



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

TESIS

**RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS
PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL
SEMILLITAS DE AMOR I PUENTE PIEDRA - 2015**

PRESENTADO POR

**CABELLO HUERTA, ERICA YOVANA
FRANCISCO YAURI, JESUSA BALVINA
MAYTA GUANILO, SILVIA JACQUELINE**

ASESOR

TUSE MEDINA, ROSA CASIMIRA

Los Olivos, 2017



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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS
CON NIÑOS PREESCOLARES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL
SEMILLITAS DE AMOR I
PUENTE PIEDRA - 2015**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

CABELLO HUERTA, ERICA YOVANA
FRANCISCO YAURI, JESUSA BALVINA
MAYTA GUANILO, SILVIA JACQUELINE

ASESORA:

TUSE MEDINA, ROSA CASIMIRA

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Pérez Sigvas, Rosa Eva
Presidente

Millones Gómez, Segundo Germán
Secretario

Bernuy Mayta, Martín Alejandro
Vocal

Tuse Medina, Rosa Casimira
Asesor

**RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS
CON NIÑOS PREESCOLARES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL
SEMILLITAS DE AMOR I
PUENTE PIEDRA - 2015**

Dedicatoria

Queremos dedicarle este trabajo a Dios, quien nos ha dado la vida y fortaleza para terminar esta tesis de investigación. A nuestros padres, por estar ahí cuando más los necesitamos y a nuestros maestros por transmitirnos conocimientos científicos para la elaboración de esta investigación.

Agradecimientos

A Lic. Rosa Tuse Medina:

Por su gran trayectoria y experiencia en investigación, por asesorarnos con paciencia y dedicación en todo el proceso de realización de la tesis.

Al Dr. Hernán Hugo Matta Solís y Lic. Nélica Hilario Huapaya:

Por guiarnos, facilitarnos información, brindarnos sus conocimientos al realizar este trabajo de investigación.

A la Lic. Fanny Irma Silvestre Soto Directora de la I.E.I. Semillitas de Amor I:

Por brindarnos su confianza, apoyo y darnos la oportunidad de realizar la investigación en su Institución Educativa.

A las familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I:

Por brindarnos su paciencia, tiempo, confianza y amabilidad de recibirnos en sus hogares para realizar la entrevista.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3. OBJETIVOS.....	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos	22
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	22

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	25
2.1.1. Distrito de Puente Piedra	25
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.2.1. Antecedentes internacionales	28
2.2.2. Antecedentes nacionales	30
2.3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	33
2.3.1. Familia	33
2.3.2. Riesgo familiar total.....	42
2.3.3. Preescolar	54
2.3.4. Abordaje de la salud familiar en el Perú.....	60
2.4. HIPÓTESIS.....	63

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	65
3.2. POBLACIÓN.....	65
3.2.1. Criterios de inclusión	65
3.2.2. Criterios de exclusión	66
3.3. VARIABLE	66
3.3.1. Definición conceptual	66
3.3.2. Definición operacional.....	66

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.4.1. Descripción de Riesgo Familiar Total.....	66
3.4.2. Antecedentes del Instrumento RFT: 5-33	67
3.4.3. Contenido del RFT:533	68
3.4.4. La adaptación del instrumento riesgo familiar total (RFT: 5-33) en el Perú.....	70
3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
3.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	72
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	73
3.7.1. El principio de autonomía.....	73
3.7.2. El principio de beneficencia.....	74
3.7.3. El principio de no maleficencia.....	74
3.7.4. El principio de justicia.....	74
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	76
4.1.1. Descripción demográfica.....	76
4.1.2. Resultados según dimensiones	76
4.2. DISCUSIÓN.....	83
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	90
5.2. RECOMENDACIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS	98

Índice de Gráficos

- Gráfico 1:** Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015..... 77
- Gráfico 2:** Riesgo familiar total según la dimensión de condiciones psicoactivas de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.... 78
- Gráfico 3:** Riesgo familiar total según la dimensión de las prácticas y servicios de salud de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015..... 79
- Gráfico 4:** Riesgo familiar total según la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015..... 80
- Gráfico 5:** Riesgo familiar total según la dimensión de situación socio económica de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015..... 81
- Gráfico 6:** Riesgo familiar total según la dimensión manejo de menores de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015..... 82

Índice de Tablas

Tabla 1: Caracterización de los jefes de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I según el sexo	107
Tabla 2: Caracterización de los jefes de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, según su grado de instrucción	107
Tabla 3: Caracterización de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, según el tipo de familia.....	107
Tabla 4: Resultados según sus dimensiones por tipos de familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I.....	108
Tabla 5: Resultados según sus cinco dimensiones de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I	109

Índice de Anexos

Anexo A: Operacionalización de variable RFT: 5-33	99
Anexo B: Carta de aceptación	100
Anexo C: Consentimiento informado.....	101
Anexo D: Instrumento de riesgo familiar RTF: 5 - 33 instrumento adaptado para el Perú RFT: 5 - 33.....	102
Anexo E: Evidencias de la recolección de datos.....	105

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.

Materiales y métodos: El estudio fue cuantitativo descriptivo, de corte transversal; se trabajó con toda la población que está constituida por 60 familias de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I. Como técnica se utilizó la entrevista que tiene una duración de aproximadamente 30 a 45 minutos realizado en visitas domiciliarias. El instrumento utilizado es el RFT: 5-33 de Pilar Amaya; cuenta con 5 dimensiones, 33 ítems. La evaluación es de 0 cuando no presenta riesgo y 1 cuando presenta riesgo y NA (no aplica exclusivo par ítems de manejo de menores). **Resultados:** Del total de encuestados 38 (63.3%) familias presentaron un riesgo familiar total alto y 22 (36.7%) familias estuvieron en la categoría de amenazadas. Dentro de las dimensiones con mayor riesgo, se encuentran las prácticas y servicios de salud con 41 (68.3%) familias que presentaron un nivel alto, y 25 (41.7%) de las familias en las dimensiones, condiciones psicoafectiva y condiciones de vivienda y vecindario presentaron un nivel alto. Predominaron las familias nucleares con un total de 43 (71.7%) familias, el grado de instrucción del jefe de familia en su mayoría es de nivel secundaria completa 24 (40%) familias. **Conclusiones:** Las Familias con niños Preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra están con riesgo familiar total alto, y la dimensión con más alto riesgo es práctica y servicios de salud.

Palabras clave: Familia, Riesgo, Riesgo familiar

Abstract

Objective: To determine the Total Family Risk with preschool children of the Early Educational Institution Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.

Materials and Methods: This is quantitative, descriptive cross-sectional investigation; it was worked with a population which is formed by 60 families of pre schoolchildren of the Early Educational Institution Semillitas de Amor I. As a technique, interview was used which lasts approximately from 30 to 45 minutes made in home visits. The applied instrument is the RFT: 5-33 of Pilar Amaya which has 5 dimensions, 33 items. The evaluation is 0 when it does not present risk and 1 when it presents risk and NA (it does not apply exclusive par items of minor manage).

Results: From the total of the survey respondents 38 (63.3%) families present a high total familiar risk and 22 (36.7%) families were in threatened category. In the dimension with big risk, it can be found health services and practice with 41 (68.3%) of families which presented a high level, after that 25 (41.7%) of the families in the dimensions, psycho-affective conditions and also house and neighborhood conditions presented a high level. Nuclear families predominated with a total of 43 (71.7%) families, the degree of education of the boss of the family in the majority is of secondary level completed 24 (40%) families.

Conclusions: The families with pre schoolchildren of the Early Educational Institution Semillitas de Amor I Puente Piedra are in high total family risk, and the highest risk dimension is practice and health services.

Key words: Family, Risk, Family risk

Introducción

La familia es la base primordial para el desarrollo de un país. Es la encargada de proteger a cada uno de los miembros de la familia, siendo el preescolar uno de los grupos etarios más frágiles de la sociedad; ellos no pueden valerse por sí mismos, porque están en una etapa de desarrollo. Uno de los factores fundamentales que ponen en riesgo la salud del niño es la condición de pobreza en que viven las familias.

Este estudio de investigación está basado en la teoría de Pilar Amaya, creo el instrumento RFT: 5 - 33. Este estudio se realizó en una zona Urbano Marginal, las familias viven en condiciones precarias que enfrentan diversos factores de riesgos como: desarmonía conyugal, desconocimiento en cuando servicios de salud, falta de saneamiento ambiental, manejo inadecuado en cuanto a las enfermedades de los preescolares.

El presente estudio está dividido en 5 capítulos:

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

En el Capítulo II: Marco teórico, donde se redacta la historia del asentamiento humano e institución educativa, se describen los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación, las bases teóricas y las definiciones teóricas, referente familia , riesgo familiar total, dimensiones del riesgo familiar total y el preescolar.

En el Capítulo III: Metodología, se exponen el diseño metodológico, la población, la variable y las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, proceso de recolección de datos, procesamiento y método para el análisis de los datos.

En el Capítulo IV: Se muestran los resultados de la investigación con la respectiva discusión.

En el Capítulo V: Se muestra la conclusión y recomendaciones de la investigación, finalmente encontramos las referencias bibliográficas y anexos del estudio.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es considerada en el ámbito internacional como piedra angular para los procesos de salud, por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS). Afirma que se debe aumentar la salud de la población “haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud” ⁽¹⁾.

La primera base fundamental para cuidar la salud y el desarrollo de la sociedad es la familia. Ya que la familia es quien brinda la alimentación, el vestido, vivienda y protección a cada uno de sus miembros, no solo cuida la parte física, sino también la aparte emocional, brindando amor, cariño, enseñándole a cada individuo expresar sus emociones, interactuar con otras personas, y comunicarse con otros miembros de la sociedad.

La familia es una institución social y económica, compuesta por un grupo primario de personas unidas por lazos de parentesco (familia de origen o familia de procreación) o de amistad, que cumplen funciones de reproducción generacional y de reproducción cotidiana de la capacidad de trabajo de los individuos y la transmisión de valores, normas y creencias, con roles asignados a cada uno de sus miembros ⁽²⁾.

La composición familiar es un grupo de personas, que interactúan entre sí de forma más regular e intensa, que pueden estar unidas por lazos de sangre o de amistad, donde se satisfacen necesidades de alimento, educación, vivienda, protección y salud, también se forman los valores, principios, se establecen normas y funciones como la reproducción generacional. Por ello la familia es muy importante para el desarrollo de la persona y la sociedad.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, unos 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2015. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la

neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria. Aproximadamente 45% de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición ⁽³⁾.

La pobreza es la causa principal de la mortalidad infantil a nivel mundial, asociada a falta de educación de los padres, en los usos inadecuados de los servicios de salud, e inaccesibilidad de estos, asimismo por falta de personal e insumos en los establecimientos de salud.

Según Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.000 millones de personas, en el mundo, no tiene acceso a abastecimiento de agua potable, y cerca de 2.600 millones no cuentan con servicios de saneamiento adecuado, Aamartya Sen et al. (op. cit) concluye que ellos llevan una vida miserable. Casi 3.2 millones de personas de personas mueren cada año, debido enfermedades infecciosas asociada con el agua, aproximadamente el 6% de todas las muertes del mundo ⁽⁴⁾.

El agua y los servicios básicos son fundamentales para preservar la salud, ya que su deficiencia es un factor de riesgo para adquirir diferentes enfermedades prevenibles, afectando principalmente a las personas de escasos recursos económicos.

En América Latina y el Caribe la salud está en desigualdad, afectando principalmente a grupos más vulnerables como, son los niños en situaciones de pobreza.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina mueren cada año 540.000 niños menores de cinco años. De estas muertes, 170.000 ocurren por enfermedades transmisibles que pueden prevenirse. En los inicios del siglo XXI, una de cada tres muertes en este grupo poblacional era causada por enfermedades infecciosas y desnutrición, y el 70% de las consultas médicas se debió a infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedad diarreica aguda (EDA) ⁽⁵⁾.

Cada año en América Latina los niños son los más vulnerables para adquirir enfermedades transmisibles que pueden prevenirse, causando una alta incidencia de muertes en niños menores de 5 años, siendo diferentes los factores que desencadenan las enfermedades infecciosas

El nivel de la mortalidad infantil del país, está por debajo del promedio Latinoamericano, con 18,5 por mil nacimientos, pese a ello dentro del país todavía se observan diferencias importantes y niveles de mortalidad relativamente altos, debido a que persisten los graves problemas que afectan a parte de nuestra población y que tienen incidencia directa en la mortalidad de los niños, especialmente en aquellos segmentos de población con altos índices de pobreza, bajos niveles de educación, baja cobertura y calidad de los servicios de salud y viviendas carentes de servicios básicos como el agua potable ⁽⁶⁾.

Nuestro país a pesar que hacen los esfuerzos por reducir la muerte de niños menores de cinco años, aun no se ha logrado la meta esperada. Debido a que gran parte de la población, aún vive con carencia económica, bajo nivel cultural, desempleo, viviendas en condiciones insalubres, así mismo la falta de agua y servicios básicos sanitarios. Debido a esta realidad que viven muchas personas, aún persiste la alta incidencia de muertes en niños.

Dentro de las estadísticas en salud, las infecciones diarreicas y respiratorias son las de mayor prevalencia en poblaciones que viven en pobreza es por ello que se hace énfasis en este problema social. Estas infecciones tienen una relación sinérgica con la desnutrición, es decir, pueden ser causa y efecto de la misma. Sin embargo, las causas básicas están asociadas con la pobreza y entre ellas se puede mencionar la carencia de servicios de agua inadecuadas y la baja disponibilidad de nutrientes esenciales en el ámbito del hogar ⁽⁷⁾.

La morbimortalidad infantil está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida de un niño y una niña en el país. Las principales

enfermedades prevalentes como la diarrea y las infecciones respiratorias afectan a los menores de cinco años, y son múltiples los factores que los causan, pueden ser individuales y sociales ⁽⁷⁾.

En el Perú, la niñez es uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos. Los niños y las niñas son los más afectados por la pobreza, afectando directamente a su morbilidad, no sólo porque su bienestar y calidad de vida dependen de las decisiones de sus padres y del entorno familiar y comunitario, sino por el impacto que esta tiene sobre su proceso de acumulación de capital humano y es por ello que las condiciones de vida en las que se desenvuelven son críticas ⁽⁷⁾.

La salud de los niños menores no va depender solo del cuidado que se brinde en el hogar, sino también va a depender de la situación socioeconómica que este atravesando la familia, siendo la responsabilidad muchas veces del estado peruano porque la canasta básica familiar no es suficiente para su sustento, siendo perjudicial para niños menores que no vienen en las condiciones adecuadas.

