



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 2 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II
LOS OLIVOS - 2013**

**PRESENTADO POR
BERNAOLA ESTEBAN, ELIZABETH
BERNAOLA ESTEBAN, MIRYAM
VENTOCILLA SALAZAR, DAVID**

**ASESOR
MATTA SOLIS, HERNAN HUGO**

Los Olivos, 2017



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL
SECTOR 2 DEL ASENTAMIENTO HUMANO
JUAN PABLO II LOS OLIVOS – 2013**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

PRESENTADA POR:

BERNAOLA ESTEBAN, ELIZABETH
BERNAOLA ESTEBAN, MIRYAM
VENTOCILLA SALAZAR, DAVID

ASESOR:

MATTA SOLIS, HERNAN HUGO

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Morales Quispe Juan
Presidente

Tuse Medina Rosa Casimira
Secretario

Alvines Fernández Doris Mellina
Vocal

Matta Solís, Hernán Hugo
Asesor

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS
DEL SECTOR 2 DEL ASENTAMIENTO HUMANO
JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013**

Dedicatoria

A nuestros padres porque creyeron en nosotros y porque nos sacaron adelante, dándonos ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy podemos ver alcanzada nuestras metas, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera, y porque el orgullo que sienten por nosotros, fue lo que nos hizo ir hasta el final. Gracias por su comprensión, por ayudarnos a que este momento pueda hacerse realidad y porque son lo que más queremos, esta tesis está dedicada a ustedes.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	23
2.1.1. Historia de Lima Norte	23
2.1.2. Reseña histórica del distrito de Los Olivos	24
2.1.3. Reseña histórica del Asentamiento Humano Juan Pablo II	28
2.1.4. Reseña histórica del Centro de Salud Juan Pablo II Confraternidad de Los Olivos	30
2.1.5. Análisis FODA	33
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	35
2.2.1 Internacional.....	35
2.2.2 Nacional.....	38
2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	41
2.3.1 La familia.....	41
2.3.2 Riesgo Familiar	59
2.3.3 La Enfermería y la Familia	71
2.4. HIPÓTESIS.....	72

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO –DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	74
3.2. POBLACIÓN.....	74
3.2.1 Criterios de inclusión	74
3.2.2 Criterios de exclusión	75
3.3. VARIABLES.....	75
3.3.1 Definición conceptual	75
3.3.2 Definición operacional	75
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DERECOLECCIÓN DE DATOS	76
3.4.1 Técnica	76
3.4.2 Instrumento.....	76
3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	89
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	89
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	90
3.7.1 Consentimiento informado	90
3.7.2 Autonomía.....	90
3.7.3 Principio de beneficencia	91
3.7.4 Principio de no maleficencia.....	91
3.7.5 Principio de justicia.....	91

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS	94
4.2. DISCUSIÓN.....	100

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES	105
5.2. RECOMENDACIONES.....	106

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
--	------------

ANEXOS	113
---------------------	------------

Índice de gráficos

- Gráfico 1.** Riesgo Familiar Total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 201394
- Gráfico 2.** Condiciones Psicoafectivas de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 201395
- Gráfico 3.** Servicios y Prácticas de Salud de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013.....96
- Gráfico 4.** Condiciones de Vivienda y Vecindario de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 201397
- Gráfico 5.** Situación socioeconómica de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 201398
- Gráfico 6.** Manejo de menores de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 201399

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables	114
Anexo B. Instrumento Original RFT 5-33.....	115
Anexo C. Carta de presentación	117
Anexo D. Consentimiento Informado	118
Anexo E. Evidencias fotográficas	119

Resumen

Objetivo: El presente trabajo de investigación quiere determinar el riesgo familiar total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos - 2013. **Materiales y métodos:** Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 111 familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. El instrumento utilizado fue el RFT 5-33 (Amaya, 2004) con una puntuación de "1", "0" y NA (No Aplica) en los factores de riesgo, sección que consta de 33 ítems, que evalúa en conjunto el riesgo familiar total y como técnica se utilizó la entrevista. **Resultados:** Los resultados obtenidos indican que el 47.7% son familias amenazadas. En la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario también es amenazada con 95.5%. Con respecto al riesgo familiar alto, se puede visualizar que un 20.7% corresponde a la dimensión de servicios y prácticas de salud. **Conclusiones:** Las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos se encontraron amenazadas.

Palabras clave: Familia, riesgo, Enfermería

Abstract

Objective: This research has as an objective to determine the total family risk in families of sector 2 of Human Settlement John Paul II Los Olivos - 2013.

Materials and methods: This study is descriptive cross-sectional study. The population consisted of 111 families of sector 2 of Human Settlement John Paul II Los Olivos - 2013. Survey was the data collection technique. The instrument used was the RFT 5-33 (Amaya, 2004) with a score of "1", "0" And NA (Not Applicable) in the risk factors section that consists of 33 items, which assesses overall the total family risk and as the interview technique was used.

Results: The results obtained indicate that the 47.7% are families threatened. In the dimension of housing conditions and neighborhood is also threatened with 95.5%. With regard to the family risk high can be viewed that a 20.7% corresponds to the dimension of services and health practices.

Conclusions: the families of sector 2 of Human Settlement John Paul II Los Olivos - 2013 endangered were found.

Keywords: Family, Risk, Nursing

Introducción

La familia es un grupo social que requiere una atención especial, a pesar de que muchos autores la definen y caracterizan, su abordaje en el campo es muy complejo, esto se debe a su estructura, dinámica y función que ha ido evolucionando en el tiempo producto de los cambios sociales y culturales de este milenio. El presente trabajo aborda a la familia en varias dimensiones que puedan permitirnos conocer su problemática, dificultades y oportunidades, todo esto teniendo en cuenta el contexto en que se desenvuelve.

Por otro lado, en las diversas investigaciones en el campo de la enfermería, en el nivel de pregrado, se abordan individuos o grupos de personas con dolencias o patologías en curso, se los aborda desde un enfoque clínico-curativo-recuperativo, a diferencia de ello, este estudio se busca abordar a la familia en casi todas sus dimensiones, dentro de un marco preventivo promocional de la salud, tratando de identificar riesgos, amenazas y oportunidades que puedan permitir su desarrollo íntegro.

La investigación ha sido estructurada en cinco capítulos:

En el Capítulo I: Planteamiento del problema, se exponen conceptos claves para la mejor comprensión de la investigación como son la formulación del problema y justificación.

En el Capítulo II: Tenemos el marco teórico donde se redacta la historia del Cono Norte y del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, donde realizamos la investigación enfocándonos en las familias del sector 2. En nuestros antecedentes internacionales en la ciudad de Pereira, Risaralda en Colombia– 2012, realizaron un estudio en Familias con preescolares enfermos sobre “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar”. En el ámbito nacional se realizó un estudio sobre “Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento humano Villa señor de los Milagros, Comas – 2012”. En el Marco teórico desarrollamos el contenido de las palabras claves de la investigación,

como son: riesgo, familia, tipos de familia y enfermería. Planteando el objetivo general y los objetivos específicos.

En el Capítulo III: mencionamos el tipo y diseño de estudio el cual fue de tipo descriptivo no experimental, ya que se detalló los hechos tal como se dieron en la realidad sin manipular las variables. Tuvo un diseño de corte transversal, ya que los datos recolectados se desarrollaron en un tiempo y espacio determinado, además el enfoque fue cuantitativo porque nos permitió analizar y cuantificar los datos. El área de estudio se realizó en las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos - 2013. La población estuvo conformada por 111 familias.

En el Capítulo IV: Presentamos los resultados de los datos de Riesgo Familiar según tipo de familia (nuclear, pareja, extensa y atípica), y los objetivos planteados que dan respuesta a las dimensiones como servicios y prácticas de salud; condiciones de vivienda y vecindario; condiciones psicoafectivas; y manejo de menores mediante graficas que evidencian los resultados de la población estudiada.

En la discusión detallamos a los distintos autores de investigación los cuales difieren y coinciden con los resultados obtenidos en la investigación, así mismo enriquece el conocimiento y fortalece la investigación.

En el Capítulo V: El cual comprende las Conclusiones y Recomendaciones. Asimismo, en este capítulo, se concluye que la mayoría de familias del Asentamiento Humano Juan pablo II son amenazadas. Siendo con mayor riesgo, la dimensión la situación socioeconómica y de servicios y prácticas de salud. Además, se recomienda estudiar más variables relacionadas al riesgo familiar total, esto enriquecería el análisis analítico del mismo.

Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

Los autores

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es una institución que ha venido evolucionando a través de la historia, a pesar de los cambios vividos en los diferentes modos de producción por los que pasó la humanidad aún se mantiene vigente. Se constituye aún como un espacio importante de socialización, ahí se forman los primeros patrones culturales, hábitos y costumbres. Su funcionamiento y dinámica dependen de la salud y desarrollo de sus integrantes.

Los mercados financieros, la economía y las empresas están más interconectados que nunca. Como hemos podido ver, los descalabros financieros son contagiosos, pues pasan muy rápidamente de un país a otro y se propagan con celeridad también de un sector económico a muchos otros (1).

En los países de ingresos bajos, los afectados por el desempleo muy a menudo carecen de protección social. Al disminuir los ingresos, se recurre preferentemente a los servicios del sector público en busca de atención de salud, precisamente en el momento en que los ingresos de los gobiernos para financiarlos están sometidos a una máxima presión. Aunque las informaciones son todavía fragmentarias, sabemos ya que a siete ministerios de salud de África (entre ellos, algunos de los más pobres) se les han anunciado recortes en los presupuestos de salud como consecuencia de la crisis. Otros aguardan ansiosamente el próximo ciclo presupuestario (2).

Ante una coyuntura marcada por las secuelas de la crisis financiera mundial, es importante detenerse a pensar sobre cuáles son las áreas prioritarias de intervención para las políticas gubernamentales. ¿Cómo afectan, por ejemplo, el mayor desempleo y la desaceleración económica a las oportunidades de desarrollo en las familias más vulnerables? ¿De qué forma tratan de hacerle frente a la adversidad y cómo se reorganizan para salir adelante? ¿Quiénes dentro de las familias asumen nuevas responsabilidades y tareas? ¿Serán — como en el pasado— las mujeres las que nuevamente pagarán los costos de los ajustes impuestos por la crisis a las familias y a los sistemas de protección

social? ¿Quiénes abandonarán el sistema educativo para ingresar al mercado laboral o, por el contrario, quiénes se verán forzados a permanecer en el hogar para cuidar a otros? ¿Qué servicios públicos son esenciales no solo para hacer frente a la actual crisis, sino para construir en el futuro mayores oportunidades de desarrollo y bienestar, y garantizar así el pleno ejercicio de los derechos humanos? ⁽³⁾.

Para disminuir estas desigualdades se requiere, lógicamente, de medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos. Desafortunadamente, en la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos, sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se han incrementado en las últimas décadas ⁽⁴⁾.

Actualmente se ponen de relieve tanto el rol de la posición social de partida de cada individuo como las condiciones de vida y trabajo sobre la probabilidad de enfermar y morir. Las desigualdades se producen por que los grupos sociales menos privilegiados están expuestos a un ambiente social menos saludable. Se ha comprobado, por ejemplo, que la ocupación y el desempleo tienen una clara influencia sobre el estado de salud, no sólo en la salud física, sino también en la salud psíquica. Las características de la vivienda y los servicios de que dispone también han sido relacionadas con el estado de salud. Otros factores importantes, muy relacionados con los anteriores, son el nivel de ingresos, la riqueza y el entorno físico ⁽⁵⁾.

La estructura y la función de la familia influyen en la salud y, a su vez, la salud influye en la estructura, las relaciones y la función de la familia. Hay diferencias sutiles entre la “salud de la familia” y la “salud familiar,” que son fundamentales para el análisis de lo que son las intervenciones de salud en el entorno familiar ⁽⁶⁾.

Se observa el aumento de crisis en las familias; las sociedades ya no pueden suponer que todas las familias protegerán a sus miembros y cubrirán sus

necesidades. La explotación sexual de los niños, los maltratos, el descuido, y otros tipos de violencia doméstica, así como el poco cuidado de los ancianos son hechos comunes que importan en la salud pública.

Por otro lado, la carta de Ottawa nos dice que, para la promoción de la salud, consideró ocho grandes determinantes como prerequisites para la salud, ellos son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. En las familias más pobres, los determinantes guardan relación con el bajo grado de instrucción de las personas, los niveles nutricionales inadecuados, la baja disponibilidad y acceso a los servicios básicos, la precariedad en la calidad de la vivienda, los altos niveles de violencia y exclusión social. Todos estos factores, cada uno y en interacción determinan la salud de la familia ⁽⁷⁾.

La UNICEF, dice que gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a factores sociales, las causas detrás de la “mala salud” son la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Diariamente mueren aproximadamente 26.000 niños menores de cinco años, y casi todas las muertes ocurren en países que se encuentran en desarrollo. Más de un tercio de esos niños y niñas mueren durante el primer mes de vida, generalmente en su hogar y sin acceso a servicios esenciales de salud ni a los productos básicos que podrían salvarlos ⁽⁸⁾.

Por lo señalado anteriormente, estamos ante nuevas estructuras familiares que son al mismo tiempo causa y efecto de los cambios socioculturales y socio demográficos. Los cambios en las políticas económicas de estos tiempos también repercuten sobre ciertos aspectos de la familia. A pesar de todos los cambios, de todos los vaticinios de ocaso, la familia es y sigue siendo un valor fundamental de nuestra sociedad. En la medida en que surgen nuevas perspectivas y retos, la familia puede salir incluso fortalecida de la reestructuración interior y exterior a la que está siendo sometida actualmente.

La región de América Central y del Sur es un ejemplo sorprendente de cómo la comprensión de lectura y repetición de grado pueden ser más sensibles a la estructura familiar, mientras que la matrícula y la progresión escolar son menos sensibles ⁽⁹⁾.

Las comunidades que se encuentran en la periferia de las ciudades de Lima, Cuzco, Junín, Arequipa y Lambayeque están caracterizadas por tener una pobreza, exclusión social y diversidad cultural concentrada, ya que esta población se desplazó internamente debido a los episodios de violencia política que azotaron Perú desde la década de los 70 a los 90. Un tercio de los habitantes de estas zonas no tienen acceso directo al agua potable. Dos tercios no tienen acceso regular a la electricidad. Casi la mitad de los hogares no cuenta con redes de alcantarillado. La desintegración familiar y el abandono de niños abundan como resultado del desempleo, los problemas psicosociales, el abuso de las drogas, la violencia doméstica y sexual, y el predominio de las bandas callejeras ⁽¹⁰⁾.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social ⁽¹¹⁾.

El promedio de miembros del hogar fue casi similar en el área urbana (3,8 personas) y en el área rural (3,6 personas). Sin embargo, las dos áreas difieren en la distribución de hogares por número de personas ⁽¹³⁾.

El jefe/jefa de hogar pobre es en promedio más joven que aquellos de los hogares no pobres. Así, en el 2012, la edad promedio del jefe/jefa de hogar pobre era de 51,9 años, teniendo 0,6 años menos que un jefe de hogar no pobre (52,5 años). Esta situación se observa tanto en el área urbana como en el área rural. Esta característica describe que los pobres contraen

compromisos conyugales mediante el matrimonio o convivencia más jóvenes que los no pobres, lo cual repercute en la dinámica demográfica de cada estrato social. ⁽¹³⁾.

Ante lo señalado nos planteamos algunas interrogantes:

¿El panorama financiero mundial es favorable para el desarrollo óptimo de la familia? ¿Las amplias brechas de desigualdad social existente en Latinoamérica serán propicias para el desarrollo integral de la familia y sus miembros? ¿La debilidad de los programas sociales y el deficiente sistema de salud de la región latinoamericana favorecen la salud familiar? ¿Los problemas sociales que aquejan la sociedad peruana (delincuencia creciente, violencia familiar, violencia contra la mujer y violencia infantil crecientes) favorecen el desarrollo de la familia y sus miembros? ¿La inestabilidad en el trabajo y la precariedad del trabajo existente favorecen un buen clima familiar? ¿Las familias pueden satisfacer sus necesidades básicas teniendo en cuenta que el poder adquisitivo se ha perdido considerablemente a través de varias décadas?

Teniendo en cuenta esta problemática, nos planteamos desarrollar la investigación: “Riesgo Familiar Total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013”.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, en las investigaciones se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es el Riesgo Familiar Total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013?

1.3 OBJETIVOS

Para este trabajo de investigación se han trazado los siguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo general

Determinar el Riesgo Familiar Total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión condiciones psicoafectivas en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión servicios y prácticas de salud en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión situación económica en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El Modelo de Atención Integral de Salud busca abordar las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, de una manera integral. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

El modelo de atención integral propuesto reconoce que la familia influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local. Para ello es necesario que el profesional de salud pueda identificar riesgos oportunamente. El profesional de enfermería por la naturaleza de su formación holística y por su formación científica en brindar cuidado a la persona, familia y comunidad, está comprometido con los lineamientos de este modelo.

El establecimiento de salud vinculado a nuestra población de estudio, está desarrollando un piloto para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud, para ello requiere tener un estudio diagnóstico de los riesgos de las familias que están en la jurisdicción. Por otro lado, revisando la literatura científica, no se evidencian estudios que abordan los riesgos de las familias en el distrito de Los Olivos, por lo cual con este estudio buscamos llenar ese vacío en el conocimiento existente.

Este estudio aborda la temática relacionada a la salud comunitaria y sus riesgos, la cual es poco tomada en cuenta a pesar que en estos tiempos se plantea dar fuerza a los estudios en el primer nivel de atención y mejor aún si están relacionados con la salud de las familias.

Este trabajo de Riesgo Familiar Total servirá como una herramienta práctica para la enfermería y otras disciplinas de la salud vinculadas al trabajo con la familia, ya que son pocos los instrumentos de valoración familiar que muestran evidencia científica para el diseño de programas de salud familiar. Este estudio contribuirá con el conocimiento de la realidad de la familia del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II. Y que posteriormente será de utilidad para orientar mejor el trabajo preventivo promocional y asistencial que se realice en ellas.

Los resultados del presente estudio serán socializados con la comunidad, con sus dirigentes, sus organizaciones sociales, y sobre todo con los profesionales de la salud del Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II, lo cual podrá servir para que en un futuro puedan tomar las decisiones más adecuadas en beneficio de las familias de dicha comunidad estudiada para así mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1. Historia de Lima Norte

A. Ubicación, límites y extensión

El termino Cono Norte, al igual que en otras metrópolis, fue acuñado inicialmente para distinguir los ejes de crecimiento urbano de Lima Metropolitana y los lugares donde se concentraban las poblaciones de pobreza y pobreza extrema de la capital. El término Lima Norte es referido a esta misma zona geográfica que nace en base a una redefinición del espacio urbano de la ciudad a partir de su desarrollo económico, urbano y factores de dependencia: La ciudad de Lima ya no tiene conos o extremos dependientes de un centro económico, sino está constituido por centros de desarrollo económico independientes, uno de ellos y el de mayor crecimiento es Lima Norte⁽¹⁴⁾.

