



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

TESIS

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 4 DEL ASENTAMIENTO
HUMANO JUAN PABLO II DEL DISTRITO DE LOS OLIVOS, 2014**

PRESENTADO POR

**DÍAZ VILLAFUERTE, JUDITH ZULEMA
ROMERO BENDEZU, GEOBANA LOURDES**

ASESOR

CONTRERAS HORNA, AZUCENA MAGDALENA

Los Olivos, 2017



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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 4
DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II DEL
DISTRITO DE LOS OLIVOS, 2014**

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

PRESENTADA POR:

DIAZ VILLAFUERTE, JUDITH ZULEMA
ROMERO BENDEZU, GEOBANA LOURDES

ASESOR:

CONTRERAS HORNA, AZUCENA MAGDALENA

**LIMA - PERÚ
2017**

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Tuse Medina , Rosa Casimira
Presidente

Pipa Carhuapoma, Alfredo Jose
Secretario

Alvines Fernández, Doris Mellina
Vocal

Contreras Horna, Azucena
Asesora

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 4
DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II DEL
DISTRITO DE LOS OLIVOS, 2014**

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestras familias por su apoyo. Asimismo, gracias a los profesores y asesores, quienes nos brindaron sus conocimientos y orientaciones para realizar esta investigación.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 Justificación del estudio.....	21

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco contextual histórico social de la realidad.....	23
2.1.1 Lima Norte.....	23
2.1.2 El distrito de Los Olivos.....	24
2.1.3 Asentamiento Humano Juan Pablo II.....	31
2.2 Antecedentes de la investigación.....	34
2.2.1 Internacional.....	34
2.2.2 Nacional.....	36
2.3 Marco teórico – conceptual.....	38
2.3.1 La familia.....	39
2.3.2 Teoría de la familia.....	42
2.3.3 Riesgo familiar.....	42
2.3.4 Dimensiones.....	44
2.3.5 Abordaje de la salud familiar en el Perú.....	49

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio.....	54
3.2 Población.....	54

3.2.1 Criterios de inclusión.....	54
3.2.2 Criterios de exclusión.....	55
3.3 Variable.....	55
3.3.1 Definición conceptual	55
3.3.2 Definición operacional	55
3.4 Técnicas de instrumentos de recolección de datos.	55
3.4.1 Calificación y corrección del instrumento RFT: 5-33.....	58
3.4.2 Criterio de calificación de riesgo familiar total	58
3.4.3 Validez y confiabilidad del instrumento	59
3.5 Proceso de recolección de datos	60
3.6 Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos.....	61
3.7 Aspectos éticos	61
3.7.1 Beneficiencia.....	62
3.7.2 No-maleficiencia.....	62
3.7.3 Principio de autonomía.....	62
3.7.4 Justicia.....	63

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados.....	65
4.2 Discusión	71

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	77
5.2 Recomendaciones.....	77

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....78

ANEXOS.....81

Índice de gráficos

Gráfico 1: Riesgo familiar total en las familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.....	65
Gráfico 2: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de condiciones psicoactivas en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.....	66
Gráfico 3: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de servicios y prácticas de salud en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.....	67
Gráfico 4: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de vivienda y vecindario en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.....	68
Gráfico 5: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de situación socioeconómica en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.....	69
Gráfico 6: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de manejo de menores en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014	70

Índice de anexos

Anexo A: Operacionalización de variable.....	82
Anexo B: Cuestionario del instrumento riesgo familiar total (RFT) 5-33 de Pilar Amaya.....	83
Anexo C: Consentimiento informado.....	86
Anexo D: Validez del instrumento.....	87
Anexo E: Carta de presentación.....	88
Anexo F: Resultados complementarios.....	89

Resumen

Objetivo: Determinar el Riesgo familiar total en las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 **Método:** Diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 90 familias y el instrumento fue un cuestionario RFT5-33, con título "Riesgo Familiar Total", la técnica fue una encuesta. El estadístico utilizado fue el SPSS. **Resultados:** Se ha identificado que el nivel de Familias de riesgo bajo predomina, el riesgo familiar total con un 87,8%, seguida de las Familias Amenazadas con un 8.9 % y las Familias de Riesgo Bajo presentó un total de 3,3% de un total de 90 familias entrevistadas. **Conclusiones:** Se concluye que el riesgo total de las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, en su mayoría, son de riesgo bajo y amenazadas, lo que amerita el trabajo para Enfermería para mejorar aspectos relacionados con las condiciones de estas familias y sobre la dimensión de las prácticas y servicios de salud con niveles de familias de alto riesgo.