En el año 2013, la pobreza afectó al 35,5% de las niñas/os menores de cinco años de edad, al 33,6% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, al 33,9% de los de 10 a 14 años y al 24,8% de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. En el resto de los grupos etarios la incidencia de la pobreza es menor al promedio nacional ⁽⁸⁾.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 2015 muestra que existe mayor proporción de hogares nucleares entre los pobres (66,6%) que entre los no pobres (61,6%). El segundo tipo de organización familiar del país que llega a representar menos de una quinta parte (19,6%) de los hogares del país, es el extendido que se caracteriza por la presencia de otros parientes que viven en el núcleo familiar; un poco menos de la cuarta parte (23,0%) de los hogares en situación de pobreza son extendidos; mientras que en los no pobres este tipo de hogar representa el 18,9% ⁽⁹⁾.

Se dice que la pobreza afecta todas las familias, principalmente a las familias nucleares, siendo los niños menores de 5 años los más perjudicados en su desarrollo. De acuerdo al tipo de seguro de salud al cual acceden, entre la población pobre, el 71,7% cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), 7,4% únicamente Es Salud y 0,3% otro tipo de seguro, mientras que entre la población no pobre, 35,6% tiene cobertura únicamente del SIS y 29,3% solo Es Salud ⁽⁸⁾.

Según la cobertura de salud que tiene la población peruana es por la situación socioeconómica, las personas que tienen el SIS son las personas más pobres que equivale al 50% de la población y los restantes tienen otro tipo de seguro ya sea Es Salud o particularmente. Esto nos refleja que la pobreza en nuestro país es un problema que afecta a toda la familia.

De los cinco indicadores de necesidades básicas que componen el indicador global de necesidades básicas insatisfechas (NBI), las características asociadas a la calidad de la vivienda y el acceso a los servicios públicos son las de mayor incidencia. Así, en el año 2015, el 8,0% de la población carece de servicios higiénicos, el 7,4% se encuentra en hogares hacinados, el 6,5% reside en viviendas con características físicas inadecuadas, el 1,1% reside en hogares con alta dependencia económica y el 0,6% reside en hogares donde existe al menos un niño entre los 6 y 12 años de edad que no asiste a la escuela ⁽⁸⁾.

Las necesidades básicas que deben tener la familia es muy importante para su desarrollo en la sociedad, en nuestro país todavía existen deficiencias de algunas necesidades como la carencia de servicios higiénicos, características físicas de la vivienda y otros problemas como el hacinamiento que dificultan en la salud de la familia.

Sabemos que nuestro país está en vías de desarrollo, con muchas deficiencias económicas y sociales, evidenciándose en las familias en condiciones miserables. Lo que contribuye a que las familias tengan mayores probabilidades de enfermarse.

Nuestra investigación se realizó en la cono norte de Lima, específicamente en el distrito de Puente Piedra en el Asentamiento Humano Lomas de Zapallal, que se encuentra ubicada en una zona urbana marginal, al observar y entrevistar a algunos pobladores de la zona, evidenciamos que son vulnerables con respecto a las condiciones de la vivienda, estos factores que observamos afectan directamente la salud de la familia, las viviendas en las que viven estas familias no cuentan con la estructura, ni espacio adecuado, siendo los niños los afectados por las condiciones en las que viven. También existe deficiencia en los servicios básicos. Las calles no cuentan con parques, veredas ni pavimentación de pistas lo que puede ocasionar que los niños tengan alergias, afecciones dermatológicas por la gran cantidad de polvo que se encuentra en su ambiente. En épocas de invierno el clima es frío aunado a las malas condiciones de infraestructura de sus viviendas condicionan a que los niños menores de 5 años sufran infecciones respiratorias.

El Centro de Salud Oropeza Chonta nos brindó información acerca de las enfermedades respiratorias más frecuente en los preescolares como: La faringitis, amigdalitis, neumonía, asma y otros, por la que acuden las familias de los preescolares debidos al ambiente en que se desarrollan; esta información recopilada es importante para detectar el riesgo que presenta el preescolar.

Asimismo, las madres no acuden al centro de salud, para el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos, porque desconocen de su importancia; además no tienen accesibilidad al centro de salud, ya que se encuentra muy alejado de sus hogares.

Otro problema que tiene la población es la falta de empleo de los jefes de familia, ellos no cuentan con trabajos estables y la remuneración que perciben no es suficiente para mantener una familia. Además, la gran mayoría de miembros de la familia no cuenta con estudios superiores y muy pocos han terminado la secundaria.

El Centro Educativo Inicial Semillitas de Amor I, es un colegio estatal donde acuden los preescolares del Asentamiento Humano Lomas de Zapallal. Al primer contacto con los niños observamos que están mal uniformados, con falta de higiene, asimismo la directora refiere que hay niños con conductas agresivas, que reflejan conductas violentas de su hogar; por ello, es necesario trabajar con la familia en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Todo lo anteriormente expuesto, permite visualizar los riesgos de las familias con niños preescolares, afectando la salud de la familia. Cabe resaltar que las nuevas tipologías familiares determinan cambios en el comportamiento de los niños y niñas, que aunados a las propias características de la edad preescolar hacen que estas familias se conviertan en vulnerables. Puesto que la familia influye en el desarrollo biosocioafectivo del preescolar y aunque son varios los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar los factores de riesgo de la familia y problemas de salud en la infancia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, Puente Piedra - 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra - 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el riesgo familiar total según la dimensión condiciones psicoafectivas de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.
- Identificar el riesgo familiar total según la dimensión prácticas y servicios de salud de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.
- Identificar el riesgo familiar total según la dimensión condiciones de vivienda y vecindario de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.
- Identificar el riesgo familiar total según la dimensión situación económica de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.
- Identificar el riesgo familiar total según la dimensión manejo de menores de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La familia es la base principal para el desarrollo de una sociedad y también de un país, porque su función principal es el mantenimiento de la salud y la conservación de la calidad de vida de cada uno, asimismo para que un preescolar desarrolle toda su potencialidad tiene que crecer en un ambiente adecuado con toda las condiciones favorables que le proporcione la familia, ya que en esta etapa se desarrolla su cerebro a la máxima velocidad y como sabemos los niños son el futuro de nuestro país. Pero la realidad de nuestro país es otra, cada año mueren niños menores de cinco años, con enfermedades que pueden prevenirse, debido a la pobreza y extrema pobreza en las que viven.

Dentro del modelo de salud familiar es importante realizar acciones en forma conjunta para la prevención de las familias de los preescolares, para mejorar su bienestar biológico, psicológico y social. Este trabajo en equipo nos da como resultado la reducción de la demanda en los diferentes establecimientos de salud. Además la familia es la encargada de mantener saludable cada uno de los miembros bajo su influencia se aprenden reglas de comportamiento. Asimismo en nuestro país encontramos familias disfuncionales que están adaptados y asumidos esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas. En conclusión la investigación, nos ayuda a ampliar el conocimiento de enfermería sobre las distintas problemáticas que se puedan presentar en las familias, y así apoyar la formación de profesionales de enfermería especializados en salud preescolar, que hagan un abordaje integral de la familia y el preescolar.

De acuerdo nuestra experiencias vividas en diferentes comunidades de escasos recursos económicos y observar la problemática que presenta cada uno de ellos, nace nuestra inquietud de querer investigar el riesgo que tienen las familias de los preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, ubicado Asentamiento Humano Lomas de Zapallal, Puente Piedra, ya que al hablar con algunos de los pobladores de la zona nos refirieron que existen familias separadas perjudicando así la estabilidad emocional del niño en edad preescolar y los jefes de hogar no cuentan con trabajos estables, además percibiendo remuneración insuficiente para el sustento familiar. Este estudio servirá para detectar la situación problemática de las vivencias las familias en la actualidad y cuanto tiene que trabajar enfermería en este campo ya que no solo debe pensar en la parte curativa y recuperativa, sino en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Este trabajo será entregado al centro de salud y a la directora de dicha institución para que trabajen en conjunto, teniendo un referente los riesgos que se encuentran en las familias, donde se tomará como base para otras investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1. Distrito de Puente Piedra

A. Ubicación geográfica límites y extensión

El distrito de Puente Piedra, está ubicado en la parte norte de la provincia de Lima, departamento de Lima, Perú. Es un centro poblado que posee una extensión territorial de 390.92 km², y cuya altitud es de 184 m.s.n.m. Su clima es húmedo en los meses de invierno y templado con sol radiante en meses de verano; oscilando su temperatura anual los 19.2 °C.

Sus límites distritales ubican:

Norte: Puente Piedra, Ancón y Santa Rosa.

Sur: Río Chillón y el distrito de Los Olivos.

Este: Distrito de Carabaylo.

Oeste: Distrito de Ventanilla.

Puente Piedra, es un distrito con un enorme y nutrido pasado cultural que nos lleva desde el periodo pre-inca, pasando por su constitución distrital a través de la Ley 5675 del 14 de febrero de 1927 y, llegando hasta la actualidad, como parte expectante del desarrollo económico de la zona norte de Lima ⁽¹⁰⁾.

B. Vías de acceso

La vía principal de accesibilidad al distrito es la Panamericana Norte, que cruza el distrito en toda su extensión de sur a norte y viceversa. Este trayecto comienza sobre el puente Chillón, que cruza el río del mismo nombre en el kilómetro 24 de la Panamericana Norte y finaliza a la altura del kilómetro 39.5 de la misma vía. En esta vía, se cruza la principal avenida de ingreso al cercado de Puente Piedra, como es la

Av. Lecaros, así como, el ingreso a otras zonas del distrito. Bajo la Av. Lecaros se ha construido el paso a desnivel Puente Piedra ⁽¹¹⁾.

C. Asentamiento Humano Lomas de Zapallal

▪ Reseña histórica

En el distrito de Puente Piedra - Zapallal se encuentra un Asentamiento Humano Lomas de Zapallal. Esta comunidad fue fundada en el gobierno del ex presidente Alberto Fujimori un 27 de diciembre de 1995 fecha en que se tiene posición física del terreno por asamblea general. Posteriormente, en asamblea general de pobladores de fecha 7 de agosto de 1997 se acuerda por unanimidad colocarle el nombre denomina asociación de pobladores de la urbanización popular “Las Lomas de Zapallal”, quedando inscrito en los registros públicos de Lima, en la partida electrónica N°11009174 con fecha 14 de enero de 1998. En el año 1999 con ocasión del proceso de la titulación a cargo del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI). Dentro de este Asentamiento Humano Lomas de Zapallal en el sector 23 de setiembre se encuentra una Institución Educativa Inicial semillitas de Amor I, centro donde vamos a realizar nuestro estudio de proyecto de tesis.

▪ Ubicación geográfica

Zapallal se encuentra ubicado en el distrito de Puente Piedra, al norte de la ciudad de Lima, entre los kilómetros 33 y 38 de la Panamericana Norte.

En el área central del Zapallal se encuentra el intercambio vial de la carretera panamericana norte con la Av. Néstor Gambeta, sus límites:

Norte: Cerro Redondo (reservorio de agua de Zapallal) y el arenal de Mata Caballo (El Dorado).

Sur: Los salitrales de Gramadal (Micaela Bastidas y áreas Agrícolas de Copacabana).

Este: Cerro Campana

Oeste: Los Arenales (camino hacia Ancón).

▪ **Características climatológicas**

El clima de la zona es predominante árido y semiseco árido con escasas o nulas precipitaciones dependiendo de las estaciones del año y como zona costera pueden presentar distintos climas.

En época de sol (verano)

Que se inicia desde el mes de diciembre hasta el mes de marzo (a fines de este mes) con elevadas temperaturas que varían entre 25° y 30°.

▪ **En época sin sol (otoño, invierno, primavera)**

Se inicia desde el mes de mayo hasta fines del mes de noviembre con ciertas interrupciones de días soleados en primavera. La temperatura en la época de invierno puede variar entre los 14° y 18° c. Por la cercanía al distrito de ancón y la proximidad al mar; se puede sentir la alta humedad de la zona en la época de invierno (85 y 90%) ⁽¹¹⁾.

D. Historia de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I

En el Asentamiento Humano Lomas de Zapallal se encuentra un sector llamado 23 de setiembre con una población aproximadamente de 1000 habitantes, en este sector está ubicado la Institución Educativa Inicial “Las Semillitas de Amor I”; que se inició el 9 de marzo del 2009 como un programa no escolarizado de educación inicial (PRONOEI) dirigido por el presidente, del Asentamiento Humano el Sr. Javier Mancilla sus primeras aulas estaban hechas de esteras, los

alumnos utilizaban bancas para escribir y se sentaban en ladrillos, el piso era de arena, solo contaba con una letrina.

Este PRONOEI en el año 2010 fue mejorando su infraestructura con la ayuda de una Organización No Gubernamental (ONG) Plan internacional quienes construyen las aulas de machimbrado, les proporcionan sillas y carpetas, además brindaba capacitaciones a los docentes de esa institución.

El seis de abril del 2015 pasa a ser una Institución Educativa Inicial semillitas de amor I perteneciendo a la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) 04; a cargo de la directora Licencia en docencia Fanny Irma Silvestre Soto; actualmente cuenta con cuatro aulas dos aulas de tres años, un aula de cuatro años y la última aula de cinco años con un total de 60 alumnos.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Antecedentes internacionales

Gorrita Pérez, Remigio; Barrientos López, Gilda y Gorrita Pérez, Yelina; en ciudad de Habana-Cuba, en el año 2014, realizaron un estudio “Factores de riesgo, funcionamiento familiar y lesiones no intencionales en menores de cinco años”, con el objetivo de identificar en las familias con niños menores de cinco años las lesiones no intencionales en los últimos seis meses, su factores de riesgo y su funcionamiento familiar. El estudio, descriptivo, transversal y retrospectivo. Con una población de 164 hogares de niños menores de cinco años de cuatro consultorios del policlínico docente “Luis Augusto Turcios Lima” de San José de las Lajas. Efectuaron una visita de observación y emplearon el test de evaluación de funcionamiento familiar (FFSIL). Estudiaron: edad, factores de riesgo de accidentes, accidentes en menores de 5 años en los últimos 6 meses y el funcionamiento familiar.

Concluyeron que: se estableció una importante relación entre factores de riesgo de Accidentes, los accidentes y grado de funcionamiento familiar ⁽¹²⁾

Velásquez Restrepo, Luz y Velásquez Gutiérrez, Vilma; en Colombia en el año 2012 realizaron estudios de “Riesgo familiar total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia, Centro de Salud Villa Santa Pereira”, con el objetivo determinar cuál es la prevalencia de enfermedades en la infancia 2012, el método es cuantitativa descriptiva. La población estuvo con más de 50 familias. Los instrumentos utilizados es RFT: 5 - 33. Concluyeron entre otros:

Las familias con riesgo bajo con 54%, riesgo amenazadas con 46%, no identifican alto riesgo familiar aun con condiciones adversas y se requieren intensificar acciones de salud familiar ⁽⁵⁾.

