a su estabilidad y crecimiento familiar, lo que amerita una intervención integral, interdisciplinaria e intersectorial.

Tabla 3. Distribución de los diez principales riesgos en familias con escolares según su rendimiento académico.

Alto rendimiento		Bajo rendimiento	
Riesgos	Porcentaje	Riesgos	Porcentaje
Gestantes, viejos >50, niños, adolescentes	100	Gestantes, viejos >50, niños, adolescentes	100
Riesgos salud individual grupo 5-11 años	70	Riesgos salud individual grupo 5-11 años	73
Carencia de vivienda propia	47	Carencia de vivienda propia	64
Más de un enfermo en la familia	45	Sobrecarga de trabajo en alguien	40
Sobrecarga de trabajo en alguien	42	Divorcio/separaciones conyugales	39
Riesgos salud individual grupo 31-49 años	38	Riesgos salud individual grupo 31-49 años	37
Muerte por suicidio/homicidio/accidentes	29	Hogar unipersonal/mujer cabeza de hogar	37
Defunción de cualquier miembro (último año)	27	Deserción/fracaso/bajo rendimiento escolar	37
Pobreza: ingreso menor que NBS	27	Más de un enfermo en la familia	35
Manejo inapropiado perinatales y salud de la mujer	23	Manejo inapropiado de salud dental	35

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70, CED Jackeline, localidad 8 Kennedy, Bogotá, 2007.



Gráfica 2. Distribución de la puntuación del riesgo familiar total en los dos grupos de familias.

Fuente: resultado según instrumento RFT 7-70, CED Jackeline, localidad 8 Kennedy, Bogotá, 2007.

$H_0: \mu_{RFT_alto\ rendimiento} = \mu_{RFT_bajo\ rendimiento}$

$H_a: \mu_{RFT_alto\ rendimiento} \neq \mu_{RFT_bajo\ rendimiento}$

El análisis estadístico orientado a aceptar o rechazar la hipótesis de si existen diferencias significativas en el riesgo familiar total entre las familias con niños escolares de alto rendimiento y familias con niños escolares de bajo rendimiento académico se presenta en la gráfica 2, los diagramas de cajas, donde se observa la distribución de la puntuación del RFT de los dos grupos de familias estudiadas. En general predomina el bajo riesgo familiar

total en todas las familias del estudio; sin embargo, existe un relativo mayor riesgo familiar total en el grupo de familias de niños con bajo rendimiento académico; para poder concluir que este aumento es significativo desde una perspectiva estadística, se aplicó la prueba *t* para dos muestras independientes con respecto de los promedios del riesgo familiar total de los dos grupos de familias, previa evaluación del supuesto de normalidad en la distribución poblacional de probabilidad de los dos grupos con el test de Kolmogorov-Smirnov.

Con una confianza del 95%, la aplicación de la estadística de prueba *t* mostró, con un valor de -3.085 y un valor *p* de 0,02, evidencia estadística suficiente para rechazar la afirmación de la hipótesis nula, aceptando que existen diferencias significativas entre el promedio del RFT total del grupo de familias con escolares de alto rendimiento y el de las familias de los escolares con bajo rendimiento académico en matemáticas.

Así mismo, dado que los respectivos promedios muestrales en el RFT de las familias con escolares de alto y bajo rendimiento académico son 9,83 y 12,69, se puede concluir entonces que es mayor el riesgo familiar total en las familias de niños escolares de bajo rendimiento académico que en las familias de niños con alto

rendimiento. Es decir, el riesgo familiar total de las familias de los niños del centro educativo estudiado está asociado con el rendimiento académico de los escolares.

CONCLUSIONES

De las 920 personas que conforman las 186 familias estudiadas, cerca del 30% son niños entre 5 y 11 años en los dos grupos de familias, seguidos de adultos entre 31 y 49 años con el 31% en familias con escolares de alto rendimiento y 25% en las familias con escolares de bajo rendimiento académico. Mayor presencia de mujeres (57%) en las familias con niños de bajo rendimiento (mitad de estas son menores de 18 años) con relación a las familias con niños de alto rendimiento académico (52%).

Predominio de la tipología familiar nuclear (nuclear, nuclear reconstruida y nuclear modificada) con el 65% en ambos grupos, seguida por la familia extensa (extensa y extensa modificada) en los dos tipos de familia, destacándose mayor porcentaje en las familias con niños de alto rendimiento (34% *versus* 30%). El promedio de personas por familia en los dos grupos estudiados fue de 5.

Se evidencia alta afiliación al Sistema general de seguridad social, con el 93% de las personas que conforman las familias con niños de alto rendimiento y 85% en las familias de niños con bajo rendimiento académico.

Todas las familias con escolares de alto rendimiento y bajo rendimiento académico están expuestas a riesgos de salud individual por grupos de edad, biológico-familiares, del ambiente y de los servicios de salud. El mayor riesgo familiar total está asociado con la presencia de un bajo rendimiento académico en los escolares de la familia.

Es mayor la presencia de riesgo familiar total bajo (78%) en las familias con escolares de alto rendimiento académico frente al predominio de riesgo familiar total alto (9%) y medio (31%) en las familias con escolares de bajo rendimiento académico.