Palabras clave: Familia, riesgo, enfermería.

Abstract

Objective: Determine the total family risk in families of sector 4 is of slums John Paul II district of Olives, 2014 **Method:** Quantitative, descriptive cross-sectional design. The interview was made to a population of 90 families and the instrument was a questionnaire RFT5-33, titled "Total Family Risk" was a survey technique. The statistic used was SPSS. **Results:** we have identified that the level of low-risk families dominated the total family risk with 87.8%, followed by families threatened with 8.9% and Low Risk Families presented a total of 3.3% of a total of 90 families interviewed. **Conclusions:** It is concluded that the total risk of the families of sector 4 of the human settlement Juan Pablo II of the district of Los Olivos, are mostly of low risk and threatened, which deserves the work for Nursing to improve aspects related to the conditions of these families and the dimension of health practices and services with levels of high-risk families.

Keywords: Family, risk, nursing.

Introducción

El presente trabajo de investigación está basado en el riesgo familiar total que abarca diferentes problemas, por las cuales pasan las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II, Los Olivos. Deseamos que esta investigación contribuya para que la universidad tenga un amplio desarrollo de dimensiones investigativas en el proceso de la formación a futuro en la carrera de Enfermería.

El objetivo de esta investigación en la comunidad de las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II, Los Olivos, es fomentar y brindar conocimientos preventivos a la población con la finalidad de identificar riesgos potenciales como son: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la falta de acceso a la educación y los servicios básicos de salud.

En nuestra investigación, por su gran importancia, utilizamos cinco dimensiones para considerar a toda la comunidad y poder percibir los problemas más resaltantes y así tomarlos de una manera integral para su análisis y posterior conclusión.

La presente investigación está estructurada en cinco capítulos y los anexos:

En el Capítulo I, que es el Problema, encontramos el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del estudio.

En el Capítulo II, que es el Marco Teórico, encontramos el marco contextual histórico social de la realidad, los antecedentes de la investigación, el marco teórico propiamente dicho, la hipótesis de investigación y la variable de estudio.

En el Capítulo III, que es la Metodología, encontramos el tipo-diseño de investigación, la población de estudio, la técnica e instrumento de recolección de

datos, el proceso de recolección de datos, los aspectos éticos de la investigación, las Técnicas de Procesamiento y Métodos de Análisis de Datos.

En el Capítulo IV, que son los Resultados y Discusión, encontramos los gráficos de los resultados complementarios y la discusión de resultados de nuestra investigación.

En el Capítulo V, que son las Conclusiones y Recomendaciones encontramos las conclusiones y las recomendaciones de nuestro trabajo de investigación.

Finalmente, en la sección de anexos, encontramos el cuestionario del instrumento riesgo familiar total para el Perú, la matriz de consistencia, la validez del instrumento, la carta de presentación, el consentimiento informado y resultados complementarios del desarrollo de la presente investigación.

Esperamos que nuestro aporte con el presente trabajo sea de su completa satisfacción y que sirva como motivación y estímulo para nuestros colegas, ya que este campo de la Enfermería siempre se está actualizando con el avance de la ciencia.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La actual crisis socioeconómica que se vive en todo el mundo, afecta a nuestra comunidad de las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II, Los Olivos. Esta se ha agudizado y continúa afectando la estructura de las familias. Las familias están experimentando profundos cambios, la tecnología y la modernidad han modificado la vida familiar y los roles de cada uno de sus integrantes. La violencia entre parejas, la violencia contra la mujer y el niño, la violencia juvenil y escolar, etc., son cada vez más cotidianas en las familias de nuestra sociedad.