Betancourt Loaiza, Diana; en Caldas-Colombia, en el año 2011, realizó el estudio “Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en la lactancia, Villa María, Caldas”, con el objetivo de caracterizar el riesgo familiar total y salud familiar general de las familias de mujeres en lactancia materna del Hospital de primer Nivel Villa María (Caldas) durante el año 2011. El método de estudio es cuantitativo, explorarlo, transversal, con una población de 76 elegidos. Con el instrumento de riesgo familiar total RFT: 5 - 33 Y Salud familiar general ISF: GEN 21. Concluyó entre otros:

Predominaron las familias extensas con un promedio de 4.83 personas. Por el nivel de Riesgo Familiar Total se ubicó a 62 por ciento de las familias como amenazadas, en bajo riesgo el 36 por ciento, y en alto riesgo sólo 3 por ciento. En cuanto a la Salud Familiar General, 83 por ciento fueron familias muy saludables y 17 por ciento familias saludables ⁽¹³⁾.

Díaz Cárdenas, Shirley y Gonzales Martínez, Farith; en la ciudad de Bogotá- Colombia, en el año 2010 realizaron un estudio sobre “Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de India, Colombia”, con el objetivo de describir la prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de India y su relación con factores familiares. El método que utilizaron fue el descriptivo transversal. La población es de 243 estudiantes. Los instrumentos utilizados el índice COP-D y ceo-d, la severidad mediante el criterio ICDAS II 2005 y para los variables familiares se diligencio un cuestionario que incluía el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Concluyeron entre otros:

Que la prevalencia de caries fue de 51% (IC 95%; 45-59), el 38%(IC95%; 31-44) de los padres habían accedido a la secundaria completa, el 44% (IC95%; 39-54), Vivian en unión libre, 47%(IC 40-53) en estrato económico bajo, el 53%(IC95%;47-57) en familias nucleares, 47%(IC 95% 41-53) reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66%(IC 95%; 58-70) afiliadas al sistema de salud y el 59% (IC 95%; 52-66) viven en familias disfuncionales. A través del análisis solo se encontró significancia estadística al relacionar al nivel de escolaridad de secundaria incompleta de padre con presencia de caries dental ⁽¹⁴⁾.

2.2.2. Antecedentes nacionales

Camargo Cubas, Janet; Cachitari Vargas, Andrea y Melgarejo Romero, Yovana; en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2012, realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros. El método que utilizaron fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 114

familias. Los instrumentos utilizados riesgo familiar total RFT: 5 - 33. Concluyeron entre otros:

Representan la categoría de riesgo amenaza en 77.3%, riesgo bajo 18.2% y riesgo alto 4.5%. El riesgo familiar total en su dimensión psicoactivas categoría de riesgo amenaza 90% riesgo alto 10%. El riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud de categoría riesgo amenaza 94.5% riesgo alto 5.5%. El riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario categoría de riesgo amenaza 93.6% riesgo alto 6.4%. El riesgo familiar total en su dimensión socioeconómica de categoría de riesgo amenaza 98.2% riesgo alto 0.9%. El riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores de categoría de riesgo amenaza 99% riesgo alto 0.9% ⁽¹⁵⁾.

Blas Nuñez, Jennifer y Ochante Flores, Fanel; en la ciudad Lima-Perú, realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en las familias del sector A-6 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas 2012” con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en las familias del sector A-6 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros. El método que utilizaron fue de tipo cuantitativo no experimental, estudio descriptivo y transversal. La población estuvo constituida por 100 familias. Los instrumentos utilizados riesgo familiar total RFT 5-33. Concluyeron entre otros:

Se encuentra amenazado en un 60%, segundo riesgo bajo 33% y riesgo alto 7%. El riesgo familiar total en su dimensión psicoactivas se encuentra amenaza en un 97% y el 3% con riesgo alto en las familias del sector A-6 Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros. El riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud se encuentra amenazado 94. % y un riesgo alto 6% en las familias del sector A-6 Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros. El riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y

vecindario se encuentra amenazado 97% y en el riesgo alto 3% en las familias del sector A-6 Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros. El riesgo familiar total en su dimensión socioeconómica se encuentra amenaza 97% riesgo alto 3% en las familias del sector A-6 Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros El riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores se encuentra amenaza 97% y un riesgo alto 3%. en las familias del sector A-6 Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros ⁽¹⁶⁾.

Abrego Botin, Elizabeth; Larios Herrera, Betzabeth y Onofre Ochoa, Jaqueline; en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2012, realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012”. Con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros. El método que utilizaron fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 123 familias. Los instrumentos utilizados riesgo familiar total RFT: 5 - 33. Concluyeron entre otros:

Se encuentra predominio del riesgo bajo 62.6% y familias amenazadas 35% y riesgo alto 2.4%. En su dimensión psicoafectivas se encuentra amenazado 96.7% y el riesgo alto 3.3% y el factor más predominante dentro de la familia es la violencia familiar. En su dimensión de servicios de prácticas de salud se encuentra amenazado 92.7% y el riesgo alto 7.3% siendo el factor más predominante es el manejo inapropiado de salud dental. En su dimensión condiciones de vivienda y vecindario se encuentra amenazado 93.5% y el riesgo alto con el 6.5% siendo el factor más predominante que influye en las familias son las condiciones insalubres de vecindario. En su dimensión condiciones socioeconómico se encuentra amenazado 98.4% y el riesgo alto con el 1.6% siendo el factor más predominante que influye en las familias son las faltas de recreaciones familiares. En su dimensión manejo de menores

se encuentra amenazado 96.7% y el riesgo alto 3.3% siendo el factor más predominante que influye en las familias que son las faltas de control de crecimiento y desarrollo o manejo inapropiado de EDA, IRA⁽¹⁷⁾.

Becerra Cubas, Wister; Díaz Pareja, Juana y Rocha Durand, Juan; en la ciudad de Lima – Perú en el año 2013 realizaron un estudio sobre “Riesgo familiar total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013, el método que se utilizó fue el, descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por todas las familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, la técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento de recolección fue cuestionario RFT5:33. Concluyeron:

Que el riesgo total de las familias, en su mayoría es amenazado con un 46.2 %, 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⁽¹⁸⁾.

2.3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.3.1. Familia

A. Definición de familia

La familia es la primera institución social que humaniza a la persona. Es el medio donde se organiza toda la vida, pues gracias a ella, cada niño que nace puede desarrollarse sus potencialidades, hacerse consiente de su dignidad, prepararse para afrontar su destino único e irrepetible y convertirse en un ser

humano. Le proporciona a cada miembro ese hábitat natural en que es concebido, gestado, arropado y educado con amor, y al final de la vida, le acompaña hasta la misma muerte, como corresponde a la dignidad de la persona. En este sentido, la familia es la principal fuente de satisfacción de las necesidades humanas específicas ⁽¹⁹⁾.

La familia en sí misma es la principal proveedora de cuidado para sus miembros, adquiriendo un papel fundamental en la promoción de la salud, el autocuidado, la prevención de la patología y en el cuidado del paciente, el incapacitado y siempre del cuidado de los niños y ancianos ⁽¹⁹⁾.

La familia es un grupo con relaciones de dependencia personal y no contractual (afinidad, consanguinidad y amistad) que se articula como unidad a través de decisiones y acciones tendientes a satisfacer necesidades vitales: producción consumo, gratificación, protección y afecto ⁽²⁾.

La familia en los diversos tipos que ha asumido a través de la historia, se reconoce como una creación cultural, universal, encargada de resolver el problema de la reproducción de la especie y de la subsistencia del grupo a través de la regulación de la vida sexual, de la procreación, de la socialización de las nuevas generaciones, y de la división social del trabajo ⁽²⁰⁾.

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que Influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general ⁽²¹⁾.

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace crece, se reforma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia

se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tiene el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero ⁽²²⁾.”

B. Tipo de familia

Amaya define que la familia de acuerdo con su estructura, se clasifica de diversas formas:

- **Familias Tipo 1:** Conformadas por familias nucleares (nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida) y parejas.
 - a) **Familia nuclear:** “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”.
 - b) **Familia nuclear modificada:** “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”.
 - c) **Familia nuclear reconstruida:** Familia donde hay pareja, pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
 - d) **Pareja:** Compuesta sólo por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, están casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante ⁽²³⁾.
- **Familias Tipo 2:** Conformada por familias extensas (extensa y extensa modificada) y atípicas.

- a) **Familia extensa:** Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos).

- b) **Familia extensa modificada:** “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres”.

- c) **Familia atípica:** No se enmarca en las anteriores. Pueden ser parejas o grupos con o sin lazos consanguíneos. En sentido amplio, el profesional de enfermería debe preocuparse por conocer más los diferentes conceptos de familia para brindar un cuidado congruente a las familias, con apoyo de diferentes profesionales ⁽²³⁾ .

C. Ciclo vital familiar

Hace referencia al conjunto de etapas de complejidad creciente atraviesa la familia desde la constitución de la pareja, donde comienza la formación de la familia, hasta la extensión de la unidad de la familia, desde el nacimiento hasta la muerte y varían según sus características sociales y económicas.

Esta serie de periodos son caracterizados por cambio, de inquietud y estabilidad. El ciclo vital puede verse como un proceso evolutivo de movimiento constante algunas veces rápido e intenso, en otras lento y delicado. La meta de este proceso y la función del sistema familiar es fomentar la evolución o desarrollo de cada miembro, moviéndose hacia mayor flexibilidad y coherencia ⁽¹⁹⁾.

Etapas del ciclo vital familiar según Duvall : Formación de la pareja, Familia con hijos lactantes, Familia con hijos preescolares, Familia con hijos en edad escolar, Familias con hijos adolescentes, Familias con hijos independientes, Familia en edad madura Y Familia anciana ⁽¹⁹⁾.

D. Teorías de la familia

- **Teoría de organización sistémica: Un enfoque conceptual para familias y enfermería Friedemann**

Desde la perspectiva sistémica (Friedemann) la familia es vista como un sistema abierto que tiene metas y objetivos en diferentes dimensiones de acción de acuerdo con la familia ⁽¹³⁾.

Las cuatro dimensiones universales de la familia son: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad, en cada una de estas dimensiones las familias efectúan acciones que se constituyen en estrategias que apuntan a regular las condiciones de espacio, tiempo, energía y materia para lograr las cuatro metas generales de cualquier sistema familiar:

La estabilidad se refiere a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan de generación en generación.

El crecimiento tiende a reorganizar valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social.

El control regula las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin de reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas.

La espiritualidad es el esfuerzo por lograr la identidad familiar , la unión y el compromiso que lleva aun sentido de unidad ⁽¹³⁾.

- **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**

El modelo de promoción de la salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) ⁽²⁴⁾.

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El modelo de promoción de la salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en un diagrama del Modelo de Promoción de la Salud.

En el diagrama Pender ubica a los componentes en 3 columnas:

La primera columna trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida,

éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica ⁽²⁴⁾.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo ⁽²⁴⁾.

E. Salud y familia

Se puede señalar que el impacto de la familia en la salud presenta tres vertientes: lugar donde se aprende conductas relacionadas con la salud, el espacio físico y relacional que protege o precipita la enfermedad; y el ámbito donde se recibe cuidados de salud ⁽²¹⁾.

La familia es el contexto donde aprendemos modo de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que influye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general.

La familia como causante de la salud y la enfermedad. El efecto positivo y necesario para la vida de los cuidados maternos y paternos está ampliamente reconocidos. Es más se argumenta una de las funciones principales de la familia en la sociedad moderna es proporcionar personas saludables. Un ambiente seguro emocionalmente estable, que con los cuidados y atención necesaria parecen ser los factores precisos para lograr y mantener la salud ⁽²¹⁾.

La familia como proveedor de atención y cuidado está adquiriendo una importancia cada vez mayor como dispensadora de atención en la enfermedad crónica, la minusvalía y en los cuidados al anciano ya además se ha comprobado que los familiares constituyen la fuente más importante y principal de ayuda que tiene las personas en caso de enfermedad o dolencia ⁽²¹⁾.

González sostiene que hay que ver la salud familiar en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento de las crisis) y factores

sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad), por ende, la familia debe ser abordada desde diferentes perspectivas para su intervención ⁽¹³⁾.

La “Salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad”. Desde el concepto de Walsh, citado por Amaya, con cuatro perspectivas; se considera la salud familiar como el funcionamiento familiar asintomático, en ausencia de síntomas, disfunción o psicopatología en los miembros individuales; el funcionamiento familiar óptimo, según una teoría o paradigma; el funcionamiento familiar promedio determinado por una familia que se encuentra dentro del rango de lo usual o prevalente y los procesos familiares transaccionales basados en la integración, mantenimiento y el crecimiento del sistema familiar que satisface las demandas internas y externas de la sociedad y de la época ⁽²³⁾.

Friedemann “La salud familiar es considerada como una experiencia satisfactoria de congruencia familiar, que se logra cuando se adquiere el balance de las metas familiares: crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad, con la presencia de estrategias de las cuatro dimensiones: cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, siempre y cuando la familia se encuentre satisfecha con su forma de funcionamiento y responda a las demandas del entorno” ⁽¹³⁾.

2.3.2. Riesgo familiar total

Probabilidades de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración ⁽¹⁾.

Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómicos, psicoafectivas, de prácticas y servicios de salud. Además, involucra la trayectoria de los miembros de la familia y de ésta, prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlado los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social y de salud permanente ⁽²³⁾.

A. Postulados de riesgo familiar total

El enfoque conceptual de Riesgo Familiar Total desarrollado por Amaya se basa en los resultados de la investigación (evidencias preliminares confirmadas) y en la práctica familiar.

Los catorce postulados son:

- El riesgo familiar es la probabilidad de ocurrencias de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o desorganización de la unidad familiar.
- Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir que hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar en el momento de la evaluación.
- Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables, y algunos son modificables.
- La calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
- El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.

- Hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico.
- La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia.
- Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (Por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad) socio-económicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.
- Los servicios sociales y de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de efectividad de operación.
- Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
- Algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.
- Los riesgos se asocian a las características propios de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado interdependiente intrafamiliar o institucional si es el caso.
- El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.

- El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención y a nivel político administrativo en las instancias municipal y regional ⁽²³⁾.

