



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

**TESIS**

Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia  
del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018

**PRESENTADO POR**

Palomino Tomasto, Rosa María

**ASESOR**

Matta Solis, Hernán Hugo

**Los Olivos, 2018**



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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE  
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO VISTA  
ALEGRE, III ZONA DE COLLIQUE - 2018**

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

**PRESENTADA POR:**  
PALOMINO TOMASTO, ROSA MARIA

**ASESOR:**  
Dr. MATTA SOLÍS, HERNAN HUGO

**LIMA - PERÚ**  
**2018**

**SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:**

---

**Mg. Millones Gómez, Segundo G.**

**Presidente**

---

**Lic. Gala Arroyo, Doris Luisa**

**Secretario**

---

**Mg. Balladares Chávez María del Pilar**

**Vocal**

---

**Dr. Matta Solís, Hernán Hugo**

**Asesor**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE  
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO VISTA  
ALEGRE, III ZONA DE COLLIQUE - 2018**

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado a Dios quien me dio las fuerzas para seguir adelante, asimismo a mi madre, hermano y abuelos que siempre han estado a mi lado durante la elaboración de esta investigación.

A mi asesor quien me ha apoyado en cada etapa de esta investigación y a todos quienes de una u otra manera me prestaron su apoyo, profesores y amigos, a todos ellos dedico esta investigación muy agradecida.

# Índice

Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>14</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	21
1.3 OBJETIVO .....	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	22
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	25
2.1.1 El Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, Comas.....	25
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	25
2.2.1 Antecedentes internacionales.....	25
2.2.2 Antecedentes nacionales.....	28
2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	31
2.3.1 La Familia .....	31
2.3.2 Riesgo familiar total .....	36
2.3.3 La Anemia .....	41
2.3.4 La primera infancia o niñez.....	42
2.4 HIPÓTESIS.....	44
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>45</b>
3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46

3.2 POBLACIÓN .....	46
3.2.1 Criterios de inclusión .....	46
3.2.2 Criterios de exclusión .....	47
3.3 VARIABLE .....	47
3.3.1 Definición conceptual de la variable principal .....	47
3.3.2 Definición operacional de la variable principal.....	47
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.4.1 Técnicas de recolección de datos .....	48
3.4.2 Instrumento de recolección de datos .....	48
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos .....	50
3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos.....	50
3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento .....	51
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	51
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	52
3.7.1 Principio de autonomía .....	53
3.7.2 Principio de beneficencia.....	53
3.7.3 Principio de no maleficencia .....	53
3.7.4 Principio de justicia .....	53
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>54</b>
4.1 RESULTADOS.....	55
4.2 DISCUSIÓN.....	63
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>70</b>
5.1 CONCLUSIONES .....	71
5.2 RECOMENDACIONES.....	72
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>

**ANEXOS ..... 81**



## Índice de gráficos

- Gráfico 1. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120) ..... 57
- Gráfico 2. Riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. .... 58
- Gráfico 3. Riesgo familiar total en su dimensión prácticas y servicios de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. .... 59
- Gráfico 4. Riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. .... 60
- Gráfico 5. Riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. .... 61
- Gráfico 6. Riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. .... 62

## **Índice de tablas**

Tabla 1. Datos generales de los participantes (N=120) .....	55
---	----

## Índice de anexos

<b>Anexo A.</b> Cuadro de Operacionalización .....	82
<b>Anexo B.</b> Instrumento de recolección de datos .....	83
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado.....	86
<b>Anexo D.</b> Aprobación del Comité de Ética .....	88
<b>Anexo E.</b> Validez de contenido del instrumento RFT: 5-33 .....	89
<b>Anexo F.</b> Confiabilidad del instrumento RFT 5:33 .....	90
<b>Anexo G.</b> Fotos del trabajo de campo .....	91

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018. **Material y método:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 120 jefes de familias que tengan dentro de sus integrantes un niño menor de 3 años con anemia, todos residentes en el Asentamiento Humano Vista Alegre en Collique. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos utilizado fue el cuestionario Riesgo Familiar Total o RFT 5-33 de 33 ítems. **Resultados:** En cuanto al riesgo familiar total, predominó las familias amenazadas con 48,3%, seguida de las familias con riesgo alto con 38,3% y familias con riesgo bajo con 13,3%. En cuanto a las 5 dimensiones de la variable principal predominaron las familias amenazadas quienes representan más del 60% de casos. La dimensión que presenta más familias con riesgo alto es prácticas y servicios de salud con 40% de casos. **Conclusiones:** El valor final de riesgo familiar total predominante son las familias amenazadas, seguido de las familias con riesgo alto y bajo. Las dimensiones que presentan más riesgo alto son prácticas y servicios de salud y manejo de menores.

**Palabras clave:** Familia; Relaciones familiares; Núcleo familiar; Anemia; Niño.

## Abstract

**Objective:** To determine the total family risk in families of children under 3 years with anemia of the Vista Alegre Human Settlement, Ill Collique Zone - 2018. **Material and method:** This is a quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional study. . The population consisted of 120 heads of families who have a member of a child under 3 years of age with anemia, all members of the Vista Alegre Human Settlement in Collique. The technique of data collection was the survey and the data collection instrument used the Total Family Risk questionnaire or RFT 5-33 of 33 articles. **Results:** In total family risk, threatened families predominated with 48.3%, followed by families with high risk with 38.3% and families with low risk with 13.3%. Regarding the 5 dimensions of the main variable, threatened families predominate, representing more than 60% of cases. 40% of cases. **Conclusions:** The final value of the predominant total family risk is threatened families, the monitoring of families with high and low risk. The dimensions that present the most risks are health practices and the management of minors.

**Key words:** Family; Family relations; Nuclear family; Anemia; Child.

## **Introducción**

La salud familiar es la expresión de salud del conjunto de integrantes de un núcleo familiar, asimismo, una familia sin riesgos, es un espacio propicio para el desarrollo de sus integrantes, da más seguridad y clima idóneo para poder interactuar como grupo social. Los integrantes más vulnerables son los niños, a los cuales se les debe de prestar atención y cuidados continuos para garantizar su desarrollo óptimo. En el presente estudio se revisará aspectos relacionados a los riesgos familiares y la prevalencia de anemia infantil en niños integrantes de dichas familias. La anemia es una enfermedad que tiene alta prevalencia en el mundo, en especial, en niños de edad preescolar, estando asociada a la pobreza y desconocimiento por parte de los padres de familia sobre cómo dar una adecuada alimentación a sus niños. El enfoque de este estudio es preventivo promocional, orientado a conocer la situación de estas familias en riesgo que tiene dentro de sus integrantes a un niño anémico, esto servirá como línea base para poder afrontar esta problemática en base a evidencias que permitan tener un mejor conocimiento de la problemática de la salud infantil relacionada a la prevalencia de anemia.

El presente trabajo de investigación consta de cinco partes divididas en capítulos. En el capítulo I, que es el problema, se desarrolla el planteamiento del problema, la formulación de la pregunta de investigación, los objetivos del estudio y la justificación. En el capítulo II, que es el marco teórico, se desarrolla el marco contextual histórico social de la realidad, los antecedentes de la investigación y el marco teórico - conceptual. En el Capítulo III, que es la metodología, se desarrolla el tipo – diseño de investigación, la población - muestra - muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos (validez y confiabilidad), el proceso de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y método de análisis de datos y los aspectos éticos. En el Capítulo IV, se desarrollan los resultados y la discusión. En el capítulo V, se desarrollan las conclusiones

y recomendaciones. Finalmente, se señalan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

El presente estudio está estrechamente vinculado al área de la salud familiar y salud del niño, por su pertinencia e importancia, existe la seguridad que los hallazgos contribuirán a desarrollar estas líneas de investigación aún poco desarrollada en nuestro país, en donde se apuesta más por la salud individual y la patología o enfermedad en sí, sin ver sus determinantes sociales y el contexto socio-ambiental en que se desarrolla el problema de salud.

**La autora.**

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**



## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de la historia de la sociedad, la familia es una institución que aún sigue vigente, y evoluciona con el paso de los años. En esencia, sigue siendo el núcleo básico de la sociedad con una dinámica adaptativa a través del paso de los años y que le permite ser el primer escenario propicio de socialización de un ser humano en formación (1).

La crisis económica financiera afecta a la economía global, sus efectos son nocivos en la sociedad, viéndose afectada todos sus componentes, dentro de los cuales está el núcleo social familiar. Las políticas públicas deben estar orientadas a contrarrestar estos efectos, para así salvaguardar la integridad de las instituciones sociales. En el caso de las familias, estas deben de tomar medidas que permitan proteger la seguridad de sus integrantes y garantizar su desarrollo óptimo, se debe tener un especial cuidado con los niños, puesto que son integrantes con mayor vulnerabilidad (2).

La Superintendencia Nacional de Registros Públicos (Sunarp), informó que en el año 2017 se asentaron en el Registro de Personas Naturales un total de 8,394 divorcios, estas cifras representan un aumento del 15.20% en relación a las 7,286 asentadas en el año 2016 (3).

En el seno familiar, existen una diversidad de problemas, en estos tiempos al parecer se acentúan con más frecuencia, y no se encuentran caminos para dar solución a los mismos, las parejas que están a la cabeza del núcleo familiar optan con más frecuencia salidas como el divorcio o separación, situación que afecta la estructura y funcionamiento familiar (3)(4).

Las rupturas familiares traen consecuencias psicosociales importantes para sus integrantes, muchas veces estas dejan marcas imborrables

que repercuten en la personalidad principalmente de los menores de edad. Otro aspecto que se observa con frecuencia en nuestro país son los casos de violencia intrafamiliar.

Según el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, dependiente del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, señala en cuanto a la frecuencia de casos según tipos de violencia, que la psicológica es la más importante, seguida de la física, sexual y la económica. Según los grupos de edad, en los casos atendidos durante el primer semestre del año 2018, encontramos que las jóvenes y adultas representan el 72%, las niñas y adolescentes representan el 22% y las adultas mayores representan el 5% (5). Las mujeres en edad reproductiva, es decir, las que generalmente tienen pareja o conforman una familia propia son las que reportan más episodios de violencia contra su integridad.

Según el Instituto Nacional de Estadística, las denuncias registradas por la Policía Nacional sobre violencia familiar por problemas conyugales y familiares, según departamento, durante el año 2016, muestran que Lima ostenta la mayor cantidad de denuncias con 28 699 reportes, seguido de Arequipa con 9 748 reportes (6).

El ambiente familiar debe ser un espacio propicio y armonioso para el desarrollo de sus integrantes, muchas veces vemos que esto se altera debido a la situación económica en que se encuentra la familia, esto va de la mano con el hecho de no poder satisfacer plenamente necesidades básicas como educación, salud y vivienda.

Uno de los problemas a los que enfrentan muchas familias, asentadas en las zonas urbanas marginales de la capital, es el acceso a servicios básicos como agua, electricidad y alcantarillado para eliminación de

excretas. Aquello limita las posibilidades de desarrollo y condiciona su estado de salud. En cuanto a la dotación de electricidad, en el año 1996, su cobertura alcanzó 67,0% de viviendas, siendo el área urbana más beneficiada que la rural (92,0% y 17,8%, respectivamente). A inicios del 2000, la zona rural registró un aumento de 11,1 puntos porcentuales, y la zona urbana solo 0,5 punto porcentuales. 5 años más tarde aumenta la tendencia en la cobertura de este servicio tanto en zona urbana como rural, sienta esta última más beneficiada. Con respecto al servicio de agua potable, a mediados de la década de los 90, las viviendas que tenían agua potable de la red pública fueron 66,9%, para la zona urbana el 83,9% y 33,1% para la rural. En los últimos 5 años, las viviendas que cuentan con agua potable de la red pública, a nivel nacional, se incrementaron de 78,9% a 80,4% y continúa el aumento en las viviendas de la zona rural (de 65,7% en el 2012, a 71,1% en el 2017). A nivel nacional, en el año 2017, la cantidad de viviendas con agua potable con suficiencia de cloro fue 42,1%, incrementándose 13,4 puntos porcentuales con respecto al año 2012 (28,7%). En la zona urbana, el 53,5% de las viviendas usaba agua tratada para beber con suficiencia de cloro, en comparación con el 4,4% de los hogares del área rural. Con respecto al servicio de alcantarillado, en el año 2017, 71,3% de las viviendas tenía servicio higiénico con inodoro conectado a la red pública, en el año 2012 este era de 59,3%. En cuanto a las viviendas con letrina (incluye letrina exclusiva y/o letrina común), tenemos un 21,9% en el 2017, y 28,9% en el 2012. El 6,8% de los hogares aún carece de este servicio, aunque las cifras muestran que disminuyó casi 5 puntos porcentuales en relación al año 2012 (7).

