



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

TESIS

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE PERSONAS AFECTADAS
CON TUBERCULOSIS DE TRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA MICRO RED DE SALUD LOS OLIVOS - 2015**

PRESENTADO POR

**CERQUIN PÉREZ, IRIS JOCELYN
FLORES ANYOZA, JANETT
GUERRERO CUETO, JUAN MANUEL**

ASESOR

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

Los Olivos, 2017



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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE
PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS
DE TRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA MICRO RED DE SALUD
LOS OLIVOS – 2015**

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

PRESENTADO POR:

**CERQUIN PÉREZ, IRIS JOCELYN
FLORES ANYOZA, JANETT
GUERRERO CUETO, JUAN MANUEL**

ASESOR:

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO

Pipa Carhupoma, Alfredo José
Presidente

Tuse Medina, Rosa Casimira
Secretario

Alvines Fernández, Doris Mellina
Vocal

Matta Solís, Hernán Hugo
Asesor

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE
PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS
DE TRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DE LA MICRO RED DE SALUD
LOS OLIVOS - 2015**

Dedicatoria

A Dios todo poderoso, a nuestros maestros, padres e hijos que, en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas de bien y preparadas para los retos que pone la vida: a todos y cada uno de ellos les dedicamos cada una de estas páginas de nuestra tesis.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... 13

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 22

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD.....	23
2.1.1 Distrito de Los Olivos	23
2.1.2 Reseña histórica de los Centros de Salud.....	25
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	30
2.2.1 Internacional	30
2.2.2 Nacional	32
2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	34
2.3.1 Familia	34
2.3.2 Teoría de la familia.....	39
2.3.3 Riesgo familiar	40
2.3.4 Tuberculosis.....	57
2.4 HIPÓTESIS	64

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA..... 65

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.2 POBLACIÓN	66
3.2.1 Criterios de inclusión.....	66
3.2.2 Criterios de exclusión.....	66
3.3 VARIABLE.....	67

3.3.1	Definición conceptual	67
3.3.2	Definición operacional	67
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
3.4.1	Construcción y validación del instrumento	68
3.5	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	74
3.6	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	74
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	75
3.7.1	Principio de beneficencia	76
3.7.2	Principio de no maleficencia	76
3.7.3	Principio de justicia	76
3.7.4	Principio de autonomía	76
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		77
4.1	RESULTADOS	78
4.2	DISCUSIÓN	85
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		88
5.1	CONCLUSIONES	89
5.2	RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		92
ANEXOS		99

Índice de gráficos

Gráfico 1: Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015	79
Gráfico 2: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión psicoafectiva en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015.....	80
Gráfico 3: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de servicios y prácticas de salud en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015	81
Gráfico 4: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Condiciones de vivienda y vecindario en familias de los Establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015	82
Gráfico 5: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Situación socioeconómica en familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2017	83
Gráfico 6: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de manejo de menores en familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015.....	84

Índice de anexos

Anexo A: Operacionalización de las variables	100
Anexo B: Instrumento	101
Anexo C: Carta de presentación	103
Anexo D: Consentimiento informado.....	106
Anexo E: Resultados complementarios	107

Resumen

Objetivo: Determinar el Riesgo Familiar Total en personas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Los Olivos - 2015.

Material y método: El diseño utilizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 51 familias de las 51 personas afectadas, la técnica utilizada es la entrevista y el instrumento es el RFT: 5-33 (Amaya, 2004).

Resultados: Los resultados obtenidos señalan que el Riesgo Familiar Total encontrado es bajo con 70,6%. En la dimensión de servicios y prácticas de salud y en la dimensión de vivienda y vecindario encontramos que el 100% son familias amenazadas. En las familias con alto riesgo, la que más predominó fue la dimensión de manejo de menores con 11,8%.

Conclusiones: El Riesgo Familiar Total es bajo en los tres establecimientos de salud. En cuanto a las dimensiones, en las familias de los pacientes afectados de tuberculosis son amenazadas.

Palabras clave: Familia, tuberculosis, riesgo, Enfermería

Abstract

Objective: To determine the Total Family Risk in people with tuberculosis of three health establishments of the Micro-Network of Health Los Olivos - 2015. **Material and method:** The design used was quantitative, descriptive and transversal. The population was composed of 51 families of the 51 people affected, the technique used is the interview and the instrument is the RFT: 5-33 (Amaya, 2004). **Results:** The results obtained indicate that the overall relative risk found is low with 70.6%. In the dimension of health services and practices and in the dimension of housing and neighborhood we find that 100% are threatened families. In families with high risk, which was most predominant was the dimension of management of children with 11.8%. **Conclusions:** The Total Family risk is low in the three health facilities. With regard to the dimensions, in the families of the patients suffering from tuberculosis are threatened.

Keywords: Family, tuberculosis, risk, nursing

Introducción

En los últimos años se viene constatando en nuestra sociedad peruana un problema detectado ya anteriormente en América Latina, que está preocupando a todo el mundo, no solo a las familias sino a las autoridades encargadas de la salud familiar (OMS, OPS, MINSA, etc.) por sus efectos e implicancias, sobre todo, en las poblaciones vulnerables y que tienen bajos recursos económicos. Se trata de la tuberculosis, una enfermedad contagiosa producida por el bacilo de la Tuberculosis, que afecta principalmente el pulmón, aunque puede afectar otros órganos como el riñón, hígado, huesos, cerebro, etc.

Por ello, en el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero”. Además, los tipos de familia y sus modificaciones tienen gran importancia en lo que respecta a la salud de los individuos que la componen e influyen en el uso que se hace de los servicios sanitarios. Porque cada vez está en aumento el número de casos de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente y extramultidrogorresistentes, con altas tasas de incidencia y morbilidad, concentrándose en Lima y Callao. Por ende, se realizó este estudio de investigación titulado: “Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Los Olivos - 2015”.

El presente estudio analiza el problema teniendo en cuenta su contexto histórico, socio-cultural y económico. Asimismo, este trabajo investiga el problema de la familia y la salud en personas con tuberculosis. Por tanto, se señala que el problema de fondo es la organización del sistema de salud, los estilos de vida, como el hábito de consumir tabaco, ya que esto aumenta el riesgo de la enfermedad. Partiendo de estas afirmaciones el deseo de orientar, fundamentar y sustentar esta investigación resalta la importancia de la familia como vehículo que conduce a su estado de salud. Aportando a los

profesionales de los establecimientos de salud y organizaciones gubernamentales.

El presente trabajo de investigación consta de 6 capítulos. En cuanto al capítulo I, que es el problema, consta del planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación del estudio.

El capítulo II, que es el marco teórico, consta del marco contextual histórico social de la realidad, la evolución histórica del distrito de Los Olivos y de los tres centros de salud, los antecedentes de la investigación y el marco teórico.

En el Capítulo III, que es la metodología, se considera el tipo y diseño de investigación, la población, la variable, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos y los aspectos éticos de nuestra investigación.

En el capítulo IV, que es la presentación de los resultados y la discusión fundamentada con nuestros antecedentes de investigación y teoría.

El capítulo V consta de las conclusiones y recomendaciones. También, se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la operacionalización de variables, el proceso de construcción y validación del instrumento, el formato de juicio de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la población de estudio, los resultados de validación Kuder - Richardson, el instrumento, el consentimiento informado, algunos gráficos y resultados complementarios.

Por último, la investigación servirá para tomar conciencia del problema sobre riesgo familiar en personas con tuberculosis, siendo una de las razones que nos motivó a realizar este estudio.

Los autores

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestra realidad nacional podemos ver que la familia está presentando problemas de salud, uno de ellos es la tuberculosis.

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse como la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país ⁽¹⁾.

Además, los tipos de familia y sus modificaciones tienen gran importancia en lo que respecta a la salud de los individuos que la componen e influyen en el uso que se hace de los servicios sanitarios. De ahí la importancia de entender cómo la familia puede intervenir de manera positiva o negativa en la recuperación de esta enfermedad; puesto que la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo.

En 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Seis países acaparan el 60% de la mortalidad total. Encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Nigeria, Pakistán y Sudáfrica.

Se calcula además que alrededor de 100 000 personas desarrollaron resistencia a la rifampicina (el medicamento de primera línea más eficaz), pasando así a precisar tratamiento contra la forma multirresistente de la enfermedad. La carga de tuberculosis multirresistente recae en buena parte sobre tres países –China, la India y la Federación de Rusia–, que juntos suman casi la mitad de los casos registrados a nivel mundial ⁽²⁾.

La tasa de detección de casos de TB con baciloscopía positiva alcanzó el 80% en el 2010 equivalente a 214 mil casos diagnosticados y 5 países priorizados de alta carga de TB continuaban teniendo tasa por debajo del promedio regional: Bolivia (64%), Haití (62%), República Dominicana (59%), Ecuador (51%) y Guatemala (37%).

La proporción de no evaluados (aquellos pacientes que no tienen condición de egreso al finalizar al tratamiento) fue mayor en Argentina (43%), Brasil (11%), Chile (12%), Ecuador (11%) y Perú (27%).

En cuanto a los abandonos, los países que reportaron una proporción mayor al promedio regional fueron: Argentina (7%), Brasil (10%), Colombia (9%), Ecuador (8%), Guatemala (9%), Guyana (19%), Haití (8%) y Venezuela (11%) ⁽³⁾.

Perú es el segundo país en América Latina con la tasa más alta en casos de tuberculosis (TBC) y uno de los estados más afectados por la TBC multidrogo resistente, una variedad más agresiva de esta enfermedad, reveló el decano del Colegio Médico del Perú (CMP), Miguel Palacios Celis.

“Habíamos logrado cifras históricas y bajar considerablemente esta enfermedad, pero ahora estamos encima de los 25 mil casos nuevos al año. Además, hablamos también de la cepa más letal que es la multidrogo resistente, o sea, aquella cepa donde los fármacos comunes no le hacen nada”, dijo Palacios Celis.

Este aumento, explicó el decano, ocurre porque los microbios son seres vivos que mutan rápidamente y más aún con el uso irracional de antibióticos, así como por el abandono de tratamientos iniciales.

“Tiene que ver también con el abandono de tratamientos irregulares, además la TBC es la llamada enfermedad social que genera que muchos no acudan a recibir su tratamiento por vergüenza, afirmó ⁽⁴⁾.

Por ende, la tuberculosis es un problema de salud pública que no solo se debe abordar el aspecto biomédico, donde interviene la tecnología y los productos sanitarios, sino que se debe abordar los aspectos culturales, sociales, económicos y psicológicos en las poblaciones con escasos recursos, sobre todo, la intervención de actividades de promoción, prevención y sensibilización.

Ante esta situación, la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control del Programa contra la Tuberculosis (ESN-PCT) del MINSA, aún no ha sido capaz de abordar el problema de manera frontal, y no ha introducido medidas efectivas para impedir que siga ocurriendo casos de tuberculosis multidrogoresistente y tuberculosis extremadamente resistente. La población y las autoridades civiles y políticas no están siendo informadas de la dimensión del costo en vidas que viene cobrando esta epidemia y el riesgo en el que se encuentra la ciudadanía al no prevenir este daño, ya que los pacientes con esta enfermedad continúan en sus domicilios contagiando a sus familiares y diseminando los bacilos tuberculosis resistentes en la comunidad ⁽⁵⁾.

Por ello, el concepto de riesgo en salud ha sido utilizado cada vez con más fuerza con el propósito de identificar situaciones o prácticas vinculadas a efectos nocivos para la salud y promover acciones de prevención. Se afirma que, aun cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios van dirigidos a tratar las enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención.

Amaya Pilar desde el enfoque de riesgo se fundamenta en los conceptos descritos por Backett, Davies y Petros-Barvazain en el año 1985, en un

estudio de la Organización Mundial de la Salud, quienes definen el factor de riesgo como: "Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona o un grupo de personas, con la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido" ⁽⁶⁾.

Por consiguiente, la salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social y en tanto existan las diferencias socioeconómicas, bajo nivel educativo y la falta de acceso a los servicios básicos de salud sobre todo en las zonas rurales y conglomerados urbanos marginales, la salud de nuestra población seguirá siendo insatisfactoria.

Nosotros al visitar los dos establecimientos de salud donde acuden las personas afectadas con tuberculosis, podemos observar que existe en cada uno de ellos un ambiente destinado a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, en ambos casos encontramos un personal técnico de enfermería destacado en esa área, en ambos casos nos afirmaron que existe una enfermera destinada a esta área, pero esta no cubre todos los horarios de atención de dicho consultorio, ya que también apoya, muy frecuentemente, en los consultorios de CRED. Además, se conversó con las jefas de servicios de enfermería de ambos establecimientos, ambas coincidieron en señalar que "para desarrollar un adecuado trabajo en el área de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, se debe contar con un personal que cubra todo el horario en el cual se presta servicios a todas las personas afectadas con esta enfermedad, solo así se puede garantizar un adecuado seguimiento a los tratamientos de manera extramural y personalizado, eso permitirá que hayan más probabilidades de recuperar totalmente a las personas afectadas con este mal".

Entonces, es importante entender, que no solo es suficiente promover estilos de vida saludable sino también mejorar las condiciones de vida de la población, teniendo en cuenta los aspectos sociales, económicos, psicológicos y culturales que actúan sobre la persona, familia y

comunidad como factores de riesgo, incrementando la posibilidad de desarrollar problemas de salud. En ese sentido la familia es la unidad base de atención, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad, la cual debe ser abordada de manera integral con un enfoque de detección temprana de riesgos a los cuales pueden estar expuestas.

De lo anteriormente expuesto surgen las siguientes interrogantes:

¿La enfermera actúa sobre los riesgos reales y potenciales de salud en personas afectadas de tuberculosis?

¿Cuál es el rol que cumple la enfermera en el tratamiento de las personas afectadas de tuberculosis?

¿Los establecimientos de salud incluyen a las familias de personas afectadas con tuberculosis en su proceso de recuperación?

¿Las familias deben intervenir en el proceso de recuperación de las personas afectadas con tuberculosis?

¿Cómo influyen los problemas psicosociales de las personas afectadas con tuberculosis?

¿Las condiciones psicoafectivas repercuten en la salud de las personas afectadas con tuberculosis?

¿La condición de servicios y prácticas de salud de las personas afectadas con tuberculosis son adecuados?

¿La condición de vivienda y vecindario repercuten en la salud de las personas afectadas con tuberculosis?

¿Cómo afecta la situación socioeconómica de las personas con tuberculosis?

¿Serán adecuados los cuidados que brindan las personas afectadas con tuberculosis a los niños menores?

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar el riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos - 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión, condiciones psicoafectivas en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión, servicios y prácticas de salud en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión, condiciones de vivienda y vecindario en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015.

- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión, situación socioeconómica en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión, maneja de menores en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos – 2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, eminentemente social y multi-causal en el cual su tratamiento, control y recuperación puede hacerse realidad si se unen los esfuerzos de los profesionales de la salud, el paciente, su familia o entorno cercano. Si las personas afectadas con esta enfermedad interrumpen o dejan el tratamiento, corren el riesgo de volverse resistentes a los fármacos e incluso de llegar hasta la muerte.

Asimismo, el rol que cumple el profesional de enfermería en la atención primaria es trascendental, como miembro relevante de un equipo interdisciplinario, en donde debe de aportar todo su conocimiento, centrando su atención, en los ciudadanos, en sus familias, así como en las comunidades donde ambos se desarrollan y donde lidera las intervenciones, que en ella, se realizan con autonomía y responsabilidad, convirtiéndonos en los verdaderos protagonistas de sus cuidados.