B. Dimensiones del riesgo familiar total

- **Condiciones psicoafectivas**

Según Pilar Amaya considera que dentro de las condiciones psicoafectivas está la desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoafectivas y roles no gratificantes.

La violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de los menores, especialmente si, además de ser testigos, también han sido víctimas de ella. En muchos casos, los niños se han visto obligados a huir de su hogar y del maltratador junto a su madre y/o hermanos y, en ocasiones, residir por tiempo indeterminado en un centro de acogida, abandonando su entorno más próximo y sus actividades habituales ⁽²⁵⁾.

La vivencia por parte de los niños de situaciones de violencia y abuso de poder cobra un significado crucial puesto que las experiencias vividas en la infancia constituyen un factor de vital importancia para el posterior desarrollo y adaptación de la persona a su entorno ⁽²⁵⁾.

Los niños aprenden a definirse a sí mismos, a entender el mundo y cómo relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno más próximo. De este modo, la familia es considerada como el primer agente socializador del niño y el más determinante a la hora de la instauración de modelos apropiados de funcionamiento social ⁽²⁵⁾.

- **Servicios y prácticas de salud**

Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas del cuidado de salud y manejo de problemas prevalentes ⁽²³⁾.

El sistema de salud del Perú es un sistema mixto agrupado en dos grandes subsectores: el público y el privado. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud, el Seguro Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional. El subsector privado se divide en lucrativo que incluye a las Entidades Prestadoras de Servicios, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos y servicios de diagnóstico de imágenes. El no lucrativo está conformado por los Organismos No Gubernamentales, la Cruz Roja Peruana, Cáritas (Organización humanitaria de la Iglesia católica), ADRA (La Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales) Perú, servicios de salud parroquiales, entre otros ⁽²⁶⁾.

La rotación del personal de salud en las regiones del país, el insuficiente equipamiento de los establecimientos de salud, las limitaciones en la disponibilidad de medicamentos, y las limitaciones de las competencias del personal de salud para el manejo apropiado y oportuno de las infecciones respiratorias agudas especialmente las formas severas; son factores que limitan la respuesta de los servicios de salud. A lo que se suma que las familias no reconozcan oportunamente los signos de alarma y lleven a sus niños y niñas a los establecimientos de salud, lo que contribuye al incremento de la severidad y letalidad de estas enfermedades ⁽²⁷⁾.

Según el estudio de Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú¹⁸, se encontró que para el año

2011, de las personas que manifestaron tener algún problema de salud, el 43,1% no busco atención. Entre las principales razones figuran, él no fue necesario (40,5%), el uso de remedios caseros o se auto recetó (28,8%), la falta de tiempo (18,1%), el maltrato de personal/ falta de confianza/ demora en la atención (13,6%) y la falta de dinero (12,9%). Respecto al uso de los servicios de salud se observa que del total de la población peruana que declaró haber presentado algún problema de salud, solo el 51,8% realizó una consulta para aliviar el mal que le aquejaba; cifra que ha ido incrementándose en los últimos años, atribuidos principalmente al aumento en la atención en farmacias y establecimientos privados ⁽²⁶⁾.

▪ **Condiciones de vivienda y vecindario**

La vivienda y vecindario hace referencia a las características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios de higiene y salud ambiental ⁽²³⁾.

Según las investigaciones la vivienda se ha constituido por antonomasia en un objeto de interés específico en el campo de la salud ambiental con la posibilidad de convertirse en promotora de la salud de una comunidad; los recursos en favor de la salud están presentes en los espacios domésticos en los que se reúne una actividad social establecida en los miembros del hogar, económica en los recursos de vida, cultural en las tradiciones y ambiental en el contexto físico que permite su utilización ⁽²⁸⁾.

Un alojamiento es motivo de interés para la medicina preventiva por el hecho de que una ventilación pobre, o una calefacción inadecuada, origina tensiones que actúan sobre el funcionamiento corporal y mental de la persona, por lo que afectan a su rendimiento en general ⁽²⁹⁾.

a) Factores de salud relacionados con la vivienda

La salud con enfoque sociológico vincula al ciudadano y al medio ambiente en rápida transformación, por ello, las medidas de la salud individual y colectiva no pueden separarse de las metas de desarrollo que se ha propuesto la comunidad (industria, urbanización, servicios básicos, etc.), de las características socioculturales y de la utilización de recursos, que tiene el individuo (tecnología agropecuaria, producción energética, etc.), y de las estructuras macroeconómicas que existen en la sociedad (lucha contra la pobreza, otros) ⁽³⁰⁾.

Podemos identificar la interacción entre factores del ambiente y las condiciones de salud a través de:

Las enfermedades transmisibles que anualmente matan millones de personas, especialmente niños, por falta de preservación y protección de la vivienda, del medio ambiente (agua potable y saneamiento) y por un acceso deficiente a los servicios de salud ⁽³¹⁾.

Los estilos de vida no saludables de la sociedad moderna (producción, tráfico y consumo de drogas, alcohol, tabaco) y el aumento de la contaminación ambiental por procesos industriales (sustancias químicas y desechos tóxicos) producen nuevos riesgos que comprometen el hábitat y la calidad de vida ⁽³¹⁾.

La subsistencia de las comunidades amenazadas por desastres naturales y las degradaciones provocadas por el hombre, agotan y arriesgan la disponibilidad futura de recursos ⁽³¹⁾.

b) Vivienda saludable

Una vivienda saludable carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar. En particular, la vivienda saludable cumple con las siguientes condiciones fundamentales: Tenencia segura, Ubicación segura, diseño y estructura adecuada y espacios suficientes para una convivencia sana. Servicios básicos de buena calidad, Muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguro y eficiente. Entorno adecuado que promueva la comunicación y la colaboración. Hábitos de comportamiento que promueven la salud ⁽²⁸⁾.

«Una vivienda adecuada significa algo más que tener un techo bajo el que guarecerse. Significa también disponer de un lugar privado, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación suficientes, una infraestructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad del medio ambiente y relacionados con la salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso al trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable. La idoneidad de todos esos factores debe determinarse junto con las personas interesadas, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo gradual. El criterio de idoneidad suele variar en un país a otro, pues depende de factores culturales, sociales, ambientales y económicos concretos. En este contexto, se deben considerarse los factores relacionados con el sexo y la edad, como el grado de exposición de los niños y las mujeres a las sustancias tóxicas” ⁽²⁸⁾.

c) La relación vivienda - salud

La relación entre la vivienda y la salud es compleja. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Aunque estos efectos son ampliamente aceptados, las relaciones concretas entre la calidad de la vivienda y la salud de sus residentes aún no están completamente comprendidas y cuantificadas ⁽²⁸⁾ .

La situación de precariedad de la vivienda afecta la salud de millones de personas en los países de América Latina y el Caribe (ALC). En particular, afecta a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables, como los niños menores de 5 años, las personas que padecen enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, los discapacitados y paralelo fue realizado un trabajo de concientización ambiental manejando los cuartos de baño completamente, con aprovechamiento de las aguas grises familiares para irrigación de áreas verdes ⁽²⁸⁾.

Las prácticas de higiene inadecuadas relacionadas al uso del agua y el saneamiento básico tienen como uno de los efectos más importantes la presencia de la enfermedad diarreica aguda y la parasitosis ⁽³²⁾.

▪ Situación socioeconómica

De los 5.700 millones de personas que hay en el mundo, unos 1.300 millones viven en la pobreza. La pobreza afecta a individuos y familias en todas partes del mundo, aunque la mayoría de la gente pobre vive en el mundo en vías de desarrollo, donde representan un tercio de la población. La pobreza es un problema

de las áreas rurales, ya que el 80% de los pobres viven en esas áreas ⁽³³⁾.

La pobreza es un problema urbano porque en los países subdesarrollados hay cerca de 300 millones de habitantes urbanos que viven en la pobreza, sin los ingresos suficientes siquiera para la nutrición básica o para vivienda. Por lo menos 600 millones de personas de las zonas urbanas de países subdesarrollados viven en condiciones sanitarias pésimas y con gran amenaza para sus vidas. En muchas ciudades del mundo, más de la mitad de la población vive en barrios y asentamientos ilegales (barrios, favelas, pueblos jóvenes, chavolas, etc.). Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), las grandes ciudades del mundo se han convertido en ciudades de desesperación para gran parte de sus habitantes ⁽³³⁾.

Los menores de edad son las víctimas más vulnerables de la pobreza. Anualmente, 13 millones de niños menores de cinco años mueren en el mundo víctimas de enfermedades prevenibles y desnutrición. La desnutrición grave o severa afecta a cerca de 200 millones de niños menores de cinco años ⁽³³⁾.

Se entiende que la pobreza es la carencia de recursos necesarios para satisfacer las “necesidades básicas” de la sociedad o carencia de recursos para vivir. Estas necesidades básicas se pueden resumir, asignándoles un orden de importancia relativo, como: salud, nutrición, vivienda y abrigo, educación, trabajo, recreación. También la carencia de ingresos monetarios, agricultura sostenible, tecnología y altas tasas de mortalidad infantil ⁽³³⁾.

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que crea o perpetúa la pobreza. A su

vez, los pobres están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales y peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sus riesgos de morbilidad y discapacidad son mayores ⁽³⁴⁾.

En la actualidad la pobreza ya no se concibe únicamente en términos económicos, sino como el resultado de una combinación de factores en la que los ingresos solo son un elemento más. La pobreza se caracteriza más bien por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso, la falta de acceso a la atención de salud, a la información o aun entorno que les permita llevar una vida sana forma parte, en sí misma, de la definición de pobreza ⁽³⁵⁾.

- **Manejo de menores**

Según Hoffman en el año 1970, cuando se utiliza esta técnica disciplinaria con exceso, los niños tienden a ser coléricos y violentos. Además, los niños controlados por el empleo de la fuerza, generalmente, fracasan en su intento por lograr la internalización de las normas morales. Estos niños tienen una mayor propensión a ceder a las tentaciones y, después de cometer una "fechoría", están menos dispuestos a sentirse culpables o a confesar su error. En vez de ello, observan las claves externas para juzgar si su conducta será o no castigada; sin embargo, lo anterior no significa que el castigo provoca solo un impacto negativo en los niños. En efecto, aunque el castigo frecuente o demasiado severo es dañino, el moderado puede ser un recurso idóneo en determinadas circunstancias ⁽³⁶⁾.

Las infecciones respiratorias son la edad infantil, una de las causas más frecuentes de las patologías infecciosas agudas. Las características fisiológicas del niño, y su inmadurez inmunitaria junto con la rápida respuesta inflamatoria del tejido

linfático van a facilitar, la infección de vías respiratorias y más aun siendo infección de vías altas. En el estudio que existe una gran influencia del factor ambiental sobre los niños de edad preescolar, sumándose a esto el déficit de conocimiento en: causas, signos y síntomas, y el uso inadecuado de las medidas preventivas no son satisfactorias para evitar la aparición de la bronconeumonía ⁽³⁷⁾.

Las principales enfermedades que enfrentan los niños y niñas de 0 a 5 años, en términos de la frecuencia de los episodios y la potencial complicación a cuadros críticos que pongan en riesgo su vida, son dos: enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA).

La EDA se presenta a causa de una infección, la cual puede contagiarse de una persona a otra por una inadecuada higiene o puede ser contraída por la ingesta de alimentos o agua contaminados.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son también una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años.

La ocurrencia de estas infecciones puede verse condicionada por un bajo peso al nacer, insuficiente lactancia materna, infecciones previas, esquema incompleto de vacunación y/o deficiencia de vitamina ⁽³⁸⁾.

2.3.3. Preescolar

A. Definición

Whaley, define etapa preescolar como: “Un periodo que abarca de los 3 a 5 años, constituye el final de la primera infancia. Es una edad de descubrimientos, inventos, ingeniosidad y desarrollo de tipos de conducta socioculturales”, su control de los sistemas corporales experiencia de periodos breves y prolongados de separación, la capacidad de interactuar cooperativamente con niños y adultos, el uso de lenguaje simbolizaciones mentales y el aumento de la atención y la memoria son logros que desarrollan el niño en esta etapa ⁽³⁹⁾.

Los niños en edad preescolar son extremadamente curiosos, tratan de conocer al mundo que los rodea; siempre preguntan todo lo que ven, lo que es desconocido para ellos; esperando una explicación para su curiosidad. Ha esta edad empiezan a socializar con otros niños y también con adultos. Son muy imaginativos, se desarrolla su atención y su memoria.

B. Generalidades del preescolar

Según Papalia y Shaffer Entre los 3 y 5 años, los pequeños hacen la transición de la edad de los primeros pasos a la niñez temprana, la etapa del preescolar o edad del juego. A partir de los tres años ya no es un bebé sino un gran aventurero, siente que su casa es el mundo y está ansioso por explorar todas sus capacidades en desarrollo de su cuerpo y su mente. Ha superado los riesgos de los primeros años para ingresar a la etapa preescolar en una forma más saludable, pero con nuevas amenazas ⁽⁴⁰⁾.

El crecimiento y el cambio en esta etapa son menos rápidos, pero continúan entrelazándose el desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Sus cuerpos se tornan más delgados, sus habilidades motoras y mentales se agudizan, y su personalidad y relaciones interpersonales se vuelven más complejas ⁽⁴⁰⁾.

Las destrezas que el niño ha adquirido le permiten desempeñar un papel mucho más activo en su relación con el ambiente: se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, es autosuficiente y busca ser independiente y buscar der independientes ⁽⁴⁰⁾.

Las tareas principales en esta etapa se caracterizan por: dominio de habilidades neuromusculares, inicio de la socialización, logro de la autonomía temprana, desarrollo del sentimiento de iniciativa e inicio de la tipificación sexual. La creciente facilidad con que el preescolar va manejando el lenguaje (básicamente individualista: mío, dame, yo solo) y las ideas, le permiten formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que lo rodean. Va desarrollando su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y comienza a manejar conceptos como: tiempo, espacio, relación y clasificación, aspectos que van demostrando su desarrollo cognitivo ⁽⁴⁰⁾.

La edad preescolar es una etapa de cambio, físicos, emocional y social. Los niños presentan ciertas características propias; buscan su independencia, exploraran el ambiente que los rodea, desarrollan sus habilidades neuromusculares, empiezan a construir su identidad sexual, su crecimiento ya no es tan rápido.

C. Dimensiones del desarrollo del preescolar

- **socio - Afectiva:**

“Juega un papel fundamental en el afianzamiento de su personalidad, autoimagen, autoconcepto y autonomía, esenciales para la consolidación de su subjetividad, como también en las relaciones que establecen con los padres, hermanos, docentes, niños y adultos cercanos a él, de esta forma va logrando crear su manera personal de vivir, sentir y expresar emociones y sentimientos frente a los objetos, animales y personas del mundo, la manera de actuar, disentir y juzgar sus propias actuaciones y la de los demás, al igual que la manera de tomar sus propias determinaciones” (41).