Como vemos, en los datos referidos, la cobertura de los servicios está en aumento en nuestro país, pero si analizamos la calidad de los mismos y la frecuencia con que se dotan, vemos que no es continuo. Existen lugares donde hay conexión de servicio de agua potable conectada a una red pública, pero esta abastece a la población solo unas horas a la semana y el agua a veces no es de buena calidad.

Estas brechas deben cerrarse, pero teniendo en cuenta en la cobertura los aspectos de cantidad y calidad. Los más afectados con esta situación son los niños, que se ven más vulnerados al tener servicios no adecuados.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de unos 5,6 millones de niños fallecieron antes de cumplir los 5 años de edad en el año 2016, quiere decir que diariamente dejaron de existir 15 000 menores de 5 años en ese año. Más del 50% de esas defunciones se deben a causas prevenibles o tratables. Las enfermedades más frecuentes que causan muerte son las infecciones respiratorias como la neumonía, el parto prematuro complicado, la asfixia perinatal y la malaria. En las regiones más pobres como algunos lugares de África, los niños menores de 5 años, tienen una probabilidad de morir 15 veces más alta que los niños de los países desarrollados (8).

La pobreza genera barreras de accesibilidad a los servicios de salud y sociales, las familias más desfavorecidas, al no tener un ingreso seguro y continuo, no les permite a estas desarrollarse plenamente ni satisfacer necesidades básicas, ante ello los niños son los más perjudicados por ser indefensos y estar en pleno proceso de maduración.

Uno de los problemas que afecta a la niñez peruana es la anemia, dicho estado que afecta a niños y niñas es una prioridad y desafío para la salud pública, cuyos esfuerzos buscan contrarrestar las cifras de las casi dos décadas pasadas. Esta afección está presente en la zona urbana y rural del país. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el 2015, el 43,5% de niños de 6 a 35 meses tienen anemia, este porcentaje asciende a 53,6% si se toma en cuenta únicamente a los menores de dos años, pero la situación es aún más grave en los niños y niñas de 6 a 12 meses, en este grupo la prevalencia está cerca al 70% (9).

Si bien es cierto, se dice que nuestro país tiene una economía sólida y está estabilizada ya hace varios años, sumado a ello los indicadores macroeconómicos aparentemente también son buenos, pero esto solo beneficia a unos pocos, existen muchas familias que viven en situaciones apremiantes, esto ocasiona alteraciones en la dinámica familiar, y por tanto se rompe la armonía, esto de por sí afecta a los integrantes de la misma, siendo los niños los que padecen más las consecuencias de una vida llena de carencias y necesidades básicas insatisfechas.

Al visitar el Asentamiento Humano Vista Alegre, ubicado en Collique - Comas, pudimos observar su poco desarrollo en el aspecto de infraestructura urbana, las viviendas en su mayoría contaban, en sus paredes, como material predominante la madera o estera entre otros, las calles están sin asfalto. La disposición de desechos no es la adecuada en la mayoría de calles y pasajes. Uno de los dirigentes de la zona nos señaló: “Ya llevamos décadas en esta zona y las autoridades no nos prestan atención, las condiciones en las que vivimos no es la mejor, esto es producto de una oleada de invasiones, por ello, el desorden en el crecimiento y ornato de nuestra comunidad”, además agrega: “El gobierno no se preocupa por darnos agua, ya hemos solicitado aquello muchas veces, además, en la zona existe mucha inseguridad y violencia, esa es nuestra principal preocupación”. Otro de los pobladores nos señaló que: “El establecimiento de salud más cercano no se abastece para dar cupos de atención, son muchas personas las que se quieren atender, pero hay pocos médicos”. En una de las bodegas de la zona, uno de los vecinos nos afirmó: “La violencia juvenil y la falta de oportunidades para los jóvenes de la zona hace que estos ocupen su tiempo en ocio, la formación de grupos violentos como pandillas y en la delincuencia”. Otro vecino nos indicó: “La mayoría de las personas quiere salir adelante, pero existe falta de oportunidades, en su mayoría los jóvenes y adultos que trabajan, lo hacen en trabajos eventuales e informales, ello no garantiza tener ingresos fijos que

permitan planificar proyectos que sean de utilidad para la familia, acá se vive por lo general el día a día”.

Al visitar el establecimiento de salud más cercano, uno de los trabajadores de salud nos señaló: “Se hacen los esfuerzos necesarios para cubrir la gran población de la jurisdicción, pero la escasa dotación de personal de salud es una de las limitaciones, acá se trabaja con mucha voluntad, pero las condiciones en las que hacemos nuestro trabajo no son las mejores, la población y en especial los niños son los más perjudicados con todo esto”. Una de las madres usuarias del servicio del establecimiento de salud nos afirmó: “Acá faltan médicos especialistas para atender a nuestros niños, además de ello los tickets de atención son insuficientes, por eso muchas personas prefieren ir a la farmacia o a las curanderas para curarse cuando presentan molestias en su salud”. También se pudo observar en la zona algunos comedores populares y vasos de leche, los cuales son muy solicitados por la población.

Ante lo evidenciado en la visita de campo, nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿El establecimiento de salud de la zona está implementado y preparado para prestar un servicio de calidad e integral a la población de su jurisdicción?

¿Los problemas socioeconómicos repercuten en la salud de las familias de esta zona?

¿Los niños menores de 3 años de dicha comunidad, viven en un ambiente familiar favorable o desfavorable?

Ante estas interrogantes nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018?

## **1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018?

## **1.3 OBJETIVO**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia

del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de investigación sobre riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia, se realizó en el marco de la salud familiar, salud infantil y anemia infantil, tres problemas que confluyen y están ocasionando preocupación a las autoridades sanitarias, especialmente, por la aún alta prevalencia de anemia infantil que afectan a niños principalmente de zonas vulnerables. En la revisión de la literatura científica, se evidencia que son escasos los estudios que involucran dichas variables, y específicamente en dicha zona de Collique, no se encontraron antecedentes vinculados al tema, por ello afirmamos que existe un vacío en el conocimiento, el cual fue una de las motivaciones del por qué desarrollar el presente estudio. Sus hallazgos nos dieron un panorama acerca de los riesgos familiares en las familias con niños menores de 3 años con anemia, y nos dio luces de cómo este riesgo en la salud familiar repercute en la salud de dicho niño vulnerable.

Identificar los riesgos en las familias permitió tener un diagnóstico base que fue de mucha utilidad práctica a los profesionales de la salud del establecimiento de salud de la zona, con ello podrán priorizar sus actividades extramurales programadas en las guardias comunitarias, cuando hagan las visitas domiciliarias a dichas familias con el objetivo de monitorizar al niño anémico.

Por otro lado, el presente estudio contribuyó al desarrollo de las líneas de investigación en salud familiar y salud infantil, líneas de reciente formación en nuestro país y que deben aumentar su cuerpo de conocimientos con estudios como el desarrollado por la autora.

Los resultados del presente estudio fueron socializados con las autoridades del asentamiento humano, jefes de familia y autoridades



del establecimiento de salud más cercano, para que en base a ellos elaboraran planes que permitan fortalecer redes de soporte sociales orientadas a disminuir los riesgos presentes en dichas familias vulnerables.

Finalmente, el presente estudio aporta con la inclusión de un instrumento de recolección de datos de amplio dominio y adaptado para nuestra realidad, es de autoría de una investigadora en enfermería, consideramos que es un aporte importante al campo de la investigación en la profesión de enfermería.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD**

### **2.1.1 El Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, Comas**

Es una zona que presenta un desarrollo urbanístico precario y las viviendas carecen de algunos servicios básicos. Esto hace que las familias que habitan dichas viviendas se encuentren en vulnerabilidad. En dicho Asentamiento Humano habitan principalmente familias migrantes, las cuales son originarias de provincias de nuestra serranía, vinieron a dicha zona en busca de oportunidades de desarrollo, pero las autoridades municipales distritales poco han hecho para brindarles apoyo en dotación de infraestructura y servicios básicos. Dichas poblaciones se han quedado estancadas en el tiempo. Este Asentamiento Humano fue fundado en la década de los 80. En la actualidad las familias que residen en ese lugar buscan de forma organizada hacer que las autoridades del gobierno central y local les presten apoyo para poder desarrollarse y tener mayor seguridad y bienestar general.

Dicho Asentamiento Humano está ubicado en la III Zona de Collique en el distrito de Comas, perteneciente a Lima Norte.

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Antecedentes internacionales**

Velásquez Restrepo Luz Enith y Velásquez Gutiérrez Vilma Florisa, en Colombia, en el año 2012, realizaron una investigación sobre: “Riesgo Familiar Total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia en el Centro de Salud Villasantana Pereira”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo familiar total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia en el centro de salud Villasantana Pereira. El estudio fue descriptivo y contó con una población de

50 familias con previo consentimiento informado. Se aplicó el instrumento de medición Riesgo Familiar Total, RFT: 5-33, validado para Colombia. Las familias estuvieron integradas por 204 personas; el 40%, población desplazada y el 43%, niños o adolescentes. El 64%, familias nucleares. Concluyeron que:

Se encontró un 54% de familias con RFT bajo y un 46% de familias amenazadas, especialmente, por condiciones psicoafectivas (88%). Las familias no identifican alto riesgo familiar aun con condiciones adversas y se requiere intensificar acciones de salud familiar (10).

Soto González Ana María y Velásquez G. Vilma Florisa, en Bogotá Colombia, en el año 2015, realizaron un estudio titulado: “Riesgo familiar total de familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia)”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total y el grado de salud familiar de las familias desplazadas residentes en el municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia). En cuanto al método es un estudio transversal, descriptivo con abordaje cuantitativo. Participaron 59 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33, para medir Riesgo Familiar Total. Llegaron a las siguientes conclusiones:

Los resultados indican que más de la mitad son familias nucleares (85%), con predominio de familias amenazadas (59%) y en alto riesgo (27%), influidas principalmente por las subcategorías de situación económica (46% en alto riesgo y 54% amenazadas) y servicios y prácticas de salud (31% alto riesgo y 69% amenazadas), manejo de menores (17% en alto riesgo y 83% amenazadas), vivienda y vecindario (15% en alto riesgo y 85% amenazadas) y ambiente psicoafectivo (10% en alto riesgo y 90% amenazadas). Se encontró correlación entre la situación socioeconómica y las prácticas y servicios de salud (0,483) (11).

Picos Nordet Sonia, Santiesteban González Bárbara de la Caridad, Cortés Santos María del Carmen, Morales Gómez Amelia Cristina y Acosta Alegría Magalis, en Cuba, en el año 2015, realizaron una investigación sobre: “Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de la anemia en lactantes. El estudio fue descriptivo, longitudinal, retrospectivo en el Policlínico “Ángel Arturo Aballí”, estuvo conformado por 228 lactantes identificados en el periodo de estudio, y la muestra 216 lactantes, pues 12 lactantes cumplían los criterios de exclusión. Concluyeron que:

Se diagnosticó anemia según hematocrito en el 38,9 % de los lactantes. El bajo peso al nacer ( $p= 0,009$ ), la anemia durante el tercer trimestre del embarazo ( $p= 0,018$ ) y la lactancia artificial ( $p= 0,027$ ) mostraron asociación significativa con la anemia (12).

Silva Rojas Mercedes, Retureta Rodríguez Etnys y Panique Benítez Norma, en Mayabeque, en el año 2008, realizaron una investigación sobre: “Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años”, cuyo objetivo fue identificar la presencia de factores de riesgo asociados a la anemia en niños de seis meses a cinco años de edad, en un Consultorio Médico de Familia (CMF) del municipio Güines, provincia Mayabeque. Se efectuó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, la muestra quedó conformada por 32 niño. Se concluyó que:

Se les diagnosticó anemia. El 46,9% de los niños de seis a 23 meses de edad presentaron anemia con ligero predominio en el sexo masculino (53,1%). Los factores de riesgo asociados más frecuentes en la muestra de estudio fueron: la anemia materna, 75%; la no profilaxis a los niños con sales de hierro, 71,9%; la no lactancia materna

exclusiva hasta los seis meses de edad (65,7%) y las infecciones, 81,2%. La anemia ligera fue más frecuente, 90,6%. Estos resultados permiten identificar la incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia, paso previo para realizar acciones que los modifiquen (13).

### **2.2.2 Antecedentes nacionales**

Barboza Delgado Elvira, Prado Pérez Lisa y Vega Tarazona Pilar, en Perú, en el año 2018, realizaron una investigación sobre: “Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y transversal, contando con una población de 89 jefes de familia. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el RFT 5-33 de Pilar Amaya. Concluyeron que:

El riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años se distribuye como sigue: 55 participantes que representan el 61,8% son familias amenazadas; 21 participantes que representan el 23,6% son familias con riesgo bajo y 13 participantes que representan el 14,6% son familias con riesgo alto. La dimensión con más dificultad, es decir, con riesgo alto son los servicios y prácticas de salud (19,1%) (14).