Lima Norte significa un desafío, no solo en términos urbanísticos, sino también culturales y teóricos para quienes operan con una idea global y abstracta de la ciudad de Lima. Ello porque encontrarse con un fragmento de ciudad de las características de esta zona de Lima que empieza a adquirir una cierta relativa autonomía demanda una visión específica pertinente y, por lo tanto, exige ser reconocida como tal⁽¹⁵⁾.

Siendo considerado uno de los sectores más importantes del crecimiento en Lima, actualmente Lima Norte está conformada por ocho distritos, San Martín de Porres, Comas, Carabayllo, Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, Independencia y Los Olivos.

Limita por:

Norte: Provincia de Huaral.

Sur: Distrito del Rímac y Cercado de Lima.

Oeste: Provincia del Callao y Océano Pacífico.

Este: Distrito de San Juan de Lurigancho, Provincia de Huarochirí y Provincia de Canta.

B. Perfil poblacional

Su población estimada, según el censo del 2005, es de 1.524.252 habitantes, casi 43 habitantes por km²⁽¹⁶⁾.

La población de Lima Norte ha crecido considerablemente en los últimos años. En el año 2007, la población era 2.415.000 de habitantes siendo 2.402 habitantes/Km² la población en su mayoría son migrantes del norte del Perú destacando así; Cajamarca, Trujillo, Chiclayo, Huaraz, entre otros. Además, ha adquirido mayor notoriedad dado su incremento económico a partir del año 2001. Prueba de ello es que los distritos de Los Olivos y San Martín de Porres han elevado sus categorías de sectores socio-económicos C y D hacia B y C, respectivamente⁽¹⁶⁾.

2.1.2. Reseña histórica del distrito de Los Olivos

A. Evolución histórica de Los Olivos

El año 1970, un grupo de vecinos de “Sol de Oro” y “El Trébol”, se reunieron para formar el Comité Gestor “Rosa de América”, lamentablemente no tuvo los resultados que esperaban.

El nombre de “Los Olivos” se acordó en 1977, entre los delegados del Comité en medio de un intenso debate, quienes presentaron propuestas como Covida, Rosa de América, Parque Naranjal, Sol de Oro, Las Palmeras entre otros tantos. El Fiscal del Comité, Señor Víctor Morillo, propuso el nombre de “Los Olivos”, el cual fue apoyado por el señor Ramos Anicama y el señor Eufonio Avendaño; se argumentó que el nombre “Los Olivos” hacía referencia a los triunfadores en la época antigua de Roma y Grecia, el ingreso de Jesús con sus discípulos a la ciudad de Jerusalén, así como el compromiso y la esperanza de una vida

nueva, tal como lo revela la biblia en la odisea vivida por Noé y su familia en el diluvio.

El consenso fue inevitable y al someterse a votación, los delegados coincidieron en que "Los Olivos" era el nombre ideal para el nuevo distrito, pues estos árboles representan el "triumfo y anhelo de los vencedores".

Entre 1977 y 1979 el sacrificado esfuerzo de dirigentes y vecinos en general, mantuvieron vivo el sueño de formar un nuevo distrito, el cual surgía como una necesidad de los centros poblados comprendidos entre el límite con el río Chillón y la Avenida Tomás Valle.

Siguieron las numerosas ante los Poderes Ejecutivo y Legislativo.

El 6 de abril de 1989 fue creado como Distrito separándolo del distrito de San Martín de Porres por pedido expreso de un importante número de vecinos residentes de las urbanizaciones Las Palmeras, Mercurio, El Trébol, Sol de Oro, Panamericana Norte, Villa Sol, Parque Naranjal, Covida, Villa los Ángeles, entre otras; representados por un Comité Gestor que fue el encargado de hacer las diligencias ante las autoridades respectivas.

El principal motivo de la separación fue el abandono de dichas urbanizaciones residenciales por parte de la Municipalidad de San Martín de Porres⁽¹⁷⁾.

B. Ubicación, límites, extensión, población y su caracterización

El distrito de Los Olivos, al Norte de la Provincia de Lima, ocupa estratégicamente la parte central, tiene una extensión 17 kilómetros 250 metros cuadrados y una población aproximada 285 000 habitantes.

Los Olivos está delimitado por:

Por el Este, Independencia y Comas.

Por el Oeste: San Martín de Porres.

Por el Norte: Puente Piedra,

Por el Sur: San Martín de Porres.

Este distrito representa el 3.48% de la superficie que ocupa el Cono Norte, siendo uno de los distritos de menor extensión de dicha zona.

Su superficie posee un relieve bastante homogéneo y horizontal, la mayor parte del territorio corresponde al Valle Bajo de la cuenca del Río Chillón. En su superficie existen algunas elevaciones de poca altura cercana a los 200 m.s.n.m. como el Cerro Mulería (hacia el sur), Cerro Pro (hacia el norte), entre otros de menor altitud.

C. Desarrollo urbano, vivienda y saneamiento básico

Los Olivos es un distrito considerado de clase media y media alta, urbanizaciones como Las Palmeras, El Trébol, Sol de Oro, Villa Los Ángeles, Mercurio, Covida; son algunas de las más sobresalientes en el distrito. También existe dentro del distrito algunos asentamientos humanos formados después de su creación distrital tales como: AA. HH Enrique Milla Ochoa, AA. HH Laura Caller, Cerro La Libertad AA. HH Mercurio Alto.

Por encontrarse en proceso de consolidación se ha podido encontrar cuatro tipos de patrones de asentamiento dentro del distrito: cooperativas de vivienda, asociaciones y urbanizaciones.

En este distrito predominan las zonas residenciales, ya que existe un proceso acelerado de consolidación en las Urbanizaciones, Asociaciones de Vivienda y Cooperativas.

El sistema educativo está organizado por la unidad de servicios educativos: UGEL 02. Dicha UGEL es la encargada de controlar centros educativos estatales y no estatales de Los Olivos y del Rímac. Entre los centros de educación superior, los más conocidos son: el IPS. Alfonso

Ugarte, el I.T. Manuel Arévalo y el I.T. Los Olivos. Otra institución conocida es SENATI, ya que se localiza en el límite distrital con Independencia.

De áreas libres destinadas para el uso recreacional, tanto activa como pasiva; son 271 las áreas registradas por la Dirección de Saneamiento Ambiental del distrito. En dichas áreas también está considerado el parque Zonal No 03 "Lloque Yupanqui".

Además se han arborizado vías importantes como las Avenidas Santiago Antúnez de Mayolo, Huandoy, Universitaria, Los Alisos, entre otras.

El sistema vial primario está conformado principalmente por el la Av. Universitaria y la Carretera Panamericana Norte, la cual atraviesa gran parte del distrito. Esta última es una vía de vital importancia pues tiene un carril de circulación en cada dirección y por ella pasa la mayoría de los servicios de transporte público. También existen otras vías que conforman una red secundaria como son las avenidas Naranjal y Las Palmeras.

El sistema vial existente en el distrito de Los Olivos es bastante completo y permite la relación, comunicación e integración de los diferentes sectores del distrito.

La sectorización urbana realizada en el distrito se apoya en un sistema vial que permite la relación y enlace entre las distintas zonas del área urbana. El distrito de Los Olivos se encuentra bien equipado en cuanto al desarrollo y trazado de la vía, tanto Regionales (Panamericana Norte) Sub- Regionales (universitaria).

Arteriales (Av., Tomás Valle, Av., Angélica Gamarra, etc.) y Colectoras (Av. Carlos Eyzaguirre, Av. Las Palmeras), formando alrededor anillos viales que permiten un buen servicio a la mayor parte del distrito. Los sectores menos favorecidos donde se encuentra la mayoría de los Asentamientos Humanos poseen vías sin asfaltar y/o sin terminar, lo que impide el Transito fluido del parque automotor o limita su desarrollo.

2.1.3. Reseña histórica del Asentamiento Humano Juan Pablo II

El AA.HH. Juan Pablo II, es integrante del Programa Municipal de Vivienda Confraternidad jurisdicción del distrito de Los Olivos, se fundó el 8 de noviembre de 1989, mediante invasión de tierras, propiedad perteneciente a la Ex Urbanizadora Pro S.A., que actualmente se encuentra en proceso de expropiación.

Los pobladores aún carecen de título de propiedad, como asentamiento humano organizado cumplirá 24 años de posesión de las tierras.

A. Ubicación, límites y extensión y comunidades que la conforman

▪ Ubicación

EL AH. Juan Pablo II, está ubicado a la altura del Km. 20, 500 como referencia altura grifo Las Vegas Panamericana Norte.

▪ Límites

Por el norte: AA.HH. La Franja de los Olivos de Pro

Por el oeste: AA.HH. La Franja de los Olivos de Pro y AH. Los Norteños

Por el este: AA.HH. Enrique Milla Ochoa

Por el sur: AA.HH. Enrique Milla Ochoa

▪ Extensión

El Asentamiento Humano el Juan Pablo II posee un área total 84,500 Habitantes. Está ocupado por viviendas de los pobladores.

▪ Población

La población aproximada es de 3,600 habitantes.

En relación a las etapas de vida de los 201 pobladores.

▪ Caracterización

La población en su mayoría son personas jóvenes adultas.

B. Descripción de la comunidad

- **Descripción geográfica**

La comunidad del AA.HH. Juan Pablo II posee un área total de 845,000 m², está ocupado por viviendas de los pobladores.

- **Accesibilidad geográfica**

Actualmente para llegar al Asentamiento Humano “Juan Pablo II” se cuenta con transporte vehicular masivo, la vía principal es la Av. Huandoy que se interconecta desde el Ovalo Naranjal hasta Cerro Pro conectándose con Panamericana Norte, dicha vía recorre de sur a norte, permite desplazamiento de transporte público de pasajeros, transporte pesado de carga y vehículos de bajo tonelaje.

- **Aspectos demográficos**

En el Asentamiento Humano Juan Pablo II habitan aproximadamente 680 jefes de familias y 3,600 personas, según datos obtenidos

C. Organizaciones sociales que la conforman

INSTITUCIONES PÚBLICAS Y/U ORGANIZACIONES	UBICACIÓN
Parroquia San Francisco de Asís	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.
Pronoei Juan Pablo II	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.
Centro Materno Infantil Confraternidad-MINSA.	Calle 28-66 AA.HH. Juan Pablo II. Altura km 21 de la Panamericana Norte.
Local Comunal	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.
Vaso de Leche	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.
Comedores Populares	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.
Clubes deportivos	Centro cívico s/n AA.HH. Juan Pablo II.

2.1.4. Reseña histórica del Centro de Salud Juan Pablo II Confraternidad de Los Olivos

A. Reseña histórica

- El 2 de febrero de 1992 la naciente comunidad del AA.HH. Juan Pablo II constituye el Tópico Comunitario Juan Pablo II, en la Mz. N, donde se atendía en Primeros Auxilios a cargo de promotoras de salud, capacitadas por ONG.
- El 6 de julio de 1992 dicho Tópico Comunitario se convierte en Puesto de Salud Comunitario Juan Pablo II, que es la fecha oficial de fundación de nuestro Establecimiento de Salud. Funcionó en un antiguo local, al costado del actual PRONOEI Juan Pablo II. El 15 de julio del mismo año se conforma el Botiquín Popular “Mi Salud”.
- Al principio solo atendía una vez por semana y los días sábados por la tarde una Obstetriz. Los demás días atendían promotores de salud.
- En agosto de 1993, el MINSA, a través de la UTES Rímac (hoy Red de Salud Rímac-SMP-LO) envían un médico y una Obstetriz serumistas que atendían en días alternos. El puesto de salud seguía siendo administrado por promotores de salud.
- A partir de diciembre de 1994, el Puesto de Salud pasa a formar parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico de Salud (luego conocido como Salud Básica Para Todos-PSBPT).
- Mientras tanto, la DISA III Lima Norte iba organizando en coordinación con la organización comunal del A.H. Juan Pablo II y promotores de salud, la Asociación Civil sin fines de lucro, que luego daría vida al CLAS-CMIC, en aplicación del Programa de Administración Compartida que había creado en Gobierno y el MINSA a inicio de los años 90.

- Dicha asociación empieza a constituirse en setiembre de 1994 y sigue organizándose hasta firmar el Convenio con la mencionada DISA; producto de los cual, el 1 de julio de 1995 comenzó a atender como establecimiento gestionado por el CLAS.
- El año 2005, debido a la creciente cantidad y calidad de su trabajo es elevado oficialmente de nivel, pasando directamente de puesto de Salud a Centro materno Infantil I-4.
- En julio del año 2012, el MINSA emite la Resolución Ministerial N° 632 mediante el cual se califica como establecimiento estratégico, en el cual somos considerados como Hospital Quirúrgico II E especializado en la atención materna Infantil.
- Ese mismo año, como producto de la experiencia de la aplicación del modelo CLAS y del análisis del mismo, se culmina un proceso de evaluación llevado a cabo por la comunidad organizada, el personal de salud del CMIC y la propia gestión CLAS, como resultado del cual se acuerda la disolución y liquidación del CLAS y el paso a la total gestión del CMIC por el MINSA, proceso que ya se ha cumplido en lo fundamental, faltando solo culminar algunos pasos legales. ⁽¹⁸⁾

B. Número de servicios del establecimiento en la actualidad

- Medicina
- Enfermería
- Obstetricia
- Odontología
- Farmacia
- Ginecología
- Pediatría
- Fisioterapia
- Rayos X
- Servicio Social y Participación Comunitaria

C. Cantidad de personal que labora en la actualidad:

▪ Médico	09
▪ Médico – Pediatra	01
▪ Ginecólogo	01
▪ Enfermeras	04
▪ Obstetricias	07
▪ Odontólogo	01
▪ Psicólogo	01
▪ Promoción de la Salud	01
▪ Tecnólogo Médico	01
▪ Técnico de Laboratorio	01
▪ Técnicos de Enfermería	13
▪ Técnicos de Farmacia	02
▪ Técnicos Administrativos	08
▪ Personal de Servicio de Limpieza	01
TOTAL	51

D. Mejoras y avances hasta la fecha

La creciente mejora de la gestión del Establecimiento, de la organización del trabajo del personal y de la participación organizada de la comunidad, repercutió positivamente en el incremento de la cantidad, calidad y calidez humana de la atención, lo cual trajo consigo un aumento de la demanda de atención de parte de la población, no solo de la jurisdicción asignada sino de otras zonas del Distrito e incluso de otros distritos, llegando a constituirnos en los hechos en un Centro Materno Infantil, categorizado luego por el MINSA como C. S. 1-4. Tal proceso, lógicamente generó, las condiciones y exigencias para la ampliación de la oferta de servicios, de horarios de atención, de personal y de la infraestructura.

Actualmente, se ha hecho la ampliación de la oferta de servicios:

- Atención de partos y otros servicios de Obstetricia todos los días durante las 24 horas del día (1996)
- Ginecología (1997)
- Pediatría (1998)
- Ecografías (2005)
- Rayos X (2006)
- Terapia Física (2006)
- Prueba de bienestar fetal (NST) (2006)
- En el área de Promoción de la Salud se han comenzado a aplicar los programas de Familias y Viviendas Saludables y de Comunidades Saludables, de la mano con la estrategia de Sectorización, y se está consolidando la aplicación del Programa de Instituciones Educativas Saludables.

2.1.5. Análisis FODA

▪ Fortalezas

- Amplio horario de atención diaria en Consultorios Externos de lunes a sábado de 08.00 a 22.00 hrs. Y con atención de Partos, Urgencias/Emergencias y Farmacia las 24 horas.
- Amplia oferta de servicios que incluye desde hace 3 años, Rayos X y Ecografías doce horas diarias de 08.00 a 20.00 hrs. de lunes a sábado.
- Contar con personal profesional y técnico capacitado para dar una atención integral de salud.
- Contar con un personal identificado con los objetivos de la institución y con las necesidades de la población.
- Trabajo en Equipo en los diferentes servicios y estrategias.
- Contar con la mayoría de documentos de gestión como son Guías, manuales, planes, programas, etc. y socializados.
- Apoyo de la Gerencia y CLAS para las capacitaciones extra institucionales al personal CMIC.
- Buenas relaciones interpersonales del equipo de salud que permiten una mejor coordinación.

- Reuniones técnicas y de capacitación periódicas para el mejor funcionamiento y monitoreo de las actividades que realiza el establecimiento.

▪ **Oportunidades**

- Apoyo por parte de la DISA V Lima Ciudad - 2009.
- Gran receptividad y aceptación por parte de la población de nuestra jurisdicción y la del entorno por los servicios que ofrece nuestro establecimiento.
- Fácil acceso de la población al Centro de Salud.
- Coordinación intersectorial permanente con las organizaciones de base y miembros de la comunidad.

▪ **Debilidades**

- Coordinación intersectorial permanente con las organizaciones de base y miembros de la comunidad.
- Contar con una infraestructura inadecuada y precaria para los requerimientos de un establecimiento de salud.
- Insuficiente RR.HH. en algunas áreas que trae como consecuencia multiplicidad de funciones por parte del personal.
- Insuficiente equipamiento aún en algunos servicios.
- Insuficiente material de IEC impreso.
- Falta de un equipo proyector DATA para la mejor exposición de los temas de IEC, Capacitación, etc.
- No contar con una ambulancia para las referencias.

▪ **Amenazas**

- Insuficiente aprovisionamiento de insumos de algunas estrategias y/ o componentes como PCT, Planificación Familiar, ITS - SIDA etc.
- Tener un hospital de referencia como Cayetano Heredia que no permite un Sistema de Referencia y Contra referencia óptimo.
- Reembolsos inoportunos por las prestaciones SIS.
- Tener una población en su mayoría de nivel socioeconómico bajo, principalmente en las zonas de riesgo.

- Alto flujo migracional de la población que no permite un buen seguimiento en algunos casos. ⁽¹⁸⁾

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de realizar una revisión bibliográfica en la web, base de datos científicas y en bibliotecas, encontramos los siguientes estudios antecedentes:

2.2.1 Internacional

Magda Liliana Orozco Castillo y Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez, en la ciudad de Bogotá-Colombia, en el año 2010, realizó un estudio acerca de “Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería, de una universidad pública”, con el objetivo de caracterizar el riesgo familiar de las familias de los estudiantes de primer y segundo semestre del Programa de Enfermería de una universidad pública. El método fue un estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. La población estuvo conformada por 95 familias. La técnica que se utilizó fue una encuesta y el instrumento el cuestionario “Riesgo Familiar Total 7-70”.

Se concluyó entre otros:

Las familias estudiadas presentan en gran medida un bajo riesgo familiar, seguido del 15% que representa mediano riesgo y el 7% con riesgo alto. ⁽¹⁹⁾.