Por otro lado, podemos afirmar que en la Micro Red de Los Olivos no se han desarrollado aún, estudios de Riesgo Familiar Total en personas afectadas con tuberculosis. Solamente, hemos encontrado, algunos estudios relacionados a la adherencia del tratamiento y uno sobre funcionalidad familiar. Por lo mencionado anteriormente, vemos que existe un vacío en el conocimiento sobre este tema de investigación, por

lo que consideramos que nuestro estudio será un gran aporte para tener claridad en este aspecto. Además, revisando la literatura científica nacional e internacional, podemos afirmar, que en la mayoría de estudios se hace mucho énfasis al agente etiológico y a la enfermedad como tal, con sus aspectos clínicos y farmacológicos, pero muy poco se ve en los estudios, el aspecto familiar y el contexto social en el cual se desenvuelve este paciente afectado.

Por ende, los resultados serán compartidos con los responsables y con el personal de los establecimientos de salud (médicos jefes, enfermeras, técnicos de enfermería, asistentes sociales, etc.), promotoras de la comunidad y la Municipalidad del distrito de Los Olivos, para que en sus planes posteriores incluyan estrategias que permitan optimizar la recuperación integral de las personas afectadas con tuberculosis.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 Distrito de Los Olivos

A. Datos geográficos

- **Ubicación:** Al norte de la provincia de Lima, ocupando la parte central.
- **Extensión:** 17 kilómetros 250 metros cuadrados.
- **Límites:** 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.
- **Relieve:** Plano, casi no presenta desniveles y son suelos aptos para la construcción.
- **Clima:** Propio de la región costa central, calurosa en el verano, con escaso sol el resto del año y notable humedad durante los meses de invierno.

Se puede decir que la población de los Olivos es joven, ya que su pico poblacional se ubica en el rango de 15 a 30 años, lo que representa aproximadamente un tercio del total. Siguiendo la tendencia nacional, la población femenina es mayoritaria presentando una diferencia del 3% en relación a la masculina.

El tipo de vivienda es básicamente propia (81.72%), seguida de departamentos (18.09%); este último comienza a crecer en virtud a los programas Mi Vivienda que el Estado Peruano desarrolla en el distrito.

En razón a la titularidad sobre las viviendas, la mayoría se agrupa en la condición de propia. Es necesario destacar que el 18% de las viviendas del distrito se obtuvieron por invasión, las que se han asentado en los espacios menos favorecidos.

En el caso del desagüe, el porcentaje disminuye, no obstante sigue siendo alto, este problema se presentará en algunas zonas, sobre todo en el sector llamado confraternidad, dentro del cual se hallan la mayor parte de los AA.HH del distrito ⁽⁷⁾.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones del INEI, La población estimada para el 2013 es de 8 millones 617 mil 314 habitantes, cantidad que representaría el 28,3% del estimado nacional ⁽⁸⁾.

La población de Los Olivos tiene acceso a servicios básicos de vivienda, vive en condiciones aceptables de salubridad y sin hacinamiento. La mayoría de la población es analfabeta (93%); presenta altas tasas de escolarización en los siguientes niveles de educación básica regular: primaria de 6 a 11 años de edad (81%) y secundaria de 12 a 16 años de edad (80%). La asistencia a las instituciones educativas es masiva (98.6%) y homogénea en todas las edades normativas con una probabilidad de confianza del 95%.

Las enfermedades más frecuentes que afectan a la población de ese distrito están relacionadas principalmente con el sistema respiratorio (17.1%): amigdalitis, bronquitis, dificultad para respirar, asma, neumonía y bronconeumonía. También son frecuentes la hipertensión, presión alta, colesterol, gastritis, pancreatitis, hepatitis, infección renal/urinaria, artritis, reumatismo y artrosis, entre las más comunes ⁽⁹⁾.

2.1.2 Reseña histórica de los Centros de Salud

A. Centro de Salud Enrique Milla Ochoa

El centro de Salud se encuentra ubicado en el distrito de Los Olivos (Nor - Occidente) marginal izquierda a la altura del km. 20 de la Panamericana Norte en el AA.HH. "Enrique Milla Ochoa", en la Mz. 124 s/n Comité 8.

Además, el Centro de Salud "Enrique Milla Ochoa" se inicia como un botiquín comunal atendido por promotores de Salud. En la actualidad, agentes comunales de Salud, como la Sra. Olga Vizurraga Bustillos, la Sra. Lidia Pasco, entre otras; brindan atención de primeros auxilios y actividades preventivo-promocionales, con la participación de la ONG, URPI y MINSA, quienes son los capacitadores de las promotoras de salud, representado por el centro de salud Infantas.

El Centro de Salud fue fundado el 8 de agosto del 1995, teniendo como primer jefe al Dr. Clote, la Sra. Shihuan; Licenciada en enfermería. El Dr. Guillermo Pinedo Vásquez inicia el manejo de normas y procedimientos emanados del MINSA como lineamientos del centro, aplicando los programas de salud; logrando una infraestructura con material noble de cinco ambientes y una Pre fabricada.

En 1996 asume la jefatura el Dr. Rubén Cano La Rosa, quien gestiona el mejoramiento de la infraestructura con ambientes adicionales. A partir del año 2000 asume la jefatura la Dra. Alicia Vigo Alegría, quien gestiona el mejoramiento de la infraestructura con el incremento de tres ambientes fabricados de material noble (Área niño, farmacia y el cercado perímetro del centro de salud Enrique Milla Ochoa).

En el 2008 asume la jefatura la Dra. Marleny Ramos; implementándose el servicio de laboratorio con materiales, equipos e insumos y personal propios de la Red de Salud.

En el 2009 y en el 2011, siendo el médico jefe, el Dr. Eberth Tirado Caicay realizó, gracias a los Decretos de Urgencia 016-2009 y 058-2011, el mejoramiento de equipos e infraestructura, como pisos, acondicionamiento de agua y desagüe, ambientes prefabricados y equipo de baciloscopía. Además, en el 2012 se realizó la recategorización del establecimiento de Puesto a Centro de Salud.

Para el año 2013 y 2014, asume la jefatura, la Dra. Dania Mabel Pandal Campos realizando el proyecto de mejora continua, en la ampliación y adecuación en el área de admisión, así mismo se realiza la implementación de un ambiente individualizado del área de caja, la implementación de dos salas de espera del establecimiento de salud, confección de periódicos murales con material de aluminio y vidrio para cada servicio.

Además, se hace la implementación de los tarifarios de caja y farmacia con material de aluminio y vidrio; confección del letrero y cartera de servicio del establecimiento de salud (con material de gigantografía y fijación de fierro). También se realiza la implementación del flujograma y rol de programación de los profesionales, que brinda servicio de atención a la comunidad con material de vidrio y aluminio.

Por último, se realiza la ampliación y construcción del ambiente prefabricado del área de logística y almacén, y un ambiente prefabricado para los bienes patrimoniales que se encuentran de baja ⁽¹⁰⁾.

B. Centro de Salud Villa del Norte

Se encuentra ubicado a la altura del Km 18.5 de la Av. Panamericana Norte, específicamente en la Inserción del Jr. Pedro Helmes y Jr. Rio Chillón a la altura de la cuadra 5 de la Avenida Marañón en el distrito de los Olivos, Lima Norte. Su relieve está compuesto de áreas verdes y una superficie de tierra ligeramente accidentada, apta para la construcción. Cuenta con una población de 90 % urbana y un 10% Semiurbana. Esta localidad surgió como una necesidad de atención a los diversos problemas que tenía las zonas pobladas desde la Av. Tomas Valle hasta el Límite con el Jr. Rio Chillón y que no eran atendidos por la municipalidad de San Martin de Porres; a la que pertenecían. Por ello, representantes de la urbanización Mercurio, Villa Los Ángeles, Panamericana Norte, Parque Naranjal, Micaela Bastidas, segunda etapa de Santa Luisa, Pro, Las Palmeras y Villa del Norte conformaron un gobierno local propio que solucione las necesidades que aquejaba en ese entonces.

Se reunieron por primera vez el 04 de febrero de 1977 y más tarde en Covida, junto a las demás urbanizaciones que hoy conforman Los Olivos; dando origen al comité PRO para luego crearse el nuevo y pujante distrito de Los Olivos con fecha 06 de abril de 1989, Ley N° 25017 siendo su capital las palmeras. Sin embargo, ya en la década de los 60 se iniciaba el desarrollo a nivel Urbano, quedando dividido los terrenos que dieron paso a la formación de Cooperativas, Urbanizaciones y Asociaciones de Vivienda.

En 1966 el entonces Presidente de La república, Arquitecto Fernando Belaunde Terry formo la Asociación Pro Vivienda Urbanizadores e Independencia y naranjal, sectores que alcanzan mayor demanda entre la población llegando a obtener mayor progreso y desarrollo. A partir de los 70 el desarrollo urbano fue

creciendo de manera acelerada. Para el gobierno del General de División Juan Velasco Alvarado, la Asociación Pro Vivienda “NARANJAL” fue dividida en dos Asociaciones debido a su extensa dimensión, dando origen a la Asociación Pro Vivienda Naranjal y Asociación de Pro Vivienda de Villa del Norte. Esta última Asociación es reconocida oficialmente como urbanización, el 09 de abril de 1970. Se continúa desarrollando las asociaciones de vivienda y urbanizaciones y ven la necesidad de atención de Salud. El Dr. Alan García Pérez toma la decisión de crear, el entonces, Puesto de Salud Villa del Norte, siendo Miembros Directivos de la Asociación Pro Vivienda:

Consejo administrativo

- Presidente: Arturo Salazar Herrera.
- Secretario: José Salaz López.
- Tesorero: Oswaldo Santos Ramírez.
- Vocal: Rodolfo Sotelo Huarca.

Consejo de vigilancia:

- Presidente: Juan Hinostroza Alcántara.
- Vocal: Mardonio Tolentino P.

Y miembros del comité de construcción del Local del Puesto de Salud Señores:

- Rodolfo Milla Tapia
- José Llontop Eneque
- Matías Torres Segovia.
- Catalina de Rodríguez.

- Apolonia Montesinos
- Marlene Alvarado.
- Presidenta del Club de Madres Sra. Jesús García C.

Y los padrinos del local:

Dr. Alan García Pérez y su esposa la Sra. Pilar Nores de García.

El día 08 de Junio de 1986 se crea oficialmente el puesto de Salud Villa del Norte siendo Médico Jefe de aquel entonces el Dr. Q.E.P.D., con una construcción de aproximadamente 80 m² de material noble conformada por: 01 Ambiente de Medicina, 01 Ambiente de Enfermería, 01 Ambiente para el Tópico, 01 Ambiente de Obstetricia y 01 Ambiente Administrativo ⁽¹¹⁾.

C. Centro de Salud Los Olivos

La Red de Salud Rímac San Martín de Porres Los Olivos fue creada con Resolución Ministerial N° 191-87-SA/DM de fecha 20 de marzo de 1987, bajo el nombre de Entidad Ejecutora Presupuestal (E.E.P) N° 004 Rímac, Organizándose de acuerdo al grado de complejidad, en centros y puestos de salud, iniciando sus labores institucionales el 5 de febrero del año 1988 en las instalaciones del actual Centro de Salud Materno Infantil Rímac.

Después de haber transcurrido los nueve años de funcionamiento, en el mes de marzo del año 1996 se crean los Servicios Básicos de Salud Rímac, conocida como SBS Rímac - SMP – LO. Esta dependencia administrativa del Ministerio de Salud, continúa el desarrollo de sus funciones conduciendo sólo a 35 establecimientos de salud, entre centros y puestos de salud, sub divididos en centros base, de acuerdo al ámbito jurisdiccional de los distritos del Rímac, San Martín de Porres y Los Olivos. Para ese entonces la sede

administrativa varía su ubicación geográfica y se posiciona hasta la actualidad, en el Centro de Salud Caquetá.

En el año 2003, se inicia el proceso de descentralización y reorganización territorial de los servicios de salud a nivel nacional con Resolución Ministerial N° 073-2003-SA/DM, donde el Ministerio de Salud aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud, con la finalidad de autorizar el funcionamiento de nuevas sedes administrativas. Con este documento cambia nuestra denominación de “Servicio Básico de Salud” SBS RIMAC a “Dirección de Red de Salud Lima Norte V – Rímac San Martín de Porres Los Olivos” ⁽¹²⁾.

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

Soto, A. y Velásquez, V., en el Valle del Cauca-Colombia, durante el año 2015 realizaron un estudio sobre: “Riesgo Familiar Total de familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia)”. El estudio fue de tipo descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Todas la familias desplazadas están amenazadas y en alto riesgo, por lo que requieren atención en salud en todos los niveles de cuidado, dada su condición de vulnerabilidad ⁽¹³⁾.

Martínez, Y., Guzmán, F., Flores, J. y Vázquez, V., en Tamaulipas-México, durante el año 2014 realizaron un estudio sobre: “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar”, con el objetivo de identificar los factores familiares que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar. El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se incluyó al total de pacientes con diagnóstico de TBP de primera vez seleccionados mediante censo nominal, se identificó a 57 pacientes con TBP. Concluyendo:

El 66.6% logró la curación al final del tratamiento, 19.2% continuó en retratamiento y 12% abandonó el tratamiento; 92.2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de TBP. Además, se observaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que en aquellos con diagnóstico de curación, quienes presentaron mayor funcionalidad familiar ⁽¹⁴⁾.

Angel Martínez Saucedo, en México, en el año 2013, realizó un estudio sobre: “Estructura Familiar y Riesgo de Abandono de Tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar derechohabientes del IMSS en las UMF 220, 222 y 223 de la zona Toluca, estado de México de octubre de 2011 a octubre de 2012”, con el objetivo de identificar la estructura familiar y el riesgo de abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar derechohabientes del IMSS en las UMF 220, 222 y 223 de la zona Toluca, Estado de México de octubre de 2011 a octubre de 2012. Se concluyó entre otros:

El riesgo de abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar se observó

predominantemente moderado con un 51.6%, seguido del riesgo bajo con 29% y finalmente con un 19.3% el riesgo alto. En suma, abordar la problemática de la adherencia o abandono al tratamiento, partiendo de la relación entre los factores sociales, de apoyos familiares o estructurales con la aparición, distribución y persistencia de enfermedades, implica abordar la dinámica de la enfermedad desde la vulnerabilidad social antes que desde el riesgo individual ⁽¹⁵⁾.

2.2.2 Nacional

Becerra W., Díaz J., y Rocha J., en Lima – Perú, durante el año 2015, realizaron un estudio titulado: “Riesgo Familiar Total (RFT) en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos”. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 104 familias. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

Predominaron las familias nucleares con un total de 55 familias (52.9 %). Por el nivel de Riesgo Familiar Total se ubicó 99 familias (95.2 %) como amenazadas, en bajo riesgo a 41 familias (39.4 %) y en alto riesgo a 15 familias (14.4 %). Según dimensiones, la más afectada con respecto a Riesgo alto fue la dimensión de servicios y prácticas de salud con 26 familias (25 %) y la dimensión más afectada con respecto a condición amenazada fue manejo de menores con 99 familias (95.1 %) ⁽¹⁶⁾.