Becerra Cubas Wister Israel, Díaz Pareja Juana Sofía y Rocha Durand Juan Pablo, en Lima Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado: “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 (RFT) en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos. En cuanto

al método es un estudio transversal, descriptivo y prospectivo. Participaron 104 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33 para medir Riesgo Familiar Total. Llegaron a las siguientes conclusiones:

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

Pérez Sigvas Rosa Eva, Matta Solís Hernán Hugo, Espinoza Moreno Tula Margarita y Paredes Tafur Claudia Rosibel, en Lima Perú, en el año 2017, realizaron un estudio titulado: “Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte”, con el objetivo de determinar la relación entre la caracterización del Riesgo Familiar Total y el tipo de Familia en personas de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. En cuanto al método es un estudio transversal, cuantitativo y correlacional. Participaron 540 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33, para medir Riesgo Familiar Total. Llegaron a las siguientes conclusiones:

De manera global, la mayor parte de las familias se encuentran dentro de la clase amenazada (52,4%), las familias amenazadas se encuentran predominantemente en las dimensiones “situación socioeconómica” y “manejo de menores”. En la familia tipo 1, las familias amenazadas predominan en las dimensiones “situación socioeconómica” y “manejo de menores”; mientras que en

la familia tipo 2, la familia amenazada se da mayormente en las dimensiones “situación socioeconómica” y “servicios y prácticas de salud”. Existe asociación entre riesgo familiar total y el tipo de familia (16).

Cabello Erica, Francisco Jesusa y Mayta Silvia; en Lima - Perú, en el año 2016, realizaron una investigación sobre: “Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra – 2015”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares. 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, el instrumento utilizado es el RFT: 5-33 de Pilar Amaya; cuenta con 5 dimensiones, 33 ítems. Concluyeron que:

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 (17).

Camargo Cuba Janet, Cachicatari Vargas Andrea, Melgarejo Romero Yovana, en la ciudad de Lima, en Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado: “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 de dicha zona. En cuanto al método es una investigación de enfoque cuantitativo, su diseño es descriptivo y transversal. La población es de 110 familias, el instrumento de medición fue el RFT: 5-33. Entre las conclusiones tenemos:

Se obtuvo del total de familias (n=110) la predominancia de la familia tipo 2 (extensa-atípica), jefes de familia son 80% varones. En cuanto a la suma global del RFT: 5-33, se evidenció que el mayor porcentaje de familias se encuentran en riesgo amenazada (77.3%), seguido de un riesgo bajo con 18.2 %, a su vez solo hay un 4.5% con riesgo alto (18).

## **2.3 MARCO TEÒRICO- CONCEPTUAL**

### **2.3.1 La Familia**

#### **A. Definiciones**

La familia es una organización muy dinámica que ha ido evolucionando con los cambios que va experimentando la sociedad a través de la historia de la humanidad. Entender la sociedad y su evolución a través del tiempo es entender cómo evoluciona su núcleo básico que es la familia. Los factores que determinan la composición, tamaño y cómo se configura su funcionamiento, no son solo demográficos sino que tienen que ver también con los aspectos económicos, sociales y culturales (19).

La familia es una organización de carácter social conformada por individuos miembros que tienen vínculos consanguíneos, los cuales interactúan de acuerdo a la dinámica familiar que establece el mismo grupo, para satisfacer las necesidades que

van desde lo afectivo, el soporte económico y la vida en sociedad (20).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) define a la familia (denominada también hogar) como el grupo de individuos que conviven en un mismo espacio físico delimitado y que se alimentan de una misma fuente u olla (21).

Un concepto que se tendrá en cuenta en este estudio es jefe de familia, este es la persona miembro del grupo familiar, puede ser mujer u hombre, y es aquella a la que todos muestran respeto y consideran mucho su opinión. Por lo general, en una familia, el jefe de familia es el esposo. En otros casos ese rol lo desarrolla otro integrante como la madre, hijos, abuelos, etc. (9). En este estudio el jefe de familia considerado es la madre, ya que es la persona que tiene más presencia de tiempo en el hogar y está más dedicada al cuidado del menor.

La definición que es tomada en cuenta, para propósitos del presente estudio, es la señalada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

## **B. Funciones de la familia**

La familia, como estructura básica de la sociedad, tiene funciones a desarrollar para garantizar el desarrollo y cuidado de sus miembros que la conforman, a continuación se detallan estas:

### **Función formadora**

La familia como organización social transmite valores, normas, costumbres, conocimientos y educación, todo ello orientado al desarrollo de las capacidades y la práctica de derechos y deberes

de sus miembros que lo conforman, así podrá integrarse y participar activamente como grupo social activamente en la comunidad que está inserta (20).

Una familia libre de riesgos y peligros, puede cumplir esta importante función que será fundamental para generar un escenario propicio para el desarrollo pleno de sus miembros que la conforman.

### **Función socializadora**

La familia como institución social, va propiciando vínculos primarios y secundarios de forma progresiva entre sus miembros que la conforman. Cada miembro como individuo y cada familia, aprenden a vivir en colectivo, asimismo, va asumiendo principios y valores que van regulando su convivencia en sociedad. La familia es el primer espacio de socialización en donde un ser humano en desarrollo aprende a convivir y se prepara para desarrollar su vida dentro de la sociedad (20).

### **Función de cuidado**

Esta función de la familia es fundamental, hace referencia a las acciones de cuidado que realiza el núcleo familiar para satisfacer lo material y emocional de cada individuo miembro, se debe de orientar con más énfasis los cuidados en los integrantes más vulnerables como son los niños, adolescentes, adultos mayores, gestantes, los que tengan discapacidad y miembros que padecen de alguna enfermedad. Se debe considerar en este punto, eliminar dentro del grupo expresiones o actitudes que puedan generar conflictos como la violencia de género, discriminación y exclusión, entre otros (20).

Todos los seres humanos vienen al mundo en el marco de un núcleo familiar, el cual le debe dar protección y cuidado. Los padres vienen a ser sus principales protectores y responsables directos de su cuidado y desarrollo, ambos serán su vínculo emocional más fuerte y significativo, iniciando así sus primeros vínculos afectivos con su entorno. Dentro del espacio familiar, el niño en desarrollo encontrará afecto y este se constituirá en escenario de aprendizaje y socialización (22).

La familia cumple un rol protector, esta debe de constituirse en un espacio que genere seguridad a cada uno de sus integrantes.

### **Función de protección económica**

La familia debe garantizar la protección de sus integrantes, en todos los aspectos, en especial de los niños. La protección económica se refiere al conjunto de condiciones materiales que satisfacen las principales necesidades básicas como alimentación, educación, vivienda, salud, recreación, etc., de los miembros del núcleo familiar (20).

### **Función afectiva**

La familia con esta función garantiza el fortalecimiento de los lazos afectivos entre sus miembros, asimismo, vela por la salud emocional del grupo.

Se basa en la transmisión, reproducción y promoción de afectos positivos por parte de todos los miembros de la familia, esto es esencial para lograr el equilibrio emocional del grupo, lo cual

contribuye a la formación de la autoestima, la autoconfianza y la realización personal de cada uno de los que conforman el núcleo familiar (20).

### **C. Tipo de familias**

Los distintos tipos de familia define la función de sus miembros presentes en el hogar, y determinan las interacciones y vínculos que maneja cada una de las familias (23).

Diversos autores realizan varios tipos de tipificaciones de familias. A continuación se describe una de las clasificaciones utilizada por el Ministerio de Salud.

**Familia nuclear:** El modelo típico de familia tradicional, que incluye la presencia de un varón y una mujer unidos por vínculo matrimonial, más los hijos procreados en común, todos alojados bajo un mismo techo, ha sido tipificado como la familia nuclear. También la podemos entender como la unión de un hombre y una mujer que tienen en común un proyecto de vida en donde surgen relaciones de reciprocidad y afecto (24).

Es aquella familia que está constituida por ambos padres además de los hijos biológicos (23).

En nuestro país, la mayoría de familias es de tipo nuclear, según el reporte censal del INEI, el 53,9% de hogares es nuclear (25).

**Familia extendida:** Es la familia que se caracteriza porque conviven en el mismo hogar 2 generaciones de personas, viven desde abuelos hasta nietos (23). Actualmente ante la explosión demográfica y lo difícil de acceder a una vivienda, muchas familias optan por este modelo.

**Familia nuclear ampliada:** Es la familia que convive con miembros adicionales como amigos, primos, tíos, ahijados etc.(23). Este modelo de familia es vista muy frecuentemente principalmente en las capitales urbanas en nuestro país.

**Pareja sin hijos:** Es la familia constituida por dos adultos de distintos sexos que no han tenido, ni tendrán hijos por diversas razones (23).

**Familia monoparental:** Es la familia que está conformada de un solo padre o madre e hijo(as) (23). Este modelo es más común debido a las separaciones y divorcios que se dan cada vez con más frecuencia en nuestro país.

**Familia binuclear:** Es la familia conformada por niños de la propia familia que se queda con padres diferentes (23).

**Familia reconstituida:** Es la familia conformada por dos adultos previamente separados o divorciados que desean formar una familia, y donde uno de ellos tiene hijo(s) de una relación de pareja anterior (23).

Conocer la tipología familiar es importante, ella nos puede acercar a conocer más de cerca la caracterización y dinámica de cada grupo familiar.

### **2.3.2 Riesgo familiar total**

#### **A. Generalidades**

La propuesta del concepto riesgo familiar total fue un aporte de la enfermera e investigadora colombiana Pilar Amaya, producto de muchos años de investigación en el campo de la salud familiar.

El riesgo familiar total o RFT se define como la demostración de consecuencias adversas, individuales y familiares debido a algunos factores detectados al momento de la valoración. Las

características de riesgo que incluyen distintos aspectos de tipos biológico-demográfico, socioeconómico, psicoafectivo, ambiental y de prácticas de servicios de salud.

### **B. Postulados de riesgo familiar total**

La definición hecha por Pilar Amaya en los años 1992,1998 y 2000 sobre riesgo familiar total, se basa en los hallazgos obtenidos producto de la investigación y la práctica en el campo de la salud familiar (26). Aquí se describen los postulados señalados en su propuesta:

- El riesgo familiar es expresión de efectos adversos que afectan al individuo integrante de la familia o al grupo familiar.
- Los riesgos pueden interactuar, acumularse y expresarse de forma exponencial.
- Los riesgos se pueden cuantificar y también en unos casos modificar.
- La valoración del riesgo familiar total está relacionado a los antecedentes presentes en la familia.
- El riesgo familiar total se relaciona al tipo de familia, es decir, a la forma como está estructurada.
- La dinámica de presentación de los riesgos y sus efectos hacen que estos se sigan estudiando de forma permanente.
- Se establecen relaciones entre el riesgo familiar total y otras variables vinculantes.
- Toda familia está expuesta a riesgos.
- Los servicios sociales y de salud pueden ser factores de riesgo según su grado de implementación y respuesta ante situaciones diversas.
- El riesgo familiar permite analizar a la familia según su trayectoria, situación actual y sin perder de vista el contexto en que se desarrolla.

- Algunas condiciones de riesgo familiar se arraigan en las familias a través de diferentes generaciones, esto debido a que el establecimiento de salud de la jurisdicción no se compromete con su rol de velar por la salud de los colectivos de su jurisdicción.

Esto puede deberse a la presencia de condiciones como escasez de recursos humanos en salud y condiciones de laborales precarias de los mismos.

- Los riesgos se asocian a la edad y prácticas de autocuidado de sus integrantes.
- El riesgo familiar total permite orientar los cuidados en los integrantes de un núcleo familiar, teniendo en cuenta su entorno social.
- La valoración riesgo familiar de una población, impacta sobre la cultura organizacional del establecimiento de salud de la zona.

### **C. Medición de riesgo familiar total**

Pilar Amaya, a través de sus años de trabajo en el área de la salud familiar, propuso una serie de instrumentos que fueron evolucionando a través del tiempo. El primero de ellos es el cuestionario RFT: 7-70 que ha sido utilizado ampliamente en distintos proyectos de investigación exploratorios y en otros proyectos asistenciales desde el año 1992, este instrumento de recolección de datos utiliza una escala tricótoma (sí/no/no aplica) desarrollada como instrumento de tamizaje para clasificar las familias según el riesgo de la cada una de ellas. Este instrumento cuenta con 7 factores o dimensiones y 70 ítems.



El instrumento con el que trabajaremos en el presente estudio es el RFT: 5-33, se puede decir que este es una adaptación y reducción del sistema RFT: 7-70 de la misma Pilar Amaya. Este instrumento ha mostrado utilidad clínica y administrativa en lo que es la detección de riesgo familiar en grupos familiares de estratos socioeconómicos bajos.