Luz Velásquez, en Risaralda - Colombia, en 2012, realizó un estudio sobre el “Riesgo Familiar Total y Grado de salud Familiar en Familias con preescolares enfermos Pereira, Risaralda”. Con el objetivo de Caracterizar el Riesgo Familiar Total (RFT) y el grado de Salud Familiar General (GEN) en familias con preescolares enfermos en un Centro de salud de Pereira, Risaralda, entre abril y mayo de 2011. Fue un estudio

descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizó el instrumento “Riesgo Familiar Total 5-33. La muestra estuvo constituida por 50 familias con preescolares atendido en el Centro de Salud de Pereira Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá entre el 21 de julio y el 29 de agosto de 2003. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario.

Se concluyó entre otros:

“...El 40% de estas familias se encuentran en situación de desplazamiento. Cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (43%), predominan las familias tipo I nucleares (64%), con un promedio de 3,8 personas por familia. El 46% de familias se encuentran amenazadas, especialmente por condiciones psicoafectivas (88%), se perciben poco organizadas (74%) y satisfechas (98%)...”⁽²⁰⁾.

Carolina Enríquez Guerrero, Nhora Cataño Ordóñez, en Bogotá - Colombia, en 2008, realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico”, con el objetivo de 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. El método que utilizaron fue estudio descriptivo comparativo transversal con un componente analítico y abordaje cuantitativo. La población estuvo constituida por 186 familias de niños en edad escolar entre 6 y 11 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario y una guía de observación.

Concluyeron entre otros:

“...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...”⁽²¹⁾.

Diana Betancurth Loaiza y María Consuelo del Pilar Amaya Rey, en la ciudad de Colombia, en el año 2011, realizó un estudio acerca de “Caracterización del Riesgo Familiar Total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (Caldas)”, con el objetivo de caracterizar el Riesgo Familiar Total de las familias de mujeres en lactancia materna de una institución de primer nivel en Villamaría (Caldas). El método fue un estudio de tipo cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. La técnica que se utilizó fue una encuesta; y el instrumento fue el cuestionario de Riesgo Familiar Total 5-33.

Se concluyó entre otros:

En cuanto a las puntuaciones del RFT 5-33, 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 relación con el 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. Se encontró que el Riesgo Familiar Total está dependiendo muy fuertemente de la situación económica. En cuanto a los servicios y prácticas de salud, se evidencia falta de información sobre los servicios de salud y la subutilización de los servicios de salud”⁽²²⁾.

Ruby Elizabeth Vargas Toloza, Maira Andreina Méndez Méndez, Myriam Zureth Aceros Rolon, en la ciudad de Colombia, en el año 2012, realizaron un estudio para identificar el riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo. El método que utilizó fue un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. Para la determinación del Riesgo Familiar Total se utilizó el instrumento de riesgo familiar total (RFT 5-33) de Amaya P. (2004).

Se concluyó entre otros:

La población representada por 288 familias que residen en la ciudad de Cúcuta, ingresaron a la Clínica San José de Cúcuta durante el periodo de Abril a Noviembre de 2010. Se calculó una muestra de 165 familias con un nivel de confianza del 95%. Se adoptó un margen de error del 5% para efectos de tener confiabilidad y obtener una muestra de tamaño adecuado.⁽²³⁾.

María Mendoza Flores, Pilar Amaya Rey, Guillermo García Méndez, Alma Araceli y colaboradores, en la ciudad de México, en el año 2010, realizó un estudio acerca de “Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes”, con el objetivo de describir el riesgo familiar total de las gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. El método fue un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La población estuvo conformada por 500 familias con una mujer gestante. La técnica que se utilizó fue la entrevista y una encuesta; y los instrumentos fueron la guía de entrevista y el cuestionario de riesgo familiar total: RFT Mx-33.

Se concluyó entre otros:

El tipo de familia que prevaleció fue la nuclear, seguida de las atípicas, extensas y pareja. El antecedente heredo-familiar que resaltó fue diabetes, seguida por hipertensión arterial, problemas de alcoholismo y cáncer. En cuanto a la suma global del RFT se encontró que lo que más sobresale son las familias amenazadas, seguido, con igual porcentaje, bajo riesgo y alto riesgo ⁽²⁴⁾.

2.2.2 Nacional

Elizabeth Abrego, Betzabeth Larios y Jacqueline Onofre, en el distrito de Comas de Lima Perú, desarrollaron el estudio titulado Riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012, el objetivo del estudio fue determinar el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012, el método utilizado fue cuantitativo, en cuanto al diseño es descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por 123 familias, la técnica fue la entrevista y el instrumento el RFT: 5-33.

Se concluyó entre otros:

El Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 es bajo, en cuanto a las dimensiones, las familias en su mayoría eran amenazadas en su situación socioeconómica, seguido de las condiciones psicoafectivas y manejo de menores. En cuanto al riesgo familiar y el tipo de familia no se encontró relación significativa entre ambas ⁽²⁵⁾.

Janet Camargo, Andrea Cachicatari, Yovana Melgarejo en el distrito de Comas de Lima - Perú, desarrollaron el estudio titulado Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento humano Villa señor de los Milagros, Comas - 2012, el objetivo del estudio fue determinar el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012, el método utilizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal, la población con la cual se trabajó fue de 110 familias, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento de recolección es el cuestionario RFT: 5-33.

Se concluyó entre otros:

El estudio señala que se obtuvo del total de familias (n=110) la predominancia de la familia Tipo 2 (extensa-atípica), jefes de familia son mayoritariamente varones. En cuanto a la suma

global del RFT: 5-33, se evidenció que el mayor porcentaje de familias se encuentran en Riesgo Amenazada, seguido de un Riesgo Bajo, a su vez, solo hay un mínimo porcentaje con Riesgo Alto. Las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012 presentan la categoría de Riesgo Amenazados, seguido del Riesgo Bajo y Riesgo Alto ⁽²⁶⁾.

Blas Muñoz Yennifer Gunaly, Ochante Flores Fanel Anghela en el distrito de Comas – Perú en el año 2012, realizaron el estudio de Riesgo Familiar Total en Familias del Sector A – 6 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, con el objetivo de determinar el Riesgo Familiar Total en las familias de dicha comunidad, el estudio fue descriptivo - transversal el método empleado fue cuantitativo no experimental la población estuvo conformada por 100 familias de dicha comunidad, el instrumento usado es RFT 5 – 33 modificado.

Concluyeron entre otros:

Todas las familias se encuentran amenazadas. No se encontró diferencia significativa entre Riesgo y tipos de familia ⁽⁵⁷⁾.

Los antecedentes señalados nos permiten orientar y guiar el trabajo de investigación, también es importante señalar que en nuestro país existen pocos estudios sobre el tema de familia, lo más común que se realiza son lo relacionado a la Funcionalidad Familiar utilizando el instrumento del APGAR familiar.

2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1 La familia

A. Definiciones

En la literatura científica existen diversas definiciones, en esta parte consideraremos las siguientes:

La familia es el máximo sistema social por excelencia, dinámico, evolutivo, flexible, permeable, todo ello para resaltar su función básica, la Adaptabilidad, que le permite contener y manejar las situaciones de cambio tanto internas como externas, previstas o imprevistas, en el conjunto de las relaciones ecosistémicas y de la interacción entre los procesos individuales, familiares, institucionales y sociales ⁽²⁷⁾.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" ⁽²⁸⁾.

La familia es una de las instituciones de referencia más importante para las personas, tanto en sus biografías como en sus proyectos de vida, así como uno de los tópicos presentes en la mayoría de los discursos. En las propuestas de políticas se considera a la familia como un factor explicativo del comportamiento individual y se recomienda la adopción de medidas para que actúe como barrera de contención de diversos problemas sociales. Sin embargo, no hay coherencia entre la extrema importancia asignada a las familias por los gobiernos, las instituciones religiosas y los individuos y la atención que efectivamente se les otorga en las políticas públicas ⁽²⁹⁾.

Estos resultados conducen a que las políticas den especial atención a los cambios que debe enfrentar la familia de acuerdo con los ciclos cronológicos, situaciones y características particulares en cada población.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la familia es considerada como uno de los importantes enfoques integradores que debe aplicarse como estrategia de abordaje, y como uno de los microambientes promotores de salud, desarrollo y bienestar ⁽³⁰⁾.

La Familia como la máxima institución social, ha cambiado en su estructura, funcionamiento y ciclo vital. Es considerada como un sujeto prevalente de derechos y un nuevo actor social, a nivel nacional e internacional. En sus relaciones ecosistémicas, dinámicas, flexibles y adaptativas, es influenciada por los fenómenos socio-económicos, culturales y políticos del tercer milenio, que afectan todas las estructuras familiares, según su estrato socio-económico y condiciones ⁽²⁷⁾.

Según el Ministerio de Educación del Perú, la familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de consanguinidad, matrimonio o adopción, que habitan en un determinado lugar, se relacionan entre sí, comparten responsabilidades, vínculos afectivos y/o consanguíneos. La Familia permite la interrelación entre el individuo y la sociedad ⁽³¹⁾.

Vemos que la familia siempre ha sido y es, el principal pilar de la sociedad. Es el lugar donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan, por ello debe ser el refugio y alegría de todos sus miembros que la conforman. Por otro lado, vemos cuando en la familia se presenta problemas tanto a nivel intrafamiliar como extra familiar, esto va repercutir en todos sus miembros debido a la interrelación existente.

Yolanda López considera que “La familia en los diversos tipos que ha asumido a través de la historia, se reconoce como una creación cultural, universal, encargada de resolver el problema de la reproducción de la especie y de la subsistencia del grupo a través de la regulación de la vida

sexual, de la procreación, de la socialización de las nuevas generaciones, y de la división social del trabajo” (32).

Friedemann, define a la familia como una unidad con estructura y organización, que interactúa con su ambiente. La familia es un sistema con subsistemas interpersonales de parejas, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes. La Familia está conformada por todas las personas que llevan funciones familiares y están emocionalmente conectadas al individuo. La familia se define como todas las personas que un individuo considera su familia (33).

Desde la perspectiva crítica de la visión de la familia y siguiendo el pensamiento de Bourdieu, la familia es “una abstracción, una categoría o ficción nominal que, a través del mandato simbólico de cohesión y adhesión vital, constituye un cuerpo único de referencia simbólica e histórica para todos los individuos”. (34)

Desde un enfoque de Interacción Familiar Rose dice que “la familia es tomada como unidades de personalidades de interacción y examina la dinámica familiar interna, incluyendo procesos de comunicación, roles, toma de decisiones y resolución de problemas, y patrones de socialización”. (22)

Es una teoría de uso amplio donde se muestra al individuo dentro de un contexto familiar y donde cada miembro ocupa posiciones formales e informales asumiendo diferentes roles.

Nye & Berardo analizan la familia desde la teoría Estructural Funcional, entonces la familia es un sistema social; dicen que quienes utilizan esta perspectiva quieren entender el sistema social o familiar y su relación con todo el sistema social (33).

Estos autores examinan a la familia en su relación con otras estructuras sociales importantes (medicina, religión, educación, gobierno y economía), por tanto, no solo ven las relaciones entre sus miembros.

El enfoque teórico de sistemas brinda un panorama más amplio aplicado a familia. La teoría derivada de la física y la biología de Bertalanffy define a la familia como un sistema. Un sistema está compuesto por un grupo de elementos que interactúan, cada sistema es identificable como distinto del ambiente en que existe. Un sistema abierto intercambia energía y materia con el ambiente (negentropía) mientras que un sistema cerrado está aislado de su ambiente (entropía). Ve a la familia como un sistema abierto viviente. Bertalanffy este enfoque no olvida al individuo como una unidad del sistema familiar y Permite estimular a las enfermeras a ver a sus clientes como miembros participativos de una familia ⁽³⁴⁾.

Según Velásquez, la familia “está constituida por un grupo de individuos hombres – mujeres, adolescentes y niños, cuyo rango de edades puede extenderse dos o más generaciones. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad. La familia normalmente posee una larga historia colectiva. Su vida es un continuo flujo del distante pasado, del presente y futuro. La familia tiene ciertas propiedades que les distingue: comparten un lenguaje, una clase social, un hogar y un ingreso económico, tiene como funciones especiales proporcionar la satisfacción de necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos” ⁽³⁵⁾.

Según Hernández, considera que la familia “Son las personas con quienes usted comparte la vivienda en este momento de su vida y con quienes tiene una relación de sangre o de adopción, siendo usted, según su caso, uno de los hijos, el padre y esposo, la madre y esposa, el compañero o conviviente de la madre, o la compañera o conviviente del padre” ⁽³⁶⁾.

También lo define como “un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción o por relación estable de más de un año” ⁽³⁶⁾.

En la guía nacional de Operativización del modelo de Atención Integral de Salud, define a la familia como la unidad fundamental de la comunidad. Sus miembros interactúan entre sí y con el medio natural, cultural y social. Por tanto, no es sólo la suma de sus miembros, y su abordaje requiere un enfoque a la familia ⁽³⁷⁾.

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) releva como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local ⁽³⁸⁾.

Con respecto al tema de la familia, el congreso de la república del Perú, en su ley de fortalecimiento de la familia (ley N° 28542), en su artículo 1 menciona que esta ley tiene como objeto promover y fortalecer el desarrollo de la familia como fundamento de la sociedad y espacio fundamental para el desarrollo integral del ser humano, basándose en el respeto de los derechos fundamentales y las relaciones equitativas entre sus miembros y velando especialmente por aquellas y familias que se encuentran en situación de extrema pobreza, pobreza o riesgo social. ⁽³⁸⁾. En el foro "Estado y Sociedad unidos por la familia piurana" dado por el Instituto de Ciencias para la Familia (ICF) de la Universidad de Piura, su director, el Sr. Paul Corcuera, afirmó que: la familia es un objeto de estudio interdisciplinario, pues su estructura y dinámica, afectan el ámbito privado y la vida social: "el estudio de la familia puede hacerse desde adentro para abordar las relaciones interpersonales de sus miembros, y hacia fuera,

como elemento primario del tejido social". Durante su disertación "La familia como objeto de estudio universitario", Corcuera destacó la importancia de contar con diagnósticos rigurosos sobre la situación de la familia peruana, como requisito indispensable para crear políticas públicas que la protejan y promuevan (39).

La familia de ayer era numerosa, el padre ejercía la autoridad de manera rígida y asumía el papel de proveedor económico. La madre se encargaba de formar, atender al esposo-compañero e hijos, conciliar entre ellos y establecer mecanismos de comunicación. Los valores tradicionales eran: respeto, honradez, buenos modales, obediencia (35).

Podemos concluir que la familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo y constituye la unidad básica de la sociedad. En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Podemos afirmar que una de las características de la familia es que todos se alimentan de una misma olla. Dentro de la familia se da amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad, por tanto, podemos afirmar que la unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

B. Tipos de familia

Osorio define los tipos de familia dependiendo de las relaciones de parentesco, entre ellas están:

- Pareja conyugal: Estructura del rol familiar. La constituye la pareja. No incluye otros familiares.

- Familias nucleares: Un núcleo central formado por la pareja conyugal e hijos; por la madre e hijo (s); por el padre e hijo (s). puede darse o no la presencia de otros parientes.
- Familias nucleares conyugales: Una pareja conyugal e hijos solteros. Se puede subdividir a su vez en:
 - Nuclear - conyugal reducida: con menos de cinco miembros.
 - Nuclear- conyugal numerosa: con más de cinco miembros.
- Familias extendidas: Una pareja conyugal con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta.
- Familias extensas: Con más de una pareja conyugal con o sin hijos y la presencia o no de parientes ⁽⁴⁰⁾.

Zurro menciona que los tipos de familia son las siguientes:

- Familia extensa: Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.
- Familia nuclear íntegra: Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
- Familia nuclear ampliada: Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.
- Familia monoparental: Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.

- Familia reconstituida: Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior ⁽⁴¹⁾.

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud clasifican a las familias de la siguiente manera:

- Familias nucleares completas: aquellas donde conviven los dos padres biológicos o adoptivos y los hijos solteros.
- Familias incompletas: aquellas donde conviven los hijos solteros y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de la familia. Otra forma de familia incompleta es aquella donde conviven sólo los hermanos, hijos de los mismos padres, fallecidos o totalmente ausentes, de modo que alguno o algunos de los hermanos asumen el papel paterno o materno frente a los demás.
- Familias extensas: donde conviven personas de tres generaciones (abuelos, padres, hijos, nietos) o con relaciones de parentesco con el adolescente, distintas a las de padre, madre o hermano, tales como tío, primo, sobrino, cuñado, etc.
- Familias reconstituidas: donde conviven la madre o el padre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.
- Familias mixtas: donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos, y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.
- Familias con padre "visitante": son una variante de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero socialmente no se considera como incompleta, porque él cumple con las

funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia. Comúnmente esta forma de familia existe en culturas donde se acepta que el hombre mantenga una relación estable con dos o más compañeras con hijos ⁽⁴²⁾.

Según Pilar Amaya, en el año 1992, clasifica los tipos de familia según los siguientes criterios:

- Familia nuclear: está constituida por ambos padres biológicos y los hijos. Se caracteriza por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.
- Familia nuclear modificada: Comprende las familias donde solo están la madre o el padre con los hijos; puede ser hijos de diferentes uniones.
- Familia nuclear reconstituida: Familia donde hay pareja, pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
- Familia extensa: está compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos.
- Familia extensa modificada: Es aquella 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 puede ser personas de la generación de los abuelos o nietos con o sin la presencia de los padres.
- Pareja: Está compuesta únicamente por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, estén casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean 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 efecto de estandarización Pilar Amaya lo reduce en categorías de 2 tipos: familia nucleares y parejas (tipo 1) y familias extensas y atípicas (tipo 2).

Amaya afirma que es necesario registrar también el rol dentro de la familia de la persona encargada de brindar la información, así como el género y la edad. Si el entrevistado no hace parte del núcleo familiar original, sea consanguíneo o no, debe indagarse sobre el tiempo de presencia de este en la familia y se procede si ha permanecido por un periodo no inferior de un año y conoce la trayectoria familiar ⁽⁴³⁾.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) clasifica los tipos de familia de la siguiente manera:

- a. Nuclear: Constituida por ambos padres y los hijos.
- b. Extendida: Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación.
- c. Ampliada: Constituido por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.
- d. Monoparental: Formadas por el padre o la madre u los hijos.
- e. Reconstituida: Constituida por uno de padres, su nueva pareja y los hijos.

C. Funciones de la familia

La familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros juegan distintos papeles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia como un todo y para contribuir a la sociedad en la que está inmersa.

Los seres humanos pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales: escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios, asociaciones, etc. Sin embargo, la familia es el sistema donde vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las

tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso ⁽⁴⁴⁾.

La familia cumple con importantes funciones para la sociedad:

- Función biosocial: Debido a que cumple la función de reproducción y se crean las condiciones para el desarrollo social, psicológico y físico de los integrantes de la familia.
- Función económica: Se realiza a través de actividades que garantizan la integridad de quienes conforman la familia. Incluyendo la administración y la obtención de los recursos monetarios y bienes de consumo.
- Función educativo-cultural: Se relaciona con la transmisión de valores éticos morales que se derivan de las regulaciones, normas y principios que se observan, y se aprenden en la familia. La produce el proceso de transmisión de experiencia histórico social en la vida cotidiana.
- Función afectiva: Se realiza en la familia al transmitir el amor que se profesan entre si sus integrantes. Contribución a la formación y desarrollo de la personalidad individual ⁽⁴⁵⁾.