La crisis económica mundial que se inició en el año 2008, disminuyó el comercio mundial, lo que provocó altos costos de vida y pocos empleos. El gasto familiar de la alimentación básica ha exacerbado los problemas a los que se enfrentan las familias más pobres, como resultado, algunas familias comienzan a correr el riesgo de malnutrición.⁽¹⁾

En algunos de los países de la región se carece de un organismo que vele por el desarrollo y la coordinación de las políticas dirigidas hacia las familias. Pese a que en América Latina se ha modificado profundamente la estructura y funciones de la familia y existe una gran diversidad de tipos familiares que requerirían un trato diferenciado de parte de las instituciones que deben apoyarlas, no existen en muchos países órganos específicos destinados a la formulación y consolidación de políticas públicas integradas hacia las familias.⁽²⁾

En Europa se está trabajando el ámbito familiar en las políticas del Bienestar Social, tal como se señala en la Carta Social Europea. En 1989 se crea el Observatorio Europeo de las Políticas Familiares Nacionales dependiente de la Unión Europea encargado de hacer el seguimiento de las características de las familias y de las políticas familiares. El Observatorio en el 2004 fue reemplazado por el Observatorio sobre Demografía y Situación Social. Los países europeos presentan diferencias

tanto en las estructuras familiares como en las políticas familiares debido a la diversidad cultural de los estados miembros.⁽³⁾

En España, los programas y medidas de intervención en política familiar han tenido una larga trayectoria de cambio, se encuentran en un importante momento de adaptación dentro del marco del bienestar social, teniendo en cuenta cambios tales como: la conciliación de la vida familiar y laboral, cambios en la estructura de la familia, el plan de igualdad de oportunidades, la diversidad cultural. Las políticas sociales en España es transversal en cuanto al ámbito de intervención política-vivienda, seguridad social, leyes fiscales, además, de que los objetivos de las políticas familiares pueden variar hacia la infancia, mujer, juventud, tercera edad.⁽³⁾ Los programas y medidas de intervenciones son importantes para el bienestar social.

El Perú, por su diversidad geográfica, social y cultural, presenta problemas de accesibilidad a los diferentes niveles de atención del sistema de salud, con el agregado de ser una población que acusa diferenciados niveles de pobreza y prácticas socioculturales expresados en los resultados de los indicadores de salud. Los niveles de pobreza en nuestra población siguen siendo muy altos, especialmente en las zonas rurales de ciertos departamentos andinos y amazónicos, donde siete de cada diez personas se encuentran en condición de pobreza. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2015), las regiones de mayor pobreza total son Huancavelica (51.66%), Apurímac (38.55%), Huánuco (38.55%), Ayacucho (38.55%), Puno (38.55%), Amazonas (51.66%), Loreto (38.55%), Cajamarca (51.66%), Pasco (38.55%) y Cusco (20.81%). Por otro lado, la pobreza extrema a nivel nacional en la zona urbana es de 1.02%, frente a la rural 13.93%; así mismo, en la costa es de 0.77%, la sierra 8.73% y la selva de 6.46%. A esta situación corresponden también brechas de accesibilidad y cobertura.⁽⁴⁾

Condiciones de vivienda y vecindario: El 10% identificó las condiciones insalubres del vecindario, el 8% la falta de uso del saneamiento ambiental y el 6% los problemas de ventilación, iluminación o alimentos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización mundial de salud (OMS) hacen visible el aumento de enfermedades atribuibles a las condiciones de la vivienda; las de mayor prevalencia son: infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), dengue y malnutrición; sin desconocer otras como los accidentes, caídas e incendios, tuberculosis, asma, la violencia y los suicidios. ⁽⁵⁾

En el Perú, en los años 80, debido a la desaparición del desarrollo rural de las agendas de los gobiernos de la región y de la consiguiente retirada del estado de las políticas de desarrollo rural, Latinoamérica asistió a una explosión de Organización no gubernamental (ONG) que actuaron en el medio rural, algunas de las cuales aparecieron como iniciativas de autoempleo de profesionales, aunque otras muchas jugaron un papel importante, financiando y gestionando programas de desarrollo rural, e incluso algunas, realizaron importantes aportes a la generación de pensamiento, teorías y nuevos enfoques de desarrollo rural, en colaboración muchas veces con universidades. En efecto, algunas universidades con programas de estudios de posgrado e investigación en desarrollo rural, realizaron valiosas contribuciones teóricas e impulsaron, como un actor clave, programas y proyectos de desarrollo rural. ⁽⁶⁾