El objetivo de este instrumento fue identificar aquellos núcleos familiares vulnerables aplicando sus factores componentes que nos ayudan a determinar problemas de salud, disfunción debido a factores asociados, formas de organización, prácticas de salud, disponibilidad y distribución de recursos los cuales son riesgos para la salud familiar o de los integrantes que la conforman.

#### **D. Dimensiones o factores de riesgo familiar total**

El instrumento de riesgo familiar total está compuesto por 5 dimensiones:

##### **- Condiciones psicoafectivas**

Esta dimensión o factor comprende factores psicoafectivos que pueden ser desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas con la ansiedad, uso de drogas u otras sustancias. También se involucran las situaciones de violencia que se da entre los padres, entre padres e hijos y entre los hijos.

La detección de eventos en donde haya indicios de maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si este se da a través del mismo establecimiento de salud u otros escenarios de la comunidad, y a través de la participación de brigadas o equipos itinerantes. Para identificar problemas o riesgos psicosociales, el personal de salud debe de aplicar la ficha de tamizaje de maltrato de niños y de violencia familiar, solo así se podrá identificar este problema y reportarlo a las personas competentes (27), en

nuestro país los problemas de violencia intrafamiliar se hacen cada vez más frecuentes.

- **Servicios y prácticas de salud**

Esta dimensión o factor se refiere a tener la disponibilidad, acceso y hacer uso de los servicios de salud más cercanos por parte de los integrantes del núcleo familiar. Una familia que tiene limitaciones de acceso a las instituciones de salud está en serio peligro, así no se podrá hacer el seguimiento de cómo va la salud de sus integrantes, por tanto, no se podrán realizar actividades preventivas y de promoción de salud de sus integrantes.

- **Condiciones de vivienda y vecindario**

Esta dimensión o factor se refiere a los factores ambientales, en cuanto a la seguridad, distribución de espacios e higiene que se puede observar dentro de la vivienda y el vecindario en donde reside el núcleo familiar. La infraestructura adecuada de la vivienda permite dar seguridad a la familia, asimismo su amplitud evita hacinamiento.

Una vivienda familiar saludable es aquella que propicia por sus características y condiciones óptimas una vida sana para los que la habitan, esto va también muy relacionada al cuidado de la salud, ya que se reduce en gran medida los riesgos que esta pueda ocasionar a sus ocupantes. Mantenerla en estado óptimo es también otro aspecto a tener en cuenta, la higiene y adaptación a las necesidades del grupo familiar deben estar actualizadas de forma constante, eso depende mucho de la organización y educación de sus ocupantes (28).

En nuestro país, las condiciones de precariedad socioeconómica de muchos grupos familiares no les permiten tener una vivienda óptima y confortable que garantice su salud y bienestar.

#### - **Situación socioeconómica**

Esta dimensión o factor implica el ingreso mensual en relación con las necesidades básicas de los familiares y de salud del núcleo familiar. Como sabemos, la situación económica de las familias ubicadas en zona urbana marginal es precaria, es decir, el monto recaudado no permite cubrir muchas veces las necesidades básicas. Con lo poco que se tiene se busca sobrevivir, se descuida por tanto un aspecto importante que tiene que ver con el bienestar general de los individuos, esto es, la salud.

#### - **Manejo de menores**

Esta dimensión o factor se refiere a la presencia de niños menores de 12 años y el manejo de diferentes riesgos al que están expuestos. El núcleo familiar debe de garantizar su seguridad y generar un clima para el óptimo desarrollo de los niños.

El sistema de salud público de nuestro país tiene aún muchas deficiencias, a pesar de ello a través de sus estrategias sanitarias nacionales orientan los recursos a problemas prioritarios, uno de ellos es la salud infantil, para ello los padres de familia o tutores deben acudir regularmente al establecimiento de salud de la jurisdicción, para así poder realizar sus controles e identificar problemas de salud y desarrollo de forma oportuna.

### **2.3.3 La Anemia**

#### **A. Generalidades**

La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de los glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina están por debajo de un determinado valor de corte, disminuyendo así la capacidad de la sangre para transportar oxígeno al organismo. La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud (29).

La anemia se da por una concentración baja de hemoglobina en la sangre, valores menores de 13g/dl en hombres y 12 g/dl en mujeres son indicadores de presencia de este trastorno (30).

### **B. Anemia ferropénica**

Se entiende por anemia a la disminución de la concentración de la hemoglobina en la sangre. Una de los tipos de anemia más frecuentes es la carencia por deficiencia de hierro (31).

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el mundo. Si la utilización de hierro supera su consumo, los depósitos de agotan y se produce la anemia (30). Las causas de este tipo de anemia son:

- Dieta pobre o insuficiente en hierro.
- Situaciones en las que aumenta el requerimiento de hierro como el crecimiento del niño, el embarazo y la lactancia.
- Pérdida crónica de volumen sanguíneo, se puede dar en situaciones de hemorragia digestiva, parasitosis, etc.
- Problemas en la absorción de hierro a nivel del tubo intestinal.

## **2.3.4 La primera infancia o niñez**

### **A. Generalidades**

Esta etapa es denominada también etapa de la niñez, los niños que están comprendidos en esta etapa son menores de 5 años. La primera infancia o niñez es una de las etapas decisivas en el proceso del desarrollo del niño, ya que en ella se dan cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos relacionados al desarrollo de varias de sus capacidades como la física, la intelectual y la afectiva. Este grupo de niños se caracterizan por no tener una autonomía para el desarrollo de sus actividades básicas, es por ello que requieren del soporte familiar. La familia juega un rol

importante porque ella le va a brindar seguridad, afecto y todos los elementos fundamentales para que su crecimiento y desarrollo sea normal (32).

## **B. Etapas del niño**

Las etapas por las que atraviesa el niño son por lo general 3, en todas ellas va progresando su crecimiento y desarrollo, así como sus diferentes habilidades, el medio en que se desenvuelve, y las interacciones sociales con las personas más cercanas van a moldear su personalidad futura. El niño en esta etapa es vulnerable a diferentes enfermedades y riesgos, por tanto, el cuidado y seguridad que le brinde su familia es necesario. A continuación, se describen las 3 etapas:

### **Recién nacido**

La primera etapa de la vida post-natal es el de recién nacido, que va desde el primer día de vida extrauterina hasta los 28 días. En esta etapa el niño se adapta al mundo extrauterino, su sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema excretor y su proceso de termorregulación se ajustan al nuevo ambiente (33). El niño muestra movimientos automáticos que se dan en respuesta a los estímulos captados de su medio externo inmediato.

### **Lactante**

Esta segunda etapa está comprendida desde los 28 días hasta los 24 meses. Del primer mes al mes 12, su crecimiento y desarrollo se da aceleradamente. Es aún muy dependiente de su entorno para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas. Al finalizar los 12 meses, el niño va adquiriendo 3 aspectos que van a marcar el inicio de su autonomía, uno de ellos es el inicio de la marcha, el inicio del habla, y la aparición de sus primeros dientes. El habla le permitirá mayor interacción con los integrantes de su núcleo familiar. Ya en el año 2, el crecimiento se hace más lento, e inicia a desarrollar habilidades motoras y sociales, acá también

inicia la etapa de aprendizaje para el control de los esfínteres (33).

### **Preescolar**

Esta tercera etapa está comprendida entre los 2 a 5 años de edad. El crecimiento continua, pero es más lento. Una de las características de esta etapa es que el niño afina y afianza sus capacidades motoras, en especial, las habilidades motoras finas, además de ello también se desarrolla sus habilidades intelectuales y sociales. Aquí se va moldeando su personalidad (33).

## **2.4 HIPÓTESIS**

El presente estudio, al tener un alcance de tipo descriptivo (34), no presenta hipótesis.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de enfoque cuantitativo. En cuanto al diseño de investigación, este estudio es no experimental, descriptivo y de corte transversal (34).

Es un estudio cuantitativo porque el instrumento de recolección de datos mide la variable principal, buscando generalizar y normalizar los resultados del mismo (35).

Es un estudio descriptivo porque señala propiedades y características importantes del fenómeno a investigar, es transversal o transeccional porque los datos están programados para ser recolectados una sola vez en el tiempo (34).

### **3.2 POBLACIÓN**

En el presente estudio se trabajó con la población total. En un censo inicial, se identificó 131 familias que contaban con al menos un niño menor de 3 años con diagnóstico de anemia. Al desarrollar el trabajo de campo y aplicando estrictamente los criterios de inclusión y exclusión, se trabajó con 120 familias. Los niños reciben tratamiento en el establecimiento de salud de la zona. La persona que brindó la información fue el jefe de familia y en todos los casos fue la madre del niño.

#### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Familias que vivan en el lugar al menos con 6 meses de antigüedad.
- Jefes de familia (padre o madre) que tengan niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia.
- Jefes de familia (padre o madre) que estén en capacidad física y/o mental para responder una entrevista.
- Jefes de familia que deseen participar voluntariamente y que firmen el consentimiento informado para su participación en el estudio.



### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- Jefe de familia (padre o madre) que no tengan niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia.
- Jefe de familia (padre o madre) que no estén en capacidad física y/o mental para responder una entrevista.
- Jefe de familia (padre o madre) que no acepte participar voluntariamente y no firme el consentimiento informado.

### **3.3 VARIABLE**

El presente estudio presenta una variable principal que es “Riesgo Familiar Total”. A continuación se tiene su definición conceptual y operacional:

#### **3.3.1 Definición conceptual de la variable principal**

Se entiende por riesgo familiar total a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración de las mismas (26).

#### **3.3.2 Definición operacional de la variable principal**

Se entiende por riesgo familiar total a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de algunas características detectadas en las familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, al momento de la valoración de las mismas con presencia de características psicoactivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario,

situación económica, y manejo de menores, el cual será medido con el cuestionario RFT: 5-33.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1 Técnicas de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos a utilizarse en el presente estudio fue la encuesta, la cual es una herramienta ampliamente difundida y aplicada por muchos investigadores, esta permite recolectar una buena cantidad de datos en un tiempo corto (36).

#### **3.4.2 Instrumento de recolección de datos**

En la presente investigación se utilizó como instrumento de recolección el cuestionario Riesgo Familiar Total o Cuestionario RFT: 5-33, el cual está estructurado en 5 dimensiones y 33 ítems principales. Este instrumento fue diseñado en el año 2003, deriva del RFT: 7-70 y RFT: 5-39. La cantidad de ítems que lo conforman fue disminuyendo en cada una de las versiones señaladas para así poder agilizar su uso en el campo de la salud familiar.

Los 33 ítems están distribuidos en sus 5 factores o dimensiones, las cuales son:

Condiciones psicoafectivas

- Prácticas y servicios de salud
- Vivienda y vecindario
- Situación socioeconómica
- Manejo de menores

El cuestionario RFT: 5-33 está compuesto por 5 secciones principales, las cuatro primeras identifican y describen aspectos generales sobre la familia, estas no tienen puntaje alguno; la quinta sección está compuesta por 33 ítems que valoran las

dimensiones del instrumento, estas tienen un puntaje que sumados al final permiten la valoración del riesgo familiar total. Las respuestas de los ítems son dicotómicas, si tiene riesgo se le da el valor 1 y si no lo hay se valora con 0. Entre 0 a 4 riesgos tenemos a las familias con riesgo bajo, entre 5 y 12 riesgos tenemos a las familias amenazadas y entre 13 y 33 riesgos tenemos a las familias con riesgo alto. Existe un manual donde están las instrucciones para poder valorar correctamente la variable y sus dimensiones, este será tomado en cuenta luego de concluido la recolección de datos propiamente dicha (26).

<b>FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT: 5-33</b>	
Titulo	Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33
Autor	Pilar Amaya
Aplicación	Individual, familias de estratos socioeconómicos bajos
Participante	Mayor de 15 años de edad que lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia, conozca su trayectoria y que consienta su participación.
Duración de la aplicación	Variable, de 20 a 40 minutos.
Finalidad	Evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: condiciones psicoactivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica, y manejo de menores, y de una escala de Riesgo Familiar Total.
Material	Manual, formato de aplicación, regla, lápiz, borrador y hoja de perfil RFT 5:33.
Tipificación	Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica en muestras de población colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1 al 3).
Usos	Para la investigación y la práctica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

La validez de contenido del instrumento RFT: 5-33 fue desarrollada mediante el juicio de expertos, en él participaron 5 profesionales vinculados al tema de investigación, la valoración promedio obtenida en este proceso de validez del contenido fue de 85,6%, lo cual se interpreta como bueno (Ver anexo E).

En cuanto a la confiabilidad del instrumento RFT: 5-33, esta fue realizada mediante el método *Kuder Richardson*, su valor fue de 0,83 (Ver anexo F).