Miranda S, Paiva A y Valles K, en Lima – Perú, durante el año 2014, realizaron un estudio titulado: “Riesgo Familiar Total en familias del

Asentamiento Humano El Misti Carmen Alto, Comas – 2013”. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal.

La población estuvo conformada por 63 familias. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

El riesgo total de las familias, en su mayoría, es amenazado, esto amerita trabajo para Enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar aspectos relacionados especialmente con las condiciones manejo de menores y sobre la dimensión de las prácticas y servicios de salud con niveles de familias de alto riesgo ⁽¹⁷⁾.

Aguedo S., en Lima – Perú, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014”, con el objetivo determinar el Grado de malestar psicológico en pacientes con tuberculosis atendidos en tres centros de salud de Lima. El tipo de estudio es descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 125 pacientes. Se concluyó entre otros:

Más de la mitad de los pacientes con TB presentan grado de malestar psicológico entre los rangos de alto y muy alto. Se encontró relación significativa entre el estado civil de paciente y el grado de malestar psicológico: los pacientes casados presentaron mayor nivel de malestar psicológico. No se encontró relaciones significativas entre el grado de malestar psicológico y las otras variables medidas en este estudio ⁽¹⁸⁾.

2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1 Familia

Es importante conocer las diferentes definiciones con respecto a la familia, que es el núcleo fundamental donde se inician las conductas y comportamientos que tendrán impacto en la salud y que serán objeto de nuestra investigación.

Según la OMS la familia es: "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" ⁽¹⁹⁾.

Para la OPS la familia es: "El entorno donde se establece por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llegar a la prácticas, las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas" ⁽²⁰⁾.

Por otro lado, Mendalie define que la familia se ubica dentro de un sistema socio-económico-cultural de una sociedad. "El término familia abarca una enorme extensión de características, conductas y experiencias". Es el núcleo primario de la sociedad y del contexto social de la salud.

De acuerdo a lo anterior, la familia es considerada un escenario fundamental donde se desarrollan por primera vez los estilos de vida de todos sus miembros y por tanto su importancia de abordarla para generar conductas y comportamientos favorables para la salud.

A. Tipos de familia

Amat y León Guevara, Carmen María definen los siguientes tipos de familia. Los tipos de familia se dividen en:

- **El grupo doméstico u hogar:** grupo de personas que comparten habitualmente una vivienda y una misma fuente de alimentos y recursos.
- **La familia biológica o grupo:** en que las relaciones de parentesco se definen en términos de reproducción genealógica.
- **La familia nuclear:** grupo social formado por una mujer, el hombre y sus hijos socialmente reconocidos.
- **Familia compuesta:** formada por familias nucleares o parte de esta.
- **La familia conjunta:** surge cuando los miembros más jóvenes incorporan a ella sus esposas e hijos, en vez de formar hogares independientes. Conviven en ella, por lo menos tres generaciones.
- **La familia extensa:** una especie de familia conjunta que vive dispersa, es decir, sus miembros no viven todos en la misma vivienda, aunque suelen residir cerca para realizar actividades comunes.
- **Familias rígidas:** es equivalente a las “familias uniformadas”. En ella vemos que el hombre asume la función económica y no participa en la crianza de los hijos, asistimos a una división exagerada de las actividades internas del hogar. Cuanto más rígidas es esta división, menos democrática es la familia.

Cuando crecemos en familias autoritarias, nuestra libre expresión, nuestra capacidad de decidir y de participar, se resienten mucho. Nadie es convencido, sino vencido, dominado por el más fuerte. Por tanto, se convierte en débil (21).

Montserrat Roca Roger e Inmaculada Obeda, definen y analizan los siguientes tipos de familia:

- **Familias extensas:** que incluye dentro de la misma a los abuelos, tíos y primos, que originariamente convivían en el mismo hogar y que actualmente viven en los hogares distintos, pero mantienen el sentimiento de formar parte de la misma familia.
- **Familias nucleares:** es la unidad familiar completa más sencilla, compuesta por el padre, la madre y los hijos. Este tipo de familia, como sea mencionado anteriormente, aunque es más generalizada, cada vez responde menos a la realidad de nuestro contexto, ya que van apareciendo nuevas formas familiares.
- **Familias monoparentales:** fruto de la disolución del matrimonio (o unión) en la cual un cónyuge, generalmente la madre se hace cargo y vive con los hijos.
- **La familia tradicional:** que es consecuencia de una sociedad en la que la producción y la reproducción se daban en el seno de la familia. En sociedades agrarias y artesanas los medios de producción estaban en la familia y todos sus miembros cooperaban para asegurar el sustento.

Existen diferencias entre la tipología de familias que plantean las autoras mencionadas, Carmen Amat nos detalla una clasificación más amplia de tipos de familia a diferencia de Montserrat Roca.

Como se puede observar existen diferentes clasificaciones de tipos de familia propuestas por los autores mencionados. Sin embargo, podríamos concluir que los tipos de familia considerados, en común, son las familias nucleares, extensas, monoparental, tradicional institucional, etc. ya que algunas familias están conformadas por tener varios miembros en su familia como son los abuelos, tíos, sobrinos, todos en una misma familia. También hay familias que solo los conforman: el padre, esposa e hijos y en otros casos el cónyuge sea el padre o la madre discuten por problemas y se separan. El hijo mayormente queda sin la protección de ambas personas lo cual se forma en un entorno con equilibrio o desequilibrio emocional ⁽²¹⁾.

B. Funciones de la familia

La familia, en tanto institución base de la sociedad, atiende la formación, cuidado y protección de sus integrantes, tanto en lo económico, social, emocional y conductual, transfiriendo las normas y valores de la interrelación y convivencia sociales, de conformidad a los patrones culturales predominantes; lo que se suele llamar también como el proceso de socialización del individuo, por lo que la familia desarrolla las siguientes funciones:

- **Formadora:** de ciudadanía plena, es decir, el empoderamiento de hombres y mujeres, sobre la base de la cabal comprensión de sus derechos y deberes cívicos, en un ambiente de libertad y democracia.
- **Socializadora:** la construcción de vínculos personales y sociales, fortaleciendo el tejido de las relaciones afectivas y socio-culturales del individuo con la familia y, a través de ella,

con el grupo social. Este aprendizaje de interacción se nutre de los valores, principios y normas de la sociedad en la que se vive y es lo que forja en la persona el sentido de identidad y pertenencia, como parte de una historia colectiva.

- **Cuidado:** se trata de la protección y respeto integral de la condición humana de cada uno de los miembros de la familia, privilegiando los derechos de los más débiles y vulnerables (niños, ancianos, embarazadas, discapacitados y enfermos); educando en el respeto de las diferencias y rechazando, en consecuencia, la discriminación y violencia por razones de género u otras intolerancias.
- **Protección económica:** implica el esfuerzo de los padres por garantizar para toda la familia las condiciones de vida compatibles con la dignidad humana, y que hagan posible la realización personal de sus miembros; por lo que, la sociedad en su conjunto deberá estructurarse para coadyuvar a este fin.

En la actualidad, la familia ha sufrido grandes cambios en el ámbito de su estructura, los diferentes tipos de familias, la incorporación de la mujer al trabajo, los avances tecnológicos y los procesos de cambio social, generan grandes impactos en la forma de asumir los papeles sociales. Se da la ruptura de un modelo tradicional de familia nuclear (madre, padre, hijos), ahora existe una gama de familias tales como: monoparentales, de convivencia múltiple, las reconstruidas o de segundas nupcias, las uniones consensuales, las homosexuales, entre otras.

Es por ello que, el nuevo Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias busca que las familias, independientemente de su forma de organización, cumplan con sus funciones de socialización, formación,

cuidado y protección para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente de los más vulnerables (niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores); debiendo el Estado brindar adecuada y oportunamente las condiciones para que las familias cumplan con sus funciones ⁽²¹⁾.

2.3.2 Teoría de la Familia

Las teorías de la familia pretenden explicar su desarrollo y como se dan las relaciones entre sus miembros para una mejor comprensión de su comportamiento emocional ya que las familias no pueden entenderse y se aíslan y forman su vida en otro sitio que no es su hogar donde nacieron. Así podemos mencionar:

A. El sistema familiar

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas.

En el grupo familiar, el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

Por lo tanto, la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Por consiguiente, la comunicación transporta las reglas que prescriben y limitan los comportamientos individuales en el seno familiar. La comunicación también establece como deben ser expresados, recibidos e interpretados los sentimientos y emociones de sus miembros ⁽²²⁾.

2.3.3 Riesgo familiar

A. Definición de riesgo

Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad, siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas, ni relaciones directas y deterministas, sino una probabilidad de ocurrencia de éste ⁽²³⁾.

Pilar Amaya de Peña (2000) cita a Backet, Davies y Petros Barvazain, 1984, quienes se refieren al riesgo como al incremento en la probabilidad de consecuencias adversas, por la presencia de una o más características o factores. Estos mismos autores definen el factor de riesgo como “cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona o un grupo de personas, que se conocen como asociadas con la posibilidad de desarrollar o están especialmente afectadas de manera adversa a un proceso mórbido”⁽²⁴⁾.

B. Teoría de Riesgo Familiar

El objetivo del riesgo familiar total (RFT) es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a presentar problemas de salud o disfunción. Pretende entonces, identificar a las familias que, por diversos factores asociados con una trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad de recursos o funcionamiento cotidiano, generan riesgo de salud para los individuos que la componen o para la familia como un todo.

Se entiende por riesgo familiar total, la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debida a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración. Estas características de riesgos influyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad), físico, ambiental, socioeconómico, psicoafectivos, de prácticas y de servicios de salud. Además, involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de esta como unidad. Desde este punto vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas de salud y apoyo de los servicios de salud mantiene controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción y prevención⁽²³⁾.

C. Dimensiones de Riesgo Familiar

▪ Condiciones psicoafectivas

Cuando hablamos de condiciones psicoafectivas relacionado al riesgo familiar total, según Pilar Amaya, nos estamos refiriendo a:

- Desarmonía conyugal infidelidad o riñas permanente de parejas.
- Desarmonía entre padre e hijos o entre hijos.
- Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico y social).
- Ansiedad permanente por problemas familiares.
- Privación afectiva y desprotección.
- Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos.
- Divorcio o separación conyugal.
- Abandono de menores, padre o madre.
- Enfermedad mental o intento de suicidio.

- Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros)
(23).

Al ampliar los puntos claves referidos a las condiciones psicoafectivas podemos señalar que:

Las políticas públicas del Estado, en lo relacionado a salud mental, tienen por objetivo intervenir en sus diversos ámbitos, tales como los aspectos biológicos, psicosociales y culturales, integrados a las condiciones generales de vida de las personas. Siendo, en ese sentido, amplio el espectro de las manifestaciones de los problemas de salud mental: enfermedades y trastornos psiquiátricos, el consumo y abuso de sustancias adictivas, el uso de la violencia en sus diversas formas, como sexual, familiar, social, político y la psicopatía del feminicidio.

Pocos son los estudios minuciosos y debidamente sustentados sobre el estado de la salud mental a nivel nacional. La mayoría de investigaciones al respecto se centran en la ciudad capital; sin embargo, es de destacar un estudio realizado en el interior del país, que abarca las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. Los únicos datos disponibles de cobertura nacional son los que abordan el consumo de sustancias psicoactivas. Mencionaremos como referentes que, el (37,3%) de la población de Lima y ciudades de la sierra ha sufrido alguna vez un trastorno mental, casi la quinta parte de los habitantes de Lima (19%) y la sexta de la sierra (17%) ha tenido eventos de depresión a lo largo de su vida.

Es sintomático que la ansiedad sea el trastorno más recurrente, siendo así que en Lima lo padecieron alguna vez el (25%) y en la sierra el (21.1%). Los trastornos psicóticos alcanzan al 1% de la población de Lima y 0,3% en ciudades de la sierra. El estrés

postraumático tiene una mayor incidencia en ciudades andinas, alcanzando el (12,8%). Resulta interesante precisar que estos trastornos lo sufre en su mayoría la población femenina.

En el país, tanto los trastornos mentales y de comportamiento como los problemas de naturaleza psicosocial se masifican y su incidencia va en aumento. Son los problemas derivados de la modernidad, como lo son el crecimiento desordenado de las grandes ciudades, la movilidad migratoria de la población, la expansión de los procesos tecnológicos, el crecimiento económico y el carácter invasivo del consumismo; que han dado lugar a un selectivo y relativo bienestar material, pero no al desarrollo y progreso de la sociedad en su conjunto, en tanto implique una redistribución de la riqueza que garantice mejores condiciones de vida para los sectores menos favorecidos. Este es el contexto en el que se expanden las enfermedades, como lo son los trastornos mentales⁽²⁵⁾.

De lo mencionado anteriormente se constata que los problemas psicoafectivos surgen por los problemas en el hogar y que muchas veces no se recibe la intervención adecuada en los centros de salud de primer nivel (debido a escasos recursos humanos, porque no realizan un plan de trabajo, porque no fomentan el Plan de Atención Integral en las consultas y no cuentan con un área específica que se encargue de las visitas domiciliarias e intervención de las familias). Además, se sabe que el Estado solo invierte entre 0,5% a 1% de gastos económicos para la atención en salud mental y que las personas más vulnerables son las menos beneficiadas.

Otros problemas que afectan de manera importante a la población nacional son la violencia familiar y el maltrato infantil. Destaca la llamada “violencia asociada al género”, pues casi el 50% de las mujeres reportaron al menos un incidente de violencia familiar

principalmente en el grupo de edad de 30 a 34 años. El espacio donde se ejerce en gran parte la violencia es el hogar, y en la mayoría de ocasiones proviene de su pareja conyugal. Los actos violentos a los cuales recurren con mayor frecuencia los hombres contra mujeres corresponde a la violencia emocional (45%), seguido de violencia económica (35%), violencia física (11%) y violencia sexual (9%). Por su parte, los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la Familia muestran que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental de parte de sus progenitores u otros parientes. El tipo de maltrato fue: omisión de cuidados (30%), físico (25%), emocional (23%) y el resto (22%) corresponde a negligencia, explotación laboral, abuso sexual y abandono.

La desintegración y la violencia familiar debilitan y, a veces, en los casos extremos, destruyen la estructura de relaciones y empatía entre sus miembros. De tal modo los valores de convivencia se ven afectados, que se pierde el respeto mutuo, resquebrajando notablemente la autoestima de las víctimas; con lo cual la depresión y la psicosis se instalan en la familia e impactan en la escuela, el trabajo y la comunidad, generando problemas de conducta, de rendimiento escolar, ausentismo en el trabajo, despido, delincuencia juvenil y la drogadicción⁽²⁶⁾.

Por el contrario, una familia saludable emocionalmente, se funda en las virtudes de paciencia, flexibilidad y comprensión de los padres. Siendo que estos atributos no se aplican en forma mecánica y autoritaria, sino como un ejercicio consiente de los valores y principios del buen vivir, con lo que se logra la activa participación de los integrantes del núcleo familiar⁽²⁷⁾.

Ante esto los hijos con familias disfuncionales que han estado expuestos a la violencia pueden presentar problemas psicosociales y repercutir en sus futuros progenitores y en su sociedad.

▪ **Servicios y prácticas de salud**

Cuando hablamos de la dimensión de servicios y prácticas de salud relacionada al riesgo familiar total, según Pilar Amaya, nos estamos refiriendo a:

- Subutilización de servicios de salud disponibles.
- Ausencia de información sobre servicios de salud.
- Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.
- Manejo inapropiado del control médico general y nutrición.
- No detección de riesgos familiares.
- Manejo inapropiado de salud dental⁽²³⁾.