En el Perú, la Ley No. 26842, Ley General de Salud, incluye como problema de salud pública y de salud mental a la violencia familiar, establece que la atención a la violencia familiar es responsabilidad primaria de la familia y el estado, y en cuanto a su epidemiología, no se cuenta con un registro nacional único de denuncias, solo con subregistros en instancias como: Comisarías, fiscalías, Centros de Emergencia Mujer u Organismos No Gubernamentales, (Promudeh – Opción 2000). Por ejemplo, según un estudio del Movimiento Manuela Ramos (2002-2015), en el año 2015 se realizaron 48,439 reconocimientos clínicos por casos de

violencia familiar o el instituto de medicina legal del Ministerio Público para reconocimientos clínicos asociados a este problema.⁽⁷⁾

En nuestro país, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), según decreto supremo N° 005-2004-MIMDES, en el año 2004, aprobó el Plan Nacional de apoyo a la Familia 2004-2011 con el objeto de articular las políticas públicas en todas las instancias de gobierno y sociedad bajo el signo del fortalecimiento a la familia para que sus miembros accedan a un crecimiento y desarrollo saludable e integral en todos los aspectos que correspondan a una vida humana digna.⁽⁸⁾

El Ministerio de Salud (MINSA), el 2 de septiembre del 2009, estableció por resolución ministerial N° 587-2009 MINSA la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar, con el objeto de concentrar esfuerzos en el fortalecimiento del primer nivel de atención tomando como eje fundamental al equipo básico de salud para un mayor beneficio de la población en situación de pobreza y pobreza extrema correspondiendo integrar a todos los profesionales de la salud necesarios para abarcar las intervenciones preventivo-promocionales en el núcleo familiar, llevándolas a los lugares más apartados del país.⁽⁹⁾

El año 2011, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó el documento técnico: “Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad”, dicho modelo de atención integral propuesto revela como foco de atención a la familia; reconoce que esta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local. Las acciones en este modelo están orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr un adecuado funcionamiento familiar y

el desarrollo pleno de sus miembros, para constituirse en una familia saludable.⁽¹⁰⁾

El Asentamiento Humano Juan Pablo II se encuentra ubicado en una de las zonas con altos índices de violencia, drogadicción y pandillaje, tal como lo indican los informes de las comisarías cercanas del distrito. En el informe Diagnóstico local participativo del consumo de drogas del distrito de Los Olivos del año 2005, la población manifiesta como primeras causas de problemas sociales: los problemas familiares (19,15 %), la influencia de amistades (14,89 %) y la violencia familiar (14,89 %).⁽¹¹⁾

Es por ello que la población del Asentamiento Humano Juan Pablo II no es ajena a esta realidad y se observan problemas sociales, carencias económicas, falta de formalización de propiedades y desconocimiento de medidas preventivo promocionales. El riesgo familiar se acrecienta frente a estos problemas, debido a esto, nosotros con apoyo del Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II buscamos identificar dichos problemas en cada familia del sector 4 para que de manera conjunta e interdisciplinaria podamos dar posibles alternativas de solución a la problemática, ya que por otro lado el establecimiento de salud también busca implementar el modelo de atención en dicha comunidad pero para ello necesita conocer el diagnóstico de los riesgos.

En el interior de la familia se tiene una diversidad de experiencias económicas cuyos resultados trascienden a la sociedad. La actual situación de nuestros países, a la luz de las manifestaciones de la globalización trae a la discusión temas económicos tales como: el empleo, una abundante oferta de mano de obra, la inserción laboral de la mujer, el estancamiento del empleo formal, la vulnerabilidad del empleo informal, la heterogeneidad sectorial y geográfica del empleo, los salarios, deuda externa, bajo nivel de exportaciones, alto nivel de importaciones, etc. Al interior de los grupos familiares se dan relaciones económicas que trascienden a la sociedad. Se fomentan allí principios básicos de economía, tal como el hecho que para tener solvencia económica, necesario es vivir bajo la normativa: los

egresos deben ser menores que los ingresos. Si todas las familias fomentaran este principio, cuanto más prósperos y libres serían nuestros pueblos. Es necesario que al interior de las familias se fomenten cuestiones fundamentales tales como: preparación calificada para el trabajo, diferenciación entre necesidades y seducciones comerciales, honradez y transparencia, evitar a toda costa deudas innecesaria.⁽¹²⁾

Las intervenciones, por tanto, se realizarán según las necesidades identificadas por lo que para la elaboración del diagnóstico familiar se incluye la determinación del riesgo familiar, para luego desarrollar el Plan de Atención Integral a la Familia, el cual deberá ser elaborado, ejecutado, monitoreado, evaluado e implementado por el equipo básico de salud con participación de la familia.