### **3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos**

Para poder dar inicio al trabajo de campo que permitió la recolección de datos, se realizaron inicialmente las gestiones referidas a las autorizaciones para acceder a la comunidad, asimismo se coordinó con la licenciada de enfermería encargada del servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo – CRED del Centro de Salud Collique III zona, donde brindo las fichas de los niños menores de tres años con el diagnóstico: Anemia, del asentamiento humano. Se tramitó la carta de presentación con el respaldo de la universidad, con ella fuimos a la comunidad y nos presentamos ante el dirigente. Al recibir el visto bueno, pudimos iniciar actividades como el censo de la zona. En cuanto al censo, uno de los dirigentes nos acompañó en el recorrido, esta actividad nos permitió identificar la cantidad de familias con presencia de niños menores de 3 años con diagnóstico de anemia que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos**

Al identificarse la cantidad de familias, se coordinó con uno de los dirigentes y algunos vecinos de la zona para realizar las encuestas, esta se programó realizarla en los meses de

noviembre y diciembre del año 2018. Fuimos invitados a una reunión de coordinación en donde se pudo explicar los detalles de dicho proceso de recolección de datos.

### **3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento**

La recolección de datos fue realizada durante los meses de noviembre y diciembre de 2018, se visitaron las familias principalmente en los días viernes, sábados y domingos. La visita a cada familia tomó un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos como promedio. Se tuvo que ir algunos otros días adicionales de la semana para completar algunas familias restantes que no se pudo acceder los fines de semanas programados. Al culminar el trabajo de campo, se procedió a revisar cada una de las fichas de datos realizadas, se vio la calidad del llenado y la codificación correcta de cada una de ellas.

## **3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

En el presente estudio participaron las familias de niños menores de tres años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique en Comas. Al culminar el proceso de recolección de datos, estos fueron ingresados a la matriz de datos elaborada en el software estadístico SPSS 23.0., este proceso se realizó cuidadosamente para así evitar errores y valores perdidos al momento de realizar el análisis de los datos propiamente dicho.

Al ser un estudio de diseño descriptivo, se utilizó para el análisis de datos principalmente la estadística descriptiva, para los datos generales y sociodemográficos de los jefes de familia participantes se

empleó las tablas de frecuencias absolutas y relativas, las medidas de tendencia central, entre otras pruebas.

Para el análisis de datos relacionado a las dimensiones de la variable principal riesgo familiar total, nos guiamos del texto de instrucción elaborado por la autora del RFT: 5-33, la enfermera e investigadora colombiana Pilar Amaya, en el cual se dan precisiones de cómo se evalúa el riesgo familiar total general y como se evalúa en riesgo familiar total por cada una de las cinco dimensiones, así se pudo obtener la cuantificación de todos estos procesos que permitió obtener los respectivos valores finales de la variable principal y de sus dimensiones.

Finalmente, se obtuvieron gráficos y tablas que fueron posteriormente descritas y luego estas permitieron realizar la discusión del estudio respectivo.

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

A inicios de la década de los 70 se inicia una ola de cuestionamientos en Estados Unidos al conocerse los reportes del estudio Tuskegee, desarrollado en Alabama entre los años 1932 a 1972, con el objetivo de evaluar la evolución natural de la sífilis en personas afroamericanas, a las cuales se les ocultó información de una forma intencionada (37). A raíz de esto, en el año 1974, se creó una comisión que da lineamientos para el trabajo con personas en investigaciones biomédicas, para así evitar excesos y aprovechamiento por parte de los responsables de los ensayos en perjuicio de los seres humanos participantes. En el año 1978, se redacta el informe Belmont en donde se señalan 4 principios bioéticos (38), los cuales fueron ampliamente socializados y adoptados por grupos involucrados en investigaciones

con seres humanos, convirtiéndose pronto en el referente para la aplicación de la bioética en los procesos de investigación con personas (39). Estos se describen a continuación:

### **3.7.1 Principio de autonomía**

El principio de autonomía se aplicó estrictamente en este estudio, al abordar al jefe de familia, se respetó su decisión voluntaria de participación. A cada uno de ellos se les hizo conocer los pormenores del estudio y luego se solicitó su consentimiento informado (40) para formalizar su participación.

### **3.7.2 Principio de beneficencia**

A los jefes de familia se les explicó sobre los beneficios directos e indirectos que se obtendrá con los resultados de este estudio. Al determinar cómo es el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años, nos permitirá orientar mejores estrategias educativas y sanitarias para este grupo de familias vulnerables.

### **3.7.3 Principio de no maleficencia**

Se explicó a cada uno de los jefes de familia que su participación en este estudio no implica ningún riesgo a su salud e integridad individual de ellos ni a la de sus demás familiares.

### **3.7.4 Principio de justicia**

A cada uno de los jefes de familia y colaboradores que participaron en el estudio, fueron tratados por igual, sin discriminación ni preferencia alguna.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



## 4.1 RESULTADOS

**Tabla 1.** Datos generales de los participantes (N=120)

Datos generales	Total	
	N	%
Total	120	100
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	9	7,5
Secundaria	96	80,0
Superior no universitaria	14	11,7
Superior universitaria	1	0,8
<b>Ocupación de la madre</b>		
No trabaja	63	52,5
Obrero	1	0,8
Empleado	10	8,3
Trabajo informal	46	38,3
<b>Tipo de familia</b>		
Nuclear	90	75,0
Extendida	9	7,5
Ampliada	16	13,3
Monoparental	5	4,2
<b>Grado de anemia</b>		
Leve	94	78,3
Moderada	26	21,7
<b>Edad de las madres</b>		
Media: 30,53		
Mínimo: 19 años		
Máximo: 44 años		

En la tabla 1 tenemos los datos sociodemográficos de los participantes en el estudio, que en total fueron 120 madres de familia. Sus edades van desde los 19 a 44 años. En cuanto al sexo, todas fueron mujeres.

Respecto al grado de instrucción, 96 participantes que representan el 80% tienen nivel secundaria; 14 participantes que representan el 11,7% tienen superior no universitaria; 9 participantes que representan el 7,5%

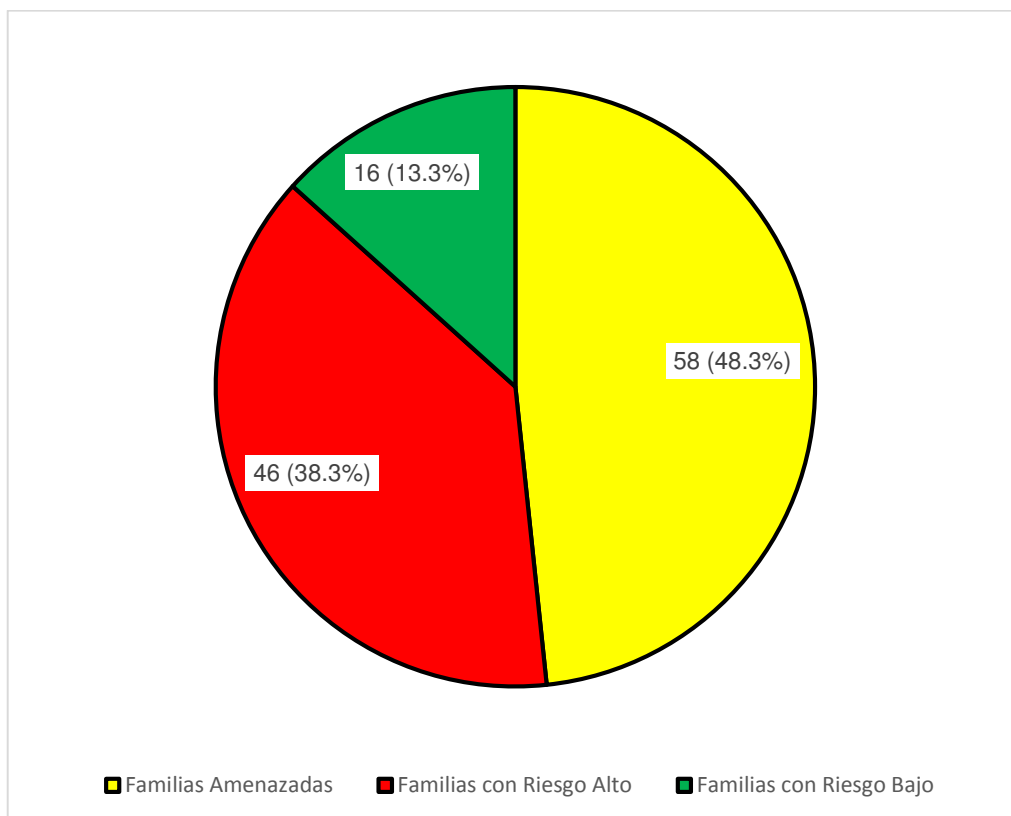
tienen primaria; 1 participante que representa el 0,8% tiene educación superior.

En cuanto a la ocupación de la madre, 63 participantes que representan el 52,5% no trabaja; 46 madres que representan el 38,3% tienen un trabajo informal; 10 de las participantes que representan el 8,3% están empleadas y solo 1 que representa el 0,8 es obrera.

En lo referente al tipo de familia, 90 que representa el 75% son familias nucleares, 16 que representa el 13,3% son familias ampliadas; 9 que representan el 7,5% son familias extendidas y 5 que representa el 4,2% son familias monoparentales.

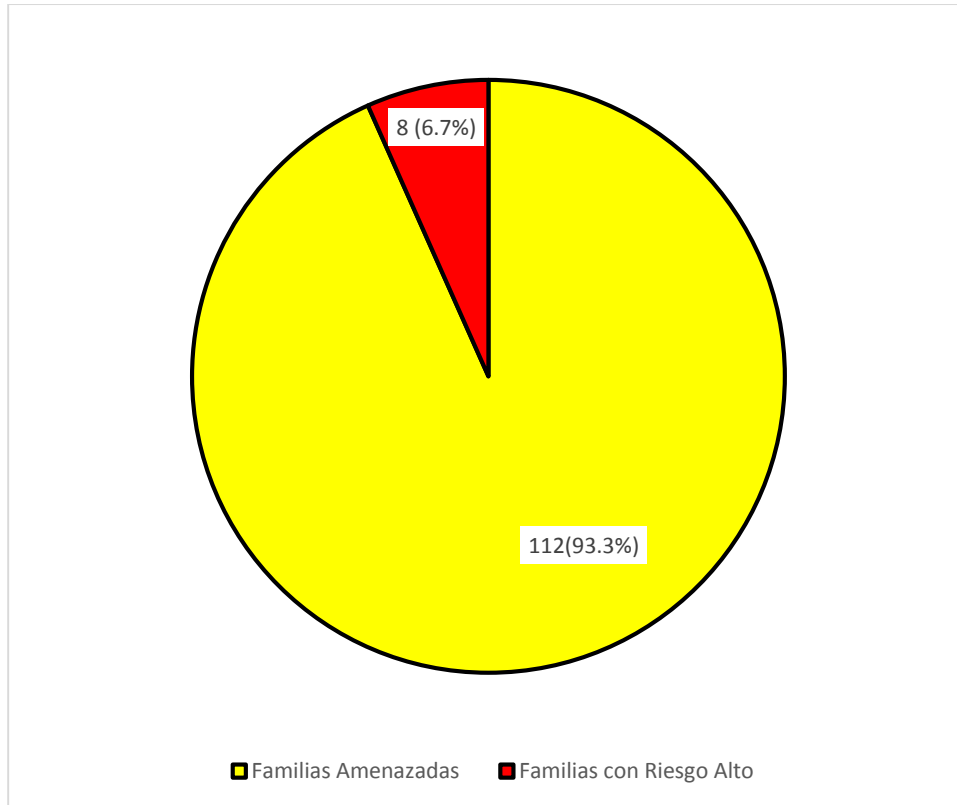
Respecto al grado de anemia, 94 niños que representan el 78,3% tienen un grado de anemia leve, seguido 26 que representan el 21,7 % presentan un grado de anemia moderada.