- **Dimensión corporal:**

En la educación preescolar se habla de Psicomotricidad, concepto que surge como respuesta a una concepción que consideraba el movimiento desde el punto de vista mecánico y al cuerpo físico con agilidad, fuerza, destreza y no “como un medio para hacer evolucionar al niño hacia la disponibilidad y la autonomía”. La dimensión corporal, no es posible mirarla sólo desde el componente biológico, funcional y neuromuscular, en busca de una armonía en el movimiento y en su coordinación, sino incluir también las otras dimensiones, recordando que el niño actúa como un todo (41).

- **Dimensión cognitiva:**

Remite necesariamente a la comprensión de los orígenes y desarrollo de la gran capacidad humana para relacionarse,

actuar y transformar la realidad, es decir, tratar de explicar cómo empieza a conocer, cómo conoce cuando llega a la institución educativa, cuáles son sus mecanismos mentales que se lo permiten y cómo se le posibilita lograr un mejor y útil conocimiento. Para entender las capacidades cognitivas del niño de preescolar, hay que centrarse en lo que éste sabe y hace en cada momento, su relación y acción con los objetos del mundo y la mediación que ejercen las personas de su contexto familiar, escolar y comunitario para el logro de conocimientos en una interacción en donde se pone en juego el punto de vista propio y el de los otros, se llega a acuerdos, se adecúan lenguajes y se posibilita el ascenso hacia nuevas zonas del desarrollo ⁽⁴¹⁾.

- **Dimensión comunicativa:**

Está dirigida a expresar conocimientos e ideas sobre las cosas, acontecimientos y fenómenos de la realidad; a construir mundos posibles, a establecer relaciones para satisfacer necesidades, formar vínculos afectivos, expresar emociones y sentimientos. Mientras las primeras comunicaciones en el niño consisten en el establecimiento de contactos emocionales, con otras personas, en el niño de preescolar (tres a cinco años) se van complejizando y ligando a su interés por relacionarse y aprender, gracias a las estructuras y formas de conocimiento que ya ha logrado o que están en pleno procesos de construcción ⁽⁴¹⁾.

- **Dimensión estética:**

Juega un papel fundamental ya que brinda la posibilidad de construir la capacidad profundamente humana de sentir, conmoverse, expresar, valorar y transformar las percepciones con respecto a sí mismo y al entorno,

desplegando todas sus posibilidades de acción. La sensibilidad en la dimensión estética, se ubica en el campo de las actitudes, la autoexpresión, el placer y la creatividad que encierra un compromiso, entrega, gratuidad y no obligatoriedad. Esta dimensión se relaciona con la subjetividad y la forma de ver las cosas y se expresa a través del pensamiento mágico – simbólico utilizando los esquemas de pensamiento típicos en el establecimiento de relaciones de semejanzas, diferencias, simbolizaciones, analogías, metáforas, alegorías, paráfrasis, de acuerdo con el nivel de desarrollo y con su propio contexto ⁽⁴¹⁾.

- **Dimensión espiritual:**

El espíritu humano crea y desarrolla mediante las culturas y en las culturas un conjunto de valores, de intereses, de aptitudes, actitudes de orden moral y religioso con el fin de satisfacer la necesidad de trascendencia que lo caracteriza ⁽⁴¹⁾.

- **Dimensión ética:**

Consiste en abordar el reto de orientar su vida; la manera como ellos se relacionan con su entorno y con sus semejantes, sus apreciaciones sobre la sociedad y sobre su papel en ella, en fin, a prender a vivir. La creación de un ambiente en el aula y en la escuela, basado en el respeto mutuo y en las posibilidades de descentrarse y coordinar puntos de vista es la estrategia fundamental para el desarrollo de esta autonomía. Igualmente, ésta dimensión fomentará su curiosidad, la elaboración de preguntas y la búsqueda de soluciones ante los problemas morales que se presentan en la vida diaria; los niños en este ambiente irán construyendo el valor del respeto al otro, de la honestidad,

de la tolerancia, valores esenciales para una convivencia democrática ⁽⁴¹⁾.

El preescolar durante su crecimiento pasa por una serie de procesos para su desarrollo, donde se evidencian los cambios en su conducta y emociones, adquiere conocimientos, formación de su personalidad, valores y empieza a relacionarse con el mundo interno y externo.

D. Malos hábitos del preescolar

En general los hábitos bucales incorrectos provocan deformidades dentomaxiales y son adquiridos fundamentalmente en esta fase. Se citan además la respiración bucal, la queilofagia, la onicofagia, el empuje lingual, la masticación de objetos y el uso de chupetes después de los 3 años. Su prevención o eliminación en edades tempranas, a través de la labor educativa, ha sido preocupación de expertos en el tema. La succión del pulgar durante la etapa preescolar ha sido motivo de debates y las opiniones se inclinan a preferirla en lugar del uso de chupetes.

Andar descalzos, en particular en la tierra, favorece la helmintiasis, por parásitos que penetran a través de la piel, por lo que debe insistirse en el uso correcto del calzado, con énfasis en los preescolares de zonas rurales, por ser los más expuestos.

Una consecuencia de malos hábitos es la constipación crónica, de alta prevalencia en la etapa, la que se puede originar por dietas inadecuadas, ricas en carbohidratos e insuficientes en agua y frutas naturales, rechazo al uso de sanitarios «ajenos», estrés, cambios en la rutina para defecar, postergación a causa

del juego, irregularidad en el horario de las comidas y sedentarismo.

Crear hábitos correctos de defecación (2 veces por día, como promedio) previene el estreñimiento.

Las pesadillas se producen durante la última parte del sueño y despiertan a los niños asustados, con miedo a volver a dormir. Pueden producirse sin causa aparente o ser consecuencia de algo visto o escuchado.

Como medida preventiva es válido no querer disciplinar al niño asustándolo, e igualmente suprimir conversaciones o programas de terror. Si empeoran y el miedo que le producen interfiere en sus actividades cotidianas, requieren de estudios y atención especializada ⁽⁴²⁾.

Los hábitos son adquiridos y condicionados desde el hogar, el preescolar puede adquirir hábitos positivos y negativos, los padres deben de formar al niño con hábitos positivos. Los hábitos negativos pueden traer consecuencias en la salud.

2.3.4. Abordaje de la salud familiar en el Perú

A. Modelo de atención integral para la familia y la comunidad

La salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo ⁽²²⁾.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividad de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezcan la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomenta la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud ⁽²²⁾.

Paquete de atención integral a la familia: Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de la familia por etapas del ciclo vital familiar. Ofrecen cuidados esenciales para la familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.

Intervenciones en la comunidad: Constituye la oferta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes escenarios: instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros. Ofrecen intervenciones sanitarias para el desarrollo de comunidades con entornos saludables ⁽²²⁾.

B. Función de la enfermera de la comunidad en la atención primaria.

El trabajo de enfermería con la familia cada vez exige más conocimientos científicos que permitan entender el interior de los sistemas familiares, como lo dicen Sinche y Suárez aunque el Equipo de Atención Integral de Salud se esfuerce por responder

a las necesidades de las familias, el desconocimiento de elementos clave para atender estos requerimientos puede llevar a una inefectiva, o incluso contraproducente intervención ⁽¹³⁾.

Identifica y analiza el rol de la comunidad en los procesos de la atención integral en salud; facilita el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad; establece compromisos y alianzas para la producción social, planificación y programación participativa para el diseño de programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de la persona, la familia y la comunidad; desarrolla y aplica herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria ⁽⁴³⁾.

Aplica el enfoque holístico en la atención al individuo y a la familia tomando en cuenta la estructura y la dinámica familiar para las intervenciones sanitarias y para las acciones anticipadas en las crisis familiares a través del conocimiento de los ciclos vitales individuales y familiares, en el marco del desarrollo de la salud familiar en los servicios de salud del país con el enfoque intercultural. Promueve comportamientos y entornos saludables en la comunidad con enfoque intercultural y de ciudadanía ⁽⁴³⁾.

Previene la enfermedad o el daño en la persona, familia y comunidad interviniendo sobre los factores de riesgo, de acuerdo con la normatividad vigente Valora el proceso salud-enfermedad de las personas en el contexto familiar como resultado de la articulación de procesos biopsicosociales y comunicacionales que se condicionan mutuamente, en función de un enfoque multicausal y multidisciplinario y contextualizado ⁽⁴³⁾.

2.4. HIPÓTESIS

No todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho ⁽⁴⁴⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es cuantitativa porque se tendrá en cuenta las características para recolección de datos y posterior análisis estadístico a través de la interpretación, organización, presentación y análisis de los datos.

Estudio descriptivo porque se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas ⁽⁴⁴⁾.

Es un diseño de corte transversal porque se realizará en un determinado tiempo y un lugar específico.

3.2. POBLACIÓN:

La población en estudio está constituida por 60 familias de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, ya que tiene el grupo etario para nuestro estudio de investigación cumpliendo los criterios de inclusión e exclusión.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Las familias que tienen niños en etapa preescolar de tres a cinco años de la Institución Educativa Semillitas de Amor I, matriculados en el año 2015.
- La entrevista se realizó a la madre o al padre del niño.
- Familias que hayan firmado el consentimiento informado.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Las familias que no tienen niños en etapa preescolar de tres a cinco años de la Institución Educativa Semillitas de Amor I, que no están matriculados en el año 2015.
- Padre o madre de familia que no están en la capacidad física y mental de responder a la entrevista.
- Padre o madre de familia que no acepte firmar el consentimiento informado y rechazan la entrevista.

3.3. VARIABLE

3.3.1. Definición conceptual

El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista.

3.3.2. Definición operacional

El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en el momento de la entrevista a las familias con niños preescolares de la institución educativa semillitas de amor I Puente Piedra – 2015, la cual será medido con el instrumento RFT: 5 - 33 (Anexo A).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Descripción de Riesgo Familiar Total

Nombre del instrumento: Riesgo Familiar Total (RFT: 5-33)

Autora: Pilar Amaya de peña

Año: 2004

Duración: 30 a 40 minutos

Significación: Riesgo Familiar

Dimensiones que evalúa:

- Dimensión Condiciones Psicoafectivas
- Servicios y Prácticas de Salud
- Condiciones de Vivienda y Vecindario
- Situación Socioeconómica
- Manejo de Menores.

Numero de ítems: 33 ítems

Evaluación: Estos tienen puntuación de “1” se cumple con la condición de riesgo, “0” no presenta riesgo en la condición y NA (el NO Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores, obedece a la ausencia de niños menores de doce años en la familia.

Validez: Juicio de expertos a cinco profesionales de la salud las cuales están íntimamente con los temas de familia y comunidad, los expertos evaluaron el instrumento en sus cinco dimensiones, en el obtuvo un promedio por cada uno de ellos, se observó un promedio general de 90.66%.

Confiabilidad: para fines de su estudio al instrumento RFT: 5-33 se aplicó el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson. Los resultados en sus cinco dimensiones arrojaron un porcentaje alto en: D1 (0.72), D2 (0.70), D4 (0.64) medio en: D3 (0.58) y D5 (0.56).

3.4.2. Antecedentes del Instrumento RFT: 5-33

Este instrumento ha mostrado su utilidad clínica y político-administrativa en la detección de riesgo familiar en estratos socioeconómicos bajos. El número de ítems cambió (del RTF: 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 presencia 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 ⁽²³⁾.

En resumen, la validez y la confiabilidad del instrumento quedan sustentadas y garantizan la calidad del instrumento para que este sea utilizado en la práctica y la investigación. Tiene la confiabilidad de (Alfa de Cronbach) .86 ⁽²³⁾.

3.4.3. Contenido del RFT: 5-33

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 tienen peso alguno sobre el puntaje total del inventario. La quinta sección está compuesta por 33 ítems y son las siguientes:

A. Identificación de la familia

Consta de 15 elementos destinados a recolectar datos de identificación de la familia evaluada y la persona que brinda la información para el diligenciamiento del inventario. Incluye datos de ubicación de la familia para su posterior seguimiento y el papel que el participante desempeña dentro de la familia. Además, se identifica el tipo de familia evaluada (pareja, nuclear, nuclear modificada, nuclear por parejas, extensa, extensa modificada, atípica). Todas las familias constituidas por parejas o cualquier modalidad de nucleares son llamadas familias Tipo 1. Aquellas denominadas extensas o atípicas son llamadas familias Tipo 2 ⁽²³⁾.

B. Composición de la familia y riesgos individuales

Consiste en la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, incluyendo información sobre género, edad, papel dentro de esta y datos sobre algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con educación sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras que se describen posteriormente en la sección de aplicación. Esta sección también identifica cada uno de los miembros, aun los fallecidos ⁽²³⁾.

C. 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.

D. 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. Se identifica la presencia de estos grupos en la comunidad de la familia, así como la vinculación de esta a tales organizaciones. Adquieren importancia y se consideran parte del patrimonio de la familia cuando las condiciones psicosociales de esta son deprimidas o existen dificultades en la organización y funcionamiento familiar.

E. Factores de riesgo

Esta sección consta de 33 ítems que evalúan en conjunto Riesgo Familiar Total. Estos tienen puntuación de “1”, “0” y NA (el NO Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de

menores) según los criterios que se verán más adelante. A su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar ⁽²³⁾.

3.4.4. La adaptación del instrumento riesgo familiar total (RFT: 5-33) en el Perú

El instrumento de Pilar Amaya es usado a nivel internacional, en el Perú lo adaptaron en la Universidad Ciencias Humanidades (UCH) en un trabajo de investigación realizado en el distrito de Comas en año 2012, trabajo de tesis realizado para obtener el título de Licenciada en Enfermería de los alumnos: Camargo Cubas, Janet; Cachicatari Vargas, Andrea y Melgarejo Romero, Yovana; en el estudio de “Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012”. Con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, en donde:

- A. Validaron** por juicio de expertos con cinco profesionales de la salud las cuales están ligados íntimamente con los temas de familia y comunidad, los expertos evaluaron el instrumento con sus cinco dimensiones, en el obtuvo un promedio por cada una de ellos, se observó un promedio general de 90.66% la cual si lo, comparamos con los intervalos de clasificación, se observar que el resultado este parámetro de “excelente”.
- B. Confiabilidad**, para fines de su estudio al instrumento RFT: 5-33 se aplicó el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson , este coeficiente puede estar entre cero y uno, donde el coeficiente cero significa confiabilidad nula y el uno tiene confiabilidad, de acuerdo con el número de ítems.