Entre las distintas clasificaciones que se le da a las funciones de la familia podemos mencionar la siguiente:

- Funciones Intrafamiliares: Cada participante debe recibir tres funciones básicas por parte de la familia como tal:
 - a. Apoyo y protección para satisfacer las necesidades materiales y biológicas.
 - b. Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su familia, así como también la sociedad.

- c. La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros ⁽⁴⁴⁾.
- Funciones Extra familiares: La familia está expuesta a “presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares”. “La respuesta a estos requerimientos exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia” “para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad” ⁽⁴⁶⁾.

La familia debe “trasmitir los valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social complejo y competitivo”. La familia está influenciada por el estrato social al que pertenece. Por lo tanto, una de sus funciones es la de proveer un status a sus miembros.

Al ser la familia la unidad primaria de la sociedad, entre sus miembros se desarrollan diversas funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, que le permiten tener una dinámica específica y propia. ⁽⁴⁴⁾

Podemos concluir que la principal función de la familia es la socialización del Hombre.

D. Ciclo vital de la familia

Según Huerta; Se puede definir como un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Dentro de la familia cada miembro tiene funciones o tareas específicas que deben de realizar antes de pasar a la siguiente etapa, ya que, en general, la no realización de las mismas puede llevar al individuo a conflictos y tensiones.

Un aspecto muy importante es que no todas las familias pasan de modo secuencial por el ciclo completo. Cada familia es diferente y en algunos casos es difícil clasificar una familia dentro de alguna etapa predefinida.
(47)

La tarea primordial de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso. Se acepta que, dependiendo de la etapa de la familia, se puede ver afectada la salud de los miembros de diferentes formas ⁽⁴⁰⁾.

Según Duvall (1977) el ciclo de la vida está compuesto por 8 etapas:

- Primera etapa: Pareja sin hijos
Se caracteriza porque la pareja se independiza de sus familias de origen, además de la imposición de límites de poder e intimidad.
- Segunda etapa: Nacimiento del primer hijo
Se caracteriza porque puede originar situaciones de estrés en la pareja.
- Tercera etapa: Hijos preescolares
El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio (30 meses) y seis años de edad.
- Cuarta etapa: Hijos escolares
El hijo mayor ya acude a la escuela encontrándose entre los 6 y 12 años y contrastan su sistema familiar con el de sus amigos y compañeros.
- Quinta etapa: Hijos adolescentes
En esta etapa existe la necesidad de permitir mayor autonomía a los hijos, ya que el mayor se encuentra entre los 13 y 19 años.
- Sexta etapa: Desprendimiento
Surge lo que se llama “nido vacío”, debido a que los hijos empiezan a formar familias colaterales al empezarse a casarse.

- Séptima etapa: Padres solos
Se enfrentan a la vejez, los padres nuevamente se encuentran solos, y a la aparición o complicaciones de enfermedades crónicas. Disminuye el atractivo físico y la capacidad para laborar.

- Octava etapa: Padres ancianos
Los padres se encuentran en la tercera edad y suelen cursar por situaciones de angustia por el envejecimiento pronunciado y por la separación de los hijos, por la muerte.

El ciclo vital es un proceso que toda familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte. La familia en cada etapa del ciclo enfrenta un conjunto de tareas y también se presenta un grupo de problemas y conflictos que le son propios a la etapa ⁽⁴⁰⁾.

El Ciclo vital familiar según Geyman, está compuesto por los siguientes aspectos:

- Matrimonio: En esta etapa hay ajustes en la vida de pareja, debido a que comienza con la consolidación del vínculo matrimonial y finaliza al llegar el primer hijo.

- Expansión: Es el momento en que empiezan a incorporarse nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de un adecuada coordinación y organización entre la pareja para no descuidar la relación en el sistema conyugal y atender las necesidades de los hijos.

- Dispersión: Durante esta etapa los padres deben de ajustar sus pensamientos a los de los jóvenes, lo cual puede generar conflictos. Está próxima la independencia de los hijos mayores, debido a que son adolescentes y el resto de los hijos ya asisten a la escuela.

- Independencia: En esta etapa los lazos entre padres e hijos debe de fortalecerse ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir; debido a que los hijos ya han formado sus propias familias.
- Retiro y muerte: Caracterizada por presentar sentimientos de nostalgia e incertidumbre. Se afrontan situaciones difíciles como la incapacidad de laborar, la falta de recursos y, en ocasiones, abandono por parte de los hijos ⁽⁴⁸⁾.

Según la OMS, estas son las siguientes etapas de la familia:

- Fase de formación: La adaptación marital obliga a cambios importantes, al perder parte de la individualidad, se debe potenciar una mejor relación interpersonal que permita una aceptación mutua en lo emocional, cultural y sexual.
- Fase de extensión: El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la vida de la pareja que deberá adaptarse a los nuevos requerimientos que supone la ampliación de la familia, la gran parte de su tiempo, la madre se ocupará en atender al niño; posponiendo sus relaciones con los amigos, proyectos personales e incluso relaciones con su pareja. También el padre, debería modificar sus hábitos colaborando con el cuidado del niño.
- Fase de contracción: Se inicia esta etapa con la salida del primer hijo del hogar paterno, por ello, se la conoce también con el nombre de “familia lanzadera”. El inicio de la contracción ocasionara modificaciones de roles y tareas en los miembros que se mantienen en el hogar y cambios de relaciones con los que se marchan.
- Fases finales de contracción y disolución: La etapa de “nido vacío”. Centran sus problemas en dos estadios, uno corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación en la que vuelven a estar solos, como

en sus comienzos. El otro está relacionado con los problemas de la senectud.

- La jubilación que suele presentarse en estas etapas, conlleva pérdidas importantes, como disminución de ingresos, de nivel de renta, de compañeros y de ocupación ⁽⁴⁸⁾.

Para el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) el ciclo vital familiar está compuesto de la siguiente manera:

- Familia en formación: Pareja que aún no tiene hijos: Noviazgo, matrimonio o convivencia y embarazo.
- Familia en expansión: Pareja con hijos: Nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo en edad escolar, hijo en edad adolescencia e hijo en edad adulto.
- Familia en dispersión: Familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos en el hogar. Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último.
- Familia en contracción: Familia en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola. Jubilación, retiro y muerte de cónyuge

Es importante conocer el ciclo vital de la familia para poder abordar, según Didoni refiere que tenemos que tener en cuenta que, en cada etapa del desarrollo, presenta problemas comunes en determinado contexto sociocultural (Infecciones respiratorias altas y problemas del aprendizaje en las primeras etapas, los problemas crónicos degenerativos en las últimas, dificultad en la flexibilización de los límites durante la adolescencia etc.). Investigar la adaptación a los problemas o cumplimiento de las nuevas tareas que requieren, permite identificar situaciones de estrés que pueden manifestarse a través de diversos síntomas. Por otro lado, permite realizar una consejería anticipada a los

problemas frecuentes en las próximas etapas. Por otro lado, permite incorporar a los miembros de la familia a los programas de salud que se estén implementando en nuestra comunidad, de acuerdo a las etapas del ciclo vital de la familia ⁽⁴⁹⁾.

En un núcleo familiar pueden existir diferentes ciclos de vida en los miembros. Esto es más evidente en una familia de tipología extensa, donde algunos de los miembros pueden a penas estar iniciando el espiral de sus vidas, mientras que otros se están acercando a la última etapa de su existencia. Como es el caso donde hay abuelos, hijos y nietos en una misma familia ⁽⁴⁰⁾.

E. Estructura y dinámica familiar

Cada familia tiene una estructura específica que sustenta las funciones básicas que deben tener y recibir sus miembros para su adecuado desarrollo individual y colectivo. “La estructura familiar se define típicamente por quienes son los miembros de la familia y la relación entre ellos” ⁽⁴⁹⁾.

Entre la persona y la sociedad está la familia, la familia es aquella que ocupa el espacio contiguo al yo en su relación con el mundo. La familia es la célula del cuerpo social, y debido a su organización normativa e institucional, es quien califica y determina el modelo de cada sociedad. Es en este sentido que el estudio de la organización familiar se constituye en una de las claves para comprender el comportamiento de las sociedades humanas en intervenirlas, cuando su dinámica genera o controla riesgos prevenibles con la intervención del sector de salud ⁽³⁹⁾.

Osorio Rodríguez, cuando se refiere a la dinámica familiar, menciona que en la familia existen fuerzas que continuamente condicionan, modifican y determinan las interacciones de los miembros que la integran. Sin duda, no es solo la suma de ellos, sino el resultado de las interacciones de los miembros lo que define la dinámica familiar. ⁽⁴¹⁾.

F. Teorías de la familia

Perspectivas teóricas de la Familia

- Primera perspectiva: Las familias como interacción con base en la teoría del Interaccionismo simbólico. Aplicación al estudio de las familias con identidad y roles familiares. Asimismo, con base en las teorías del conflicto se tiene la Naturaleza conflictiva de las familias. Además, las teorías del intercambio con aplicación al estudio de las Interrelaciones familiares: recompensas y costos.
- Segunda perspectiva: Las familias como sistemas con base en la teoría del desarrollo familiar. Aplicación al estudio del Ciclo vital de las familias. Asimismo, con base en la Teoría de los sistemas familiares se tiene a las familias como sistemas. Además, las teorías de la Ecología del desarrollo humano con aplicación al estudio de las familias como ecosistema.
- Tercera perspectiva: Las familias como construcción social con base en la teoría de la Fenomenología y construcción social de la realidad. Aplicación al estudio de la Construcción cotidiana de la realidad familiar: la familia como discurso. Asimismo, la teoría del Pensamiento crítico y enfoque de género. Aplicación al estudio de la Construcción social del género en las familias y en la sociedad.

G. Situación de la familia en las Américas

En Latinoamérica, “se señalan los cambios culturales de diverso signo a los que han estado sometidas, las transformaciones demográficas, el crecimiento de los hogares con jefatura femenina y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral y en los ámbitos sociales y políticos” ⁽¹⁹⁾.

H. Situación de la familia en el Perú

La situación de la familia a inicios del siglo XXI, refleja que existen realidades urbanas que han ganado conciencia de la libertad personal de mujeres y varones así como una mayor atención a las relaciones interpersonales en la familia, promoviendo la dignidad de la mujer, la procreación responsable y a la educación de los hijos por ambos padres; pero también, existen muchas familias que tienen a sus miembros afectados por enfermedades materno infantiles, enfermedades transmisibles y con manifestaciones de violencia en todas sus formas; Es importante considerar casos de abuso sexual, mujeres que alguna vez fueron agredidas por su pareja, los problemas de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad, familias en alto riesgo social, las ambigüedades acerca de la relación de autoridad entre padres e hijos, disfunciones familiares, los patrones de crianza, desintegración de la familia, como hechos comunes que influyen en la salud de sus integrantes con importancia para la salud pública ⁽⁵⁰⁾.

2.3.2 Riesgo Familiar

A. Definiciones

Según Amaya de Peña: “Es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar.” Se define como una consecuencia adversa de unos o más factores o circunstancia con la posibilidad de desarrollar algún evento que pueda causar algún riesgo ⁽³⁵⁾.

Es la probabilidad de ocurrencia de algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que por el contrario se interrelaciona en una compleja red de factores e intereses culturales, históricos, políticos y socioeconómicos ⁽⁴³⁾.

B. Enfoque de Riesgo en la Salud Pública

La organización Mundial de la Salud, en un estudio fundamenta el enfoque de riesgo, definen el factor de riesgo como cualquier circunstancia o característica averiguable (confirmable, comprobable) de una persona o grupo de personas, que se conoce como asociada con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o estar especialmente afectados de manera adversa. El grado de salud familiar hace referencia a lo que la familia es y la satisfacción que tenga ⁽²⁰⁾.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) en el año 1990, hace mención sobre el enfoque de riesgo como un abordaje conceptual y metodológico que plantea que:

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.
- El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad de daño (prevención primaria) y el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud ⁽⁴²⁾.
- La Organización Panamericana de Salud (OPS) propone un enfoque que haga de la familia el centro de las intervenciones de atención de salud, con el propósito de aumentar la función y la participación de la familia en el mejoramiento de la calidad de vida y de los resultados en materia de salud de la población. Identificando los riesgos que serán contrarrestados por intervenciones con la participación de la comunidad, el cambio de

estilo de vida y la implementación de políticas públicas orientadas a la salud.

C. Riesgo familiar total

Probabilidades de consecuencias adversas individuales y familiares (desorganización o disfunción, enfermedad) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración. Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), ambiental, físico, psicoafectivas, socioeconómicos, de servicios de salud y de prácticas.

Además, involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de ésta, prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlado los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de prevención, asistencia social, promoción y de salud permanente ⁽³⁵⁾.

Riesgo familiar total: el riesgo familiar fue medido mediante el instrumento RFT 7-70, en el cual se clasifica como alto si el puntaje total es mayor de 22, riesgo medio si es de 14 a 21 puntos, y bajo si el puntaje es menor de 14 puntos⁽¹⁹⁾.

D. Postulados de riesgo familiar total

- El riesgo familiar es la probabilidad de desorganización de la unidad familiar u ocurrencia de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad).
- Hay riesgos en diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de salud familiar e individual en el momento de la valoración. Los riesgos se acumulan, se asocian y son de carácter exponencial.

- Los riesgos son cuantificables, medibles, verificables, y en algunos casos son modificables.
- La calificación de riesgo familiar se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
- Se puede relacionar el riesgo familiar total con los tipos de familia definidos por su estructura y composición.
- En la interacción y sus efectos de los riesgos hay complejidad, que ameritan el estudio metodológico, conceptual y permanente.
- La proporción entre grado de salud familiar y el riesgo familiar total es una relación inversa con el total del grado de satisfacción de la familia y las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana).
- Toda familia está expuesta a riesgos demográficos-biológicos (trayectoria de morbi-mortalidad, composición), psicoafectivos, socioeconómicos, prácticas habituales de salud, por el estilo de vida y servicios de salud y sociales.
- Los servicios de salud y sociales disponibles para las familias y los individuos se comportan como factor de riesgo según el grado de la efectividad de operación.
- Los riesgos familiares se asocian y conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
- En las familias algunas condiciones de riesgo se perpetúan de generación en generación, como son el maltrato, el consumo de alcohol y la desnutrición, si los servicios de apoyo social y salud son impropios.
- Los riesgos se asocian a las características propias de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado dependiente intrafamiliar o institucional (si es el caso).

- El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.
- El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención, y a nivel político administrativo en las instancias municipal y regional ⁽⁵⁰⁾.

E. Teoría de riesgo familiar total

La doctora Pilar Amaya, define como factor de riesgo “Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o que esté especialmente afectada de manera adversa, a un proceso mórbido ⁽³⁵⁾.

Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella 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 de salud permanente. ⁽³⁵⁾

F. Dimensiones del riesgo familiar total según Pilar Amaya

A continuación, presentamos en la siguiente tabla las 5 dimensiones o factores que propone pilar Amaya para el RFT:

- **Condiciones psicoafectivos**

Según la teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su trabajo de 1943. Una teoría sobre la motivación humana, posteriormente ampliada. Formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. ⁽⁵¹⁾

Según la OMS dice que Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las

regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe *de Salud Mundial 2001* de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida (OMS, 2001b). Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental; entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco.

Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo (OMS, 2004). Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos. Las proyecciones estiman que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYS ⁽⁵²⁾.

Para poder abordar los factores de riesgo y de protección para el trastorno mental y poder lograr efectos preventivos en la población a nivel global se necesita extender más los programas de prevención primaria ⁽⁵²⁾.

Las necesidades psicológicas son las de más importancia ya que deben satisfacerse a fin de preservar la salud mental. Según nuestro punto de vista las necesidades psicoafectivos más importantes son de afecto y amor, el ser humano siempre está en una lucha constante por el afecto, el amor, el reconocimiento y la pertenencia, y al no verse satisfechas esta llevará a que el individuo obtén por conductas desadaptadas y antisociales.

Por ello podemos concluir que es en la familia donde se deben cubrirse las necesidades psicoafectivas, ya que de estas dependen que el individuo tenga una buena salud mental y emocional, si se cubre la necesidad de afecto el niño o cualquier miembro de la familia aprenderá a transmitir afecto y amar con benevolencia, si se cubre la necesidad de pertenencia, el niño aprenderá a valorar a la familia y lo verá como un núcleo de apoyo, orientación, donde se introdujeron normas y valores que le ayudarán a desenvolverse en la sociedad; si se cubre la necesidad de reconocimiento, el niño tendrá una sana autoestima, valorará sus capacidades y defectos, y logrará ser una persona feliz e independiente y seguro de sí mismo.

▪ **Servicios y prácticas de salud**

Según el MAIS del 2011 nos dice que la salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo ⁽⁵²⁾.

Según el Ministerio de Salud: En relación a los aspectos de salud, la ley 27867 - Ley Orgánica de los gobiernos regionales, establece que es responsabilidad de los gobiernos regionales, coordinar con los gobiernos locales las acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región. Al 2008, el 43% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro, a pesar de los esfuerzos logrados por el Seguro Integral de Salud (SIS) de ampliar la cobertura e inclusión de la población adulta y adulta mayor, anteriormente limitada a las madres gestantes y la población infantil de zonas de pobreza y pobreza extrema ⁽⁵³⁾.

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, está a cargo de la promoción de una cultura de salud que contribuya al desarrollo integral de la persona, familia y sociedad, en armonía con la

dignidad humana y respetando la vida de las personas desde su concepción hasta su término natural. Por tanto, asume el desafío de desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a la familia, formulando planes y políticas, diseñando estrategias de implementación, orientando los servicios para incorporar el enfoque de promoción de la salud, así como elaborando materiales y metodologías en educación y comunicación para la salud, a fin de lograr familias saludables ⁽⁵⁴⁾.

El acceso a los servicios de salud y las capacitación constituye uno de los aspectos centrales y 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, es por eso que Los servicios de salud son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas en especialmente madres gestante y niños , al contar con estos ser vicios el ser humano tendrán un buen desarrollo en sus diferentes etapas de la vida, una vida adecuada y feliz.

- **Condiciones de vivienda y vecindario**

Según la OMS/OPS: La vivienda es un ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia: proveer abrigo ante el intemperismo, garantizar la seguridad y protección, facilitar el descanso, permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de la cultura, implementar el almacenamiento, procesamiento, y consumo de alimentos, suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento, favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los ancianos y minusválidos, el desenvolvimiento de la vida del niño, promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar. En la vivienda se reúne una agenda social dada en la familia, económica en los medios de vida, cultural en las tradiciones y usanzas, ambiental en el contexto físico de su desenvolvimiento. En el ambiente de la vivienda un hombre tipo se sumerge al menos el 50% de su tiempo, cuando sólo dedica un 33% del mismo a la función laboral o docente y un 17% a otros ámbitos ⁽⁵⁵⁾.