**Gráfico 1.** Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



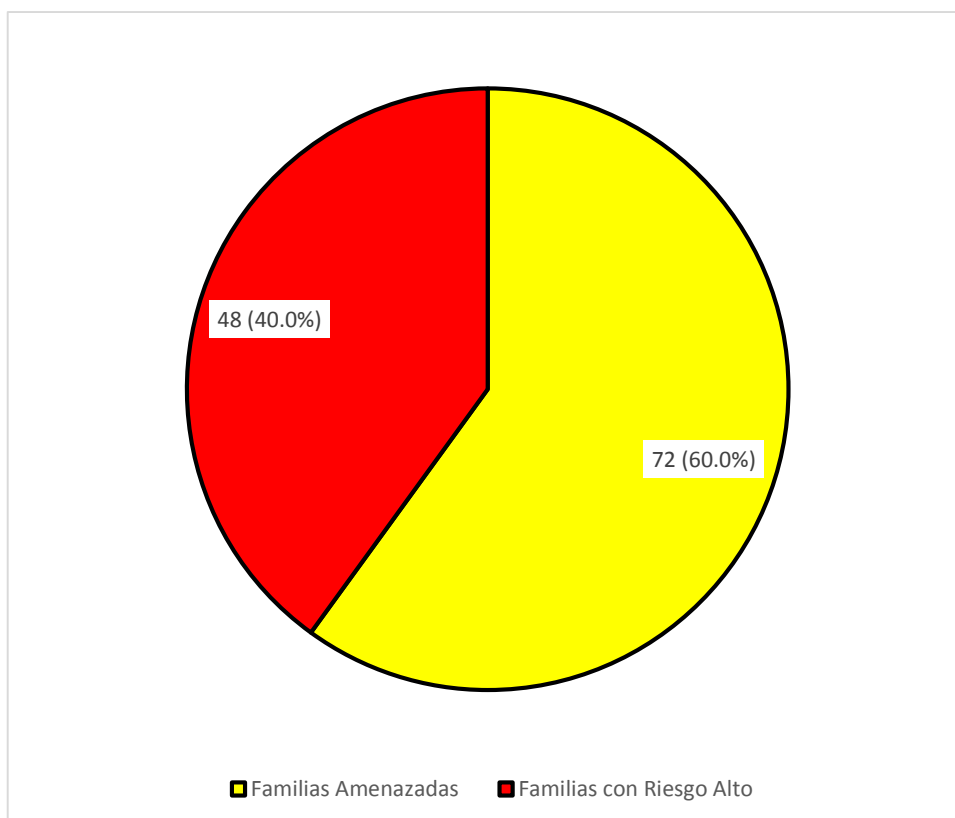
Respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia, 58 familias que representan el 48.3% son familias amenazadas; 46 familias que representan el 38,3% son familias con riesgo alto y 16 familias que representan el 13,3 % son familias con riesgo bajo.

**Gráfico 2.** Riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



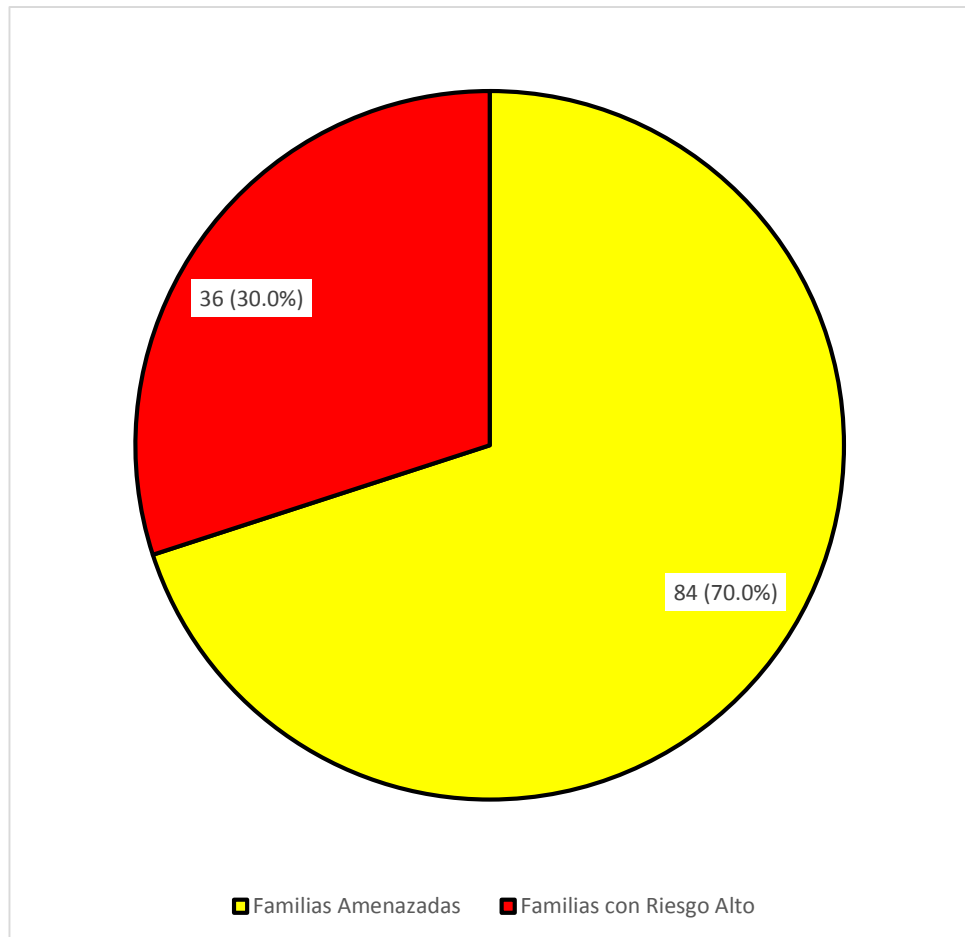
En cuanto al riesgo familiar total en la dimensión condiciones psicoafectivas, 112 familias que representan el 93,3% son familias amenazadas y 8 familias que representan el 6,7% son familias con riesgo alto.

**Gráfico 3.** Riesgo familiar total en su dimensión prácticas y servicios de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



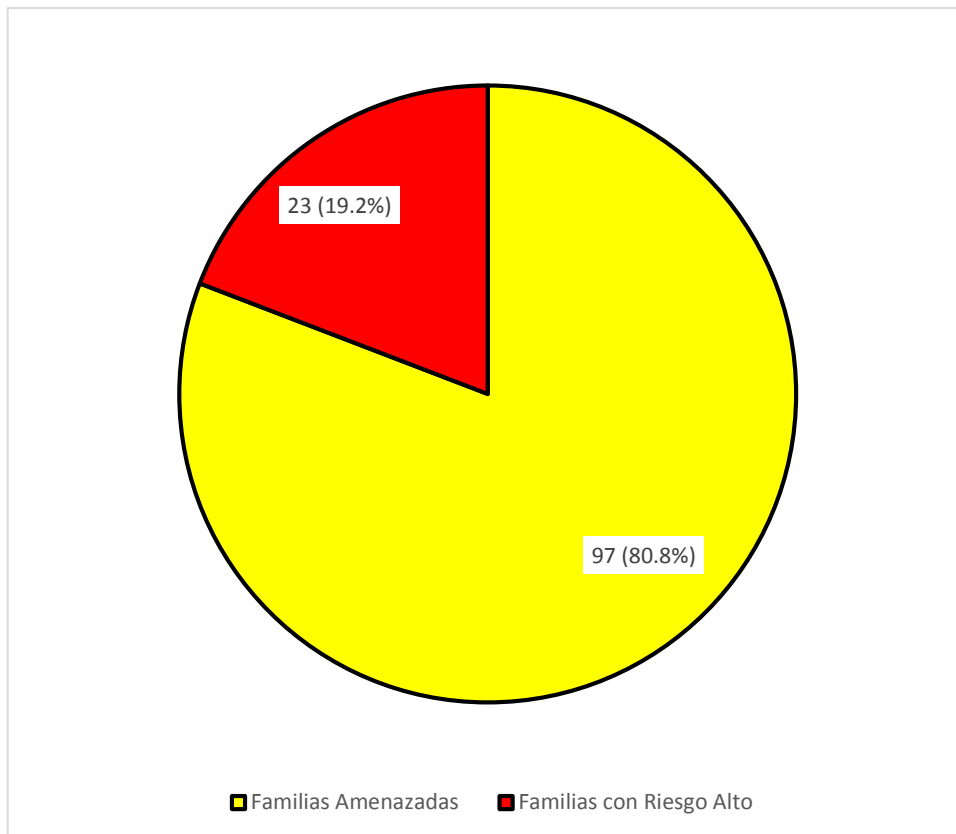
Respecto al riesgo familiar total en su dimensión prácticas y servicios de salud, 72 familias que representan el 60% son familias amenazadas y 48 familias que representan el 40% son familias con riesgo alto.

**Gráfico 4.** Riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



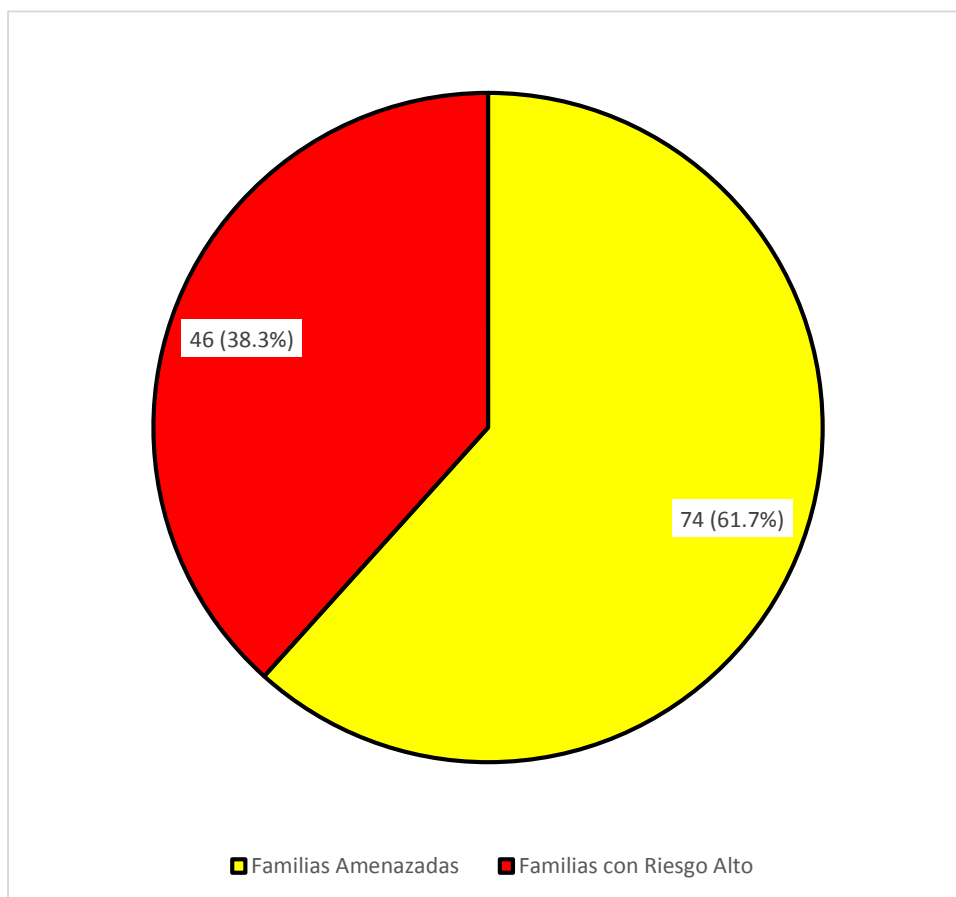
Respecto al riesgo familiar total en su dimensión vivienda y vecindario, 84 familias que representan el 70% son familias amenazadas y 36 familias que representan el 30% son familias con riesgo alto.

**Gráfico 5.** Riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



Respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, 97 familias que representan el 80.8% son familias amenazadas y 23 familias que representan el 19,2% son familias con riesgo alto.

**Gráfico 6.** Riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique – 2018 (N=120)



Respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, 74 familias que representan el 61,7% son familias amenazadas y 46 familias que representan el 38,3% son familias con riesgo alto.



## 4.2 DISCUSIÓN

En esta sección se comparan los hallazgos encontrados producto del desarrollo de este estudio con los hallazgos de estudios anteriores incluidos en la sección antecedentes internacionales y nacionales.

De todos los estudios anteriores planteados en esta investigación, 4 son internacionales y 5 nacionales, todos los internacionales fueron desarrollados principalmente en Colombia, país en donde se hizo la propuesta del riesgo familiar total. Los nacionales fueron desarrollados en Lima.

La familia viene a constituirse en un grupo de personas que forma parte de otro de mayor alcance que constituye la sociedad en sí, este se va integrando y desarrollando en un marco socioeconómico que influye en la marcha social (41). Las familias en su proceso evolutivo pasan por momentos apremiantes y de crisis, situaciones que alteran su desarrollo normal y pone en riesgo la salud del grupo y de los integrantes (42). La valoración del riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de los miembros de la familia, de la familia como grupo y la vigilancia del contexto social en donde se desarrollan (11).

Con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto y riesgo bajo. Es necesario prestar atención al grupo de familias que presentan riesgo familiar alto y familias amenazadas, entre ambos representan un poco más de la mitad de familias participantes en el estudio (51,6%).

Las familias amenazadas, presentan entre 5 a 12 riesgos en relación a los 33 posibles que lo evalúan y se caracterizan por la presencia de alteraciones emocionales y afectivas que dificultan la crianza óptima de menores de edad. Estas familias tienen poco respaldo y acceso a los

servicios de salud públicos, además de ello viven en condiciones desfavorables que afectan su hogar y vecindario, constituyéndose aquello como una amenaza individual y familiar (26). Los riesgos presentes en estas familias afectan principalmente a los integrantes más vulnerables que son los niños.