Se muestran los resultados arrojados por Kuder Richardson, los cuales están dados por las cinco dimensiones que conforma el cuestionario.

Se observa que en el valor de Kuder Richardson alto en las dimensiones: D1 (0.72), D2 (0.70), D4 (0.64) medio en: D3 (0.58) y D5 (0.56). En esta última dimensión se atribuye los valores bajos a que no todas las familias tenían niños menores de 12 años.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el estudio en la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I ubicado en el Asentamiento Humano Lomas de Zapallal.

La Institución Educativa Inicial cuenta con 70 alumnos matriculados de los cuales 25 alumnos son de 5 años, 25 alumnos de cuatro años y 20 alumnos de tres años, teniendo en cuenta que algunos niños son hermanos.

Se realizó la coordinación con la directora de la Institución Educativa Inicial “Las Semillitas de Amor I” para que autorice el estudio de investigación y asimismo firme la carta de aceptación (Anexo B).

Se coordinó, con la directora de la Institución Educativa Inicial para llevar acabo la reunión con los padres de familia, para nuestra respectiva presentación e informarles del estudio de la investigación.

Previo antes de la entrevista se coordinó con los padres de familia donde establecimos la fecha, hora y días para aplicar el estudio de investigación.

Así mismo durante la reunión con los padres de familia se resuelven las dudas sobre el consentimiento informado y se explica en que consiste nuestro estudio de investigación. Posteriormente firman los padres de familia (Anexo C).

Se entrevistó a las 60 familias que firmaron el consentimiento informado, Se recolecta los datos utilizando el instrumento RFT: 5-33, la entrevista se realizó al padre o madre del niño, en un tiempo de aproximadamente 40 minutos dentro de la vivienda.

La entrevista a las familias se realizó 3 veces por semana, durante los meses de setiembre y octubre 2015.

Finalmente se aplica en instrumento RFT: 5-33 que nos permite recolectar datos del riesgo familiar total en sus cinco dimensiones: psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores, donde obtuvimos resultados para hacer un análisis de ellos (Anexo D).

3.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Después de la ejecución de recolección de datos se procedió a estudiar los resultados a través de las siguientes acciones:

Se realiza el vaciado de datos de todas las entrevistas al programa Access, luego se exporta al programa Excel y posteriormente esos datos se exportan al programa y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23. Este un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos, etc. así mismo se presentan tablas o figuras para el análisis e interpretación de resultados.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación con seres humanos es un privilegio, no un derecho, nosotras como futuras profesionales de salud aplicaremos los principios éticos consignados, según ley general de salud N° 26842 que expresa los derechos de los pacientes; cada familia se encuentra en su derecho de conocer sobre el trabajo in situ, contamos con un código ético y Deontología.

Los principios fundamentales y universales de la ética de la investigación con seres humanos son:

3.7.1. El principio de autonomía

Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerándolo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, si no que esta pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud ⁽⁴⁵⁾.

En el estudio de investigación aplicamos el principio de autonomía porque las familias que participaron en esta investigación lo hicieron por voluntad propia sin coacción alguna, firmando el consentimiento informado, donde fueron informados del derecho a participar en este estudio.

3.7.2. El principio de beneficencia

Se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

Con este principio de beneficencia explicamos a la familia cual es nuestro propósito, objetivos y los beneficios del resultado de la investigación. Los resultados ayudaran a planear los cuidados y recomendaciones de enfermería en las familias.

3.7.3. El principio de no maleficencia

Se trata precisamente de no hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

No se causó ningún tipo de daño a las familias que participaron en la investigación. La información brindada por las familias fue confidencial.

3.7.4. El principio de justicia

Encierra su significado de igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar cuando falten cuando más se necesiten ⁽⁴⁵⁾.

Todas las familias fueron tratadas por igual. Se respetó sus hábitos, creencias y costumbres, evitando hacer comparaciones entre las familia

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Descripción demográfica

La caracterización del riesgo familiar total de las familias con niños preescolares, encontramos que los jefes de familia son 50 masculinos con un porcentaje de 83.3%; y a la vez se encontró que 10 femeninas como jefes de familia que equivale al porcentaje del 16.7% (Tabla 1).

La caracterización del riesgo familiar en cuanto al grado de instrucción encontramos que 24 jefes tienen secundaria completa que equivale al 40%, así mismo encontramos que 21 jefes de familia tienen secundaria incompleta que equivale al 35%, también se encontró a 6 jefes de familia con estudio superior técnico que equivalen al 10% (Tabla 2).

En cuanto a los tipos de familias encontramos que el 71.7% son familias nucleares, 13.3% son familias nucleares reconstituidas, 10% son familias nucleares modificadas, y el 5% familias extensas modificadas, las familias de tipo nuclear son las que tienen mayor relevancia (Tabla3).

4.1.2. Resultados según dimensiones:

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos del estudio.

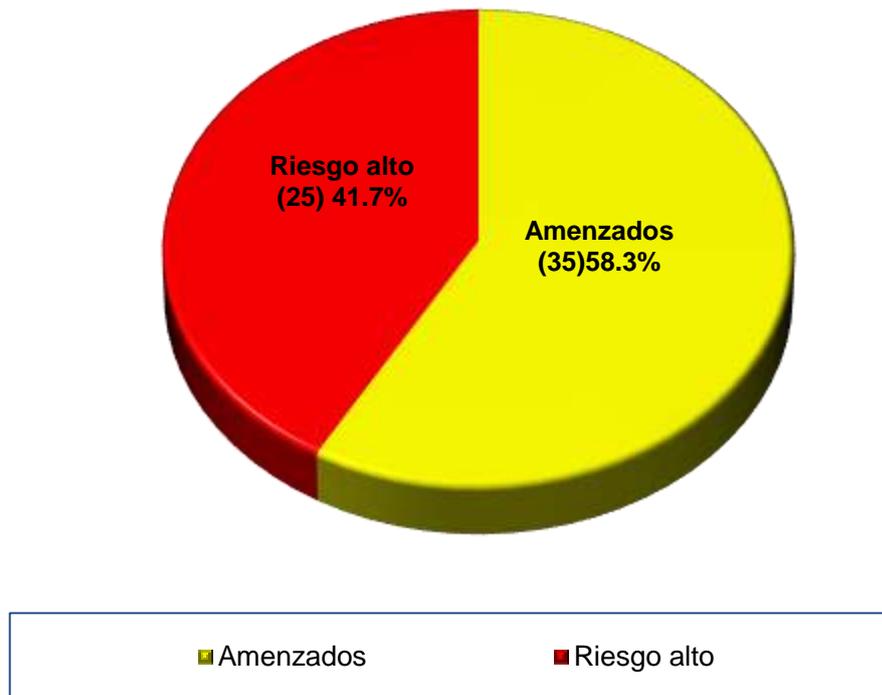
Gráfico 1: Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. (N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

En el gráfico 1 nos permite observar la distribución de las frecuencias del riesgo familiar total en 2 categorías, las cuales son familias con riesgo alto, y familias amenazadas. Encontramos 38 familias con riesgo alto que representan un 63.3% y 22 familias están amenazadas, las cuales representan un 36.7%; y por último no se encontró familias con riesgo bajo dentro de nuestra investigación.

Gráfico 2: Riesgo familiar total según la dimensión de condiciones psicoafectivas de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. (N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

Según la dimensión de condiciones psicoafectivas en familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I, encontramos que 35 familias están amenazadas, las cuales representan un 58.3% respecto al total; y 25 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 41.7% con respecto al total.

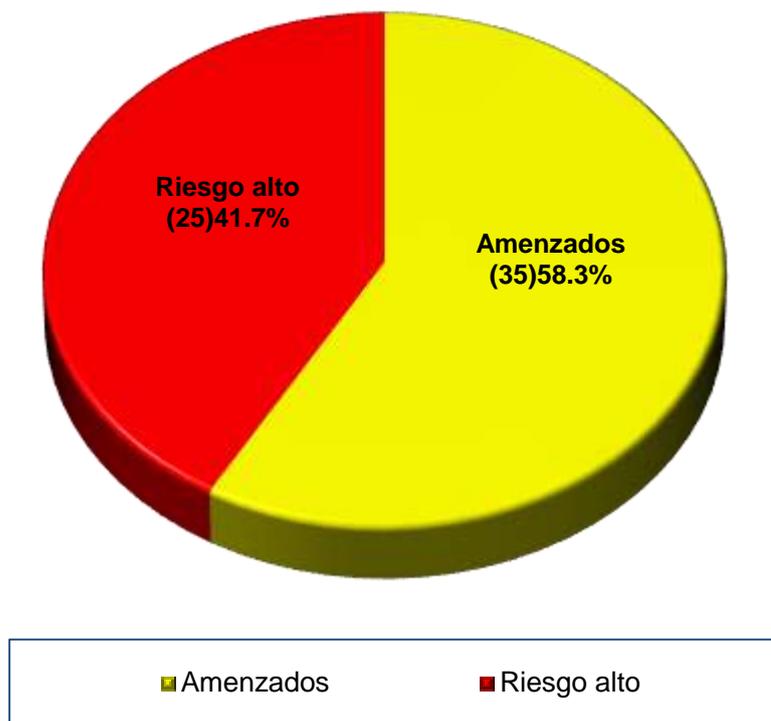
Gráfico 3: Riesgo familiar total según la dimensión de las prácticas y servicios de salud de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. (N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

Según la dimensión de servicios y prácticas de salud en familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I, encontramos que 41 familias están en riesgo alto las cuales representan un 68.3% con respecto al total y 19 familias están amenazadas, las cuales representan un 31.7 % con respecto al total.

Gráfico 4: Riesgo familiar total según la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015.(N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

Según dimensión condiciones de vivienda y vecindario en familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I, encontramos que 35 familias están amenazadas, las cuales representan un 58.3% con respecto al total; y 25 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 41.7% con respecto al total.

Gráfico 5: Riesgo familiar total según la dimensión de situación socioeconómica de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. (N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

Según dimensión de situación socioeconómica en familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I, encontramos que 46 familias están amenazadas, las cuales representan un 76.7% con respecto al total; y 14 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 23.3% con respecto al total.

Gráfico 6: Riesgo familiar total según la dimensión manejo de menores de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015. (N=60)



Fuente: estudiantes de enfermería de la UCH

Según la dimensión de manejo de menores en familias de la I.E.I. Semillitas de Amor I, encontramos que 40 familias están amenazadas, las cuales representan un 66.7% con respecto al total; y 20 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 33.3% con respecto al total.

4.2. DISCUSIÓN

De acuerdo a nuestro estudio de investigación se planteó el objetivo general determinar el riesgo familiar total a las 60 familias de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I en el distrito de Puente Piedra, los resultados obtenidos son: riesgo familiar total alto (63.3%) que representa 38 familias siendo el más predominante. Comparando con otras investigaciones nacionales como las de Camargo, Cachatari y Melgarejo en el año 2012, realizaron estudios sobre el riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros; nuestro resultado difiere con las de las autoras, ellas obtuvieron como resultado riesgo familiar total amenazado (77.3 %).

La diferencia del riesgo alto con el riesgo amenazado es que las familias de los niños preescolares tiene más factores predisponentes, que se evidencian con las viviendas insalubres y las familias no toman importancia a la salud, la situación económica es insuficientes para su sustento, además todo esto engloba que las familias tienen un nivel de educación bajo, y casi todos los jefes del hogar tiene secundaria incompleta.

Asimismo, la doctora Pilar Amaya sostiene, que las familias amenazadas demuestran por su composición e interacciones psicoafectivas desarmonía y dificultad en el manejo de las menores asociadas a las prácticas cotidianas inseguras, que demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar ⁽²³⁾.

El estudio concuerda con el punto de vista de Pilar Amaya porque el estudio, fue realizado en una zona urbana marginal donde las familias tienen alto riesgo por las deficiencias de agua, desagüe, luz, pista y veredas. Asimismo también existe familias disfuncionales, jefes de familia con trabajos eventuales y otra limitante es el difícil acceso al centro de salud de su jurisdicción, en las familias estudiadas no cuentan con apoyo institucional.

En cuanto al objetivo de la dimensión de Condiciones psicoafectivas, los resultados obtenidos es familias amenazadas con 58.3% y el riesgo alto de 41.7% (Tabla 4), en cuanto a su ítems desarmonía conyugal con 61.7%; las familias manifiestan que siempre tienen problemas por diferentes factores como la falta de dinero, celos, consumo de alcohol, infidelidad. En cuanto a la violencia (física y psicológica y social) el resultado es de 38,3% (Tabla 5), en donde la familia manifiesta que ha tenido violencia verbal, en algunas ocasiones violencia física por tal motivo ha llegado a denunciar a la comisaria y otros manifiestan que por miedo nunca denunciaron.

Según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2011 reportó el 22,6% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que habían experimentado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de los demás. Con todos estos antecedentes que viven las familias en su hogar optan por la separación o divorcio de sus parajes, en el estudio el resultado es 40%, por lo tanto, este tipo de situaciones llega afectar al preescolar en su desarrollo emocional durante su infancia en la sociedad ⁽²⁷⁾.

En cuanto al objetivo de condiciones de prácticas y servicio de salud, el resultado obtenido es familias amenazadas 31.7% y riesgo alto con 68.3% (Tabla 4), en cuanto al ítems subutilización de servicios de salud con 81% (Tabla 5), las familias prefieren auto medicarse y comprar un medicamento en las farmacias para aliviar su dolor y otras familias prefieren usar medinas tradicionales como el consumo de plantas, según sus creencias y su cultura antes de ir a una atención médica, refieren que cuando va a atenderse a algún establecimiento de salud ya sea de su jurisdicción, la atención es muy deficiente demoran demasiado a veces los medicamento que le recetan no curan la enfermedad y entonces prefieren auto medicarse.

Así mismo, el INE en el año 2011 nos refiere con respecto a la recepción de antibióticos, el 46,2% de niñas y niños con IRA los recibió. Indica que una fracción de niñas y niños cuyas madres declararon no haber acudido a un proveedor de salud también recibieron estos antibióticos, lo que puede indicar

automedicación u algún otro mecanismo informal, como haber acudido a una tienda o farmacia para tal medicamento ⁽²⁶⁾.

Las recomendaciones de la OPS/ OMS tienen la finalidad de aumentar la búsqueda de servicios y por lo tanto es necesario, antes de llevarlas a la práctica, cerciorarse de que los servicios sean capaces de satisfacer la nueva demanda ⁽⁴⁶⁾.