Según el INEI nos dice que la tenencia de agua dentro de la vivienda, es uno de los servicios básicos fundamentales para mantener en buen estado la salud de las personas. La carencia de agua y saneamiento adecuado tiene impacto sobre la salud de las personas, su futuro desarrollo y calidad de vida. El contagio de enfermedades transmitidas por falta de aseo personal y contaminación del medio ambiente se agrava por ausencia de agua y saneamiento.

Otro de los servicios básicos relacionado con el estado de salud de la población es el acceso a la red de eliminación de excretas por red pública ⁽¹⁶⁾.

La carencia y las deficiencias de servicios básicos en la vivienda, y la falta de saneamiento constituyen un determinante reiterado del exceso de morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles y de violencia intrafamiliar, y una característica sistemáticamente vinculada a los niveles de pobreza, el rezago socioeconómico y la desigualdad.

La vivienda rural de bajo ingreso, cuando no está inserta en asentamientos, no disfruta de fuentes de agua seguras, y debe enfrentar por sí misma la disposición de sus residuales. Las aguas superficiales o de pozo, dispuestas para el consumo, frecuentemente no están sujetas a tratamiento para la remoción de la contaminación microbiológica, menos aún la contaminación química. El entorno puede resultar perturbado por materia en descomposición, aglomeración de residuos domésticos, olores, proliferación de insectos y otros vectores que pueden constituirse en reservorios y transmisores de enfermedades ⁽⁵⁵⁾.

Por eso todo ser humano debe alcanzar una vivienda saludable adecuada y servicios básicos con espacios físicos limpios que brinde protección contra enfermedades transmisibles, lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas y de otro tipo que puedan contribuir a generar enfermedades o padecimientos crónicos. Una vivienda estructuralmente adecuada con redes de apoyo va ayudar al desarrollo social y psicológico de las personas y disminuir las tensiones psicológicas y sociales

relacionadas con el ambiente de la vivienda, exentos de violencia (abuso físico, verbal y emocional). Además, provee acceso a los centros de trabajo, de educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud.

Las condiciones materiales de vida son determinantes en la conservación de la salud. Estas condiciones dependen de la estructura económica en qué lugar de ella se encuentre la familia.

- **Situación económica**

Los niveles de pobreza de la región latinoamericana, históricamente alarmantes, continúan en aumento en vez de disminuir. En 1980, 41% de los latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza. En 2002, el porcentaje de pobres ya alcanzaba el 44%, 221 millones de personas; 97 millones de ellos (19,4% de la población) viviendo en la pobreza extrema o la indigencia. Tales niveles de pobreza están asociados a la inmensa desigualdad social de la región, la mayor del mundo. Desigualdad social significa que minorías ricas concentran la mayoría de los recursos del país, mientras que la gran mayoría tiene muy poco. Para disminuir estas desigualdades se requiere, lógicamente, de medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos. Desafortunadamente, en la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos, sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se han incrementado en las últimas décadas ⁽⁶⁾.

Los elementos de riesgo socio económico se asocian con indicadores como inaccesibilidad al agua potable, baja cobertura de vacunación, altas tasas de analfabetismo de adultos, altas tasas de desempleo e inequidad. Los riesgos individuales y familiares han sido asociados con la aparición de morbi-mortalidad en cascada y acentuada", asociada con la presencia de enfermedad mental, violencia social, muerte por accidentes, suicidio y situaciones de riesgo por terrorismo. Se presentan en poblaciones vulnerables nuevas modalidades de morbi-mortalidad por los cambios

forzados dadas las circunstancias sociales, y en poblaciones donde se experimenta presión social por disfunción familiar y desocupación.

Ante la dramática insuficiencia de recursos económicos que afecta y dificulta el adecuado desarrollo no solo de las familias empobrecidas, sino también de las familias "supuestamente" acomodadas. Así mismo, se desconoce por qué unas familias son más vulnerables que otras o como varían en su capacidad de ajuste o solución de problemas. También hemos comprobado que cambios excesivos abruma la capacidad física y mental y producen estrés. Eventos vitales tales como pérdida de un familiar, dificultades en el trabajo, carencia de servicios básicos y consigo las enfermedades a causa de la mala nutrición y las violencias familiares que con lleva a que los niños escapen de casa y obtén por una vida de delincuencia o de mendicidad.

La situación económica de la familia se puede calcular sobre la masa de propiedad poro sobre todo el ahorro que se puede medir en la diferencia que hay entre el ingreso familiar total y los gastos. Con dependencia del tipo y nivel de gastos que depende a su vez del nivel de relaciones sociales y el grado de cultura.

- **Manejo de menores**

Según el INEI la encuesta realizada en el 2013 A nivel nacional, la población menor de 18 años de edad, está conformada por 22,1% de menores de 12 años de edad y 13,1% de menores entre 12 y 17 años de edad. Por ámbito geográfico, se observa que en el área rural el 27,6% son menores de 12 años de edad y el 17,0% tiene entre 12 y 17 años de edad; en el área urbana y Lima Metropolitana los menores de 12 años de edad representan el 21,0% y 19,2%, respectivamente Este tipo de hogar está constituido por un hogar nuclear o extendido al que se suman otras personas que no están ligadas por lazos de parentesco ,dichos hogares están conformados por una persona jefe de hogar sin cónyuge ni hijas e hijos, pero que vive con otras personas con las que puede o no tener otras relaciones de parentesco.

La situación de la niñez es una responsabilidad que involucra a los estados y la sociedad en su conjunto. El contexto cultural y socioeconómico del país determina la situación de la niñez y, en particular, por el espacio en el que crece, las condiciones de las familias con las que se socializan, viven y desarrollan.

Con respecto a las familias, se constata que las condiciones en las que se desenvuelven la mayoría de niños, muestran una serie de insuficiencias y desventajas que repercuten desfavorablemente en su desarrollo. Son factores a considerar: pobreza, precariedad de la vivienda, limitado acceso a los servicios básicos, desempleo y subempleo, comercio informal, bajo nivel educativo de los padres, tamaño y composición de las familias, alta tasa de fecundidad y embarazos no deseados, medios masivos de comunicación y ambientes familiares de privados.

Las situaciones de riesgo en que viven millones de niños se han multiplicado; las actividades y preocupaciones por sobrevivir han debilitado la vida familiar y es menor el tiempo dedicado por los padres a sus hijos; pequeños niños encerrados en sus casas mientras los padres salen a buscar ingresos, grafican el abandono en que crece gran parte de la infancia de las familias más pobres de nuestro país. El abandono y el maltrato presionan a más niños hacia las calles, etapa inicial para que más tarde sean internados en alguna institución estatal ⁽⁵⁶⁾.

En las inversiones estatales la educación de los niños no es un sector priorizado; debido a que muchos docentes, carentes de formación, suelen reaccionar con agresiones verbales o físicas y no comprenden las conductas propias de la niñez.

Uno de los factores desencadenantes para el abandono del hogar es la violencia familiar. Algunos niños poseen experiencias previas de vida callejera facilitándoles otro horizonte para sus vidas, descubriendo que

pueden vivir con alegría y sin temores, es por ello, que al salir de sus casas no se encuentran con un mundo desconocido.

La vulnerabilidad de los niños, también depende del nivel económico y la composición de la familia, pero sobre todo el grado de conocimiento de los padres o apoderados.

La vulnerabilidad de los niños en sectores económicos deprimidos en Lima, generan mendicidad y vagabundeo, que exponen a los niños frente a las enfermedades que se difunden y mucho más aún en el estado psicológico de permanente inseguridad, angustia que en general devienen en actitudes de desadaptación y de violencia.

En los sectores de familias de nivel económico medio y acomodado, también se da la vulnerabilidad del niño cuando la composición de la familia no le presta la debida atención, aunque por la estructura social hay medios más organizados de atención de la niñez que en parte superan sobre todo los desajustes psicológicos en niños.

2.3.3 La Enfermería y la Familia

La enfermería en la familia buscar reconocer la relación que hay entre la salud de la persona, la salud de la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las relaciones que existen entre los miembros de la familia y reconoce que las personas y el grupo familiar no siempre alcanzan su mejor salud al mismo tiempo.

La Enfermería en la Familia se caracteriza por:

- a) Motivar y facilitar estilos de vida saludable que promuevan el bienestar familiar.
- b) Realizar cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.
- c) Desarrolla actividades preventivas y de detección precoz de las enfermedades.

- d) Ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante autocuidados.
- e) Contribuir a mejorar, el entorno familiar con el fin de que las personas con alguna discapacidad puedan mejorar su movilidad y cuidar de sí mismos.

2.4. HIPÓTESIS

El riesgo familiar total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos es alto.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO –DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es cuantitativo ya que se utilizó un instrumento de recolección de datos cuantitativo, este instrumento es el RFT 5-33 con el cual se recolectó la información de manera sistemática, lo que nos permite analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es prospectivo ya que las informaciones se registraron según fueron ocurriendo los hechos o fenómenos por otro lado según el periodo y secuencia del estudio es transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento, en un tiempo único, el propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Podemos concluir que este estudio es, cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo.

3.2. POBLACIÓN

Este estudio tomó en cuenta la población constituido por 111 familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos- 2013.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Todas las familias que vivan en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II.
- Tener por lo menos 15 años edad.
- Familias que por lo menos tengan un tiempo de residencia mayor de 1 año.
- Todas las familias que nos den su autorización y firmen el consentimiento informado.
- Personas que se encuentre lucida, orientada que conozca los datos de la familia

- Todas las familias donde este un adulto que nos brinde la información.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Todas las familias que no den su autorización y no firmen el consentimiento informado.
- Todas las familias donde no este un adulto que nos brinde la información.
- Persona con deterioro mental.
- Persona que no se encuentra en su vivienda durante el estudio.
- Persona en estado etílico.

3.3. VARIABLES

Variable: Riesgo Familiar Total

3.3.1 Definición conceptual

Según Amaya de Peña “Es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar”.

Se define como una consecuencia adversa de unos o más factores o circunstancia con la posibilidad de desarrollar algún evento que pueda causar algún riesgo.

3.3.2 Definición operacional

El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la situación económica, características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, manejo de menores, vivienda y vecindario detectadas en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan

Pablo II de Los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas (Anexo A).

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DERECCOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnica

La técnica de recolección de datos que se utilizó en este estudio es la entrevista estructurada que consistió básicamente en una conversación entre dos personas (entrevistado y entrevistador), a todos nuestros entrevistados se les preguntó lo mismo, registrando las respuestas al momento. Se utilizó el instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 secuenciado y dirigido, por lo que se dejó poca o ninguna posibilidad al entrevistado de réplica o de salirse del guion, ya que fueron preguntas cerradas (sí, no o una respuesta predeterminada).

3.4.2 Instrumento

Producto de múltiples investigaciones realizadas desde el año de 1992, la colombiana Pilar Amaya construyó el instrumento RFT: 5-33 (Anexo B).

Instrumento RFT 5:33

FICHA TÉCNICA	
Título	Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33.
Autor	Pilar Amaya.
Aplicación	Individual, familias de estratos socioeconómicos bajos (1, 2 y 3).
Participante	Mayor de 15 años de edad, que lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia, conozca su trayectoria y que consienta su participación
Duración de Aplicación:	Variable, de 20 a 40 minutos
Finalidad:	Evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación

	socioeconómica y manejo de menores, y de una escala de Riesgo Familiar Total.
Material	Manual, formato de aplicación, regla, lápiz, borrador y hoja de perfil RFT: 5-33.
Tipificación	Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica, en muestras de población de estratos socioeconómicos bajos (1 al 3).
Usos	Para la investigación y la práctica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

A. Descripción general del RFT

El Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33, es una adaptación y reducción del Sistema RFT: 7-70 de Amaya de Peña (1992; 1998), por lo que conserva sus lineamientos teóricos y metodológicos básicos. Este instrumento ha mostrado su utilidad clínica y político-administrativa en la detección de riesgo familiar en estratos socioeconómicos bajos. El número de ítems cambió (del RFT: 7-70 al RFT: 5-39, y de éste al RFT: 5-33) con el fin de agilizar su aplicación, evitar redundancia en la información capturada y maximizar su capacidad de discriminación del riesgo familiar total.

El inventario RFT: 5-33 tiene como objetivo detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de disfunción o salud, debido a factores asociados con su trayectoria.

La reducción y adaptación del sistema RFT: 7-70 al RFT: 5-39 se realizó con base en el análisis psicométrico adelantado a partir de las respuestas de una muestra de 230 mujeres gestantes pertenecientes a familias de estratos socioeconómicos bajos (1, 2 y 3) del estudio de medición de salud familiar con gestantes pobres de Bogotá (Amaya de Peña, 1998). Las mujeres participantes en el estudio asistían a control prenatal en centros de atención localizados en sectores surorientales

marginados de Bogotá, y consintieron voluntariamente en participar en la investigación.

El RFT: 5-39 fue a su vez validado y estandarizado de la aplicación a una muestra de 2.364 familias (12.178 personas) de 17 departamentos y 76 municipios de Colombia (2000 a 2002). De las familias se escogió un miembro de cada una de ellas que brindara la información necesaria para diligenciar el instrumento, si éste tenía más de 15 años, permanecía en el sistema familiar desde por lo menos un año Sí conocía la trayectoria familiar y si consentía su participación. Este manual presenta las características de validación y estandarización de la prueba, estimadas a partir de dicho estudio.

El objetivo del presente manual es brindar al usuario de la prueba la información necesaria para la aplicación, calificación e interpretación de los resultados, de manera que resulte una herramienta útil para la identificación de familias en riesgo y para la toma de decisiones sobre las necesidades de atención de las mismas. La información detallada de las características del instrumento se encuentra en el documento de Amaya de Peña y Herrera ⁽⁵⁰⁾.

B. Contenido del RFT: 5-33

Encontramos cinco secciones principales en el Instrumento de Riesgo Familiar Total, RFT: 5-33. Las cuatro primeras identifican y describen algunos aspectos importantes para el conocimiento, la tipificación de la familia y la historia de la trayectoria, aunque no tienen peso alguno sobre el puntaje total del inventario. La quinta sección está compuesta por 33 ítems. Las secciones son las siguientes:

- **Identificación de la familia**

Consta de 15 elementos destinados a recolectar datos de identificación de la familia evaluada y la persona que brinda la información para el diligenciamiento del inventario. Incluye datos de ubicación de la familia

para su posterior seguimiento y el papel que el participante desempeña dentro de la familia. Además, se identifica el tipo de familia evaluada (pareja, nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstruida, extensa, extensa modificada, atípica). Todas las familias constituidas por parejas o cualquier modalidad de nucleares son llamadas familias Tipo 1. Aquellas denominadas extensas o atípicas son llamadas familias Tipo 2.

En la identificación de las familias se incluye caracterización de personas que hacen parte de estas familias según género y edad, análisis de la estructura familiar, período de permanencia en el sector de residencia, afiliación al sistema general de seguridad social en salud, percepción de salud, morbilidad familiar sentida, eventos de salud e instituciones de apoyo familiar, aspectos que dan una panorámica de las familias, pero que no hacen parte del puntaje para la determinación del riesgo o grado de salud.

- **Composición de la familia y riesgos individuales**

Permite identificar a cada miembro de la familia evaluada, incluye información sobre la edad, el género y algunos datos sobre condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con educación sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas entre otros. También permite identificar a los miembros fallecidos.

- **Factores de riesgo**

Conformada por 33 ítems que conjuntamente evalúan el riesgo familiar total. Poseen puntuaciones de "1", "0" y NA (de uso exclusivo para la categoría de manejo de menores) según los criterios que se verán más adelante. A su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar. La tabla 1 muestra la descripción de cada uno de ellos.

FACTOR	Nº DE ÍTEMS	DESCRIPCIÓN
Condiciones Psicoafectivas	10	Riñas de pareja, dificultades relacionadas como ansiedad, privación afectiva, roles no gratificantes y uso de psicoactivos.
Servicio y prácticas de salud	6	Accesibilidad, uso de servicios de salud y disponibilidad. Manejo de problemas prevalentes y prácticas de cuidado de la salud.
Condiciones de viviendas y vecindarios	5	Vecindario en cuanto a seguridad, organización, distribución de espacios e higiene y salud ambiental; y características ambientales de la vivienda.
Situación socioeconómica	6	Las necesidades de recreación, salud, y educación. Los ingresos familiares en relación con las necesidades básicas.
Manejo de menores	6	Presencia de menores de 12 años y el manejo de riesgos psicosociales y biológicos individuales de los mismos.

C. Características psicométricas del instrumento

En esta sección se presentan algunas características psicométricas del RFT: 5-33. Los análisis estuvieron dirigidos a la estimación de la confiabilidad y la validez, así como a la construcción de tablas de conversión estandarizadas que fueran útiles en la interpretación de los resultados.

La validez de un instrumento está relacionada con la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con él, esto en el sentido de que mida realmente lo que pretende medir.

La estimación de la validez puede hacerse por medio de diferentes procedimientos. Una aproximación es a través del análisis de contenido de los ítems de la prueba; aquí, un grupo de profesionales expertos en la teoría que sustenta el instrumento analiza y evalúa aspectos técnicos y de contenido de cada ítem, con el fin de dar una valoración sobre su pertinencia en la inclusión de la prueba; este tipo de estimación hace referencia a la validez de contenido.

D. Confiabilidad

Además de que el instrumento debe medir lo que dice que mide, debe hacerlo de manera precisa, y es aquí donde aparece el concepto de confiabilidad.

La confiabilidad está referida a la exactitud con que el instrumento mide el atributo definido; tal exactitud se manifiesta ante la replicación de los datos. Es decir, se espera que si un instrumento de medición es aplicado dos veces al mismo individuo en condiciones idénticas, los resultados de la segunda aplicación deben ser análogos a los de la primera. Ahora, se espera además que todos los ítem es de un instrumento estén orientados a medir el mismo atributo; aunque esto también atañe a cuestiones de validez, se espera que la exactitud con que el instrumento mida el atributo esté dada por la homogeneidad entre las unidades componentes de éste, es decir, los ítems. En este sentido, se espera que los resultados de una aplicación dependan del atributo que se está midiendo, no de las características de construcción del instrumento. No sobra anotar que la confiabilidad es una condición necesaria para la validez, pero que la confiabilidad por sí sola no abunda en validez. Así, pueden existir instrumentos confiables y no válidos, más no instrumentos válidos sin confiabilidad.

Cualquier tipo de instrumento de medición debe contar con un nivel aceptable de confiabilidad, con el fin de lograr una verdadera utilidad, tanto en el ámbito investigativo, como en la aplicación con propósitos prácticos.

E. Criterios de calificación del RFT: 5-33

Los criterios de corte fueron usados para realizar el baremo, el puntaje total del instrumento para la calificación de Riesgo Familiar se definió en tres categorías, basadas en las escalas de percentiles y de PE (con media = 60 y desviación estándar = 10).