Al ampliar los puntos claves referidos a los servicios y prácticas de salud podemos señalar que:

La Academia Peruana de Salud, en un documento publicado en diciembre del 2000, reitera que el Perú ingresa al siglo XXI con el 25% de la población sin acceso a la atención institucionalizada de salud, otro 20% obligada a pagar directamente su atención, no obstante carecer de ingresos suficientes, 80% de la población sin seguridad social y, además de los otros indicadores conocidos se delata una masiva inaccesibilidad de la población de menores recursos a los medicamentos, desarrollo caótico de recursos humanos, centralismo sectorial, la seguridad social debilitada y el sistema de salud desorganizado con paupérrimo resultado en la evaluación internacional, todo lo cual ubica al Perú en los últimos lugares de América.

En el informe sobre salud en el mundo 2000 de la OMS, que evalúa los 191 sistemas de salud de los países miembros, el Perú ocupa el lugar 172 en cuanto a su capacidad de respuesta, mientras que en la equidad en el financiamiento nos corresponde el lugar 184, ratificando una evidente y muy lamentable situación⁽²⁸⁾.

Esto nos lleva a evidenciar que los servicios de salud se encuentran desarticulados y que, por ello, no contamos con igualdad, eficiencia o calidad en salud. Además, se ratifica que en algunos centros particulares e inclusive en los mismos centros de salud u hospitales del estado no trabajan de acuerdo a las normas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud, provocando rencillas y consecuencias entre nuestro único objetivo, preservar la integridad y salud de nuestra población peruana.

Las reformas sanitarias son el sustento del desarrollo de la agenda de salud a nivel mundial, en las dos últimas décadas. El Perú ha hecho lo propio, de tal modo que sus estrategias de reforma tienen que ver con la privatización selectiva, la focalización y la descentralización.

En aplicación de las políticas de reforma, en la conferencia internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) se replanteó el concepto de salud sexual y reproductiva, asumiéndola como un derecho fundamental de la persona. El Perú está entre los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la Conferencia; por lo que se comprometió a desarrollar las políticas de Estado necesarias para llevarlo a los hechos.

Las mujeres son el sector social más vulnerable en cuanto a su atención de salud, específicamente en razón a su función reproductiva y sus peculiaridades biológicas. Las causas de su morbilidad y mortalidad son plenamente evitables a condición de que se apliquen a cabalidad las acciones médicas que le asisten por derecho. Lamentablemente, en nuestro país y en el mundo, siguen sufriendo de un trato discriminatorio, injusto y de baja calidad, especialmente las mujeres de bajos recursos económicos. No debemos olvidar que la OPS de la salud considera la mortalidad materna como un índice que refleja el trato que recibe la mujer de parte de la sociedad y el Estado y, por lo tanto, es de por sí un calificativo sobre el grado de desarrollo social alcanzado por el país y, como es evidente, el Perú está muy lejos de llegar a los mejores estándares de calidad al respecto.

Por eso, es necesario prestar especial atención a las recomendaciones y compromisos asumidos por el Estado en cuanto al cuidado de la salud sexual y reproductiva, en calidad de derecho de la persona. Por ello se debe reconocer el derecho de hombres y mujeres a decidir sobre tener o no tener hijos, a un embarazo y parto saludables, a la planificación familiar, a la orientación y cuidados para no contraer enfermedades de transmisión sexual, a no ser víctimas de la violencia sexual, en fin, a gozar de una atención médica de calidad en concordancia con la dignidad humana⁽²⁹⁾.

En conclusión, en nuestra vivencia como personal de salud se ha evidenciado el descenso de atenciones del sexo femenino por diferentes aspectos, entre ellos tenemos: el machismo, el miedo, el maltrato del personal de salud y sus familiares. Una vez más se constata que esto es consecuente al tipo de crianza en el núcleo familiar. Por ello, debemos concientizar a la familia para que la mujer y el varón puedan acudir a los servicios de salud y tener mayor

confianza y conocimiento para procrear niños seguros y sanos. De esta manera se evitará las muertes maternas e infantiles, problemas de desnutrición o problemas mentales.

La desnutrición infantil es una violación al derecho fundamental de la niñez a la alimentación y nutrición, reconocido en diferentes instrumentos legales internacionales desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en el año 1948 y en particular por la Convención de los Derechos del Niño, emitida en 1989. Este derecho humano fundamental ha sido permanentemente refrendado por otros foros y acuerdos mundiales.

Existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños menores de tres años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños que se desnutren en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual, a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

La desnutrición también impacta negativamente en la salud, la educación y la productividad de las personas e impide el desarrollo de los países de la región ⁽³⁰⁾.

Ante esto solo podemos seguir trabajando con las familias, siendo empática, amable y respetuosa. Enseñando el peligro que genera la desnutrición de nuestros niños y niñas.

▪ **Condiciones de vivienda y vecindario**

Cuando hablamos de condiciones de vivienda y vecindario relacionado al riesgo familiar total, según Pilar Amaya, nos estamos refiriendo a:

- Falta de uso de saneamiento ambiental.
- Condiciones en insalubres del vecindario.
- Higiene y organización deficiente del hogar
- Ausencia de servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad y recolección de basuras).
- Problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos ⁽²³⁾.

Al ampliar los puntos claves referidos a las condiciones de vivienda y vecindario podemos señalar que:

La vivienda es el espacio físico donde los seres humanos transcurren gran parte de su vida; reponen sus fuerzas y donde se dan actividades y momentos importantes que estrechan relaciones afectivas, y fortalecen el núcleo familiar.

Por su influencia en la salud de las personas, la vivienda debe brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes.

La situación de precariedad e insalubridad de la vivienda, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos

riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables⁽³¹⁾.

Para que una vivienda cumpla con un nivel mínimo de habitabilidad, debe ofrecer a las personas protección contra diversos factores ambientales -aislamiento del medio natural-, privacidad y comodidad para llevar a cabo ciertas actividades biológicas y sociales -aislamiento del medio social-, y no generar sentimientos de privación relativa en sus habitantes⁽³²⁾.

La falta de espacios influye negativamente en las relaciones familiares, Los padres deben dormir en un espacio diferente al de los hijos. Los hijos pueden dormir juntos si son del mismo sexo, niños con niños y niñas con niñas. Algunos problemas como el incesto, la violación y el abuso sexual infantil están asociados al hacinamiento. Además, para evitar el contagio de una persona enferma por enfermedades respiratorias, de la piel y otras, ésta debe dormir en espacios separados para no contagiar a los demás⁽³¹⁾.

Por ende, es imprescindible contar con una vivienda limpia, ordenada y con los equipos necesarios para brindar confort, tranquilidad, seguridad y salud. De esta manera se puede evitar enfermedades o problemas con la salud mental.

El agua tiene una estrecha relación con la vida humana por su utilidad directa y por ser un elemento esencial para la conservación del ecosistema. Es también un agente básico de la salud o enfermedad, especialmente cuando el agua que consumimos no es segura o de buena calidad.

Contar con agua segura en nuestra vivienda, es un derecho, pero al mismo tiempo una responsabilidad, usarla adecuadamente para que no se contamine ni se desperdicie.

Corremos el riesgo de contraer enfermedades, cuando el agua o los alimentos que consumimos están contaminados con excrementos y cuando no nos lavamos las manos después de ir al sanitario (baño). Entre las enfermedades generadas por el manejo y disposición inadecuados de las excretas están: las infecciones parasitarias, áscaris lumbricoides, oxiuros y otras. Las enfermedades diarreicas agudas como el cólera, las infecciones gastrointestinales, amebiasis y disentería ⁽³¹⁾.

Por lo tanto, se debe fomentar la concientización de la limpieza e higiene, la clasificación de residuos sólidos, el manejo y la preservación del agua y la vigilancia de los insectos en las viviendas y las comunidades.

▪ **Situación socioeconómica**

Cuando hablamos de situación socioeconómica relacionado al riesgo familiar total, según Pilar Amaya, nos estamos refiriendo a:

- Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.
- Pobreza (ingreso menor que necesidades para cubrir comida, techo, estudio y vestido).
- La familia no tiene actividades lúdicas o de recreación.
- Vagancia o sobre carga de trabajo en algún miembro de la familia.
- Problemas de salud no resueltos ni controlados.
- Accesibilidad a servicios de salud⁽²³⁾.

Al ampliar los puntos claves referidos a la situación socioeconómica podemos señalar que:

De acuerdo a cifras del INEI, la pobreza afecta más a quienes tienen como lengua materna una de las 47 lenguas indígenas que existen

en nuestro país. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2014 señala que el 60,4% de la población de comunidades nativas se encuentra en situación de pobreza, mientras que el 20,1% vive en extrema pobreza.

Esto significa que la incidencia de la pobreza entre la población indígena duplica a quienes tienen como lengua materna el castellano. Un dato más, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2014 indica que solo el 19,9% de las gestantes nativas recibieron control prenatal, mientras que el 90,7% de las gestantes no indígenas sí lo tuvieron. Como estos, otros indicadores nos llevan a una misma conclusión: las brechas de acceso a servicios públicos entre la población indígena y no indígena son inmensas.

Estas cifras nos obligan a reconocer que en el Perú determinadas poblaciones en razón de su pertenencia a un grupo étnico no han tenido igual acceso a oportunidades como educación, salud, agua y saneamiento o electricidad. Esto sin entrar a discutir la calidad de los servicios a los que tienen acceso y la adecuación a su propia cultura. El reciente informe del Banco Mundial “Latinoamérica indígena en el siglo XXI” concluye que el hecho de nacer de padres indígenas aumenta marcadamente la probabilidad de crecer en un hogar pobre, lo que impide el pleno desarrollo de los niños indígenas y las anclas en la pobreza⁽³³⁾.

Para nadie resulta un secreto que las condiciones del modelo económico neoliberal han empobrecido a gran parte de la población mundial y enriquecido a niveles ofensivos solo a una minoría privilegiada. Adicional a esto, las condiciones sociales, producto también del mismo modelo económico, tampoco son alentadoras: no hay trabajo para los jóvenes que recién egresan de escuelas y universidades, las personas son despedidas al cerrarse sus fuentes de trabajo, no hay condiciones que permitan una jubilación justa y

digna, el narcotráfico va en aumento, la violencia social y familiar también se ha incrementado, la falta de credibilidad en las instituciones (Iglesia, Estado, Partidos Políticos, Escuelas, Sistema de Salud) y la gran corrupción en todos los niveles; hacen cada vez menos frecuente encontrar personas felices y matrimonios o familias unidas y en bienestar⁽²⁶⁾.

Los estudios acerca de las familias en América Latina coinciden en señalar que, en las últimas décadas, las familias han vivido acelerados cambios generados no sólo por los avances tecnológicos y procesos sociales y políticos, sino por cambios específicos como la transición demográfica, el ingreso masivo de las mujeres al sistema educativo, laboral y al espacio público-político, y la emergencia de nuevos movimientos sociales que han influido en la ampliación del alcance de los derechos humanos. Una mayor autonomía de las mujeres y el reconocimiento de sus derechos han permitido una mayor visibilidad de un conjunto de problemas que se vivían en la esfera doméstica al interior de la familia⁽³⁴⁾.

Los cambios que han tenido lugar en la organización del trabajo y la producción han incrementado las tensiones entre la vida laboral y familiar. Hombres y mujeres se sienten más inseguros sobre sus posibilidades de proveer ingresos, tanto para sí mismos como para sus familias. Hay razones de sobra para explicar ello: en los últimos veinte años, ha aumentado la rotación laboral y la intensidad del trabajo; ha disminuido la cobertura de la seguridad social y el control sobre el tiempo destinado al trabajo. La proporción de la fuerza laboral protegida por las leyes laborales también ha descendido, mientras aumentan los trabajos de temporada, a plazo fijo, el autoempleo, el subempleo, la subcontratación y los empleos en zonas grises. En suma, los llamados trabajos “atípicos”, excluidos de los beneficios de un trabajo regular, se han vuelto crecientemente típicos. Estas experimentan mayores dificultades para proporcionar

una atención adecuada a niños y niñas, adultos mayores y enfermos. Se priva a los hombres de participar activamente de la crianza de sus hijos y el cuidado de sus familiares, minando sus lazos afectivos y su desarrollo integral; niños y niñas no cuentan con roles masculinos presentes en su vida cotidiana dificultando su desarrollo integral⁽³⁵⁾.

En conclusión, en el siglo XXI hay pueblos favorecidos con una gran economía mientras que, en otras, como los pueblos más alejados, tienen problemas con su ingreso salarial. Es por ello que no cuentan con una calidad de vida favorable.

Además, el resultado de las encuestas que menciona el INEI y el ENDES se vislumbra el logro del aumento de la economía en el país. Sin embargo, aún se evidencia la informalidad laboral, el ingreso de mujeres en los puestos de trabajo, que lo hacen muchas veces porque el dinero del jefe familiar no alcanza para la calidad de vida de los miembros de su familia.

Como se menciona en párrafos anteriores, este sería uno de los problemas que traen consigo una deficiencia en la educación, en las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, en el analfabetismo, la violencia, el abuso infantil y de la mujer, las muertes maternas e infantiles y la ruptura de los lazos familiares.

▪ **Manejo de menores**

Cuando hablamos de manejo de menores relacionado al riesgo familiar total, según Pilar Amaya, nos estamos refiriendo a:

- Más de 4 menores de 12 años.
- No escolaridad de menores de 12 años.
- Manejo inapropiado de Eda, ira yo cuidado de crecimiento y desarrollo.
- Falta de seguridad en actividades de menores.

- Presencia de riesgos en niños de 1 a 12 años.
 - Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes⁽²³⁾.

Al ampliar los puntos claves referidos a manejo de menores podemos señalar que:

El espacio de la familia es el mejor lugar para que el niño se sienta querido. Los apegos que los niños desarrollan con sus padres y hermanos generalmente duran toda la vida, sirven de modelos para relacionarse con los compañeros de estudios, con sus profesores y con otras personas con quienes tomarán contacto a lo largo de su desarrollo. Dentro de la familia el ser humano experimenta sus primeros conflictos sociales. El tipo de disciplina que ejercen los padres, sus relaciones interpersonales, las discusiones familiares entre hermanos, etc., proporcionan al niño importantes lecciones de conformidad, de cooperación, de competencia, de oportunidades para aprender como influir en la conducta de los demás.

Las experiencias familiares negativas pueden influir en la autopercepción del niño, en su capacidad de control emocional y conductual, y estas cogniciones pueden contribuir a que se desarrolle y mantenga la ansiedad. Las agresiones en las familias disfuncionales acusan desajustes emocionales en los hijos, además los vuelven agresivos en la escuela. Los niños criados bajo condiciones de abusos físicos y emocionales tienen más posibilidades de desarrollar trastornos psicológicos y problemas de conducta. Las alteraciones conductuales son siempre la señal de un problema. Muchas de esas alteraciones son el resultado de relaciones intrafamiliares disfuncionales o escasas.

En tal sentido, el tipo de apego seguro se relaciona con unas figuras que cumplen adecuadamente su función: estar disponibles, percibir y

responder a las demandas del niño de forma coherente, ser emocionalmente estables y mantener formas de interacción armónica e íntima con sus hijos. Además de asegurar afectivamente a sus hijos, los padres deben poner límites y normas en el comportamiento de los suyos para garantizar unas pautas educativas y un futuro de adaptación social⁽²⁷⁾.