Si bien es cierto nuestro país ha diseñado políticas y modelos de atención integral dirigidos tanto a la persona, familia y comunidad, y que han permitido mejorar algunos indicadores de salud aún se observan marcadas diferencias que dan lugar a inequidades en la población. La salud tanto individual como colectiva está condicionada por la interacción de diversos procesos ya sean biológicos, ecológicos, culturales y económicos que se dan en la sociedad. Por tanto la salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social y en tanto existan las diferencias socioeconómicas, bajo nivel educativo y la falta de acceso a los servicios básicos de salud sobre todo en las zonas rurales y conglomerados urbanos marginales, la salud de nuestra población seguirá siendo insatisfactoria.

Este Centro Materno Infantil ha sido creado, por decisión de la comunidad del A.A.H.H. Juan Pablo II, en Los Olivos, para beneficio de la población de escasos recursos, creado desde el año 1994 hasta la fecha 2011, no se puede construir por presupuesto, se atiende en una situación precaria, y hacinamiento, ya sea del personal y usuarios, pero la atención es óptima.⁽¹³⁾

Siendo una población de escasos recursos está en mayor riesgo de presentar problemas de salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar cuál es el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 en su dimensión de condición psicoactivas.
- Identificar el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 en la dimensión de servicios y práctica de salud.
- Identificar el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 en la dimensión de condiciones de vivienda y vecindario
- Identificar el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 en su dimensión socio económica
- Identificar el riesgo familiar total en familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 en su dimensión de manejo de menores.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El riesgo familiar es un tema importante ya que en esta comunidad existen escasos estudios sobre el tema, se realiza este estudio para mejorar directamente o posiblemente las condiciones que se encuentran las familias y cuyo enfoque es prevenir los problemas de la supervivencia en la salud y así siendo la familia un núcleo vital de la sociedad el aporte será conformarlas de la manera más aprovechable como recurso económicamente activo, y por lo consiguiente los componentes aporten económicamente favoreciendo el crecimiento y desarrollo de un país haciéndolo más productivo.

Desde el punto de vista el aporte de nuestra investigación será motivar a las profesionales de la salud específicamente en nuestra profesión, sea punto de partida para realizar actividades de promoción y prevención dentro de la comunidad para disminuir en cierto modo los porcentajes de altos índices de familias con riesgo familiar alto.

Asimismo, la trascendencia de este trabajo radica en que no se ha realizado anteriormente ninguna investigación que se ocupe de identificar los riesgos en las familias de dicho sector del Asentamiento Humano Juan Pablo II. Los resultados de esta investigación permitirán iniciar nuevos estudios que amplíen y profundicen los hallazgos que de esta se deriven.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 Lima Norte

A. Distritos que conforman Lima Norte

Lima Norte comprende 8 distritos, estos son: Carabaylo, Puente Piedra, San Martín de Porres, Comas, Independencia, Los Olivos, Ancón y Santa Rosa.⁽¹²⁾

B. Ubicación geográfica de Lima Norte

Es el sector septentrional del área urbana de Lima Metropolitana. Se refiere a la zona comprendida por 8 distritos que se ubican en el norte de la ciudad de Lima, los cuales en orden de antigüedad son: Carabaylo, Ancón, Puente Piedra, San Martín de Porres, Santa Rosa, Comas, Independencia, y Los Olivos⁽¹²⁾

C. Población Lima Norte

Según el INEI, la población actual estimada para Lima Metropolitana es de 8 millones 432 mil 837 habitantes y los distritos con mayores habitantes son: San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres. El distrito de San Martín de Porres tiene 659,613 habitantes, Los Olivos 360 mil 532, y Puente Piedra 320 mil 837.⁽¹²⁾

D. Distritos comprendidos

Lima Norte está constituida por ocho distritos, cuya población según el Censo Nacional de población del 2007 son: ⁽¹²⁾

- Carabaylo 286.977 habitantes.
- Comas 486.977 habitantes.
- Independencia 207.647 habitantes.
- Los Olivos 318.140 habitantes.
- Puente Piedra 233.602 habitantes.
- San Martín de Porres 579.561 habitantes.
- Ancón 33.367 habitantes.
- Santa Rosa 10.903 habitantes.