Para los puntajes brutos correspondientes a los cinco factores del instrumento, se definieron dos categorías de calificación de las familias:

- Familias amenazadas: Puntajes brutos ubicados entre los percentiles 1 y 79, o por debajo de una PE de 69 (por debajo de 1 desviación estándar sobre la media).
- Familias con riesgo alto: Puntajes brutos ubicados entre los percentiles 80 y 99, o superiores a una PE de 70 (superiores a 1 desviación estándar sobre la media). Nótese que para el caso de los factores se cuenta solamente con dos categorías de riesgo. Esto obedece a que el rango de puntajes brutos para cada factor es notablemente menor al rango de puntajes brutos correspondiente a la aplicación total. Esta peculiaridad provoca que puntajes brutos bajos en un factor no brinden evidencia suficiente para clasificar a una familia en las categorías de amenaza o de riesgo bajo. Estas dos categorías únicamente son sensibles de discriminar al tener los puntajes brutos totales del instrumento, en los cuales se contempla el riesgo familiar de una manera más amplia, ya que éstos engloban las características definidas para cada uno de los factores.

Además de la observación del riesgo total, se hace necesaria la observación de las categorías de riesgo para cada uno de los factores. Es posible categorizar a una familia en el nivel de riesgo bajo, según el puntaje global presente alguno de los factores ubicados en la categoría de riesgo alto. Esto puede darse porque las puntuaciones en algunos factores son tan bajas que ocultan una alta puntuación en un factor específico, sobre todo si este factor tiene un número menor de ítems. En familias que presentan puntajes bajos en la escala total es necesaria la intervención del profesional de la salud para medidas de protección y promoción de la salud; mientras tanto, las familias que presenten puntajes de amenaza o altos deben ser consideradas para algún tipo de intervención, dependiendo de la priorización o los factores que se

presenten elevados, es decir que la prueba debe ser analizada en términos globales y por factores.

Los puntajes son necesarios como índices, sobre los que se debe realizar las comparaciones y las inducciones. También contienen un peso relativo pues nada supera la inteligente actitud del investigador. La verdad no se halla en los medios utilizados sino en la correlación que se forma entre la teoría normal, la comprensión concreta del fenómeno por parte del investigador ilustrado y los datos válidos y confiables. Los puntajes solo son valiosos si se da en una correlación de lo que la ciencia es capaz de afirmar del fenómeno referimos en este punto al marco teórico la rigurosidad en la construcción de los instrumentos y la rigurosidad en el levantamiento de la información y su correcta consignación como datos ⁽⁵⁰⁾.

F. Aplicación del instrumento

Debido a que instrumento no está elaborado para que lo complete directamente el participante; el diligenciamiento del inventario debe ser elaborado por el profesional de la salud responsable de la aplicación. Este debe conocer a fondo el instrumento, formular adecuadamente cada ítem y contar con la guía detallada para la correcta aplicación del mismo.

Para realizar la entrevista debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Buscar un ambiente con las condiciones adecuadas: Privacidad para que evite interferencias por la presencia de otros, tranquilidad, comodidad, y que disponga con dos asientos.
- La entrevista puede ser realizada en locales de la comunidad o en la misma casa a ser evaluada.

- Interactuar con el participante para facilitar el diálogo sin restricciones, ni temores: brindando confianza y evitando el uso de expresiones de reprobación o aprobación ante alguna narración, observar si se presenta alguna reacción de desinterés o cansancio del participante.
- Antes de comenzar la entrevista, verificar que este todo el material como: formularios, manual de aplicación, lápiz, borrador, regla, perfil de la familia y tablas de calificación en percentiles y puntuaciones.
- Una vez cumplidos los anteriores pasos, se procede a la aplicación propiamente dicha. Como ya se señaló, el formulario consta de cinco partes que el entrevistador debe ir llenando una a una mientras formula las preguntas al participante. A continuación, se presentan las instrucciones para hacer las preguntas y diligenciar el formulario en cada una de las partes. El entrevistador debe tratar de seguir el guión que se presenta a continuación; sin embargo, si el participante responde varias preguntas en una sola respuesta, se pueden escribir en el formulario y no formular tales preguntas.

a) Identificación de la familia: Es un factor que determina la calificación y puntuación, que requiere especial atención del entrevistador. Se trata de información básica sobre la familia. Deben anotarse todos los datos que requiere el formato. Es responsabilidad del entrevistador diligenciar esta sección de la prueba. En el espacio correspondiente a nombre de la familia, se deben escribir los apellidos del jefe de hogar.

Si ambos padres están presentes, se debe señalar el apellido del padre seguido del de la madre. Si es una familia de un solo padre, se deben anotar los apellidos de éste o los adoptados por la familia. El tipo de familia se identifica según los siguientes criterios:

- Familia nuclear: Está constituida por el padre, la madre y los hijos. Está caracterizada por la presencia de dos generaciones de consanguinidad.

- Familia nuclear modificada: que es cuando en la familia sólo está el padre o la madre con los hijos; estos pueden ser de diferentes uniones.
- Familia nuclear reconstruida: Está conformado por la pareja, pero los biológicamente son del padre o madre, no de ambos. Hay presencia de padrastro o madrastra.
- Familia extensa: Está compuesta por: abuelos, padres, hijos y nietos, abarca a los miembros de tres generaciones.
- Familia extensa modificada: La conforman los padres e hijos y además 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 familiares de la generación de los abuelos o nietos, pudiendo contar con o sin la presencia de los padres.
- Pareja: Únicamente la componen dos personas que mantienen una relación de tipo conyugal, estén casados o en unión libre. No cuenta con la presencia de hijos, padres u otros miembros de la familia ya sean consanguíneos o no.
- Familia atípica: Pueden ser grupos de personas o parejas con o sin lazos consanguíneos. Su composición no se enmarca en ninguna de las anteriores tipologías.

Para efectos de estandarización se reducen estas categorías a dos tipos: familias nucleares y parejas (Tipo 1) y familias extensas y atípicas (Tipo 2).

Es necesario registrar también el rol dentro de la familia de la persona encargada de brindar la información, así como el. Género y la edad. Si el entrevistado no hace parte del núcleo familiar original, sea consanguíneo o no, debe indagarse sobre el tiempo de pertenencia de éste en la familia y se procede si ha permanecido por un período no inferior a un año y conoce la trayectoria familiar. El entrevistador debe asegurarse de completar toda la información requerida en el formato de aplicación, para la posterior categorización y ubicación de la familia, si fuere necesario.

b) Composición de la familia y riesgos individuales. En esta sección se deben explorar condiciones biológicas, psicológicas y de educación en salud de cada uno de los miembros de la familia evaluada y escribirlas en el siguiente orden:

- El miembro familiar número uno corresponde al jefe del hogar, así convivan varios núcleos. Cuando conviven ambos padres se anotan primero los datos del padre y luego los de la madre.
- Posteriormente se anotan los datos de los hijos comenzando por el mayor, en orden descendente de edad.
- Finalmente se registran los datos de los miembros de la familia que hayan fallecido.
- Cuando en el núcleo familiar hay miembros adjuntos, ya sean consanguíneos o no, al final del listado se deben registrar los datos requeridos (por ejemplo, abuelos, tíos, empleados, otros) ⁽⁵⁰⁾.

G. Calificación y corrección

Como ya se señaló, la sección de identificación, composición familiar y riesgos individuales, enfermedades de carácter familiar y la sección de instituciones de apoyo familiar, no tienen peso en la calificación total del RFT: 5-33; únicamente se califican las cinco partes componentes de la sección de factores de riesgo.

En primer lugar, se debe identificar el tipo de familia entrevistada, ya que existen tablas de conversión diferentes para esta tipificación: Tipo 1 (familias nucleares y parejas) y Tipo 2 (familias extensas y atípicas). Tal identificación debe estar basada en los criterios de diligenciamiento antes vistos según la composición familiar. ⁽⁵⁰⁾

▪ Obtención del puntaje bruto

La calificación de cada uno de los factores de riesgo o cálculo de los puntajes brutos (PB), como se explicó en secciones anteriores, consiste

en la sumatoria de los ítems componentes de cada factor expresada como $PB = It1a + It2a + \dots + Itna$, donde $It1a$ es el primer ítem componente del factor $Itna$ es el último ítem del factor. Posteriormente, estos PB deben ser transformados a puntuaciones que hagan posible la comparación de la familia con el grupo normativo. El PB total se expresa como la sumatoria de los PB de los factores de riesgo.

Consideramos que, habiendo asumido y comprendido una instrumentación garantizada a nivel metodológico internacional, con el modelo que hemos descrito hasta aquí, nuestra investigación será exitosa ⁽⁵⁰⁾.

- **Transformación del puntaje bruto en puntuaciones estandarizadas (PE)**

El instrumento cuenta con dos sistemas de conversión de los PB: percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE); los percentiles brindan una transformación en términos de porcentajes, mientras las PE la brindan en términos de unidades de desviación estándar, como se vio con más detalle en la sección de baremación y se verá en la sección de interpretación de resultados. Entonces, el PB debe ser ubicado en la(s) tabla(s) de transformación correspondiente(s) dependiendo del tipo de familia; posteriormente el PB es remplazado por la puntuación que le corresponda. El profesional de la salud puede escoger cualquiera de los dos sistemas de conversión, o ambos, dependiendo de cómo quiera interpretar e informar los resultados. ⁽⁵⁰⁾

- **Prorrateo para el Instrumento RFT: 5-33**

Durante el proceso de calificación de un instrumento de medición, se trabaja bajo el supuesto de que la totalidad de los ítems de dicho instrumento fue contestada por el entrevistado. Sin embargo, pueden darse casos en que no se obtuvo la respuesta para uno o más ítems. Por ejemplo, el entrevistado omitió voluntariamente la respuesta, o la situación específica presentada por el ítem no se aplica necesariamente al caso del entrevistado. Para el instrumento RPT: 5-33, asignar un cero a un ítem omitido u obviar una omisión al momento

de calcular el puntaje bruto representa un inconveniente para la validez de los resultados que se reportarán a la familia.

Al asignar cualquier valor a un ítem omitido se está suponiendo una respuesta que el entrevistado nunca dio, mientras que al obviar la omisión se está desconociendo que el entrevistado no quiso dar respuesta a un ítem particular o que la situación planteada por dicho ítem no se aplica a esa familia en especial. Para evitar estos inconvenientes, se sugiere emplear un método simple de prorrateo para las aplicaciones incompletas; dicho método pondera un puntaje bruto para el número de ítems que conforman la prueba, de acuerdo con el número de ítems realmente contestados. Así, se establece una equivalencia entre el puntaje bruto obtenido con un número de ítems inferior al establecido por el instrumento, y un puntaje bruto obtenido con el número de ítems total del instrumento.

Para prorratear un puntaje bruto debe aplicarse la ecuación:

PB el puntaje bruto obtenido, C el número de ítems contestados y 33 el número de ítems que conforman la prueba.

Ejemplo: una familia Tipo 1 (nuclear) obtiene un puntaje bruto de 12, pero respondió únicamente a 28 de los 33 ítems de la prueba. Para prorratear este puntaje bruto se aplica la ecuación de la siguiente manera:

De esta manera se ha establecido el puntaje bruto prorrateado, que para este caso es 14.14. Como en las tablas de conversión los puntajes brutos están expresados sin fracciones decimales, el puntaje bruto prorrateado debe ser aproximado a su unidad más cercana, en este caso 14. Al hacer la transformación de este puntaje bruto en la tabla de conversión, se observa que le corresponde una PE de 86, ubicándose en la categoría de familia con alto riesgo. Nótese que, si no se hubiera prorrateado el puntaje bruto original, es decir 12, la transformación hubiera arrojado una PE de 77, ubicando a la familia en la categoría de familia amenazada. El usuario del instrumento debe tener cuidado en cuanto al número real de ítems abordados y aplicar el método de

prorrateso cuando sea necesario, para así obtener resultados con la mayor confiabilidad y validez posible ⁽⁵⁰⁾.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron proporcionados por las familias del sector 2 del asentamiento Humano Juan pablo II. Tomamos en cuenta a toda la población por tanto la fuente de nuestros datos fueron todas las familias que vivan en dicho Asentamiento humano. Los datos fueron recolectados con el instrumento RFT: 5.33 Para ello se coordinó previamente con los dirigentes del Asentamiento Humano y con los promotores de salud del mismo, estos promotores realizan actividades vinculadas al establecimiento de salud de la jurisdicción. Los datos recolectados fueron organizados en base a una codificación que se estableció previamente (cada familia tuvo su código según el mapeo que realizaremos vivienda por vivienda de la zona de estudio), luego estos fueron registrados en una base de datos la cual organizamos en el programa Excel, esta matriz fue organizada en base a la estructura del instrumento y a lo busca nuestro trabajo ⁽⁵⁰⁾.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para motivos de este trabajo, utilizamos principalmente la estadística descriptiva, una vez teniendo los datos en la base de datos que se construyó a partir de nuestra matriz elaborada, fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 20, luego mostraron tablas y gráficos los cuales fueron coherentes a nuestros objetivos trazados inicialmente. Estas tablas y gráficos fueron descritas y luego realizamos la respectiva discusión de resultados, contrastando lo que hemos obtenido como trabajo de campo con lo que obtuvieron los investigadores consignados en nuestros estudios antecedentes.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

El consentimiento informado es un documento de formato libre que indica al entrevistado su participación de forma voluntaria, y que sus resultados son donados para efectos asistenciales o investigativos y que tiene pleno conocimiento de ellos. El consentimiento fue leído en voz alta al participante; luego tuvo que firmarlo o plasmar su huella digital sobre el formulario, explicándole que su firma o huella es solamente una constancia de que acepta ser participante voluntariamente y que brindará la información siempre y cuando se respete la confidencialidad de la misma. En caso de que el informante desee participar pero que se rehusó a la firma o huella, el responsable de la prueba hará una observación de este hecho en el formulario

Los 5 principios básicos de Bioética:

3.7.1 Consentimiento informado

Cuenta con una redacción en términos sencillos y claros, su lectura se leyó en forma individual a cada participante, de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos, dando a conocer el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios; así como la reserva de la identificación de la familia participante en publicaciones y socializaciones, el consentimiento incluirá la firma. Y se hubiera persona analfabeta se le registrara la huella. (Anexo D)

3.7.2 Autonomía

Se permitió la libre elección de participación en el estudio y decidir el retiro del mismo en cualquier momento, aún después de iniciada la aplicación de la escala, se brindara información sobre el objetivo del estudio, la información requerida, los posibles beneficios de la investigación y el derecho a renunciar en el momento que lo desee, de manera comprensible para que ejerciera la capacidad decisoria,

intelectual y reflexiva para consentir y dar un consentimiento voluntario para la participación. Se obtendrá en constancia el consentimiento informado por parte de cada uno de los informantes de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos. Una vez aceptada su participación se llevará a cabo los estudios.

3.7.3 Principio de beneficencia

Se traduce para las familias participantes y para la comunidad de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos. En que los resultados servirán para diseñar estrategias que fomenten el mejoramiento de la familia y la comunidad en donde viven.

3.7.4 Principio de no maleficencia

Se vigiló a las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos, quienes participaron a lo largo de la investigación en el estudio.

Se permitió a la familia solicitar en cualquier momento de la investigación aclaración de dudas, se protegió el derecho a la integridad de cada una de las familias participantes, resguardando su identidad, a través de un código, para mantener la confidencialidad y se le informó al participante que no se afectaría su integridad física, emocional o psicológica.

3.7.5 Principio de justicia

Se le garantizó a la familia del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos, un trato digno, independiente de las acciones que se tomó durante la investigación, o bien de las opiniones que se dieron acerca del cuidado ofrecido por los Estudiante de la Investigación. Se les informó a las familias que se cumplieron los compromisos adquiridos desde el inicio de la investigación hasta que finalice. Se les

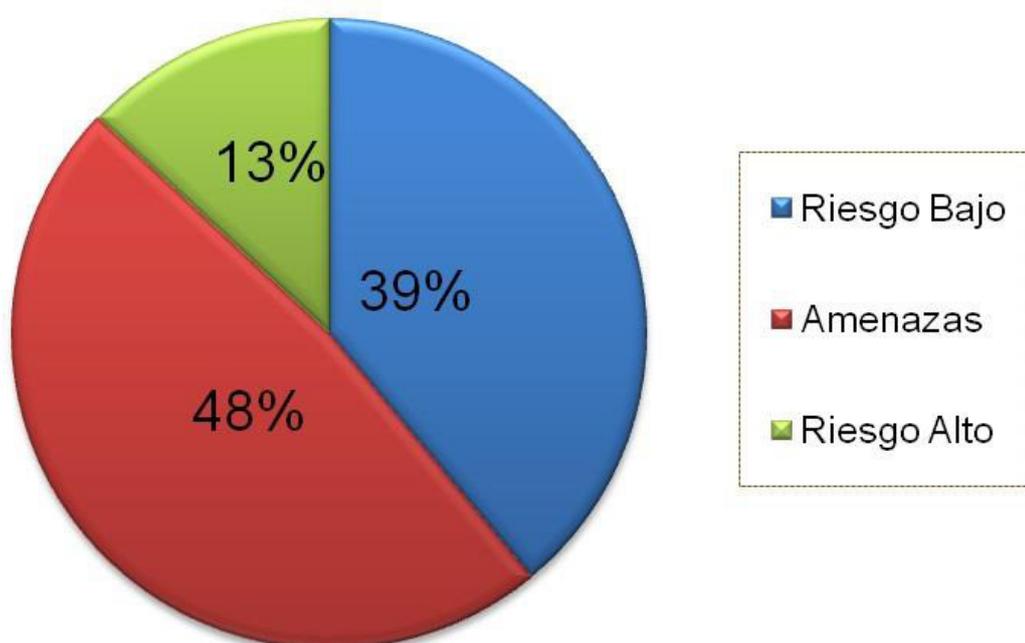
aseguro a las familias que la información obtenida es estrictamente necesaria y que por lo tanto no se utilizó para obtener información adicional ⁽⁵⁰⁾.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos planteados, luego de haber procesado los datos estos fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación. Así tenemos los resultados obtenidos según dimensiones:

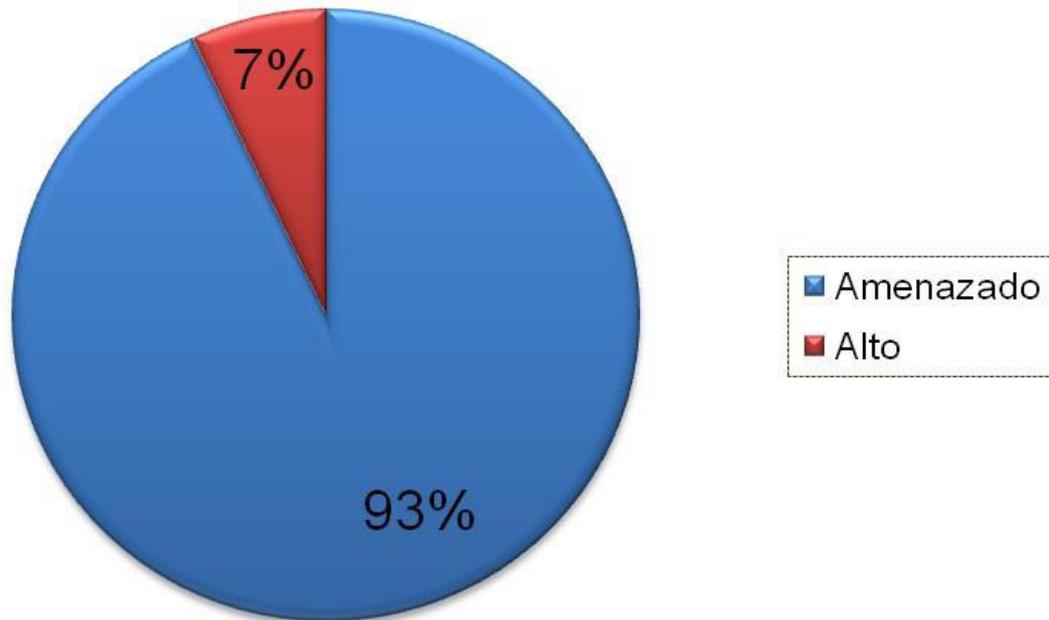
Gráfico 1. Riesgo Familiar Total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

En la distribución del Riesgo Familiar Total en las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, se ha identificado que 53 familias que representan el 47.7% del total son familias amenazadas, seguida de 43 familias que representan el 38% del total tienen riesgo bajo y finalmente 15 familias que representan el 13.5% del total tienen riesgo alto, según el RFT 5-33 de Pilar Amaya.