Por eso, tenemos que empezar a concientizar a la población, que la base fundamental de la familia es el amor, la comunicación, la confianza y el respeto. Sin embargo, esto solo lo lograremos educándolos ya que en este siglo se ha generado cambios con respecto a la economía; la mujer ya no se encuentra en casa y el esposo tiene que realizar jornadas extras. Ocasionando graves consecuencias en nuestros hijos como el consumo de drogas, la violencia, el pandillaje, el abuso sexual y el retraso escolar.

Por otro parte, el manejo inapropiado de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas son las primeras causas de morbilidad, para ENDES 2010, las dos anteriores sumando a la desnutrición constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países de América Latina. De esta manera, en muchos países en desarrollo estas enfermedades aparecen más como consecuencia de una inadecuada alimentación por los escasos ingresos económicos, asesoramiento, asesoramiento de los servicios de salud, educación y creencias culturales de las familias.

Asimismo, la familia debe satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros, porque las respuestas afectivas de un miembro de la familia a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar⁽³⁶⁾.

2.3.4 Tuberculosis

A. Situación de la tuberculosis en el Perú

Según el MINSA, en el año 2010 se diagnosticaron 32, 477 casos de Tuberculosis (Tuberculosis en todas sus formas), de los cuales 28,297 fueron casos nuevos, correspondiendo de ellos 17, 264 casos de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia positiva, cifras que traducidas en termino de tasas (por 100,000 Hab.) correspondieron respectivamente a Morbilidad total (110.2), Incidencia Total (96.1) e Incidencia Tuberculosis Pulmonar Bk (+) 58.6.

Referente a la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB - MDR), demostradas por Prueba de Sensibilidad en el periodo 1997 al 2010 correspondieron a: 44 y 1094 casos respectivamente, observándose que desde el año 1997 al 2005 hubo un incremento sostenido para luego mostrar una tendencia de meseta y en el 2010 un inicio de descenso, es importante considerar que en el mismo periodo de tiempo las Pruebas de Sensibilidad, examen de laboratorio indispensable para el diagnóstico de TB - MDR, ha presentado una tendencia permanente al incremento, siendo más notorio en el periodo 2009 – 2010.

Referente a la Tuberculosis Extremadamente resistente (TB - XDR), demostrados por Prueba de Sensibilidad de 1era y 2da Línea, en el periodo 1999 al 2010 se tienen 315 casos acumulados, estimándose un incremento de casos TB - XDR al año 2011, también para el diagnóstico de la TB – XDR es indispensable disponer de resultados de Pruebas de Sensibilidad de primera y segunda línea⁽³⁷⁾.

B. Concepto de tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos.

Se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar⁽³⁸⁾.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Uno de los aspectos más importantes y fascinantes en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más importante en los seres humanos. Múltiples factores explican esta situación, sobre todo factores demográficos y socioeconómicos que favorecen las migraciones, la presencia de determinantes sociales y estilos de vida inadecuados, la escasa atención prestada al control de la tuberculosis en muchos países y la peligrosa comorbilidad con la epidemia del VIH, además que algunas de las fuentes de contagio con frecuencia quedan sin ser diagnosticadas y sin recibir tratamiento⁽³⁹⁾.

C. Quienes tienen el mayor riesgo

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva. Pero todos los grupos de edad están en

riesgo. Más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo.

Las personas infectadas por el VIH tienen entre 26 y 31 veces más probabilidades de enfermar de tuberculosis. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en las personas aquejadas de otros trastornos que deterioran el sistema inmunitario.

En 2013, aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 80 000 niños seronegativos murieron por esta causa. El consumo de tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermar de tuberculosis y morir como consecuencia de esta. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar ⁽²⁾.

El riesgo de padecer tuberculosis es variable, dependiendo de la presencia de determinados factores de riesgo. Globalmente, un 10% de las personas infectadas desarrollarán tuberculosis activa a lo largo de su vida, siendo los dos primeros años siguientes a la infección los de mayor riesgo. Son factores de riesgo para desarrollar la enfermedad a partir de la infección latente la inmunodepresión de cualquier origen, la aclorhídria de los gastrectomizados, la malnutrición y la insuficiencia renal crónica.

Con la edad se produce un declive en la inmunidad, tanto en la formación de los anticuerpos como en la memoria inmune en respuesta a la vacunación y de la hipersensibilidad retardada. En los ancianos, además influyen otros factores extrínsecos, como la dieta inapropiada, la malnutrición, escasa actividad física y la frecuente comorbilidad⁽⁴⁰⁾.

D. Transmisión

Cuando la tuberculosis se localiza en el pulmón, los individuos enfermos podrán diseminar el bacilo, ya que, al toser, hablar o expectorar eliminarán pequeñas gotas de saliva (gotas de fludgge) que contienen bacilos, que podrán ser aspirados por individuos susceptibles. Los factores determinantes del contagio incluyen la localización de la tuberculosis (pulmonar o no), características de la enfermedad (mayor o menor cantidad de bacilos en el esputo), la duración y frecuencia del contacto entre la persona sana y la enferma, las características del ambiente en que ocurre (inadecuada ventilación) y las condiciones del individuo expuesto (nutrición, enfermedades concomitantes).

El contagio con bacilos farmacorresistentes produce una tuberculosis resistente que sólo se diagnostica cuando, después de 3-5 meses de tratamiento, se comprueba que éste no ha sido efectivo⁽⁴¹⁾.

E. Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas son un conjunto de signos y síntomas durante el proceso de la enfermedad, entre ellas tenemos:

- La tos seca o con flema por más de 15 días
- Fiebre por las noches
- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito
- Cansancio y sudoración profusa

Uno de los diagnósticos utilizados en los pacientes con baciloscopía positiva es la muestra de esputo, la radiografía de tórax y el PPD (prueba de sensibilidad de la vacuna BCG).

Los síntomas iniciales de la tuberculosis pulmonar son insidiosos y poco expresivos en la mayor parte de los casos, lo que puede llevar a demoras diagnósticas de varios meses. La demora media de diagnóstico de TBC es de unos tres meses en nuestro medio, considerándose que la demora aceptable para el diagnóstico de la TBC pulmonar no debe ser superior a 3 semanas. El retraso en el diagnóstico provoca aumento de la morbilidad y las secuelas así como aumento de la posibilidad de contagio a otras personas. No hay síntomas ni signos patognomónicos de TBC que permitan diferenciarla de otras enfermedades broncopulmonares.

Los síntomas de enfermedad tuberculosa puede ser agudos, subagudos o crónicos⁽⁴²⁾.

F. Factores predisponentes de la tuberculosis

Los factores de riesgo relacionados con infección, morbilidad y mortalidad tuberculosa son: contacto con fuente de infección, hacinamiento en viviendas mal ventiladas y oscuras, desnutrición, estados mórbidos asociados a inmunodepresión, marginación cultural y socioeconómica o nula atención en la salud.

Los factores de riesgo de la tuberculosis influyen tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la enfermedad, puesto que una persona infectada no siempre enferma, sino más bien el conjunto de factores de riesgo son los que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico. En adición, en países donde además de la pobreza y la

inequidad; la estigmatización, exclusión y discriminación son males sociales, la situación se agudiza y vuelve a los pobres más vulnerables⁽⁴³⁾.

A pesar de todo lo relatado, no se evidencia una real atención del problema de parte de los funcionarios públicos, autoridades y del gobierno en general. La TB no es prioridad política en el Perú y ese es un gran problema. En el 2010 se aprobó el Plan Multisectorial de Lucha contra la Tuberculosis (PEM TB), un importante instrumento pedido desde la ciudadanía. Sin embargo, no se ha logrado una intervención articulada y multisectorial desde el Estado⁽⁴⁴⁾.

2.3.5 Control y prevención de la tuberculosis en las familias

2.3.5.1 Medidas de control

Las actividades de control de la tuberculosis, incluyen lo siguiente:

- La identificación y el tratamiento de la enfermedad de tuberculosis se orientan a ayudar al paciente que tiene la enfermedad y a proteger al público mediante la reducción de la futura transmisión de la cepa M. tuberculosis.
- Una vez que se identifica a los pacientes con tuberculosis, el departamento de salud debe asegurarse de tener un plan implementado para que los pacientes reciban el adecuado seguimiento y tratamiento. El manejo de casos es una estrategia que los departamentos de salud pueden emplear para administrar la atención médica del paciente y ayudar a garantizar que complete el tratamiento de manera satisfactoria.

- Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice.
- En casos de TB sensible la evaluación se realizará al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. En casos de TB resistente, la evaluación se realizará al inicio del tratamiento, cada 3 meses y al término del tratamiento.
- Protección social del afectado con tuberculosis como, Canasta Pan TBC, Cobertura Prestacional del Seguro Integral de salud y Programa de Techo Propio.

2.3.5.2 Medidas de prevención

Prevención primaria

- A)** Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:
- a.** información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:
- Uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos).
 - Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado.

b. Establecimiento de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones que albergan personas y en el domicilio de la persona afectada con TB.

c. Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.

B) El Ministerio de Salud y las otras instituciones del Sector Salud deben proveer de vacunación con el Bacilo de Calmette - Guerin (BCG) a todos los recién nacidos ^(45,46,47).

Además, debemos de tener una alimentación rica en hierro, vitaminas y carbohidratos. También, debemos reforzar el lavado de manos en casa.

2.4 HIPÓTESIS

Hi: El Riesgo familiar total en las familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Los Olivos es alto.

Ho: El Riesgo familiar total en las familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de Salud Los Olivos no es alto.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, es decir, se midió la variable principal y luego se cuantificará numéricamente los resultados. También es descriptivo ya que se describirá tal y como es la realidad. Finalmente es un estudio transversal ya que se medirá la variable principal Riesgo Familiar Total, en un solo momento temporal.

3.2 POBLACIÓN

En este estudio se trabajó con la población total, la cual está conformada por 51 familias de personas afectadas con tuberculosis que se atienden en los tres establecimientos de salud, todas ellas formaron parte de este estudio. Por lo tanto, en el establecimiento de salud Enrique Milla Ochoa trabajaremos con las familias de las 17 personas afectadas con tuberculosis, en el establecimiento de salud Villa del Norte trabajaremos con las familias de las 16 personas afectadas con tuberculosis y por último en el establecimiento de salud Los Olivos trabajaremos con las familias de las 18 personas.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Tener por lo menos 15 años de edad.
- Estar en la capacidad física y mental de responder una entrevista.
- Llevar, por lo menos, un año de pertenencia en la familia evaluada y conocer su trayectoria.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Personas que no están en la capacidad física y/o mental para responder una entrevista.

- Personas que no pertenezcan a la familia.
- Personas que no vivan como mínimo un año en la vivienda evaluada.
- Familia que no haya firmado el consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Familias que se nieguen a colaborar con el presente estudio⁽³⁶⁾.

3.3 VARIABLE

La variable principal de nuestro estudio es: Riesgo Familiar Total.

3.3.1 Definición conceptual

- **Riesgo**

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⁽²³⁾.

3.3.2 Definición operacional

- **Riesgo familiar total**

Es la probabilidad de resultados desfavorables del individuo y su familia que afecta las condiciones psicoafectivas, los servicios y prácticas de salud, la condición de vivienda y vecindario, la condición de situación socioeconómica, y el manejo de menores detectadas en los tres establecimientos de salud Villa del Norte, Enrique Milla

Ochoa y Los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Construcción y validación del instrumento

A. La técnica

La técnica utilizada en este estudio es la entrevista.

B. El instrumento

El instrumento es la herramienta a partir de la cual se obtiene la información requerida para dar respuesta al problema de investigación⁽⁴⁸⁾. En cuanto al instrumento tenemos el RTF: 5-33, el cual consta de cinco dimensiones.

▪ Historia del instrumento

El instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 es el producto de múltiples investigaciones adelantadas en Colombia por la autora Pilar Amaya desde el año 1992.

El instrumento del que fue derivado (RFT: 7-70) ha sido aplicado en varios trabajos orientados en las líneas de investigación en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud establecida en el año 1996 de la facultad de Enfermería de la Universidad de Colombia.

Esto impuso unas exigencias metodológicas y prácticas que no habrían podido cumplirse sin el apoyo de varias instituciones y las participaciones de un gran equipo de profesionales y estudiantes de pregrado y postgrado pertenecientes a 20

facultades de enfermería de universidades del país, con cuatro instituciones de salud y colaboración de un número amplio de personas que respondieron a los instrumentos. (Anexo B)

▪ **Uso del instrumento**

La utilización del instrumento en la práctica y en investigación ha creado el ambiente académico de permanecer indagación, discusión teórica y aspectos uso metodológico centrado en la medición y, como consecuencia, en planes de salud acordes con el régimen de la protección social actual. Según los usos en Centroamérica y la patogenia, en Argentina se han hecho modificaciones y adecuaciones el lenguaje de las regiones previa utilización. A continuación, las características, formas de aplicación, calificación e interpretación de los instrumentos RFT: 5-33.

a. Descripción general del instrumento RFT: 5-33

El instrumento ha mostrado su utilidad clínica y político-administrativa en la detección de riesgo familiar en estratos socioeconómicos bajos. El número de ítems cambio (del RFT: 7-70 al RFT: 5-39, y de este al RFT: 5-33) con el fin de agilizar su aplicación, evitar redundancia en la información captura y maximizar su capacidad de discriminación del riesgo familiar total.

El objetivo particular del inventario RFT: 5-33 es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de salud o disfunción, debido a factores asociados con su trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad y distribución de recursos, o funcionamiento

cotidiano en general, que son riesgos de salud para la familia como u todo o para los individuos que la componen⁽²³⁾.

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33	
Titulo	Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 3:30
Autor	Pilar Amaya
Aplicación	Individual, familias de estratos socioeconómicos bajos (1,2,3)
Participante	Mayor de 15 años de edad y que lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia, conozca su trayectoria y que consienta su participación.
Duración de la aplicación	Variable, de 20 a 40 minutos.
Finalidad	Detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de 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 3:30.
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 colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1 al 3)
Usos	Para la investigación y la practica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

FACTORES O DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO	N° DE ÍTEMS	DESCRIPCIÓN
Condiciones psicoafectivas	10	<ul style="list-style-type: none"> • Desarmonía conyugal infidelidad o riñas permanente de parejas. • Desarmonía entre padre e hijos o entre hijos. • Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico y social). • Ansiedad permanente por problemas familiares. • Privación afectiva y desprotección. • Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos. • Divorcio o separación conyugal. • Abandono de menores, padre o madre. • Enfermedad mental o intento de suicidio. • Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros)
Condiciones psicoafectivas	10	<ul style="list-style-type: none"> • Desarmonía conyugal infidelidad o riñas permanente de parejas. • Desarmonía entre padre e hijos o entre hijos. • Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico y social). • Ansiedad permanente por problemas familiares. • Privación afectiva y desprotección. • Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos. • Divorcio o separación conyugal. • Abandono de menores, padre o madre. • Enfermedad mental o intento de suicidio. • Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, gasolina y otros)
Servicios y prácticas de salud	6	<ul style="list-style-type: none"> • Subutilización de servicios de salud disponibles. • Ausencia de información sobre servicios de salud. • Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer. • Manejo inapropiado del control médico general y nutrición. • No detección de riesgos familiares. • Manejo inapropiado de salud dental
Condiciones de vivienda y vecindario	5	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de uso de saneamiento ambiental. • Condiciones en insalubres del vecindario. • Higiene y organización deficiente del hogar • Ausencia de servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad y recolección de basuras). • Problemas de ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos
Situación socioeconómica	6	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud. • Pobreza (ingreso menor que necesidades para cubrir comida, techo, estudio y vestido). • La familia no tiene actividades lúdicas o de recreación. • Vagancia o sobre carga de trabajo en algún miembro de la familia. • Problemas de salud no resueltos ni controlados. • Accesibilidad a servicios de salud
Manejo de menores	6	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 4 menores de 12 años. • No escolaridad de menores de 12 años. • Manejo inapropiado de Eda, ira yo cuidado de crecimiento y desarrollo. • Falta de seguridad en actividades de menores. • Presencia de riesgos en niños de 1 a 12 años. • Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.

b. Características psicométricas del instrumento RFT: 5:33 (validez y confiabilidad)

En el año 2013, Abrego Elizabeth, Larios Betzabeth y Onofre Jacqueline, validaron el instrumento Riesgo Familiar Total – RFT 5:33 versión adaptada para nuestra realidad, para ello trabajaron con las familias del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, en el distrito de Comas de Lima - Perú. La validación se hizo a través de 5 jueces de expertos, los cuales evaluaron el instrumento según las dimensiones y se obtuvo el resultado de validez total de 90.662. Además, para determinar el grado de confiabilidad del instrumento se determinó una prueba piloto sobre una muestra aleatoria de 50 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II de los Olivos.