2.1.1 El distrito de Los Olivos

A. Evolución histórica de Los Olivos

El año 1970, un grupo de vecinos de El Trébol y Sol de Oro se unieron para formar el Comité Gestor "Rosa de América", el cual, lamentablemente no tuvo los resultados esperados.

El nombre de "Los Olivos" se acordó en 1977, en medio de un intenso debate entre los delegados del Comité quienes presentaron propuestas como Rosa de América, Las Palmeras, Sol de Oro, Parque Naranjal, Covida y otros tantos. El Sr. Víctor Morillo, Fiscal del Comité, propuso el nombre Los Olivos, el cual fue apoyado por el Sr. Eufronio Avendaño y el Sr. Ramos Anicama; argumentando que Los Olivos hace referencia a los triunfadores en la época de los griegos y romanos, el ingreso de Jesús con sus discípulos a la ciudad de Jerusalén, así como a la esperanza y compromiso de una vida nueva, tal como lo revela la odisea vivida por Noé y su familia en el diluvio universal.

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

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

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

El principal motivo de la separación fue el abandono de dichas urbanizaciones residenciales por parte de la Municipalidad de San Martín de Porres.⁽¹³⁾

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

El distrito de Los Olivos al norte de la Provincia de Lima, ocupando estratégicamente la parte central, tiene una extensión 17 kilómetros 250 metros cuadrados y una población aproximada 285 000 habitantes. Los Olivos está delimitado por:

- Norte, Independencia y Comas.
- Por el Oeste: San Martín de Porres.
- Por el Norte: Puente Piedra,
- Por el Sur: San Martín de Porres.

Los Olivos tiene el 3.48% de superficie ocupada en el Cono Norte, es uno de los distritos con menor extensión.

La zona geográfica de Los Olivos tiene un relieve bastante homogéneo y horizontal, la extensión del territorio que ocupa corresponde al Valle Bajo de la cuenca del Río Chillón. Hay algunas elevaciones en su superficie que tienen poca altura, cercano a los 200 m.s.n.m., tal es caso del Cerro Mulería (hacia el sur), el Cerro Pro (hacia el norte), entre otros estos de menor altura.⁽¹³⁾

C. Desarrollo urbano, vivienda

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

Por ser un distrito de reciente creación en proceso de consolidación hemos creído por conveniente encontrar por medio de una inspección

ocular, los cuatro tipos de modelos de asentamiento dentro del distrito, (Urbanizaciones, asentamientos, asociaciones y corporativas de vivienda). Dividiéndose estos por sectores:

El Sector residencial, este está constituido por viviendas unifamiliares con población media (sectores en proceso de consolidación) y familiares en sectores consolidados (urbanizaciones). Las viviendas tienen aproximadamente el 80% del área ocupada del distrito, conformada principalmente por urbanizaciones brindadas por el sector privado empresarial, entre las cuales tenemos a: Sol de Oro, Las Palmeras, Pro 3era. Etapa, Parque El Naranjal, Villa del Norte, Villa Sol 3ra. y 4ta. 2da. Etapa.

El Sector en proceso de consolidación, este está constituido por Urbanizaciones y Asentamientos de los sectores medio bajo y bajo, todos ellos con sus diversos niveles de consolidación, constituyendo una compleja estructura urbana en el que están múltiples situaciones habitacionales. La población de 33.06% se ubica en los Asentamientos Humanos, el 4.64% se ubica en las Cooperativas y Asociaciones de vivienda, el restante 62.30% reside en las Urbanizaciones del total de Los Olivos.

En Los Olivos hay sectores que son predominantemente residenciales, ya que tienen un proceso acelerado de consolidación en las Urbanizaciones, Cooperativas y Asociaciones de Vivienda.