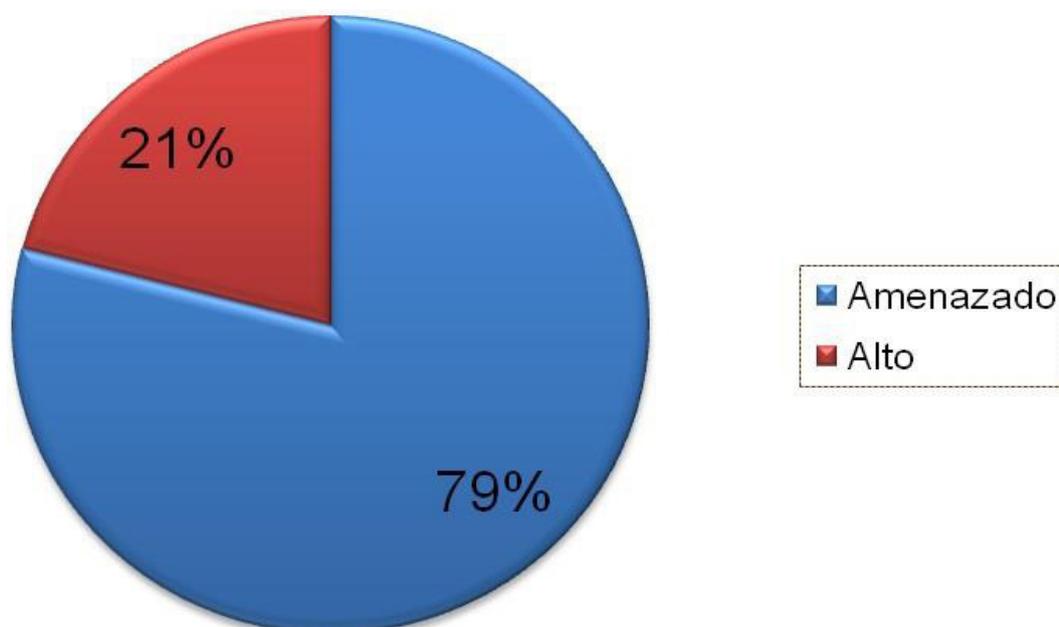
Gráfico 2. Condiciones Psicoafectivas de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

Se ha identificado que de las 111 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II el riesgo de condiciones psicoafectivas se encuentra amenazada con 93% a diferencia de las familias con alto riesgo que presentó 7%.

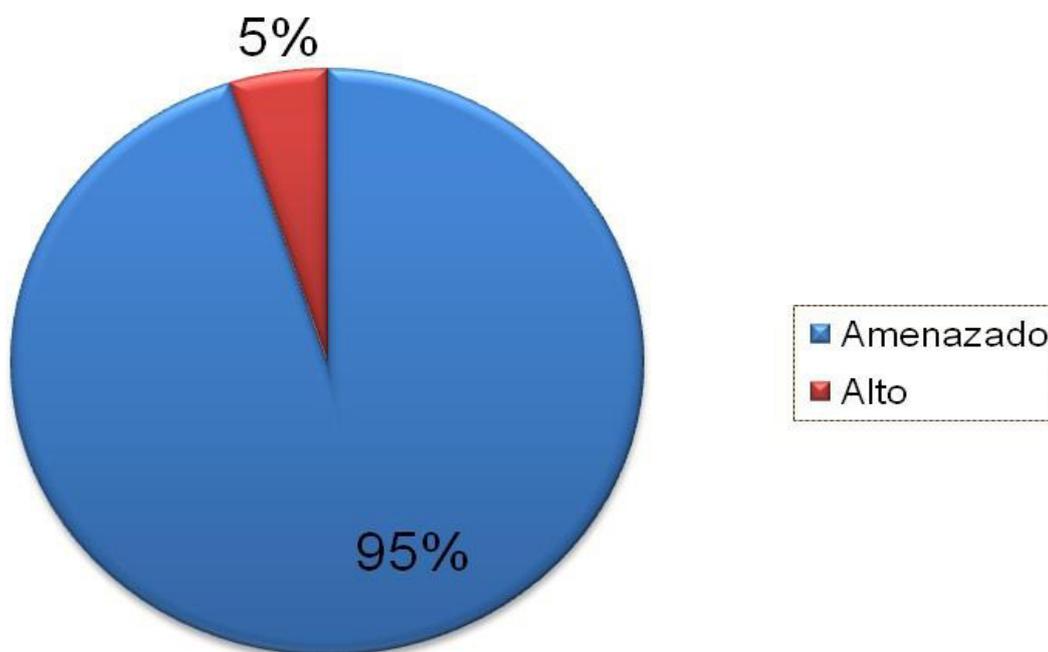
Gráfico 3. Servicios y Prácticas de Salud de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

Se ha identificado que de las 111 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II el riesgo de servicios y prácticas de salud se encuentra amenazada con 79% a diferencia de las familias con alto riesgo que presentó 21%.

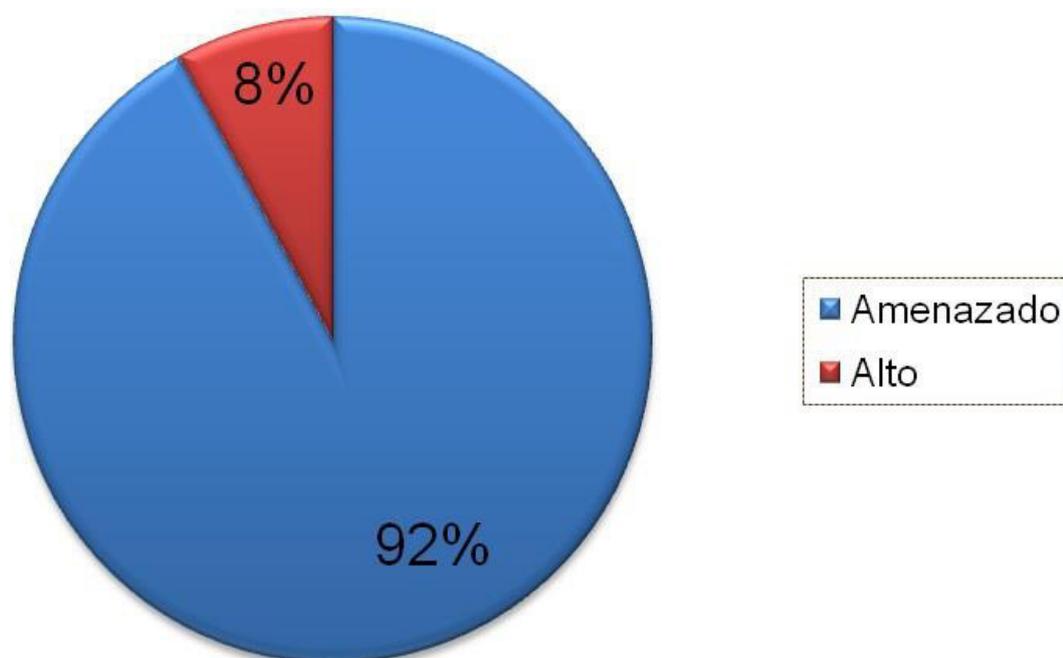
Gráfico 4. Condiciones de Vivienda y Vecindario de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

Se ha identificado que de las 111 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II el riesgo de condiciones de vivienda y vecindario se encuentra amenazado con 95% a diferencia de las familias con alto riesgo que presentó 5%.

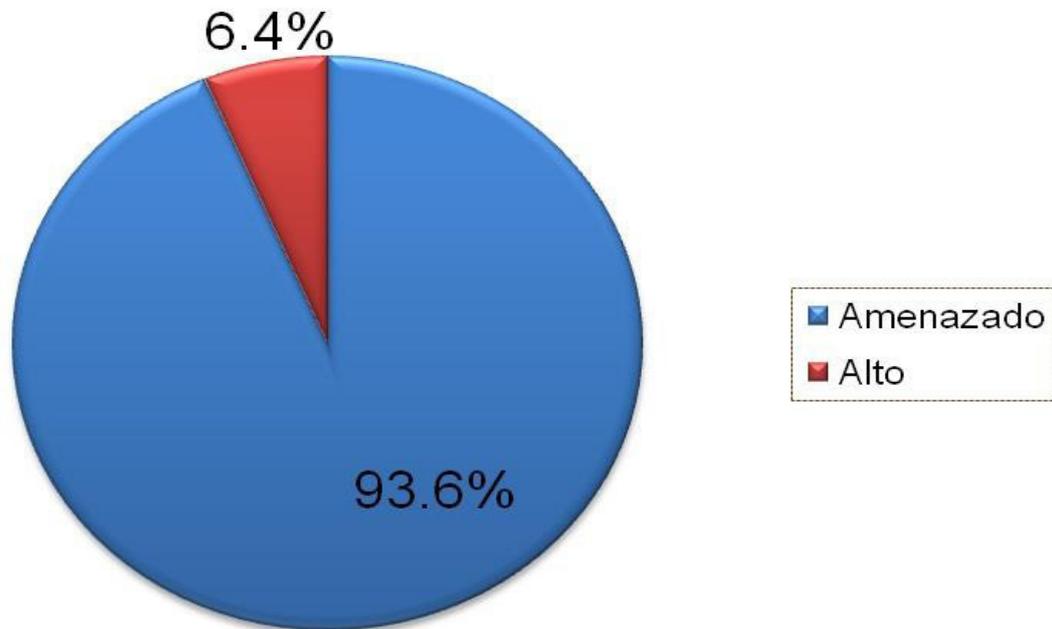
Gráfico 5. Situación socioeconómica de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

Se ha identificado que de las 111 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II el riesgo de Situación socioeconómica se encuentra amenazada con 92% a diferencia de las familias con alto riesgo que presentó 8%.

Gráfico 6. Manejo de menores de las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EPE- UCH

Se ha identificado que de las 111 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II el riesgo de manejo de menores se encuentra amenazada con 93.6% a diferencia de las familias con alto riesgo que presentó 6.4%.

4.2. DISCUSIÓN

Haciendo una revisión de la literatura, tesis realizadas y estudios publicados en revistas científicas (Sus resúmenes están consignados en la sección antecedentes de este informe final), procedemos a elaborar la discusión de nuestros resultados. De todos los estudios antecedentes planteados en esta investigación tenemos que seis son internacionales y dos nacionales, todos los internacionales fueron desarrollados en Colombia (que es la tierra natal de la enfermera Investigadora Pilar Amaya que elabora la teoría del riesgo familiar total) y los nacionales en el distrito de Comas que está en la ciudad Lima.

De todos ellos cuatro estudios utilizaron como instrumento de recolección de datos el cuestionario RFT 5-33 (2 en Colombia y 2 en Perú), otro utilizó el RFT Mx-33, y tres de ellos el RFT 7-70 que es una versión anterior al RFT 5-33, por tanto, contiene muchos aspectos de sus dimensiones que la conforman.

En cuanto a la población participante en el estudio en cinco estudios antecedentes se trabajó al igual que nosotros con la población total, en los otros tres estudios restantes se trabajó con muestra.

En el gráfico N° 1, es posible observar la distribución del Riesgo Familiar Total en las familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, donde indica que un 47.7% son familias amenazadas, seguida de familias de riesgo bajo con 38.7% y riesgo alto con 13.5%, según el RFT 5-33 de Pilar Amaya. Podemos afirmar por tanto que 61.2% de estas están entre amenazadas y riesgo alto. Las familias amenazadas pueden verse de dos formas, primero como una oportunidad para poder intervenir en ellas y disminuir sus riesgos y en segundo lugar mirarlas con mucho cuidado, ya que si las descuidamos pueden llegar al riesgo alto.

En cuanto a los resultados del objetivo general podemos observar que de los ocho antecedentes tres de ellos coinciden en tener en primer lugar más familias amenazadas, luego familias con riesgo bajo y finalmente familias

con riesgo alto, nos referimos a los estudios de Diana Betancurth, María Mendoza y Janet Camargo, cada una con sus respectivos colaboradores. En estos tres casos y en el nuestro encontramos en común que las sumas de familias amenazadas con las familias de riesgo alto superan al número de familias con riesgo bajo, esto hace que encontremos coincidencias como las que se señala la imperiosa necesidad de hacer esfuerzos por trabajar con las familias amenazadas para que estas no lleguen al estado de riesgo alto, es por ello que las estrategias de mejora deben centrarse en este grupo de familias amenazadas y de riesgo alto.

En cuanto a las dimensiones del riesgo familiar total, nuestros resultados arrojan mayor riesgo alto en las dimensiones servicios y prácticas de salud y la situación socioeconómica. Confrontando estos resultados con los cuatro estudios antecedentes que utilizaron el instrumento de recolección de datos RFT 5-33, o sea el de Diana Betancurth (Colombia), Luz Velásquez (Colombia), Elizabeth Abrego (Perú) y Janet Camargo (Perú), solo hay coincidencia en este aspecto con los resultados de Elizabeth Abrego. En ellos es común encontrar el mayor riesgo alto en la dimensión servicios y prácticas de salud. En el estudio de Janet Camargo la dimensión servicios y prácticas de salud no es la que tiene un mayor riesgo alto, pero si ocupa un tercer lugar importante.

En cuanto al riesgo alto en la dimensión servicios y prácticas de salud, se ha visto que en el Asentamiento Humano Juan Pablo II, en las décadas pasadas existía una buena identificación y participación de la comunidad en las actividades del establecimiento de salud, con el correr del tiempo al obtener más comodidades, servicios básicos y construcción de infraestructura vial, la población se fue alejando del establecimiento. Esto se puede evidenciar en la entrevista que tuvimos con pobladores fundadores de dicha comunidad. A pesar del desarrollo aún tienen dificultades en cuanto a la seguridad, saneamiento ambiental y al hecho de ser más partícipes en los programas del establecimiento de salud de su jurisdicción. A pesar de existir una organización social de promotoras de salud, que pueden estrechar más lazos de participación activa de la población con los programas de salud, su

esfuerzo es insuficiente, ya que el modelo de salud que maneja el estado a través del MINSA no responde a las necesidades que demanda estos tiempos donde se plantea priorizar el trabajo de familia y la salud comunitaria de campo. El personal de salud del establecimiento en primer lugar es insuficiente para cumplir ese rol de ser promotores de la salud, además de ello el enfoque que manejan aún sigue siendo el clínico asistencial (priorizan la atención de la persona enferma o con dolencia que acude al establecimiento de salud).

En cuanto a la dimensión socioeconómica en nuestro estudio, esta ocupa un importante segundo lugar en cuanto a presentar familias con riesgo alto, en los dos estudios realizados en Perú si bien es cierto presentan un porcentaje menor de familias con riesgo alto, encontramos coincidencias en el hecho que las familias en general tienen muchas necesidades económicas. En primer lugar, nuestro estudio y los dos estudios realizados en Comas, fueron realizados en asentamientos humanos, y en su mayoría estas familias cuentan con personas que trabajan en condiciones desfavorables. En cuanto a la dimensión situación socioeconómica podemos decir que si bien es cierto la mayoría de familias cuenta con un lote donde vivir y la mayoría de viviendas está alcanzando un mayoritario uso de material noble, estas viven hacinadas, muchos de ellos son inquilinos o alojados. Como señalamos en el planteamiento del problema, la crisis financiera global que está presente en el mundo, afecta de manera directa a las familias, en esta comunidad la mayoría de familias cuenta con pocos o ningún integrante que tenga un trabajo estable, lo cual hace que no tengan ingresos fijos que les permita planificar gastos. En su mayoría los que aportan económicamente cuentan con trabajos eventuales que no les permite garantizar el hecho de satisfacer todas sus necesidades básicas, a lo muchos priorizan alimentación y educación, pero descuidan la salud y otros rubros más.

Por otro lado podemos señalar que de los ocho estudios antecedentes revisados para esta investigación, el riesgo alto no pasa de un 13%, en promedio está en un 4 a 5% del total de familias, solo un caso es la excepción, nos referimos al estudio de Beatriz Pérez de Colombia, ahí las

familias con riesgo alto representan el 62% del total, pero cabe resaltar que la autora refiere que la causa de esto es que las condiciones materiales de vida de estas familias es muy precaria y además de ello al ser de zonas rurales alejadas presentan dificultades mayores para acceder a los servicios de salud.

Finalmente encontramos muchas similitudes en cuanto a los resultados encontrados con nosotros y los estudios hechos en el Asentamiento Humano Villa Señor de Los Milagros de Comas, esto se debe al parecido de los asentamientos humanos y la cercanía de los mismos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos en la investigación Riesgo Familiar Total nos permiten observar que existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.
- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten observar que, en la dimensión Riesgo de Condiciones psicoactivas, existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.
- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten observar que, en la dimensión Riesgo de Servicios y prácticas de salud, existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.
- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten observar que, en la dimensión Riesgo de Condiciones de vivienda y vecindario, existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.
- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten observar que, en la dimensión Riesgo de Situación socioeconómica, existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.
- Los resultados obtenidos de la investigación nos permiten observar que, en la dimensión Riesgo de Manejo de menores, existe un alto nivel de familias amenazadas en el sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.