Luego se estimó el coeficiente de consistencia mediante Kuder – Richardson # 20 (KR20), que determinó que el instrumento es altamente confiable, alcanzando un valor total de 0,84. A continuación se detalla los resultados del proceso⁽³⁶⁾.

c. Normas de aplicación del instrumento RFT: 5.33

El instrumento RFT: 5-33 no está diseñado para que el participante lo complete directamente; por lo tanto, debe ser, diligenciado totalmente por la persona encargada de la aplicación o similar a una entrevista estructura.

Para realizar la entrevista debe seguir las siguientes recomendaciones:

- Buscar las condiciones ambientales adecuadas: a un sitio cómodo, tranquilo, sin tráfico o presencia de otras personas para reducir las interferencias y con disponibilidad de dos sillas.
 - Esta entrevista puede realizarse en casa de la familia para evaluar.
 - Establecer las interacciones que facilite al participante hablar sin temores ni restricciones: brindar confianza, evitar expresiones verbales no verbales de reprobación o aprobación ante determinada narración.
 - Contar con el material necesario antes de iniciar la entrevista.
 - Contar con los instrumentos, para que el evaluador lo diligencie complementemente durante el curso de la entrevista.

d. Interpretación de las escalas (familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto)

- **Familias con riesgo bajo**

En general, una familia que se encuentra en bajo riesgo será aquella que representa por su composición e interacciones psicoafectivas condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los servicios de salud.

- **Familias amenazadas**

Una familia amenazada será aquella en la que se demuestre por su composición e interacciones psicoafectivas desarmonía y dificultad en el manejo

de menores asociadas con prácticas cotidianas inseguras.

- **Familia con riesgo alto**

Será aquella que mediante su composición e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida control en el manejo de menores, demuestra acumulación de determinantes de peligro individual y familiar⁽²³⁾.

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en el mes de abril de 2014, previo a esto se hicieron las coordinaciones con el médico- jefe de cada centro de salud. En el mes de marzo se realizó la gestión de trámites administrativos para poder desarrollar el trabajo de campo. De manera individual se informó a las familias de los pacientes sobre su participación voluntaria y se les solicitó su consentimiento informado.

El instrumento se aplicó en un promedio de 45 minutos por cada familia de las personas afectadas, en los tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos. (Anexo C)

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Al terminar la recolección de datos, se realizó la verificación de ello, para el control de calidad en el diligenciamiento de los instrumentos, luego fueron digitados en el programa SPSS versión 20.0.

Se hizo uso de los coeficientes de consistencia mediante Kuder – Richardson # 20 (KR20), que determinó que el instrumento es altamente confiable.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

El Colegio de Enfermeros cuenta con un Código de Ética y Deontología, la cual establece:

- La enfermera(o) aplica en su ejercicio profesional principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, que constituyen las normas fundamentales que gobiernan su conducta, proporcionándole una base para el razonamiento y la orientación de sus acciones.
- La enfermera(o) reconoce que la libertad y la igualdad son derechos fundamentales de los seres humanos y que están estrechamente vinculados por ser la base de la dignidad intrínseca de todas las personas.
- En el artículo 12: “La enfermera(o) debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna para fundamentar el consentimiento informado”.
- El artículo 59º dice: “Es deber de la Enfermera(o) mantener su independencia profesional y ética para decidir su intervención en investigaciones, evitando su participación en aquellas que pongan en riesgo la vida y la salud de la persona, familia y comunidad”.
(Anexo D)

La investigadora Pilar Amaya, tuvo presente la aplicación de esta directriz ética en todos sus estudios sobre Riesgo Familiar Total, refiriéndose: “Respetar la dignidad de los participantes en cuanto a ser considerados como seres humanos con derechos para respetar su libertad de decisión”
(23).

Por consiguiente, se define los principios bioéticos:

3.7.1 Principio de beneficencia

Persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto, los participantes en una investigación o sus representantes debe conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación en el estudio de investigación.

La investigación sirvió para las diferentes acciones de cada centro de salud y así mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

3.7.2 Principio de no maleficencia

Pretende no dañar al paciente, lo que obligaría moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles.

Cuidar la privacidad y no discriminar a los pacientes es fundamental para no dañar su dignidad como ser humano.

3.7.3 Principio de justicia

Podemos aseverar que lo justo se identifica con lo bueno y lo correcto: Es esperado, por tanto, en este contexto que todas las personas sean beneficiadas con los resultados.

3.7.4 Principio de autonomía

Bien llamado también respeto por las personas, se basa en el fundamento de que el ser humano posee la capacidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma; autónomamente tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y una vez analizados los aspectos negativos y positivos, determinará qué conducta seguir ⁽⁴⁹⁾. Cada jefe de hogar acepto su participación en la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

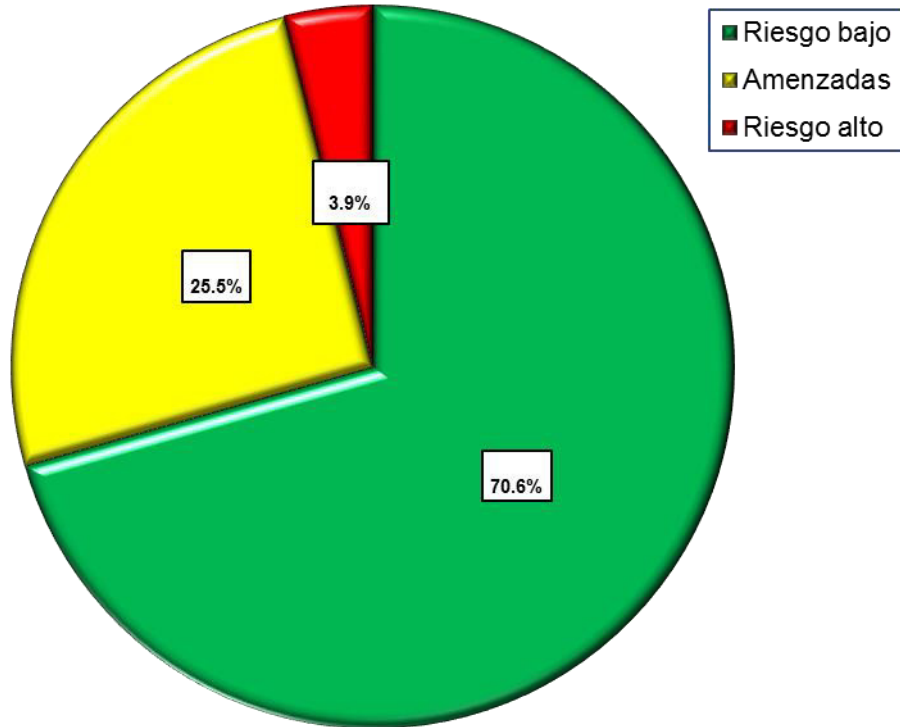
4.1 RESULTADOS

4.1.1 Descripción de resultados por dimensión

El total de viviendas contabilizadas fue 55, de las cuales 51 fueron viviendas censadas, y 4 viviendas deshabitadas.

Solamente se llegó a encuestar a un total de 51 familias de los tres Establecimientos de Salud Villa del Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos. La población objeto de estudio fueron las familias que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, la cual estuvo caracterizada por los jefes o representantes del hogar de cada familia.

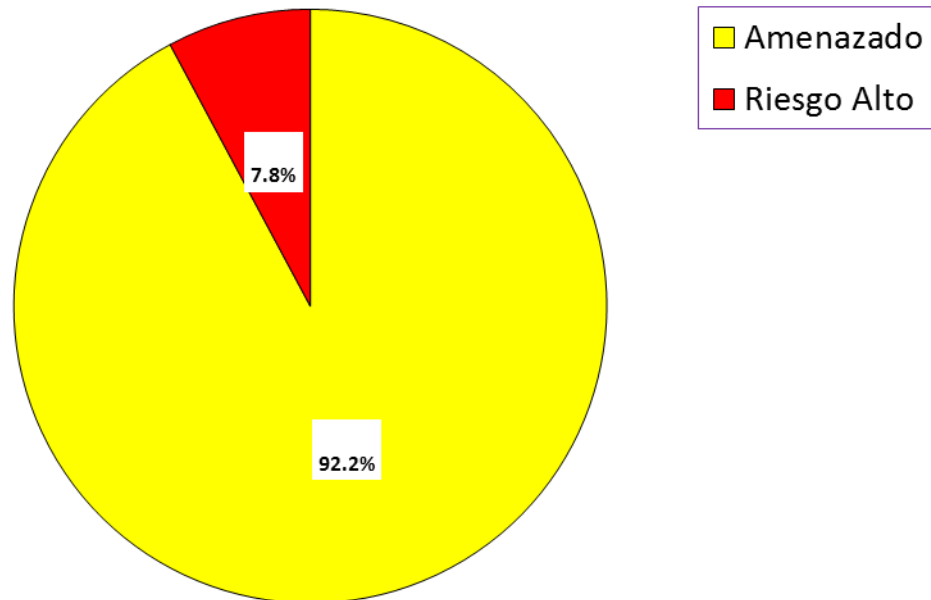
Gráfico 1: Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red de salud Los Olivos - 2015



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

Se observa la distribución del Riesgo Familiar Total de las familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, donde el 70,6% son familias con riesgo bajo; luego el 25,5 % son familias amenazadas y por último el 3,9% tenemos a las familias con riesgo alto, las cuales representan el total de familias, según el RFT 5- 33.

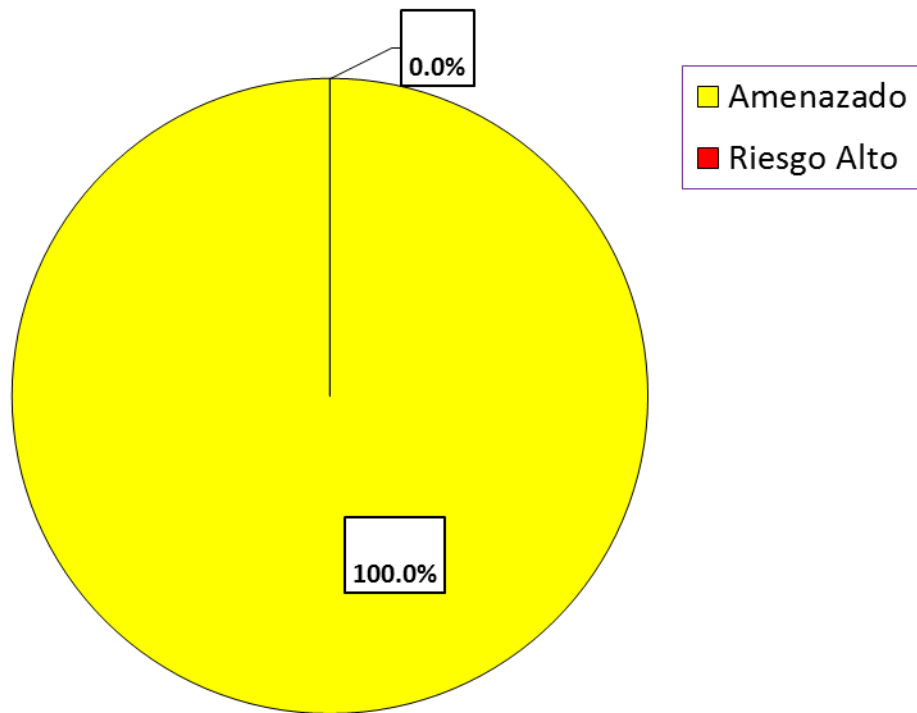
Gráfico 2: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión psicoafectiva en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015



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

Según la dimensión de condiciones psicoafectivas en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, encontramos que el 92,2% son familias amenazadas a diferencia del 7,8% de familias con riesgo alto.

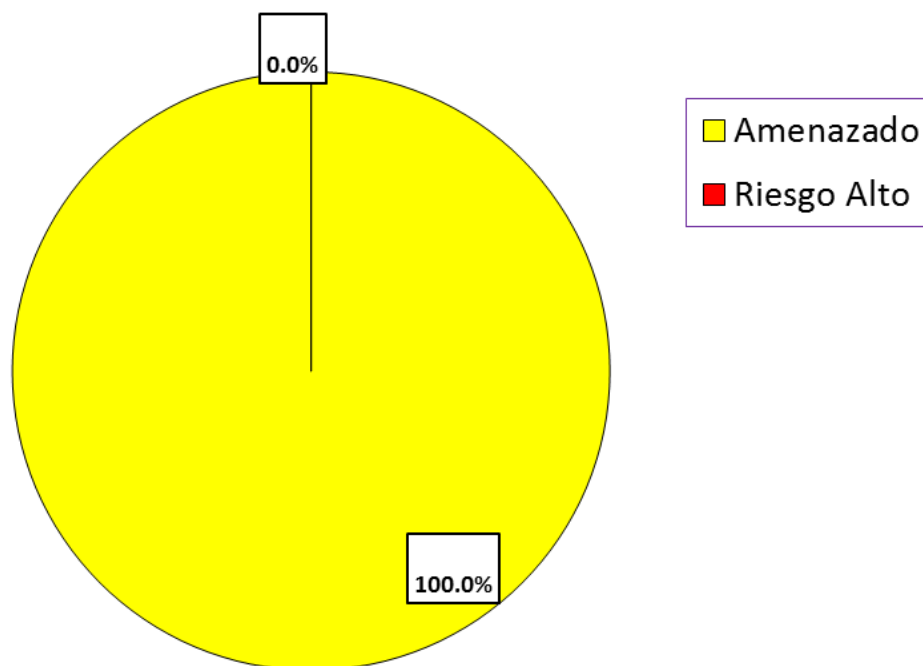
Gráfico 3: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de servicios y prácticas de salud en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015



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

Según la dimensión de servicios y prácticas de salud en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, encontramos que el 100,0% son familias amenazadas.