Otro factor muy importante en las familias es la falta de información sobre los servicios de salud con 41.7% sobre promoción y prevención de las enfermedades salud, IRA, EDA, por su bajo nivel de educación y difícil acceso a los servicios y el manejo inapropiados salud bucal con 80% (Tabla 5) refiriendo que las familias solo acuden al odontólogo cuando tiene molestias y sino nunca realizan profilaxis ni fluorización, esto sucede en las familias porque tienen bajo grado de instrucción, bajos recursos económicos.

Según, el estudio realizado por Díaz Gonzales, en el año 2010 en Colombia investigo sobre “prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares” donde dice que nivel de escolaridad bajo de las madres ha estado relacionado con la aparición de caries dental ⁽¹⁴⁾.

Este autor concluye que los niños que presentaban caries dental viven en su mayoría en bajo nivel socioeconómico. Es claro suponer que las familias con estas condiciones no dispondrían recursos económicos suficientes para invertir en su salud oral ⁽¹⁴⁾.

Entonces nuestro estudio también coincide con Díaz Gonzales relacionamos que la situación económica es un factor predisponente para el descuido de la salud bucal en las familias y los preescolares porque no tiene los medios suficientes no invierten en visita por menos 1 vez al año al odontólogo y como consecuencia hay alto prevalencia de caries y otras enfermedades orales.

En cuanto al objetivo de las condiciones de la vivienda y vecindario, han sido reconocidas desde hace tiempo como una de las principales determinantes sociales de la salud humana ⁽²⁸⁾.

En nuestro estudio de investigación en la dimensión vivienda y vecindario el resultado obtenido es de 58.3% familias amenazadas y un 41.7% riesgo alto (Tabla 4), este resultado puede deberse a que un 88% de las familias vive en condiciones insalubres en el vecindario y asimismo a una higiene y organización deficiente en el hogar 56.7 % (Tabla 5).

En el estudio realizado por Becerra Cubas, Wister; Díaz Pareja, Juana y Rocha Durand, Juan; los resultados difieren de los nuestros. El estudio obtuvo como resultado familias amenazadas un 79.8%. Esta diferencia se debe a que el presente estudio de investigación fue realizada en un asentamiento humano de difícil acceso, viviendas con infraestructura deficiente asimismo falta de pavimentación de pista y veredas.

Las condiciones insalubres del vecindario en las que viven las familias es un riesgo para todos los integrantes de la familia, especialmente los niños preescolares ya que están expuestos a adquirir diferentes enfermedades.

Las enfermedades transmisibles que anualmente matan millones de personas, especialmente niños, por falta de preservación y protección de la vivienda, del medio ambiente (agua potable y saneamiento) y por un acceso deficiente a los servicios de salud ⁽³⁰⁾.

En cuanto al objetivo condición situación socioeconómica, el resultado obtenido es familias amenazadas es el 76.7% que representan 46 familias siendo el más predominante. Nuestro estudio coincide con la investigación realizada por Obrego Elizabeth, Larios Betzabeth y Onofre Jaqueline en el año 2012 en Perú, riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012”. Ellas obtuvieron como resultado en familias amenazadas un 98.4% siendo el factor más predominante la falta de recreación de las familias con un 34.1%,

teniendo relación con nuestro estudio que obtuvo un porcentaje de 81.7% (tabla 5).

La realidad socioeconómica de la población tiene directa relación con los determinantes estructurales (vinculación con la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza) que, a su vez, influyen en los determinantes intermediarios. Es de ello que dependen las condiciones y los estilos de vida, el acceso a servicios públicos, la capacidad adquisitiva de la población, las oportunidades y condiciones laborales, la contaminación del ambiente, entre otras ⁽¹⁸⁾.

Los resultados coinciden porque ambas investigaciones se realizaron en asentamientos humanos encontrándose la misma problemática.

Otra investigación que coincide con nuestros resultados en esta dimensión es realizada por, Betancurth Diana en caldas – Colombia en el año 2011 el estudio es” riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en la lactancia, Villa María, Caldas, Colombia. El resultado predominante fue familias amenazadas con un 93%.

La OMS refiere que La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que crea o perpetúa la pobreza. A su vez, los pobres están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales y peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sus riesgos de morbilidad y discapacidad son mayores ⁽³⁴⁾.

Según, este estudio de investigación la salud de las familias dependen mucho de la situación económica en la que viven, porque nuestro estudio fue realizado en un asentamiento humano con muchas carencias y los jefes de familia no cuentan con trabajo estable, los ingresos que perciben son mínimas, no acuden a centros recreacionales por falta de dinero.

En cuanto al objetivo dimensión manejo de menores, con los resultados de riesgo amenazadas con 66.7% y riesgo alto con el 33.3 % (Tabla 4), donde predomina el manejo inapropiado de EDA, IRA Y CRED con 75% (Tabla 5), porque las familias tienen condiciones inadecuada de vivienda, falta de saneamiento, condiciones de higiene inadecuada y un nivel de educación bajo de los padres de los preescolares y también influye sus culturas con el tratamiento de la enfermedad. Donde se relacionan con los estudios internacionales de Betancur con familias amenazadas con el 93% y Velásquez P. familias amenazadas con el 98% estos altos porcentajes se pueden relacionar con las condiciones inadecuadas de las viviendas y del entorno en que se desenvuelven los niños preescolares.

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES

- Las Familias con niños Preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra esta con riesgo familiar total alto.
- Las familias en sus condiciones psicoafectivas predominan el riesgo amenazado y con relevancia en las desarmonías conyugal.
- En cuanto en las prácticas de salud las familias están con riesgo alto, su mayor incidencia es la subutilización de los servicios de salud.
- Las condiciones de vivienda y vecindario el riesgo de las familias es amenazados, predominando sus condiciones insalubres de vecindario
- Las familias en su situación socioeconómica representan familias amenazadas, con relevancia en falta de recreación de la familia.
- En cuanto al manejo de menores las familias están amenazadas, porque tienen el manejo inapropiado de enfermedades diarreicas agudas, infección respiratoria aguda y control de crecimiento y desarrollo.

5.2. RECOMENDACIONES

- Informar los resultados obtenidos de la investigación a la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I para que se organicen y puedan trabajar en forma multidisciplinaria para disminuir el riesgo alto de las familias.
- En cuanto a las condiciones psicoafectivas se debe de crear un área de salud mental en todos establecimientos de primer nivel para diagnosticar precozmente problemas conductuales de las familias.
- El centro de salud debe trabajar en la promoción y prevención de enfermedades crónicas y agudas con sesiones educativas individualizados, para incrementar los conocimientos de la población en cuanto el manejo de las enfermedades como IRA, EDA.
- Sugerir a la población y sus dirigentes que realicen proyectos para el mejoramiento del saneamiento ambiental y presentarlo a su municipalidad.
- El centro de salud y la Institución Educativa Inicial deben de trabajar conjuntamente en la parte recreativa de las familias.
- Sugerir al centro de salud que implemente un área de educación a los padres sobre la pautas de crianza a los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velásquez L. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda [Tesis de Maestría]. Caldas - Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2012.
2. Parra H. Relaciones que dan origen familia Medellín, Colombia [Tesis de Titulación]. Medellín - Colombia. Universidad de Antioquia; 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad infantil [www.who.int/es/]. Ginebra - Suiza: OMS; 2016; [Actualización 2016; 20 de Febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
4. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio N, Caminati R. Factores asociados a la mortalidad infantil. Países miembros de la OMS, año 2010. Revista de Salud Pública. 2013 Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_1_05_art2.pdf
5. Velásquez L, Velásquez V. Riesgo familiar total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia. Centro de salud Villasantana. Pereira. Investig Andin. 2012;14(25):14–126.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mortalidad infantil y sus diferenciales por departamento, provincia y distrito, Perú 2007 [www.inei.gob.pe]. Lima - Perú: INEI; 2009 [Actualización 2009; 15 de Octubre del 2015]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0805/libro.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades prevalentes de la infancia y su tendencia en los últimos diez años en el Perú. [www.inei.gob.pe]. Lima - Perú: INEI; 2011. [Actualización 2011; 15 de Octubre del 2015] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0986/libro.pdf

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil de la Pobreza por dominios geográficos 2004-2013 [www.inei.gob.pe]. Lima - Perú : INEI; 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1169/libro.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004-2015 [www.inei.gob.pe]. Lima - Perú: INEI; 2016. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1370/index.html
10. Chiguala D. Diagnóstico Local Participativo del Consumo de Drogas en el Distrito Puente Piedra - Lima; 2006. :1–53.
11. Santander F. Informe final de las actividades realizadas en la sede Zapallal del 15 de enero al 15 de mayo del 2007 [Tesis de Titulación] Lima - Perú. Universidad Peruana Cayetano Herredia; 2007.
12. Remigio G, Gilda B, Yelina G. Factores de Riesgo , Funcionamiento familiar y Lesiones no intencionales en menores de cinco años. 2016;22(1):42–57.
13. Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría,Caldas,Colombia [tesis maestria]. Caldas - Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2011.
14. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(5):843–51.
15. Camargo J, Cachatari Y, Melgarejo A. Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2012.
16. Blas Y, Ochante F. Riesgo familiar total en las familias del sector A-6 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2012.

17. Abrego E, Larios B, Onofre S. Riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. Universidad Ciencias y Humanidades; 2012.
18. Becerra W, Diaz S, Rocha J. Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos - 2013 [Tesis de Titulación]. Lima - Perú. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015.
19. Casasa P, Ramirez E, Guillen R del C, Sanchez A, Sanchez S del C. Salud Familiar y Enfermería. 2016.
20. López Y. La Familia Como Campo de Saber de las Ciencias Sociales. Revista de Trabajo Social [www.trabajo.social]. 2003;(5):25–40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4387445.pdf>
21. Cuesta C. Familia y salud. ROL Enfermería. 1995;21–4.
22. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad [www.minsa.gob.pe/]. Lima; 2011. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
23. Amaya. P. Instrumento de riesgo familiar total RFT- 5-33. Manual, aspectos teóricos , psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá; 2004.
24. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender . Una Reflexión en torno a su comprensión. Artículo de Revisión. 2011;8(4):23.
25. Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Serv publicaciones la Universidad Murcia. 2005;21(1):11–7.
26. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de salud del Perú [www.minsa.gob.pe]. Biblioteca Nacional del Perú. Lima - Perú; 2013. 136 p. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [www.inei.gob.pe]. Lima; 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
28. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable: Reto del milenio en los asentamientos precarios del América Latina y el Caribe: Guía para las Autoridades Nacionales y Locales. Venezuela; 2006.
29. Lama M. Salud y calidad de vida: condiciones objetivas y percepciones subjetivas de la vivienda y su entorno socio espacial [Tesis Doctoral]. Tlaquepaque, Jalisco - México. Instituto tecnológico y de estudios superiores de Occidente; 2014.
30. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Revista Peruana Medicina Experimental y Salud Pública [www.ins.gob.pe]. 2008;28(4):419–30. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1308>
31. Toledo J. Programas Nacionales de Salud en la vivienda. En: primer encuentro sobre salud en la vivienda .Lima :CEPIS;1999.
32. Alfaro P. Estudio cuanti-cualitativo de prácticas de higiene en familias carentes de sistema de agua y desagüe en Lima Metropolitana Perú 2003 [Tesis Doctoral] Lima - Perú. UNMSM; 2009.
33. Salinas J. Pobreza y salud . Un problema global, sus causas, consecuencias y soluciones. Rev Fac Med. 2006;15(1):18–21.
34. Organización Mundial de la Salud. Pobreza y salud [www.who.int/es/]. Ginebra - Suiza: OMS; 1999 [Actualización 2016; 10 de Febrero del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se5.pdf
35. Organización Mundial de la Salud. Influencia de la Pobreza en la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra - Suiza: OMS; 2003. [Actualización 2016; 26 de Mayo del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf
36. Romo N, Anguiano B, Pulido R, Camacho G. Rasgos de personalidad en niños con padres violentos. Rev Investig en Psicol. 2008;11(1):117–27.

37. Reyes M, Suarez D. Factores de riesgo que condicionan el desarrollo de bronconeumonía en niños preescolares. Sector Sinaí. La libertad. 2012 - 2013 [Tesis de Licenciatura] La Libertad, Ecuador. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013.
38. UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú. Lima-Perú [www.unicef.org/es]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima; 2008. Disponible en:https://www.unicef.org/peru/spanish/Resumen_ENP_Abril_2008.pdf
39. Laureano Navarrete G. Prácticas de crianza de los padres de preescolares que asisten al control de crecimiento y desarrollo del centro de salud nueva esperanza , Villa María del Triunfo , Lima. 2015;
40. Hernández A. El subsistema cognitivo en la etapa preescolar. Rev Aquichan. 2006;6(1):68–77.
41. Garcia.I. Procesos de adaptación de los niños de temprana edad en la Institución Educativa Mañanitas. 2010;1–168.
42. Aliño M, Navarro R, López J, Pérez I. La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. Revista Cubana Pediatría [www.revpediatria.sld.cu/]. 2007;79(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010
43. Ministerio de Salud. Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria [www.minsa.gob.pe/]. Lima; 2011. Disponible en: <http://observatorio.inforhus.gob.pe/publicaciones/desarrollo/desarrollo1/III-1.pdf>
44. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México D.F: Mc GRAW - HILL; 2014.
45. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana Oftalmología [www.revoftalmologia.sld.cu]. 2015;28(2):228–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES . Perú: Nacional y Departamental;2013. Disponible en:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de variable RFT: 5-33

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° Ítems	Valor final	Criterios para Asignar Valores			
Riesgo Familiar Total	El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en el momento de la entrevista a las familias con niños preescolares de la institución educativa semillitas de amor Puente Piedra – 2015, la cual será medido con el instrumento RFT 5:33.	Condiciones Psicoafectivas	Desarmonía de pareja Desarmonía con hijos Violencia, ansiedad Privación afectiva Divorcio Fuga de menores Enfermedad mental o intento de suicidio Ingestas de alcohol.	10	Familias con alto riesgo PE > 70	Familia tipo 1	Familia tipo 2		
							PB: Entre 13 y 33	PB: Entre 13 y 33		
									Percentiles: superiores a 81	Percentiles: superiores a 80
									Puntuación E: superior a 70	Puntuación E: Superior a 70
			Servicios y Prácticas de Salud	Uso de servicios de salud. Prácticas de cuidado de la salud y manejo de enfermedades prevenibles.	6	Familias amenazadas PE 55-70	PB: Entre 5 y 12	PB: Entre 5 y 12		
			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a la organización, seguridad, higiene y salud ambiental.	5		Percentiles: Entre 37 y 77	Percentiles : Entre 33 y 76		
Situación económica.	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6	Familias con bajo riesgo PE < 55	Puntuación E: Entre 56 y 68	Puntuación E: Entre 55 y 68					
Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años, manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6		PB: Entre 0 y 4	PB: Entre 0 y 4					
						Percentiles: Entre 1 y 29	Percentiles: Entre 3 y 26			
						Puntuación E: Inferior a 54	Puntuación E: Inferior a 55			

Anexo B: Carta de Aceptación

I.E.I. SEMILLITAS DE AMOR I LOMAS DE ZAPALLAL

LIMA, 18 de JUNIO del 2015

Ciudadanas: Alumnas de la Universidad de Ciencias Humanidades

CARTA DE ACEPTACIÓN

Quien suscribe, **Licenciada Fanny Irma Silvestre Soto**, Directora de la Institución Educativa Inicial “Semillitas de Amor I” De Lomas de Zapallal, se dirige a ustedes en esta oportunidad de informarles la aceptación del estudio de su proyecto de investigación Riesgo Familiar Total en Familiar en Edad Pre Escolar I.E.I Semillitas de Amor I Lomas de Zapallal -2015, brindándoles facilidades para la recolección de información; dicha solicitud que fue presentado por un grupo de alumnas de la Universidad de Ciencias y Humanidades integradas por: Cabello Huerta Érica, Francisco Yauri Jesusa, Mayta Guanilo Silvia.