5.2. RECOMENDACIONES

En la presente investigación los resultados nos permiten proponer las siguientes sugerencias:

- El presente estudio utilizó el enfoque cuantitativo ya que utilizó procedimientos de recolección de datos cuantitativos, por tanto, se sugiere que para futuros estudios se complemente este con procedimientos de recolección de datos cualitativos, así tendremos un mejor panorama para entender mejor la realidad.
- Motivar a los centros de salud a mejorar la calidad de vida de las familias en su integridad física y mental llevando a cabo la norma planteada por MINSA (MAIS para las familias).
- Se sugiere sistematizar un documento que contenga el estado del arte de los estudios de riesgo familiar en el Perú, esto permitirá fortalecer aún más esta línea de investigación importante a desarrollar en el campo de la salud familiar, comunitaria y pública.
- Se sugiere también estudiar más variables relacionadas al riesgo familiar total, esto enriquecería el análisis analítico del mismo.
- También en este trabajo se recomienda que los futuros investigadores tengan una importante consideración en trabajar con todas las familias para de esta forma enriquecer no solo a un sector específico sino a una población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chan M. La crisis financiera y la salud mundial [Internet]. Ginebra: OMS; 2009. p. 1. Available from:
http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/es/
2. Chan M. Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2009. p. 1. Available from:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/
3. Nieves M. Maldonado C. Serie seminarios y conferencias N°61: Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile: CEPAL; 2011. p. 201. Available from:
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/42586/ssc-61-familias-latinoamericanas-feb-2011.pdf>
4. Abadía C. Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioética [Internet]. 2006; 12(1):9–22. Available from:
<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art02.pdf>
5. Borrell C. Desigualdades y Servicios de Salud. Saúde e Soc [Internet]. 2006;15(2):9–22. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/03.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. 132.a Sesión del comité ejecutivo [Internet]. Washington, D.C.: OMS-OPS; p. 23–7. Available from:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-14-s.pdf>
7. Dirección general de promoción de la salud - MINSA. Guía de implementación del programa de Familias y Viviendas Saludables [Internet]. Lima; 2005. p. 98. Available from:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/171.pdf>
8. UNICEF TRACO. Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá; 2008 p. 51. Available from:
[http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf)

9. Chil Trends. Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez Gloria [Internet]. 2013 p. 72. Available from:
http://worldfamilymap.org/2013/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf
10. Aldeas Infantiles SOS. La familia en el centro - 2012 [Internet]. España; 2013 p. 134. Available from:
<http://www.sos-childrensvillages.org/getmedia/f0f81edc-38fb-40fc-873a-0eb6f14237b4/Family-Focus-2012-ES.pdf>
11. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cuba Salud Pública [Internet]. 2003; 29(1):48–51. Available from:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Características de los Hogares y población - ENDES 2012 [Internet]. Lima; 2012 p. 18. Available from:
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
13. Instituto Nacional de Estadística. Evolución de la pobreza monetaria 2007 - 2012 [Internet]. Lima; 2013 p. 106. Available from:
http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico2013_1.pdf
14. Orrego J. Notas sobre la historia de Lima Norte: introducción [Internet]. Lima; 2012. p. 1. Available from:
<http://blog.pucp.edu.pe/item/86180/notas-sobre-la-historia-de-lima-norte-introduccion>
15. Benito J. Pasado, presente y futuro de lima Norte: construyendo una realidad. Lima: Fondo editorial UCSS; 2007.
16. Wikipedia. Cono Norte (Lima) [Internet]. Lima - Perú; 2012. p. 1. Available from: [http://es.wikipedia.org/wiki/Cono_Norte_\(Lima\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Cono_Norte_(Lima))
17. Morillo V. Los Olivos: Un sueño hecho realidad. Lima - Perú; 2005.
18. Equipo de gestión del Centro Materno Infantil Confraternidad. ASIS CMIC Juan Pablo II. Lima; 2014 p. 71.
19. Orozco M. Velásquez V. Caracterización del Riesgo Familiar en familias de Estudiantes del Programa de Enfermería, de una Universidad Pública. Hacia

- la Promoción la Salud [Internet]. 2010; 15(1):78–91. Available from: file:///D:/Descargas/Caracterizaci%C3%B3n Del Riesgo Familiar En Familias De Estudiantes Del Programa De Enfermer%C3%ADa, De Una Un.pdf
20. Velásquez L. Riesgo Familiar Total y Grado de salud Familiar en Familias con preescolares enfermos Pereira, Risaralda [Tesis para optar el título de maestría en enfermería con énfasis en salud familiar]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
 21. Enríquez C, Cataño N. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. SCIELO [revista en internet] 2009 [acceso 20 de marzo del 2010]; 27(2): P. 127 – 138. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a13.pdf>.
 22. Betancurth D. Amaya P. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (Caldas). Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2012; 17(1):29–44. Available from: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(1\)_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(1)_2.pdf)
 23. Vargas R, Méndez M, Zureth M. Riesgo familiar total en salud y grado de salud familiar en las familias de los pacientes diagnóstico de síndrome coronario agudo. Ciencia y Cuidado, volumen 9 número 2. [Revista en Internet] 2012. P. 54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114584.pdf>
 24. Mendoza M. Amaya P. García G. Nava A. Sánchez S. Hurtado R. et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2010; 24(4):236–41. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip104d.pdf>
 25. Abrego E. Larios B. Onofre J. Riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima – Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades. 2013
 26. Camargo J. Cachicatari A. Melgarejo Y. Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento humano Villa señor de los Milagros, Comas

- 2012 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería].
Lima – Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades. 2013.
- 27.** Congreso nacional sobre familia. Familias contemporáneas: transformaciones y políticas públicas de la familia. Medellín; septiembre 2, 3 y 4 de 2009. Colombia: caja de compensación familiar comfenalco antioquia. Red de programas universitarios en familia, (nodo antioquia) 2009.
http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/Estructuras_familiares_modernas.pdf
- 28.** Bustamante M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA [revista en Internet] 2006[acceso 19 de octubre de 2013]; 1(1):38-47. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9B-PG38-CADEC%20Dinam%20Familiar2A.pmd.pdf28>.
- 29.** Arriagada, I. Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, 2007. 23 p.
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/31999/LP96_Familia_lcg2345.pdf
- 30.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud, Washington, 2º ed. E. U. A. 1996.
- 31.** Ministerio de Educación. Aprendiendo en Familia. Programa de prevención Proyecto AD/PER/97/B14.
- 32.** López Y. La familia como campo de saber de las ciencias sociales. Santa Fe de Bogotá: Revista de Trabajo Social. No.5.2003. p.26
www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/download/.../9082
- 33.** Friedemann, M. El marco de organización sistémica una aproximación conceptual a las familias y los roles de enfermería. 1995
- 34.** Betancurth D, Riesgo Familiar Total y Salud Familiar: familias con mujeres en lactancia materna Villamaría. [Tesis doctoral].Colombia: programa de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia 2011;
<http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf>
- 35.** Velásquez L Riesgo Familiar Total y Grado De Salud Familiar en Familias Con preescolares Enfermos Pereira, Risaralda [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.

<http://www.bdigital.unal.edu.co/7059/1/539584.2012.pdf>

36. Hernández A. Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud. Organización Panamericana de la Salud [revista en Internet] 1996[fecha de consulta]01/11/2012;(2):p.10-11. Disponible en la Word wide web:
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Family.pdf>
37. Ministerio de Salud. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Perú; 2004.
38. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES). Ley de fortalecimiento de la familia LEY Nº 28542. Perú: Congreso de la república. 2005.
39. Instituto de Ciencias para la Familia (ICF). Necesitamos diagnósticos rigurosos sobre la situación de la familia peruana. Universidad de Piura. 2008.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf>
40. Osorio A, Álvarez A. Introducción a la Salud Familiar. Costa Rica, 2004.
41. Martín A, Cano J. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 4a ed. Madrid: ELSEVIER; 1999.
42. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín OSP; 1985.
43. Amaya P. Instrumentos de Salud Familiar: familias en general ISF: GEN- Manual. Universidad Nacional de Colombia. 2000.
44. Mejía D. Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). 1991
<http://xa.yimg.com/kq/groups/25011942/948715028/name/SALUD+FAMILIAR+PARA+AMERICA+LATINA.pdf>
45. Gonzales G, Borrego M, Suarez R, Tejeda G, Pérez C, Martínez F. Enfermería Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. P 8.
46. Dominici L. Terapia Familiar". Programa Salud de Adultos. Nivel Nacional. Primer Nivel de Atención. Guías de Atención. Caja del Seguro Social de Panamá. Diciembre del 2003.
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud, Washington, 2º ed. E. U. A. 1996

48. Martin A, Cano J. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 5a ed. Madrid. ELSEVIER; 2003.
49. Didoni M, Jure H, Ciuffolini B. La familia como Unidad de Atención. PAMI, INSSJP.
50. Huerta J. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. México: Editorial Alfil; 2005.
51. Ministerio de Salud. Programa de Salud y Viviendas Saludables Perú 2006
52. Amaya P. Instrumento de riesgo Familiar total RFT: 5-33. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y aplicación del instrumento. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
53. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Ley N° 27867 del 16 de noviembre de 2002. El peruano, Normas Legales, pág.: 233492.
54. OMS. Prevención de los trastornos mentales, Intervenciones efectivas y opciones de política Ginebra; 2004
http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
55. Ministerio de salud. Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad Perú 2011
56. Ministerio de Salud. Documento técnico Promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. Junio 2011
http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/Demanda/DT%20EPPES_CUIDADO%20INFANTIL_PRODUCTO%20FINAL.pdf
57. Blas Y. Ochante F. Riesgo Familiar Total en los factores del sector A-6 el asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012 (Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería) – Lima – Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades.2013

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES							
Título de la Investigación: Riesgo familiar total en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos - 2013							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIO PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo familiar total	El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista dada a cada familia.	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en familias del sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.	10	Familias con riesgo alto	Es aquella familia Tipo 1 que se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferiores de 54, y familia Tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones E inferiores a 53.
			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes.	6		
			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5	Familias amenazadas	Es aquella familia Tipo 1 que se encuentra entre los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68, y familia Tipo 2 con percentiles entre 33 y 76 y PE entre 55 a 68.
			Situación económica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6		
			Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6		
							Sin riesgo: 0 presencia de riesgo: 1

Anexo B. Instrumento Original RFT 5-33

RFT: 5-33
INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR
 [Pilar Amaya]

I. Identificación de la Familia

Fecha de aplicación: valoración: I S C E C Nombre de la familia: _____ Nº de miembros:

Código familiar: _____ Tipo de familia: _____ Permanencia en el sector: meses años

Presencia de gestantes: NO SI Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono familiar: _____

Municipio o ciudad: _____ vereda, localidad o barrio: _____ País, departamento: _____

Nombre del Entrevistado: _____ Rol dentro de la familia: _____

Entrevistador: _____ Centro de atención: _____

II. Composición familiar y riesgos individuales:

Nº	Nombre y apellido	Género edad	Rol	Educación sexual	Servicio salud	Percepción de riesgo	Menores de 12 años				Accidentes	Salud oral	Agudeza visual o aud.	Otras enfermedades u hospitalización	Muerte
							Nutrición	Vacunas	Maltrato	Virales					
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

III. Antecedentes de carácter familiar

Alcoholismo	Diabetes	Hipertensión arterial
Anemia	Down	Infarto agudo de miocardio
Artritis	Enfermedad mental	Leprosia
Asma	Enfermedad renal	Maltrato
Cáncer	Epilepsia	Retardo mental
Desnutrición	Hemofilia	Tuberculosis
		Ninguno

IV. Instituciones de apoyo familiar

Guardería	Centros de salud	Casa vecinal	Grupos recreativos
Escuela	Trabajo	Grupos religiosos	Ninguna

V. Factores de riesgo

1. Condiciones Psicoafectivas 1 0

1 Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2 Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos		
3 Violencia, abuso familiar, maltrato (físico psicológico y social)		
4 Ansiedad permanente por problemas familiares		
5 Privación afectiva, desprotección		
6 Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijo o ancianos		
7 Divorcio o separación conyugal		
8 Fuga de menores, padre o madre		
9 Enfermedad mental o intentos de suicidio		
10 Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros)		
Total factor		

2. Prácticas y Servicios de Salud. 1 0

11 Subutilización de servicios de salud disponibles.		
12 Ausencia de información de servicios de salud.		
13 Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.		
14 Manejo inapropiado de CMG/nutrición.		
15 No detección de riesgos familiares.		
16 Manejo inapropiado de salud dental.		
Total factor		

3. Vivienda y Vecindario 1 0

17 Falta de uso de saneamiento ambiental.		
18 Condiciones insalubres del vecindario.		
19 Higiene y organización deficiente del hogar.		
20 Ausencia de servicios públicos (A, A, E, B).		
21 Problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos.		
Total factor		

4. Situación socioeconómica 1 0

22 Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.		
23 Pobreza: ingreso menor que NBS.		
24 Falta de recreación en la familia.		
25 Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia.		
26 Problemas de salud no resueltos ni controlados.		
27 Inaccesibilidad a servicios de salud.		
Total factor		

5. Manejo de menores 1 0 NA

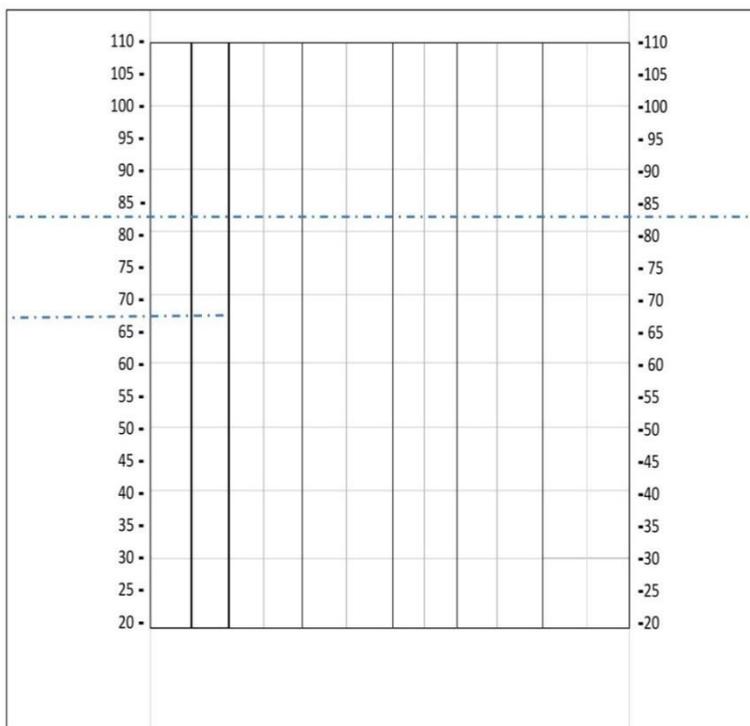
28 Más de cuatro menores de 12 años.		
29 No escolaridad de menores de 12 años.		
30 Manejo inapropiado de EDA, IRA, CD.		
31 Falta de seguridad en actividades de menores.		
32 Presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años.		
33 Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.		
Total factor		

RFT: 5-33 / Instrumento de Riesgo Familiar Total / Pilar Amaya / ISBN 958 -701-383-2

Instrumento de Riesgo Familiar Total Hoja de Perfil Familiar

	PB	Per	PE
Condiciones Psicoafectivas			
Servicio y Prácticas de Salud			
Vivienda y Vecindario			
Situación socioeconómica			
Manejo de Menores			
Riesgo familiar Total			

Observaciones:



FT: 5-33

Instrumento de Riesgo Familiar Total Instrucciones para diligenciar la hoja de perfil Familiar

Para elaborar el perfil

1. Ubique los puntajes brutos (PB) correspondientes a los cinco factores de riesgo (Condiciones Psicoafectivas, Servicios y Prácticas de Salud, Vivienda y Vecindario, Situación Socioeconómica y Manejo de Menores) en el cuadro de Resultados.
2. Consulte en las tablas 10, 11 y 12 de Manual de aplicación los percentiles y las PE equivalentes a cada PB, y escribalos en el espacio destinado para cada cual. Tenga en cuenta el tipo de familia según su composición.
3. Sume las PB de los cinco factores de riesgo para obtener así el PB de Riesgo Familiar Total. Escriba la suma en la casilla correspondiente. Consulte en la tabla 9 del Manual de Aplicación el percentil y la PE correspondiente.
4. Tome las PE de los factores de riesgo y de Riesgo Familiar Total, ubíquelas en el gráfico de perfil familiar y marque un punto en su eje correspondiente. Consulte el ejemplo mostrado en el manual de Aplicación (figura 3).
5. Dibuje una línea que una los puntos de los cinco factores de riesgo. Esto permite visualizar las "puntas de perfil", es decir, los puntajes extremos de la familia.
6. Teniendo en cuenta la ubicación de los puntos dibujados en los ejes, identifique las categorías de riesgo familiar en las que se encuentran la familia evaluada, tanto para los factores de riesgo como para el Riesgo Familiar total.

Tipo de valoración:

- I = inicial
- S = de seguimiento
- CE= de cambio estructural
- C = de cierre

Anexo C. Carta de presentación

CARTA N° 045 – FCS-DI - UCH-2013

Los Olivos, 04 de octubre de 2013

Sr.
Rosa Ana Judith Larico
Dirigente
Asentamiento Humano Juan Pablo II

Presente.-

Asunto : Facilidades para recolección de información para trabajo de Investigación.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades y el mío propio, a la vez comunicarle que la estudiante:

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| ▪ Bernaola Esteban Elizabeth | Código N° 10202057 |
| ▪ Bernaola Esteban Miryam | Código N° 10202058 |
| ▪ Ventocilla Salazar David | Código N° 09102465 |

Se encuentra desarrollando el proyecto de tesis que lleva por título "RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 2 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013" para obtener el título de licenciada en enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,

Pedro Pablo Quispe Rosales
Universidad de Ciencias y Humanidades
Facultad de Ciencias de la Salud
Coordinador

Recibido
05/10/13

Anexo D. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE INVESTIGACIÓN:

RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 2 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS 2013

Yo, _____, con
número de DNI: _____ acepto de forma voluntaria realizar la
aplicación de la encuesta de **RIESGO FAMILIAR TOTAL 5-33** el día
_____. Declaro mediante este documento que he sido informado
plenamente sobre todas las indicaciones que se me ha entregado, así mismo
se me informo del objetivo del estudio, sus beneficios y su contribución para
mejora de la comunidad y de las familias del lugar, se me ha descrito el
procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el
tiempo suficiente para ello. Firmo este documento por duplicado
conservando un original con todas las firmas requeridas.

Acepto y autorizo a las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la
Universidad de Ciencias y Humanidades expreso de forma libremente
compromiso para el llenado de la encuesta. Con fines educativos o bien
contribuir en el conocimiento científico, pero resguardando mi identidad.

Firma del encuestado: _____
Nombre: _____
Fecha: ___/___/_____

Nosotros los estudiantes de Enfermería personalmente hemos explicado por
completo los detalles relevantes de nuestro objetivo de esta investigación a
la persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

Firma: _____
Nombre: _____
Fecha: ___/___/_____

Anexo E. Evidencias fotográficas



En esta primera imagen se realizó el reconocimiento del Centro Materno Infantil en el Sector 2 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013.



En esta segunda imagen se visualiza la primera asesoría para nuestro trabajo de investigación.