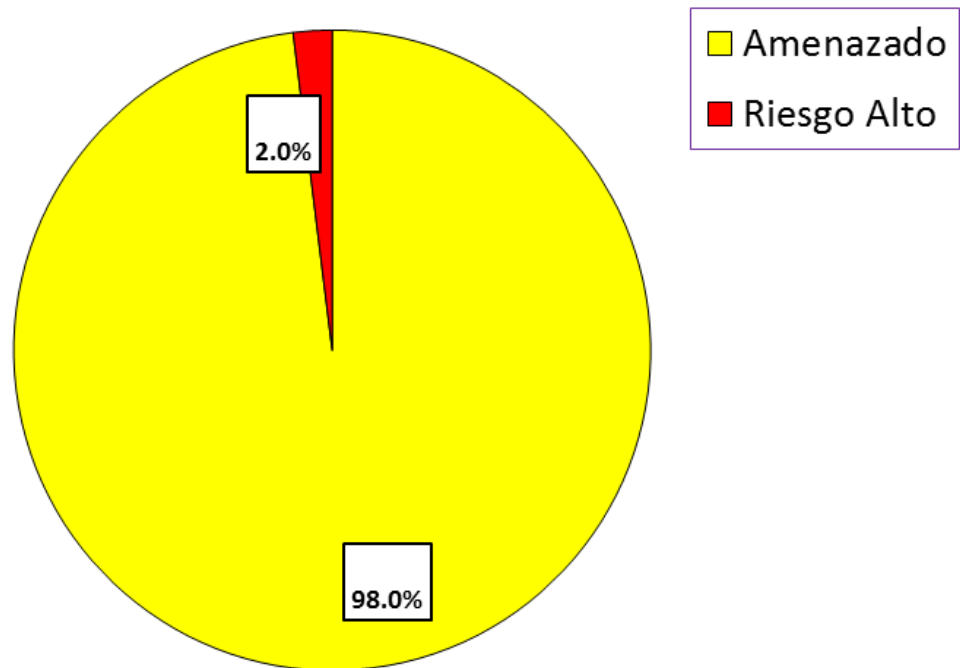
Gráfico 4: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Condiciones de vivienda y vecindario en familias de los Establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015



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

Según la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, encontramos que el 100,0% son familias amenazadas.

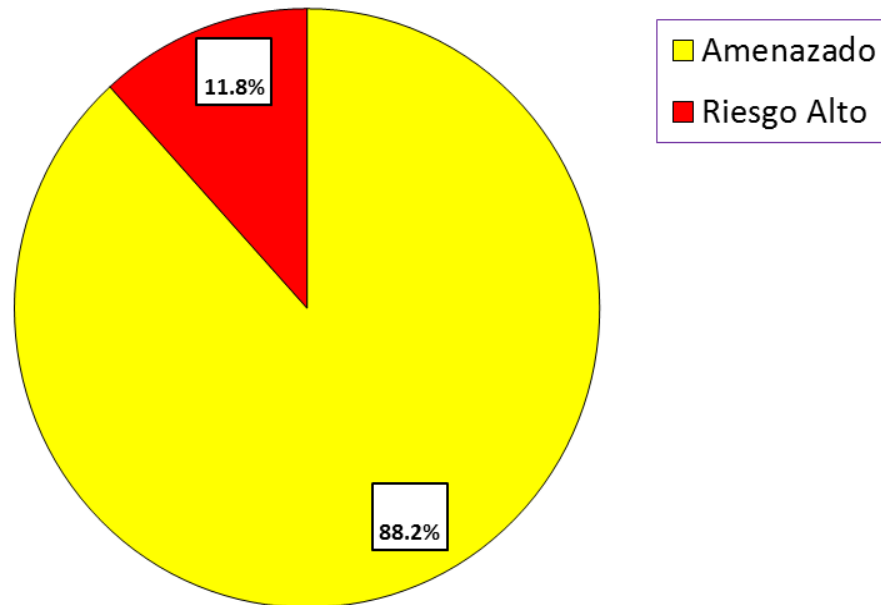
Gráfico 5: Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Situación socioeconómica en familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015



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

Según la dimensión de situación socioeconómica en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, encontramos que el 98,0% son familias amenazadas a diferencia del 2.0% de familias con riesgo alto.

Gráfico 6. Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de manejo de menores en familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015



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

Según la dimensión de manejo de menores en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, encontramos que el 88,2% son familias amenazadas a diferencia del 11,8% de familias con riesgo alto.

4.2 DISCUSIÓN

En esta sección confrontaremos los resultados de nuestro estudio con los resultados de los dos antecedentes nacionales y los tres antecedentes internacionales.

En la presente investigación el 70,6% de familias de las personas afectadas con tuberculosis se encuentran en riesgo bajo.

Según Pilar Amaya, una familia que se encuentra en riesgo bajo será aquella que representa por su composición e interacciones psicoafectivas condiciones favorables, asume prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tiene el conocimiento y apoyo de los servicios de salud. Es aquella cuyas condiciones de organización de vivienda y vecindario son seguras y mantiene vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar ⁽²⁵⁾.

Sin embargo, se evidencia familias amenazadas y con riesgo alto. Que muestra el deterioro de concientización y sensibilización del Estado, los municipios, los servicios de salud, la comunidad, la familia y nosotros como seres humanos.

Asimismo, en el estudio realizado por Becerra W., Diaz J. y Rocha J., concluyen que el riesgo familiar en su mayoría es amenazado y con alto riesgo. Ellos mencionan que debemos mantenernos alertas, brindar una atención integral y prestar una especial atención para reducir su riesgo a bajo.

El antecedente mencionado se compara al antecedente internacional desarrollado por Soto A. y Velásquez V. Además, un aspecto en común a resaltar es que se utilizó el instrumento “Riesgo Familiar Total” de la autora Pilar Amaya.

Es por ello, que a pesar de que hay familias que viven en buenas condiciones todavía se cuenta con familias que aún presentan carencias en servicios de salud, higiene, saneamiento ambiental, vigilancia de menores, crisis familiares, problemas económicos, etc.

En nuestro trabajo de investigación, las cinco dimensiones del RFT 5-33 son familias amenazadas y con riesgo alto. Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados por Soto A. y Velásquez V., donde refiere que la mayoría de familias se encuentran amenazadas y sus principales factores son: el desempleo del jefe de hogar, seguido de una pérdida económica importante, la presencia de un enfermo grave, el abandono del hogar por parte de un menor de 18 años y la muerte reciente de algún miembro y el factor que más predomina es la violencia en su hogar. En nuestro país, la mayoría de la población es analfabeta (93%); presenta altas tasas de escolarización en los siguientes niveles de educación básica regular: primaria de 6 a 11 años de edad (81%) y secundaria de 12 a 16 años de edad (80%). Se da la ruptura de un modelo tradicional de familia nuclear, problemas de ansiedad, la mortalidad materna, desnutrición infantil, ambientes insalubres, la competencia laboral y los cambios climáticos que empeora las enfermedades como IRAS y EDAS y otras emergentes. Donde los más vulnerables son los niños menores de cinco años, adultos mayores, gestantes y personas que padecen de enfermedades crónicas.

En la dimensión de condiciones psicoafectivas, el 92,2% son familias amenazadas y el 7,8% son familias con riesgo alto. Donde se evidencia problemas conyugales, violencia familiar, ansiedad, psicosis, privación afectiva, abandono de menores e ingesta de alcohol y tabaco. Potenciales a alcanzar, en su totalidad, el riesgo alto. Así como Dulanto J., quien afirma que los pacientes con tuberculosis pulmonar han presentado malestar psicológico de grado moderado a grado alto y muy alto.

La dimensión de servicios y prácticas de salud coincide con la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario en familias de personas afectadas con tuberculosis que representa un 100%. Donde se evidencia que los principales factores son: la inequidad, la exclusión o discriminación entre varones y mujeres en el sector salud. Produciendo muertes maternas y perinatales, así como la falta de conocimiento de una alimentación balanceada y el descuido de niños en su control de CRED y consulta pediátrica.

Además, la falta de insalubridad y de espacios en los hogares influyen en problemas de violación, abuso sexual infantil, enfermedades respiratorias, de la piel y entre otras.

Esto coincide con la dimensión de situación socioeconómica (98% de familias amenazadas y 2% de familias con riesgo alto), donde la mayoría de familias son de condición emergente, y en muchos de los casos no cuentan con ingresos salariales fijos, muchos son comerciantes, viven y dependen de los ingresos del día a día.

Así también la dimensión manejo de menores se encuentra amenazado con 88,2% y con riesgo alto un 11,8%. La razón de este hallazgo se debe a que la mayoría de padres de familia que son jefes de hogar trabajan todo el día, es por ello que descuidan el acompañamiento directo y continuo de los menores en cuanto a su educación y su salud. Por ello, muchos de los menores no tienen supervisión constante, y eso conlleva a exponerse a riesgos para su salud e integridad.

Por ende, a las familias con riesgo alto y, principalmente, las amenazadas, se les debe prestar una particular atención, de no hacerlo pueden empeorar su diagnóstico, pero si es oportuno y continuo se puede mejorar su valoración, veamos aquello entonces como una oportunidad para poder revertir el diagnóstico hallado en nuestro estudio.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2

5.1 CONCLUSIONES

A partir de los resultados del presente estudio de investigación, que busca determinar el Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos, podemos concluir:

- El riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos 2015 es el riesgo familiar bajo.
- El riesgo familiar total predomínate en su dimensión Condiciones psicoafectivas en familias de personas afectadas con tuberculosis, riesgo familiar amenazado.
- El riesgo familiar total predominante en su dimensión Servicios y prácticas de salud en familias de personas afectadas con tuberculosis es riesgo familiar amenazado.
- El riesgo familiar total predominante en su dimensión Condiciones de vivienda y vecindario en familias de personas afectadas con tuberculosis es riesgo familiar amenazado.
- El riesgo familiar total predominante en su dimensión, situación socioeconómica en familias de personas afectadas con tuberculosis es riesgo familiar amenazado.
- El riesgo familiar total predominante en su dimensión Manejo de menores en familias de personas afectadas con tuberculosis es riesgo familiar amenazado.

5.2 RECOMENDACIONES

Los resultados de la presente investigación permiten plantear las siguientes recomendaciones:

- Socializar los resultados con la jefatura de la Micro Red Los Olivos para que se planteen y formulen estrategias, teniendo en cuenta un trabajo interdisciplinario e intersectorial donde la enfermería lidere y potencie los cuidados a la persona, familia y comunidad las familias de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, de esta manera incentivar la implementación de programas sobre salud comunitaria y familiar, disminuyendo los riesgos en familias amenazadas y en riesgo alto.
- Socializar con la Municipalidad de Los Olivos para la ejecución de las actividades de salud de los pobladores de Lima – Norte.
- Socializar los resultados con la Universidad de Ciencias y Humanidades para motivar e incentivar la investigación a los futuros egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud con un enfoque comunitario preventivo promocional.
- Socializar y publicar estudios posteriores que aporten conocimientos nuevos, actualizados y confiables que permita que otros alumnos despierten su interés en temas relacionados a la atención primaria de salud de la persona, familia y comunidad.
- Socializar los resultados con los pobladores pertenecientes a la jurisdicción de los establecimientos de Salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos para que ellos sean partícipes de su cuidado, mejorando sus condiciones de vida.

- Se recomienda a las enfermeras que deben liderar y empoderarse del campo de atención primaria ejerciendo el liderazgo del equipo multidisciplinario en salud.
- Se recomienda dar continuidad investigativa a los resultados encontrados con estudios en relación al Riesgo Familiar Total y tipo de familia, aplicando el cuestionario RFT 5:33.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Programa de familias y viviendas saludables [Internet]. 1ra ed. Minsa, editor. Lima; 2013. 8 p. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/101.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Internet]. 2016. p. 3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la reunión regional de jefes de Programas Nacionales de Control de tuberculosis [Internet]. 1ra ed. OPS, editor. Brasil; 2012. 91 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20111&Itemid=270
4. Diario UNO. Cada año se registran 27 mil nuevos casos de TBC [Internet]. Lima; 2016. p. 1. Available from: <http://diariouno.pe/2016/06/05/cada-ano-se-registran-27-mil-nuevos-casos-de-tbc/>
5. Del Castillo H y otros. Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: Situación y propuestas para su control. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2009;26(3):380–6. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a18v26n3>
6. Sanches D. Familias desplazadas desde el enfoque de riesgo familiar total [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CHZ7ekUmP7kJ:www.bdigital.unal.edu.co/11169/1/doraceciliasanchezisaza.2013.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe\)](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CHZ7ekUmP7kJ:www.bdigital.unal.edu.co/11169/1/doraceciliasanchezisaza.2013.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pe)
7. Huaicha C. Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el distrito de Los Olivos. [Internet]. Lima; 2005. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/diagnostico_cofinal/Diagnostico_Final_Olivos.pdf
8. RPP Noticias. INEI Lima tiene más de 8 millones 500 mil habitantes [Internet]. 2013. p. 1. Available from: <http://www.rpp.com.pe/2013-01-17->

- inei-lima-tiene-mas-de-8-millones-500-mil-habitantes-noticia_558732.html
9. Lázaro I. Los Olivos : Un Distrito hacia la Prosperidad. 2007;(2002):61–76. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/econo/article/viewFile/9023/7858>
 10. Centro de Salud Enrique Milla. Reseña Historica del Centro de Salud Enrique Milla Ochoa. Lima; 2015.
 11. Centro de Salud Villa del Norte. Reseña Histórica del Centro de Salud de Villa del Norte. Lima; 2015.
 12. Red de Salud Rímac-SMP-LO. Reseña Histórica Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rímac-SMP-LO [Internet]. 2012. p. 3. Available from: http://www.reddesaludrimac.gob.pe/informacion/jurisdicciones_dependencias.html
 13. Soto A y Velásquez V. Riesgo Familiar Total de Familias Desplazadas Residentes en el Municipio de Bugalagrandes (Valle del Cauca, Colombia). Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2015;20(1):126–39. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716009>
 14. Martínez y otros. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Atención Fam [Internet]. 2014;21(2):47–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30013-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30013-X)
 15. Martinez A y Arizmendi B. Estructura familiar y riesgo de abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar derechohabientes del IMSS en las UMF 220, 222 y 223 de la zona toluca, estado de México de octubre de 2011 a octubre de 2012 [Internet]. Universidad Autonoma de Mexico; 2015. Available from: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/13961>
 16. Becerra W Diaz J y Rocha J. Riesgo Familiar Total en Familias del Sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos 2013 [Internet]. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. Available from: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/44/becerra-cubas-wister-riesgo-familiar-total-en-familias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 17. Miranda S Paiva A y Valles K. Riesgo Familiar Total en familias del