El concepto de riesgo familiar total no es estático, tiene una dinámica que dependiendo de ciertos factores y determinantes, puede cambiar en el transcurso del tiempo (26). Becerra Cubas Wister y colaboradores, al evaluar el riesgo familiar total obtuvo en sus resultados principalmente familias amenazadas, coincidimos con él en señalar que a este grupo de familias amenazadas de no prestárseles la atención debida, pueden pasar la condición de familias con riesgo alto, lo cual puede ser peligroso para la salud de las mismas (15). Barboza Delgado Elvira y colaboradores señalan que se debe de prestar mucha atención, los servicios de atención primaria deben de redoblar esfuerzos por conseguir que estas familias amenazadas y principalmente las de riesgo familiar alto disminuyan sus riesgos, para ello es importante el seguimiento y monitoreo de las mismas (14).

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.

Becerra Wister y Camargo Janeth y señalan que a una familia amenazada se le debe hacer un seguimiento minucioso para ver su evolución en el tiempo, debe de introducirse estrategias con fortalecimiento del trabajo extramural para así evitar que pueda tener más riesgos y se complique su situación (15) (18). Esta dimensión está muy relacionada a la salud emocional y salud mental de las familias y sus integrantes. Los problemas y crisis que son parte de la sociedad actual se reflejan en los núcleos familiares, estos alteran la dinámica o funcionamiento familiar así como las relaciones interpersonales que se

han establecido en el grupo familiar, Camargo y colaboradoras enfatizan en que la salud mental del grupo familiar puede verse afectado ante la falta de afecto, respeto y tolerancia que debe encontrarse dentro de la vida familiar.

Esta dimensión está muy relacionada al ambiente familiar que debe de tener una familia para permitir el desarrollo pleno de todos sus integrantes, en especial de los más vulnerables que son los niños. Un clima de violencia intrafamiliar sería nocivo para el desarrollo del niño, más aun si este padece de una enfermedad como la anemia, en donde requiere todo el respaldo de su familia para poder afrontarla y curarla definitivamente.

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto. Esta es una de las dimensiones que presentó un alto porcentaje de familias con riesgo alto (40%).

Existen varias razones por las que existen problemas en esta dimensión evaluada, una de ellas es que los responsables de familias y demás integrantes que desarrollan actividades económicas ocupan su tiempo prioritariamente en actividades que les generen ingresos, esto permitirá satisfacer sus necesidades básicas como comer y vestirse. En su mayoría descuidan el aspecto de la salud que es relegado a un segundo plano. En su mayoría poco frecuentan el establecimiento de salud de la zona. Por otro lado, está la falta de trabajo extramural en la mayoría de establecimientos de salud del primer nivel de atención. Esto se debe a la poca dotación de recursos humanos, aquello limita el desarrollo de actividades preventivo promocionales.

Coincidimos con lo señalado por Velásquez Luz y Barboza Elvira, quienes plantean en sus hallazgos que el distanciamiento del establecimiento de salud de su población provoca la subutilización de los servicios de salud disponibles en él, las personas en muchos casos prefiere ir a otros lugares en vez de acudir al establecimiento de salud, esta situación pone en riesgo su salud. El personal de salud destacado en el establecimiento de salud, prioriza la atención en consultorio a las actividades de prevención y promoción de la salud (10) (14). Si las familias no son capaces de percibir su riesgo familiar aun viviendo en condiciones adversas, es necesario implementar acciones orientadas a fortalecer la salud familiar (10).

La cultura preventiva en una comunidad o grupos familiares se construye de forma progresiva con el apoyo del profesional de la salud, el involucramiento de las instituciones de salud y de la sociedad y la participación consciente de los involucrados que son las familias y sus integrantes.

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.

El ser humano y su medio se interrelacionan de forma constante. La salud o la enfermedad es producto de esa dinámica, por ello el medio ambiente tiene una relación directa con estar saludable, de esta manera las mejoras de las condiciones ambientales que nos rodean va a repercutir en la mejora de la situación de la salud del individuo y de su grupo familiar (28).

La zona en donde está ubicado el Asentamiento Humano Vista Alegre tiene un desarrollo en infraestructura urbanística y ambiental muy precario. Los vecinos señalan que las autoridades ediles y del gobierno

central poco se han preocupado por el desarrollo de su comunidad. En la misma comunidad aún no existe una conciencia donde pueden ellos mismos dar iniciativas de mejora de la situación de su ambiente en el que viven. Su falta de educación sanitaria es una limitante para ello.

Coincidimos con lo señalado por Camargo Janeth y Barboza Elvira; en el que la situación insalubre del vecindario e higiene y organización del hogar influyen en la salud familiar (14)(18). Algunos estudios afirman que el nivel socioeconómico precario está muy relacionado a las limitaciones encontradas en la situación de la vivienda y vecindario de una familia. Otro factor es el poco interés de las autoridades del gobierno municipal y central para intervenir en la mejora de la situación de vida de estas familias vulnerables (11)(43). Una deficiente condición de vivienda y vecindario así como una deficiente situación ambiental, pone en riesgo a la familia y sus integrantes, en especial, los niños que estarían expuestos a enfermedades y otros peligros que pueden afectar su integridad física y salud en general.

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.

Este factor o dimensión es muy sensible, ya que es un determinante importante de la situación de bienestar de la familia. El nivel socioeconómico está relacionado a las carencias y falta de poder satisfacer plenamente las necesidades de las familias, estas situaciones ponen en riesgo la salud familiar. Este grupo de personas que habitan las zonas urbanas marginales de la capital, por lo general, cuentan con trabajos informales, además de tener un nivel educativo no muy desarrollado.

Sobre el análisis de esta dimensión socioeconómica, coincidimos por lo señalado por Pérez Rosa, que en su estudio afirma que la

precariedad laboral y educativa dificulta a las personas al conocimiento y acceso a sus derechos sociales como ciudadano (16). La intervención por parte de las instituciones municipales y gubernamentales relacionadas a programas de apoyo social son importantes ya que si bien es cierto no ayuda a resolver el problema de fondo, es un aliciente para la situación de dichas familias. Existen, además, programas que fomentan la capacitación en el trabajo, esto sería importante ya que los miembros de la familia podrían involucrarse en la actividad económica en mejores condiciones. El estado está en la obligación de promover trabajo digno para todos, pero muchas veces el modelo económico actual excluye a estos grupos vulnerables, lo cual trae consecuencias en su calidad de vida y salud.

Soto Ana en su estudio enfatiza la asociación entre el nivel socioeconómico y las prácticas y servicios de salud, asimismo, relaciona esta precariedad económica con el predominio de familias amenazadas y con riesgo alto (11).

Las madres son responsables de la alimentación del niño, su limitación educativa y económica, sumado a la falta de orientación por parte de un programa de salud, hace que la prevalencia de anemia siga presente en nuestra realidad. Picos Sonia afirma en su estudio que la anemia materna está relacionada con la aparición de anemia ferropenia infantil (12).

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto. Esta dimensión o factor presentó un alto porcentaje de riesgo alto (38,3%). Estos hallazgos están vinculados al tema del estudio en la cual los menores de 3 años ya están con diagnóstico de anemia. Los riesgos analizados en las dimensiones anteriores tienen que ver con los resultados de este factor o dimensión relacionada al cuidado del niño en la familia. Las condiciones materiales de vida de estas familias

influyen en el cuidado adecuado de la salud de los niños, que al parecer no es prioridad para estas familias.

La mayoría de familias tienen riesgo familiar amenazado, esta puede ser la razón de la situación general en que se encuentran estos niños, coincidimos con lo señalado por Cabello Erica y Barboza Elvira, quienes en sus respectivos estudios resaltan que las condiciones de vivienda y vecindario y la situación socioeconómica son determinantes en el bienestar de los hogares con niños (17) (18). La condición de niños con diagnóstico de anemia es una situación preocupante, debido a que su recuperación depende de cómo se comporte su entorno familiar, si persisten los riesgos, las probabilidades de curarse serán más difíciles, y esto aumentará la alta prevalencia en anemia en nuestro país.

Es importante abordar esta problemática de la anemia y la salud familiar de forma integral y multidisciplinaria (16), para ello es importante la participación de varios sectores del gobierno central, como el Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Municipios, etc. La comunidad organizada también debe ser partícipe de esta cruzada de lucha contra la anemia, ellos más que nunca deben ser partícipes activos de los programas de mejora orientados a desterrar esta enfermedad relacionada a factores sociales.

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**



## 5.1 CONCLUSIONES

- Con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto y riesgo bajo.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- En relación al riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto y riesgo bajo, se recomienda fortalecer el monitoreo de estos niños y hacer el seguimiento a sus familias, en especial a las que tienen riesgo familiar alto.
- En relación al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto, se recomienda al establecimiento de salud más cercano, implementar estrategias a través de los profesionales de salud para dar consejería, identificar y tratar problemas relacionados a aspectos psicosociales o salud mental.
- En relación al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto, se recomienda al establecimiento de salud más cercano informar y promocionar los servicios de salud que brinda, con ello las personas podrán conocer y asistir de una forma más continua y frecuente.
- En relación al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto, se recomienda a la municipalidad distrital y órganos de apoyo del estado puedan apoyar en el desarrollo urbanístico, en mejora del ornato y en la limpieza de calles y espacios públicos.

- En relación al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto, se recomienda a los organismo del estado vinculados a programas de apoyo social, presten la atención debida para contribuir al desarrollo de las personas y grupos de familias principalmente vulnerables.
- En relación al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, en donde predominó las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto, se recomienda al establecimiento de salud más cercano, implementar estrategias de monitoreo que permitan conocer la evolución de cada niño identificado con anemia. Se debe garantizar su curación completa.
- Se sugiere introducir más variables relacionadas al riesgo familiar total, para así establecer nuevas relaciones que permitan ampliar el entendimiento de las familias y sus riesgos.
- Se sugiere desarrollar estudios con enfoques mixtos y cualitativos, así podremos comprender a mayor profundidad el problema de la salud familiar y sus riesgos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutierrez R, Diaz K, Román R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum* [revista en Internet] 2018 [acceso 12 de setiembre de 2018]; 23(3): 1-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>
2. Child Trends. Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez [Internet]. Piura - Perú: Universidad de Piura, Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Piura; 2013. 72 p. Disponible en: [https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa\\_mundial\\_familia\\_2013.pdf](https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Mapa_mundial_familia_2013.pdf)
3. Superintendencia Nacional de Registros Públicos. Crece inscripción de divorcios a nivel nacional [sede Web]. Lima - Perú: Sunarp; 2017 [actualizado el 23 de octubre de 2017; acceso 20 de mayo de 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://www.sunarp.gob.pe/PRENSA/inicio/post/2017/10/23/crece-inscripcion-de-divorcios-a-nivel-nacional>
4. Jiménez M, Amaris M, Valle M. Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte* Nombre de la revista [revista en Internet] 2012 [acceso 12 de mayo de 2018]; 28(1): 99-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a10.pdf>
5. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Boletín Estadístico Mensual. Marzo 2018. Lima - Perú; 2018.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Denuncias registradas por la Policía Nacional sobre violencia familiar, según departamento

- [sede Web]. Lima - Perú: INEI; 2017 [Actualizado a marzo de 2018; acceso 6 de abril de 2018] [Internet]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/violencia-de-genero-7921/>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2017. Nacional y Departamental [Internet]. Lima - Perú: INEI; 2018. 398 p. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digita les/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita les/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
  8. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Reducción de la mortalidad en la niñez. Ginebra - Suiza: OMS [enero 2016; 18 de setiembre de 2018] [Internet]. Nota descriptiva N°178. 2016. p. 1–6. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
  9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Boletín Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Lima-Peru; 2017. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digita les/Est/Lib1437/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita les/Est/Lib1437/libro.pdf)
  10. Velasquez V. Riesgo Familiar Total de Familias de Preescolares con enfermedades Prevalentes de la Infancia. Centro de Salud Villasantana. Investigaciones Andina [revista en Internet] 2012 [acceso 20 de mayo de 2018]; 14(25): 530-545. Disponible en: <https://www.mendeley.com/research/disponible-en-httpwwwredalycorgarticulooaid239024339004/>
  11. Soto Gonzales A, Velasquez V. Riesgo familiar total de familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia). Hacia la promoción de la salud [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de mayo de 2018]; 20(1): 126-139. Disponible en: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15821>