Sin otro motivo particular, que simplemente mostrar nuestra aceptación a su propuesta y agradecer por ella.

Atentamente:



Lic. Licenciada Fanny Irma Silvestre Soto
Directora

Anexo C: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la Universidad Ciencias y Humanidades de la carrera profesional de enfermería, estamos realizando un estudio sobre **“RIESGO FAMILIAR TOTAL DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS PREESCOLARES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL SEMILLITAS DE AMOR I 2015”**.

Como requisito para obtener nuestro título de Licenciada en Enfermería. El objetivo del estudio es **Determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I 2015**. Solicito su participación en dicho estudio.

El estudio consiste en una entrevista, lo cual será filmada o grabada para favorecer la transcripción (tipeo) de la conversación, que tiene una duración de 30 a 40 minutos, el proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado.

La participación es voluntaria de cada familia, usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, el estudio no conlleva ningún riesgo. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación puede realizarla. Los resultados de la investigación serán entregados a la Institución Educativa.

He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Cabello Huerta Erica, Francisco Yauri Jesusa y Mayta Guanilo Silvia, sobre **“Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la institución educativa inicial semillitas de amor I 2015”**.

Nombre de la participante

Firma del participante

Fecha

Anexo D: Instrumento de riesgo familiar RTF 5-33 - Instrumento adaptado para el Perú RFT: 5 33

Código:

0	0				
---	---	--	--	--	--

Código entrevistador: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Código:

0	0				
---	---	--	--	--	--

I. IDENTIFICACION A LA FAMILIA

1. Departamento: Lima
 2. Provincia: Lima
 3. Distrito: Comas
 4. Centro poblado: Villa el Señor de los Milagros
 5.1 Dirección: _____

5.2 Referencia: _____

6. Permanencia Años: _____

7. Telefono familiar: _____

8. Posee:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| (A) Electricidad | (E) PlayStation/Nintendo,etc |
| (B) Televisión por cable | (F) Motocicleta |
| (C) Refrigerador | (G) Automóvil |
| (D) Internet | (H) Cocina a gas |

9. Fuente de agua para beber:

- (1) Red pública dentro de la casa
 (2) Red pública fuera de la casa
 (3) Agua de pozo sin tratar
 (4) Cisterna
 (5) Embotellada
 (6) Otros _____

10. Combustible usual para cocinar

- (1) Leña, carbón
 (2) Bosta
 (3) Kerosene
 (4) Gas
 (5) Electricidad

11. Disposición de la basura

- (1) A campo abierto
 (2) Al río
 (3) En un pozo
 (4) Se entierra, quema
 (5) Carro recolector

12. Tenencia de la vivienda

- (1) Propia
 (2) Alquiler
 (3) Cuidador/alojado
 (4) Plan Social
 (5) Alquiler venta

13. Piso de la vivienda

- (1) Tierra
 (2) Entablado
 (3) Loseta, vinilitos o similares
 (4) Cemento
 (5) Parquet

14. Material de las paredes

- (1) Madera
 (2) Estera
 (3) Adobe
 (4) Noble (Ladrillo y cemento)
 (5) Otros: _____

15. Material del techo

- (1) Estera
 (2) Paja u hojas
 (3) Madera y barro
 (4) Calamina
 (5) Noble (Ladrillo y cemento)

16. Total de habitaciones

(no cuenta baño o cocina)

--

17a. Mascotas

17b. Vacunas (UIT. Año)

	No	Si
(A) Perro		
(B) Gato		
(C) Loros, pericos, aves		
(D) Exóticos. Espolique (Monos, etc.)		

18. Tipo de Familia

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| (1) Nuclear | (4) Extensa |
| (2) Nuclear modificada | (5) Extensa modificada |
| (3) Nuclear reconstituida | (6) Pareja |
| | (7) Atípica |

19. Total de miembros: _____

20. Centro de salud preferente: _____

21. Nombre Entrevistado: _____

22. Parentesco con el jefe de hogar ¥: _____

23. Resultado de visita:

- | | |
|---|--------------------------|
| (1) Completa | (5) Rechazada |
| (2) Hogar presente pero Entrevistado no competente. | (6) Vivienda desocupada. |
| (3) Hogar ausente | (7) Vivienda destruida |
| (4) Aplazada | |

II. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y RIESGOS INDIVIDUALES .0

N° Orden	NOMBRE , APELLIDOS	SEXO 1= Varon 2=Mujer	EDAD (años) anote "00" para < 1a	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	Estado Civil (>de 12años) 1 Soltero 2 Casado 3 Conviviente 4 Divorciado 5 Separado 6 Viudo	SEGURO MEDICO 0 = No 1= SIS-MINSA 2=ESSALUD 3=FFAA, 4= EPS 5=Otros	Grado Instru. 9 Sin estudios 0 Pre-escolar 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Superior técnico 6 Sup. Universitario.	ACT. ECON. (>6años) A= Desempleado pero no busca empleo. B=Desempleado buscando empleo. C= Trabaja 1=Trabajador dependiente, 2=Trabajador independiente 3=Eventual, 4=Jubilado, 5=Estudiante	Uso de redes sociales: 99=No sabe 0= No tiene A=Facebook B=Twiter C=Google+ D= LinkedIn E=Otras(especifique)	Control Odontológico (último año) 0 = No 1=Si	Problema de Agudeza Visual 0 = No 1=Si	Vacunas Completas (< 5años). 0 = No 1=Si	Estuvo enfermo en los Últimos 3 meses 0 = No 1=Si	Si acudió al servicio de salud 0 = No 1=Si	Gestante 0 = No 1=Si	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9A)	(9B)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

01 JEFE	04 YERNO / NUERA	07 SUEGRO / SUEGRA	10 HIJO ADOPTADO /HIJO DE CRIANZA
02 ESPOSA / ESPOSO	05 NIETO / NIETA	08 HERMANO / HERMANA	11 SIN PARENTESCO
03 HIJO / HIJA	06 PADRE / MADRE	09 OTRO FAMILIAR	12 EMPLEADA DOMÉSTICA

Código:

0	0				
---	---	--	--	--	--

III. Antecedentes de carácter familiar

	No	Si
1. Alcoholismo		
2. Anemia		
3. Artritis		
4. Asma		
5. Cáncer		
6. Desnutrición infantil		
7. Diabetes		
8. Tuberculosis		
11. Migraña		
12. Hipertensión arterial		
13. Infarto agudo miocardio		
15. Conjuntivitis		
16. Lumbalgia (dorsopatías)		
17. S. Traumatismo		
IV. Instituciones de apoyo familiar		
19. Comedor popular		
20. Prog. Integral Nutricional		
21. JUNTOS		
22. Wawasi/cunamas		
23. Iglesia		
24. Universidad		
25. ONGs.		
27. Otros.especifique		

V. Factores de riesgo

A. Condiciones psicoafectivas	No	Si
Desarmonía conyugal		
28. (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
29. Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos		
Violencia, abuso familiar, maltrato		
30. (físico psicológico y social)		
31. La familia o un miembro tiene ansiedad permanente por problemas Familiares		
32. Privación afectiva, desprotección		
33. Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijo. (abuelo, cuñado que asumen sobrinos, hermanas mayores que se		
35. Fuga de menores o Abandono de hogar(padre o madre)		
36. Enfermedad mental (depresión, intentos de suicidio, etc)		
37. Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, PBC y otros)		
B. Prácticas y servicios de salud		
38. Subutilización de servicios de salud disponibles. (frente a un problema o necesidad no acude, prefiere consejos de abuelas, vecinos boticarios, etc.)		
40. Manejo inapropiado de cuidado		
42. Familia no percibe riesgos familiares pero realmente si presenta.		
43. Manejo inapropiado de salud dental.(No control anual o cepillado 2 v/día		

Consentimiento Informado:
 Conozco que la información brindada es para uso académico, y es de carácter reservado, mi participación es voluntaria.

Firma: _____ Huella

C. Vivienda y Vecindario	No	Si
44. Falta de uso de saneamiento ambiental. (Pese a que pase el recolector no bota basura, tiene conexión de desagüe y no termina de instalar su baño, etc.)		
45. Condiciones insalubres del vecindario.		
46. Higiene y organización deficiente del hogar.		
47. Ausencia de por lo menos un servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad, recojo de basura).		
48. Inadecuada ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos.		
D. Situación socioeconómica		
49. Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.		
50. Pobreza: ingreso menor, insuficiente para cubrir comida, techo, estudio y vestido.		
51. Falta de recreación en la familia.		
52. Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia.		
54. Inaccesibilidad a servicios de salud.		
E. Manejo de menores		
55. Más de cuatro menores de 12 años.		
56. Ausentismo escolar de menores de 12 años.		
57. No realiza Control de Crecimiento y Desarrollo o Manejo inapropiado de EDA, IRA.		
58. Falta de seguridad en actividades de menores No vigilancia u orientación en actividades de niños)		
60. Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes		

Anexo E: Evidencias de la recolección de datos



Preparadas para las entrevistas a las familias de los niños pre-
escolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I.



Realizando las entrevistas a las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I.



TABLAS

Tabla 1 Caracterización de los jefes de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I según el sexo

Caracterización según sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	83,3
Femenino	10	16,7
Total	60	100,0

Tabla 2 Caracterización de los jefes de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, según su grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	4	6,7
Primaria completa	5	8,3
Secundaria incompleta	21	35,0
Secundaria completa	24	40,0
Superior técnico	6	10,0
Total	60	100,0

Tabla 3 Caracterización de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, según el tipo de familia

Tipo de familia	N	%
Nuclear	43	71,7
Nuclear modificada	6	10,0
Nuclear reconstituida	8	13,3
Extensa modificada	3	5,0
Total	60	100,0

Tabla 4 Resultados según sus dimensiones por tipos de familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I

Dimensiones		N tipo familia					
		Nuclear - Pareja		Extensa atípica		Total	
		N	%	N	%	N	%
Condiciones psicoafectivas	Amenazado	34	59,6	1	33,3	35	58,3
	Alto	23	40,4	2	66,7	25	41,7
Prácticas y servicios de salud	Amenazado	17	29,8	2	66,7	19	31,7
	Alto	40	70,2	1	33,3	41	68,3
Vivienda y vecindario	Amenazado	35	61,4	0	,0	35	58,3
	Alto	22	38,6	3	100,0	25	41,7
Situación socioeconómica	Amenazado	44	77,2	2	66,7	46	76,7
	Alto	13	22,8	1	33,3	14	23,3
Manejo de menores	Amenazado	40	70,2	0	,0	40	66,7
	Alto	17	29,8	3	100,0	20	33,3
	Total	57	100,0	3	100,0	60	100,0

Tabla 5 Resultados según sus cinco dimensiones de las familias de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I

SEGÚN SUS DIMENSIONES	Ausente		Presente	
	N	%	N	%
CONDICIONES PSICOAFECTIVAS				
p28: Desarmonía conyugal	23	38,3	37	61,7
p29: Desarmonía padres e hijos	39	65	21	35
p30: Violencia (físico psicológico social)	37	61,7	23	38,3
p31: Ansiedad permanente en la familia	33	55	27	45
p32: Privación afectiva, desprotección	43	71,7	17	28,3
p33: Roles sustituidos	47	78,3	13	21,7
p34: Divorcio o separación	36	60	24	40
p35: Fuga de menores o abandono (padre o madre)	43	71,7	17	28,3
p36: Enfermedad mental (depresión, suicidios)	52	86,7	8	13,3
p37: Ingesta de alcohol o psicoactivos	50	83,3	10	16,7
PRÁCTICAS Y SERVICIOS DE SALUD				
p38: subutilización de servicios de salud	11	18,3	49	81,7
p39: Ausencia de información de servicios de salud	35	58,3	25	41,7
p40: Manejo inapropiado salud de la mujer	24	40	36	60
p41: Manejo inapropiado de control médico general	17	28,3	43	71,7
p42: Familia no percibe riesgos, pero si lo presenta	13	22	46	78
p43: Manejo inapropiado de salud dental	12	20	48	80
VIVIENDA Y VECINDARIO				
p44: Falta de uso de saneamiento ambiental	37	62,7	22	37,3
p45: Condiciones insalubres de vecindario	7	11,9	52	88,1
p46: Higiene y organización	26	43,3	34	56,7
p47: Ausencia de por lo menos un servicio publico	39	65	21	35
p48: Inadecuada ventilación	43	71,7	17	28,3
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA				
p49: Ingreso escaso para la salud	27	45	33	55
p50: Pobreza: ingreso menor insuficiente	32	53,3	28	46,7
p51: Falta de recreación de la familia	11	18,3	49	81,7
p52: Vagancia o sobre carga de trabajo	29	48,3	31	51,7
p53: Problemas de salud o resueltos	28	46,7	32	53,3
p54: Inaccesibilidad a servicios de salud	40	66,7	20	33,3
MANEJO DE MENORES				
p55: Más de cuatro menores de 12 años	52	86,7	8	13,3
p56: Ausentismo escolar de menores de 12 años	59	98,3	1	1,7
p57: Manejo inapropiado EDA, IRA Y CRED	15	25	45	75
p58: Falta de seguridad en actividad de menores	43	71,7	17	28,3
p59: Presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años	20	33,3	40	66,7
p60: Dificultad en orientación y disciplina	34	56,7	26	43,3