- Asentamiento humano El Misti Carmen Alto, Comas - 2013. Los Olivos; 2014. p. 200.
18. Aguedo S. Grado de malestar psicológico en pacientes con Tuberculosis de tres centros de salud de Lima , 2014 [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos; 2015. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4004/3/Aguedo_as.pdf
 19. Organización Mundial de la Salud. Definición de la Familia Según la OMS [Internet]. 2009. p. 2. Available from: <http://bubululisa.blogspot.pe/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
 20. Osorio A y otros. Introducción a la Salud Familiar [Internet]. 1ra ed. Universidad de Costa Rica, editor. Costa Rica; 2004. 1-69 p. Available from: <http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo11.pdf>
 21. Amat y Leon C. Salud comunitaria y familiar en el Perú. 1ra ed. Universidad Alas Peruanas, editor. Lima; 2011. 378 p.
 22. Gonzales J. La familia como sistema. Rev Paceaña Med Fam [Internet]. 2007;4(6):111–4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207207740161>
 23. Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF: GEN-2: manual aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento. 1ra. Universidad Nacional de Colombia, editor. Colombia; 2004. 79 p.
 24. Perez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Rev Aquichan [Internet]. 2003;3(1). Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/34/65>
 25. Defensoría del Pueblo. Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la Política Pública, de la Calidad de los Servicios y la Atención a Poblaciones Vulnerables. [Internet]. 1ra ed. Biblioteca nacional, editor. Vol. 140, Salud Mental y Derechos Humanos. Lima; 2008. 5-301 p. Available from:

- http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf
26. Eguiluz L Plasencia M y Torres C. Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. Integr Académica en Psicol [Internet]. 2017;5(13):95–106. Available from: <http://integracion-academica.org/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
 27. Alcantara H y Torres G. Violencia Familiar y Agresividad en Niños del 2° Grado de Educación Primaria en la I.E. Abraham Valdelomar Ugel 06 del Distrito Santa Anita durante el 2010 [Internet]. Universidad Nacional de Educación Enrique Guzman y Valle; 2010. Available from: http://www.une.edu.pe/investigacion/CIE_CIENCIAS_2010/CIE-2010-086_QUIspe_VALVERDE_VICTOR.pdf
 28. Zuño A. La salud en el Perú al término del siglo XX Perú XX; propuestas de cambio para el siglo XXI. Acad Nac Med [Internet]. 2005;1(1):109–19. Available from: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/23analisis_critico_Burstein.pdf
 29. Ministerio de Salud del Perú. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2015. p. 2. Available from: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10
 30. Programa Mundial de Alimentos. La desnutrición crónica en América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá; 2007. Available from: http://www.nu.org.bo/wp-content/uploads/2013/03/pma_desnutricioninfantil.pdf
 31. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable. Guía para el facilitador [Internet]. 1ra ed. Biblioteca nacional, editor. Lima; 2009. 94 p. Available from: www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivisal.pdf
 32. Feres J y Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina [Internet]. 1ra ed. Cepal, editor. Chile; 2001. 54 p. Available from:

- <http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/bibliografia/capitulo-III/Feres> Juan Carlos y Xavier Mancero (2001b) El metodo de las necesidades basicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en America Latina.pdf
33. Balbuena P. Pobres por herencia. El Comercio [Internet]. 2016 Apr 16;1. Available from: http://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/pobres-herencia-patricia-balbuena-palacios-noticia-1928277?ref=flujo_tags_354214&ft=nota_2&e=titulo
 34. Montalván R y Martínez K. Funcionamiento familiar y nivel de autocuidado en internas de enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo, 2014 [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Available from: ? http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1675/1/RE_ENFER_F.FAMILIAR-NIV.CUIDADO_TESIS.pdf
 35. Organizacion Internacional de Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Trabajo y Familia: [Internet]. 1ra ed. OIT, editor. Mexico; 1990. 151 p. Available from: http://www.oei.es/pdf2/trabajo_familia_nuevas_formas_consiliacion.pdf
 36. Abrego E. Larios B. y Onofre J. Riesgo Familiar Total en las Familias del Sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros , Comas – 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades;
 37. Ministerio de Salud del Perú. Situación de la tuberculosis en el Perú [Internet]. Minsa. Lima; 2011. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf
 38. Ministerio de Salud de Argentina. Enfermedades Infecciosas, Tuberculosis. Guía para el Equipo de Salud [Internet]. 1ra ed. Ministerio salud de Argentina, editor. Argentina; 2009. 51 p. Available from: http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf
 39. Bonilla C. Situación de la Tuberculosis en el Perú. Acta Médica Perú [Internet]. 2008;25(3):163–70. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v25n3/a09v25n3.pdf>

40. Murillo C Cabrera M y Carbonell M. Tuberculosis. In: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, editor. Tratado de Geriátría para residentes [Internet]. 1ra ed. Madrid; 2006. p. 435–42. Available from: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05_43_III...
41. Lozano J. Tuberculosis . Patogenia, diagnóstico y tratamiento. OFFARM [Internet]. 2016;21(8):102–10. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tuberculosis-patogenia-diagnostico-tratamiento-13035870>
42. Calvo J y Bernal M. Tuberculosis, diagnóstico y tratamiento. Neumosur [Internet]. 2010;1(3):1–11. Available from: http://www.neumosur.net/files/EB03-43_TBC_dco_tto.pdf
43. Morales L y otros. Factores de Riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Multimed Rev Médica Granma [Internet]. 2012;19(1):1–18. Available from: http://site.ebrary.com.proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/lib/bibliotecafuaa_sp/reader.action?ppg=13&docID=10536359&tm=1423279451444
44. Vilcabana J. 2015 : Tuberculosis En El Perú ¿ Quo Vadis ? Salud y Soc [Internet]. 2015;1(1):57–63. Available from: <http://www.smprovida.com/descargas/revistas/revista653.1.pdf>
45. Alarcón A. Plan de Reducción de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. Ministerio de salud. Lima; 2013. Available from: <http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/plan/plan11.pdf>
46. Ministerio de Salud. Norma Técnica de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de Tuberculosis [Internet]. 1ra ed. Minsa, editor. Minsa. Lima; 2013. 126 p. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf
47. Centro de Control y Prevención de Enfermedades. Manejo de pacientes con tuberculosis y mejora de la adherencia al tratamiento [Internet]. 1ra ed. CDC, editor. Atlanta; 2014. 98 p. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/guides/ssmodules/spanishssmodule6.pdf>
48. Silva M. Instrumento. In: Universidad Nacional Autónoma de México,

editor. Apuntes para la Elaboración de un Proyecto de Investigación Social [Internet]. 1ra ed. México; 2006. p. 90–100. Available from: http://132.248.9.9/libroe_2007/0966808/12_c08.pdf

49. Acevedo I. Aspectos éticos en la investigación. Ciencia y enfermería [Internet]. 2002;8(1):15–8. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v8n1/art03.pdf>

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de las variables

TÍTULO: RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS DE TRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRO RED LOS OLIVOS – 2015.							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	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.	Es la probabilidad de resultados desfavorables del individuo y su familia que afecta las condiciones psicoafectivas, los servicios y prácticas de salud, la condición de vivienda y vecindario, la condición de situación socioeconómica, y el manejo de menores detectadas en los tres establecimientos de salud, Villa del Norte, Enrique Milla Ochoa y 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 alto riesgo	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	Familias Amenazadas	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.
			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de vivienda y vecindario en la organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5		
			Situación económica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6	Familias con bajo riesgo	Familia Tipo 1 con percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70 y familia Tipo 2 con percentiles superiores a 80 y PE superiores a 70
			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

El instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5 – 33, como se anunció anteriormente, 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 demostrado su utilidad clínica y político- administrativa en la detección de riesgo familiar en estratos socioeconómicos bajos. El número de ítems cambio (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 objetivo particular del inventario RFT: 5-33 es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de salud o disfunción, debido a factores asociados con su trayectoria, forma de organización, prácticas de salud, disponibilidad y distribución de recursos, o funcionamiento cotidiano en general, que son riesgos de salud para la familia como un todo o para los individuos que la componen.

Dado que el RFT:5-33 es un instrumento diseñado para la detección del riesgo en familias de niveles socioeconómicos bajos, y que en consecuencia quienes lo responden son en su mayoría personas de bajo nivel educativo, el diligenciamiento del inventario debe ser elaborado por el profesional de 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.

El instrumento de Riesgo Familiar Total, RFT: 5-33, está compuesto por cinco secciones principales. 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 tiene peso alguno sobre el puntaje del inventario. La quinta sección está compuesta por 33 ítems. Las secciones son las siguientes:

- Identificación de la familia

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 y extensa modificada, atípica).

- Composición de la familia y riesgos individuales

Consiste en la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, incluyendo información sobre el género, edad, papel dentro de ésta y datos sobre algunas condiciones específicas que pueden presentar riesgo individual, relacionadas con educación sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras. Esta sección también identifica cada uno de los miembros, aun los fallecidos.

- Antecedentes de patologías de carácter familiar

Esta sección consta de 19 elementos que indagan sobre condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se han presentado o son actuales en la familia en las tres generaciones anteriores.

- Instituciones de apoyo familiar

En esta parte se indaga sobre las instituciones, organizaciones o grupos sociales y de salud que pueden apoyar a los individuos y al núcleo familiar.

- Factores de riesgo

Esta sección consta de 33 ítems que evalúan en conjunto riesgo familiar total. Éstos tienen puntuaciones de “1”, “0” y “NA” (el No Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría manejo de menores). A su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar (23).

Anexo C: Carta de presentación

CARTA N 023-FCS-UCH 2015

Los Olivos, 11 noviembre de 2015

Dr. José Manuel Cornejo Chávez

C.S LOS OLIVOS

Presente:

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

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

CERQUIN PEREZ IRIS JOCELYN CÓDIGO 10202015

FLORES ANYOZA JANETT CÓDIGO 10102036

GUERRERO CUETO JUAN MANUEL CÓDIGO 11102093

Se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título: “RIESGO FAMILIAR TOTAL EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD VILLA DEL NORTE, ENRIQUE MILLA OCHOA Y LOS OLIVOS – 2015”, para obtener el título de licenciado de enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y facilidades correspondientes para llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

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

Atentamente,

Cesar Abrahán Suarez Ore

Universidad de Ciencias y Humanidades

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Director

CARTA N 068-FCS-UCH 2015

Los Olivos, 11 noviembre de 2015

Lic. Marisol Alvarado

Medico Jefe

Centro Salud Villa del Norte

Presente:

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

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

CERQUIN PEREZ IRIS JOCELYN CÓDIGO 10202015

FLORES ANYOZA JANETT CÓDIGO 10102036

GUERRERO CUETO JUAN MANUEL CÓDIGO 11102093

Se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título: “RIESGO FAMILIAR TOTAL EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD VILLA DEL NORTE, ENRIQUE MILLA OCHOA Y LOS OLIVOS – 2015”, para obtener el título de licenciado de enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y facilidades correspondientes para llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

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

Atentamente,

Cesar Abrahán Suarez Ore

Universidad de Ciencias y Humanidades

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Director

CARTA N 025-FCS-UCH 2015

Los Olivos, 11 noviembre de 2015

Sandra Milagros Osorio San Martin

Medico Jefe

Centro Salud Enrique Milla Ochoa

Presente:

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

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

CERQUIN PEREZ IRIS JOCELYN CÓDIGO 10202015

FLORES ANYOZA JANETT CÓDIGO 10102036

GUERRERO CUETO JUAN MANUEL CÓDIGO 11102093

Se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título: "RIESGO FAMILIAR TOTAL EN PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD VILLA DEL NORTE, ENRIQUE MILLA OCHOA Y LOS OLIVOS – 2015", para obtener el título de licenciado de enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y facilidades correspondientes para llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

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

Atentamente,

Cesar Abrahán Suarez Ore

Universidad de Ciencias y Humanidades

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Director

Anexo D: Consentimiento informado

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE PERSONAS CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD VILLA DEL NORTE Y ENRIQUE MILLA OCHOA DE LOS OLIVOS-2015

Breve descripción: El presente trabajo de Investigación, desarrollado por la estudiante de enfermería: Cerquin, Flores y Guerrero, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

Tiene como objetivo: Determinar el riesgo familiar total en familias de personas con tuberculosis de los establecimientos de salud Villa del Norte y Enrique Milla Ochoa de Los Olivos-2014.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recolectada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en alguna forma. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación por favor comuníquese con: al teléfono.....

DECLARACION

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así, lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno para mi persona.

Doy mi consentimiento para mi participación en el estudio descrito.

.....
Nombres y Apellidos del participante

.....
Firma

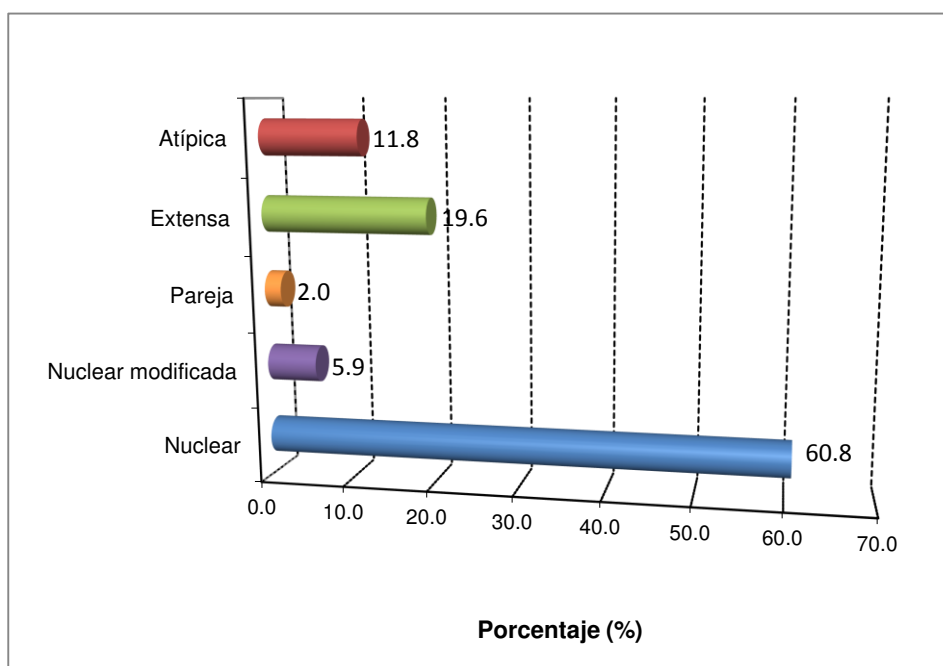
.....
Nombres y Apellidos del Encuestador

.....
Firma

Fecha.....

Anexo E: Resultados complementarios

Distribución de las familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos - 2015 (n=51)



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

En el gráfico de la distribución según tipo de familia podemos observar que el 60,8% son familias de tipo nuclear, 5,9% son familias de tipo nuclear modificada, 2,0% son parejas, 19,6% son familias extensas, 11,8% son familias de tipo atípicas. Las familias de tipo nuclear son las que tienen mayor porcentaje a diferencia de las familias nuclear modificada, extensa y atípica.

Distribución del Riesgo Familiar Total en familias de los establecimientos de salud Villa Norte, Enrique Milla Ochoa y Los Olivos, según tipo de familia, 2015. (n=51)

Riesgo	Nuclear - Pareja		Extensa – atípica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familiar						
Riesgo bajo	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Amenazadas	28	66,7	15	71,4	43	68,3
Riesgo alto	13	31,0	6	28,6	19	30,2
Total	42	100,0	21	100,0	63	100,0

* Valor p = 0,670 Ji cuadrado.

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

En la Tabla, podemos observar que del total de las familias tipo 1(Nuclear-Pareja) el 66,7% son familias amenazadas, seguido de 31,0% de familias con riesgo alto y sólo 2,4% de familias con riesgo bajo, a diferencia de las familias de tipo 2(Extensa-Atípica) con 71,4 % de familias amenazadas, 28,6% de familias con riesgo alto y 0,0% de familias con riesgo bajo.