12. Picos S, Caridad B, Del Carmen M, Morales A, Acosta M. Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. *Revista Cubana de Pediatría [revista en Internet]* 2015 [acceso 10 de noviembre de 2018]; 87(4): 404-412. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
13. Silva M, Retureta E, Panique N. Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]* 2014 [acceso 10 de noviembre de 2018]; 40(1): 1-3. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/110/186>
14. Barboza E, Prado L, Vega P. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos- 2018 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018 [Internet]. Disponible en: [http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/217/Barboza\\_EL\\_Prado\\_LI\\_Vega\\_P\\_tesis\\_enfermeria\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/217/Barboza_EL_Prado_LI_Vega_P_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Becerra W, Diaz J, Rocha J. Riesgo Familiar Total en Familias del Sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos 2013 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/44/becerra-cubawister-riesgo-familiar-total-en-familias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Pérez Siguas R, Matta Solís H, Espinoza Moreno T, Paredes Tafur C. Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. *Health Care & Global Health [revista en Internet]* 2017 [acceso 17 de mayo de 2018]; 1(1): 18-23. Disponible en: <http://www.openhgh.org/index.php/hgh/article/view/5/15>
17. Cabello E, Francisco J, Mayta S. Riesgo Familiar Total de las familias

- con niños preescolares de la Institucion Educativa Inicial Semillitas de Amor I Puente Piedra -2015. [tesis licenciatura]. Lima-Perù: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017. 2017; Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/114/CD-TENF-079-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Camargo J, Cachicatari A, Melgarejo Y. Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [tesis titulación]. Lima - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2012 [Internet]. Disponible en: [http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=14708&shelfbrowse\\_itemnumber=22016](http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=14708&shelfbrowse_itemnumber=22016)
  19. Trebejo C. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud Carmen Medio, abril - mayo, Comas 2018 [tesis de titulación]. Lima-Perú: Universidad César Vallejo; 2018 [Internet]. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18006/Trebejo\\_CNG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18006/Trebejo_CNG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  20. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Observatorio Nacional de las Familias. [sede Web].Perú:MIMP; 2018 [febrero 2018; 20 de marzo de 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/familias.html>
  21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Definiciones básicas [Internet]. Lima - Perú: INEI; 2007. Disponible en: <http://www.ine.es/censo2001/6.pdf>
  22. Cid M, Montes R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrón. [revista en Internet] 2014 [acceso 27 de mayo de 2018]; 36(4): 462-476. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008)
  23. Sinche E, Suarez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA [revista en Internet] 2006 [acceso 10 de marzo de 2018]; 1(1): 38-47. Disponible en:

<http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA V1N1 Parte2.pdf>

24. De Lourdes L. Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico. Ciudad de México DF: Pax México; 2003. 139 p.
25. INEI. Perfil Sociodemográfico del Perú - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Lima - Perú: INEI; 2018. 641 p. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf)
26. Amaya P. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
27. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años [Internet]. Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA. Lima - Perú: MINSA; 2011. p. 1–152. Disponible en: [http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma\\_cred.pdf](http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf)
28. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [revista en Internet] 2008 [acceso 27 de mayo de 2018]; 25(4): 419-430. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a13v25n4.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre anemia [Internet]. Ginebra-S: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo Organización - OMS; 2017. p. 8. Disponible en: [https://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.4\\_spa.pdf](https://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf)
30. Saimah A, Arjmand M, James G, Gareth K. Lo esencial en hematología e inmunología. 4ª ed. Vol. 106, Mycological Research. Barcelona - España: Elsevier - Mosby; 2013. 180 p.
31. Prieto J, Yuste J. Balcells. La clínica y el laboratorio. 22ª ed.



Barcelona - España: Elsevier Masson; 2015. 1024 p.

32. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Infancia [sede Web]. México: UNICEF México; 2017 [agosto 2017; marzo 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
33. Casassas R, Campos C, Jaimovich S. Cuidados básicos del niño sano y del enfermo. 3ª ed. Santiago de Chile - Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2009. 287 p.
34. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. 632 p.
35. Bernal C. Metodología de la Investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 2ª ed. México, D. F.: Pearson Educación; 2006. 304 p.
36. Galindo L. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México D. F.: Pearson; 1998. 523 p.
37. Lara Y, Pompa M. Ética en la investigación en educación médica: consideraciones y retos actuales. Investigación en Educación Médica [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de diciembre de 2018]; 7(26): 99-108. 2018;99–108. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v7n26/2007-5057-iem-7-26-99.pdf>
38. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 10 de abril de 2018]; 55(4): 230-233. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55\\_n4/pdf/A03V55N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf)
39. Arias-Valencia S, Peñaranda F. La investigación éticamente reflexionada. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en Internet] 2015 [acceso 22 de mayo de 2018]; 33(3): 444-451. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2015000300015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300015)

40. Carreño Dueñas J. Consentimiento informado en investigación clínica: Un proceso dinámico. *Persona y Bioética* [revista en Internet] 2016 [acceso 24 de abril de 2018]; 20(2): 232-243. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v20n2/0123-3122-pebi-20-02-00232.pdf>
41. Martínez H. La familia: una visión interdisciplinaria. *Rev.Med.Electrón.* [revista en Internet] 2015 [acceso 12 de mayo de 2018]; 37(5): 523-534. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n5/rme110515.pdf>
42. Herrera P. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas* [revista en Internet] 2012 [acceso 18 de diciembre de 2018]; 12(2): 184-191. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc03212.pdf>
43. Millan Ambrocio M, Sangay Lopez E. Riesgo familiar total y tipo de familia en el asentamiento humano Santa Rosa alta sector VII en el distrito del Rímac. [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1473>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Cuadro de Operacionalización

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	Tipo de variable según su naturaleza:  Cualitativa	Se entiende por riesgo familiar total, a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias al momento de la valoración de las mismas (26).	Se entiende por riesgo familiar total, a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique, al momento de la valoración de las mismas, familiares debido a la presencia de características psicoactivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes	10 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Familias con bajo riesgo	Familia Tipo 1 que se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferiores de 54, y familia Tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones E inferiores a 53.
	Escala de medición: Ordinal			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud.	6 (11,12,13,14,5,16)		
				Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario	5 (17,18,19,20,21)	Familias Amenazadas	Familia Tipo 1 que se encuentra entre los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68, y familia Tipo 2 con percentiles entre 33 y 76 y PE entre 55 a 68.
				Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6 (22,23,24,25,26,27)	Familias con alto riesgo	Familia Tipo 1 con percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70 y familia Tipo 2 con percentiles superiores a 80 y PE superiores a 70
				Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6 (28,29,30,31,32,33)		<p><b>Sin riesgo: 0</b></p> <p><b>Presencia de riesgo: 1</b></p>

## **Anexo B. Instrumento de recolección de datos**

### **CUESTIONARIO RIESGO FAMILIAR TOTAL (RFT 5:33)**

#### **I. PRESENTACIÓN**

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, soy la egresada de la carrera de enfermería: Palomino Rosa, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

#### **II. INSTRUCCIONES GENERALES**

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

##### **a. Datos generales:**

**Edad en años del entrevistado:**

**Cuantos niños menores de 5 años tiene Ud.:**

**Sexo del entrevistado:**

a. Femenino ( ) b. Masculino ( )

##### **3. Estado Civil**

( ) Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( ) Viudo

##### **4. Grado de instrucción**

( ) Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnico ( ) Profesional

##### **5. Condición de ocupación:**

( ) Trabajador estable ( ) Eventual ( ) Sin Ocupación ( ) Jubilado

##### **6. Tipo de familia:**

( ) Nuclear ( ) Extendida ( ) Ampliada ( ) Monoparental ( ) Reconstituida  
( ) Equivalente familiar

## 7. Evaluación de la funcionalidad de la familia

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o lo necesidad.	0	1	2	3	4
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.	0	1	2	3	4
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	0	1	2	3	4
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mi emociones como rabia, tristeza, amor	0	1	2	3	4
Me satisface como compartimos en familias a)el tiempo para estar juntos b)Los espacios en casa c) El dinero	0	1	2	3	4

**8. Evaluación del riesgo familiar total:** A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando con un sí (1) si cumple con la condición de riesgo y con un no (0) si no presenta riesgo en la condición. Si Ud. tuviera alguna duda, preguntar a la persona a cargo de la entrevista.

Nº	<b>A. Condiciones psicoafectivas</b>	Si	No
1	Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
3	Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
4	La familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
5	Privación afectiva (falta afecto), desprotección		
6	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos		
7	Divorcio o separación conyugal		
8	Fuga de menores o abandono de hogar(padre o madre)		
9	Enfermedad mental (intento de suicidio, depresión, etc)		
10	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, drogas, otros)		
	<b>B. Prácticas y servicios de salud</b>		
11	Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema no acude a la farmacia, acude a la abuela, alguna familiar)		
12	Ausencia de información sobre servicios de salud		
13	Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer		
14	Manejo inapropiado de control médico general/nutricional		
15	No detección de riesgo familiar (no percibe los riesgos)		
16	Manejo inapropiado de salud dental		
	<b>C. Condiciones de vivienda y vecindario</b>		

17	Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
18	Condiciones insalubres del vecindario		
19	Higiene y organización deficiente del hogar		
20	Ausencia de servicio públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüe, inadecuada iluminación)		
21	Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		
	<b>D. Situación socioeconómica</b>		
22	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
23	Pobreza: Ingreso menor que NBS		
24	Falta de recreación de la familia		
25	Falta de seguridad en actividad de menores		
26	Problemas de salud no controlados o resueltos		
27	Inaccesibilidad a servicios de salud		
	<b>E. Manejo de menores</b>		
28	Tiene más de cuatro hijos menores de 12 años		
29	No escolaridad de menores de 12 años		
30	Manejo inapropiado de EDA IRA		
31	Falta de seguridad en actividad de menores		
32	Presencia de riesgo en niños de 1 a 12 años (problemas de conducta y adicción)		
33	Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

## Anexo C. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Título del proyecto:** Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del asentamiento humano Vista Alegre, III zona de Collique – 2018

**Nombre de los investigadores principales:**

Palomino Tomasto Rosa Maria

**Propósito del estudio:** Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Palomino Tomasto Rosa, coordinadora de equipo (teléfono móvil N° 967959465) o al correo electrónico: maryt2214@gmail.com

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av. Universitaria N° 5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comité\_etica@uch.edu.pe.

**Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.



Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Palomino Tomasto Rosa	
Nº de DNI	
73442436	
Nº teléfono móvil	
Nº: 967959465	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Palomino Tomasto Rosa	
Nº de DNI	
73442436	
Nº teléfono	
Nº: 967959465	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

21 de octubre de 2018

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante

## Anexo D. Aprobación del Comité de Ética



### UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

#### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

ACTA CEI N° 050	05 de diciembre de 2018
-----------------	-------------------------

#### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 05 del mes de diciembre del año dos mil dieciocho, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: "RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA DEL ASENTAMIENTO HUMANO VISTA ALEGRE, III ZONA DE COLLIQUE - 2018" con Código ID-057-18, presentado por la estudiante: PALOMINO TOMASTO ROSA MARIA.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

**APROBAR**, el proyecto titulado "RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA DEL ASENTAMIENTO HUMANO VISTA ALEGRE, III ZONA DE COLLIQUE - 2018".

Código ID-057-18.

A circular stamp from the Universidad de Ciencias y Humanidades (UCH) is stamped over the signature. The stamp contains the text 'UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES' around the perimeter and 'COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN' in the center. The name 'Melisseguido Berman Millenes Gómez' and the title 'Presidente' are written across the stamp. Below the stamp, the text 'del Comité de Ética en Investigación' is printed.  
Melisseguido Berman Millenes Gómez  
Presidente  
del Comité de Ética en Investigación

SGMG /RAC

[www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf.: 528-5020

**Anexo E. Validez de contenido del instrumento RFT: 5-33**

<b>Profesionales</b>	<b>Congruencia de ítems</b>	<b>Amplitud de contenido</b>	<b>Redacción de los ítems</b>	<b>Claridad y precisión</b>	<b>Pertinencia</b>	<b>Resultado</b>
<b>Profesional 1</b>	85%	85%	85%	85%	85%	85%
<b>Profesional 2</b>	90%	85%	85%	85%	85%	86%
<b>Profesional 3</b>	90%	90%	85%	85%	85%	87%
<b>Profesional 4</b>	85%	85%	85%	85%	85%	85%
<b>Profesional 5</b>	90%	85%	85%	85%	80%	85%
Resultado final promedio						85,6%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

La validez de contenido del instrumento RFT: 5-33 fue de 85,6%, lo cual se interpreta como bueno.

## **Anexo F. Confiabilidad del instrumento RFT 5:33**

### **Estadísticos de fiabilidad**

K de Richardson	Nº de elementos
0,833	33

## Anexo G. Fotos del trabajo de campo

En el centro de salud – Collique III zona del AA HH Vista Alegre.



Con la junta directiva realizando el reconocimiento del AA HH Vista Alegre.



En el Asentamiento Humano Visa Alegre.



Iniciando las entrevistas en el Asentamiento Humano Vista Alegre.



Culminando con la entrevista.