Las familias con niños de bajo rendimiento académico presentan los promedios por riesgo más altos en todas las subcategorías; es mayor el riesgo familiar total, frente al otro grupo de familias, relacionado principalmente con los riesgos de salud individual en los niños en edad escolar, desarmonía y separaciones conyugales, carencia de vivienda propia, bajo rendimiento escolar,

necesidades básicas insatisfechas y mujer cabeza de familia.

Los dos grupos de familias estudiadas se caracterizan especialmente por presentar riesgo alto en la subcategoría de salud individual, principalmente en los escolares de 5 a 11 años y adultos de 31 a 49 años. Le siguen en su orden las subcategorías de composición familiar y ambiente socioeconómico; los promedios de las familias con niños de bajo rendimiento académico son cercanos al riesgo medio con 1,93 y 1,74 respectivamente.

En general todos estos factores configuran una situación de mayor vulnerabilidad tanto en la familia, unidad básica de la sociedad, como en el sano ambiente que debe brindar a sus miembros en este caso los niños en edad escolar, para su desarrollo y futuro soporte familiar y social. Estos resultados pretenden servir de fundamento a la toma de decisiones que mejoren la calidad de vida de las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Arriagada, 2001; Wainerman, 2003. En: Jelin E. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas. Conicet, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Reunión de expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales". Sala Medina. Cepal; 28 y 29 de junio de 2005, p. 20.
- (2) Zamudio Cárdenas L, Rubiano BN. Las familias de hoy en Colombia. Bogotá: Formato Comunicación Diseño; 1994, p. 73.
- (3) DANE. Encuesta de hogares transversal para áreas metropolitanas. Diciembre de 2000. www.dane.gov.co; http://sistema39.dane.gov.co:7778/pls/enh/enh_web_continua.consulta_2_t
- (4) Rico de Alonso A, Delgado A, Alonso JC. Colección Estados del Arte. Series de investigaciones. Familias, estado del arte, Bogotá 1990-2000. Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá; 2002, pp. 39-41, 50-51.
- (5) Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Encuesta de Calidad de Vida 2003. Bogotá; 2004, pp. 8, 16. www.dapd.gov.co
- (6) Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Recorriendo a Kennedy 2004. Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá, p. 47.
- (7) Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Participación al día. Diagnósticos locales de salud con participación social.

Documento síntesis - Red Suroccidente, localidad octava Kennedy. Bogotá. Marzo 2004; 5(18):12, 48, 56-57.

(8) Secretaría de Educación Distrital. Localidad 8 Kennedy. Caracterización. Bogotá; 2003, pp. 2, 8. www.sedbogota.edu.co

(9) Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000. Norma técnica detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá; febrero de 2000, pp. 3-4.

(10) Molina G. El fracaso en el aprendizaje escolar. Citado por Caliz NE, Jaimes ML, Ramírez M. Mirada de enfermería al fracaso escolar. Póster presentado en las segundas jornadas nacionales de la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería. Alicante; 9-11 de marzo de 2004. http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/p5_texto_complet.pdf

(11) Caliz NE, Jaimes ML, Ramírez M. Mirada de enfermería al fracaso escolar. Póster presentado en las segundas jornadas nacionales de la sociedad científica española de licenciados en enfermería. Alicante 9-11 de marzo de 2004.

(12) Mizala A. Factores que inciden en el rendimiento escolar en Bolivia. Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile; 2003, p. 25.

(13) Espíndola E, León A. La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. Revista Iberoamericana de Educación. 2002; 30:39-62.

(14) Korenman S, Miller JE, Sjaasted JE. Long-term poverty and child development in the United States: Results from the NLSY. Child Youth Serv Rev. 1995. Citado por Maldonado Durán JM, Saucedo García JM. La familia, su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003, p. 262.

(15) Ray SA, McLoyd VC. Fathers in hard times: The impact of unemployment and poverty on paternal and marital relations. Citado por Maldonado Durán JM, Saucedo García JM. La familia, su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003, p. 262.

(16) González A, Ribero R. Determinantes de la calidad de los niños en términos de salud y educación en Colombia. Documento CEDE 2005-9, edición electrónica. Bogotá; Universidad de los Andes; enero de 2005, p. 15.

(17) Maldonado Durán JM, Saucedo García JM. La pobreza y el niño y su familia. En: La familia, su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003, pp. 263-66.

(18) Álvarez García V. La familia con niños o adolescentes que padecen trastornos perturbadores de la conducta. En: La familia, su dinámica y tratamiento. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003, pp. 159-60.

(19) Dulato Gutiérrez E. El adolescente. McGraw-Hill Interamericana; 2004, p. 243.

(20) Friedemann ML. The framework of systemic organization, a conceptual approach to families and nursing. Thousand Oaks Age; 1995, p. 11.

(21) Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington; 1986, p. 13.

(22) Amaya P. Instrumento de riesgo familiar total RFT: 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004, pp. 19-20, 24, 38.

(23) Ceapa. El rendimiento escolar. Madrid: Editorial Popular - periódico El Mundo; 1994. En: Cano SJ. El rendimiento escolar y sus contextos. Revista Complutense de Educación. 2001; 123(1):3.

(24) Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

(25) Amaya P. Pruebas IPSF- GG - RFT: 7-70. Aspectos psicométricos. Instrumentos e instructivos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000, pp. 19, 30.

(26) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2005, pp. 35-37, 41, 344.