El sistema educativo en Los Olivos está organizado por la Dirección de Educación del Ministerio de Educación y una unidad de servicios educativos: USE 02, administrativamente. La USE 02 es la encargada de supervisar los centros educativos estatales y no estatales de Los Olivos, San Martín de Porres y el Rímac.

El Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial (SENATI), que si bien no está ubicado en el distrito, colinda con el distrito y por

consiguiente presta servicios a las necesidades de la población académica del distrito.

Los Olivos cuenta con 170 habitantes por cada Ha. Tiene áreas libres destinadas para el uso recreacional; son 271 las áreas registradas por la Dirección de Saneamiento Ambiental del distrito. También está considerado el parque Zonal N°03 "Lloque Yupanqui" que tiene 6 Has. Está habilitado el 40% de superficie para áreas verdes y losas deportivas.

En Los Olivos se han arborizado vías importantes como son: la Av. Huandoy, Av. Santiago Antúnez de Mayolo, Av. Universitaria en el intercambio vial con la Panamericana Norte y Av. Los Alisos, etc.

Los Olivos tiene una gran cantidad de centros de comercialización de productos alimenticios, todas ellas tienen características comunes en su régimen de propiedad y en su administración. La mayoría de centros de abastos son empresas privadas, estas están administradas por Asociaciones de Comerciantes y la mayoría se ubican en las vías principales del distrito.

El principal centro comercial Mega Plaza en el distrito es el que está ubicado en la Av. Panamericana Norte, este centro comercial tiene como características por ser un distrito consumidor y ha contribuido a suplir una necesidad de la población que es visitar áreas de dispersión y recreación para ir de compras y de paso tener un paseo dominical para los pobladores.

El principal sistema vial primario está conformado por el eje de la Carretera Panamericana Norte y la Av. Universitaria, la cual atraviesa el distrito de Los Olivos. Esta es una vía de gran importancia pues tiene una vía de circulación en cada dirección y por ella pasa casi la mayoría de los servicios de transporte público. Esto facilita y tiene ventajas en la

comunicación vial en la organización de la red de tráfico, debido a que los puntos de cruce en estas vías como la Av. Izaguirre y la Av. Tomás Valle con la Panamericana Norte, aligeran el transporte de la Av. Universitaria.

En Los Olivos existen vías que conforman una red secundaria como son, principalmente, la Av. Las Palmeras, de gran importancia dentro del distrito y la Av. Naranjal. Por estas vías troncales pasa la mayoría del transporte público que proviene de la avenida Universitaria.

La Av. Naranjal une las vías más importantes a nivel de Lima Metropolitana como son: la Av. Universitaria, la Av. Panamericana Norte, la Av. Túpac Amaru, la carretera a Canta y la carretera a Ventanilla. En general, en el Cono Norte tiene una base vial primaria adecuada principalmente en su articulación de toda la red de la vía Metropolitana de la Capital.

En Los Olivos, los problemas surgen siempre por la falta de ordenamiento y cumplir el reglamento en sus funciones. La articulación de estas vías con la red secundaria es pésima, pues, esta se acentúa con la falta de racionalidad en las rutas de transporte y porque estas vías no están en condiciones de soportar las grandes cantidades de transporte público actualmente.

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

En este distrito, la sectorización urbana realizada se apoya en un sistema vial que permite la comunicación entre las distintas zonas del área urbana. Los Olivos se encuentran bien definido el desarrollo y trazado de las vías, Regionales (Panamericana Norte) y Sub-Regionales (universitaria).

Además, las vías arteriales como son: Av., Tomás Valle, Av., Angélica Gamarra, etc. y Colectoras como Av. Carlos Yzaguirre, Av. Las Palmeras, formando alrededor anillos viales que permiten un buen servicio en la mayor parte del distrito. En los sectores menos favorecidos que son los Asentamientos Humanos tienen vías sin asfaltar y/o sin terminar, lo que impide que el tránsito sea fluido o limita su desarrollo del parque automotor.⁽¹²⁾

D. Servicios básicos

Viviendas con disponibilidad de servicio de agua potable:

El abastecimiento de agua se puede realizar a través de una red pública dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, dentro del edificio o a través. Si bien a nivel de los distritos del cono norte se ha incrementado el acceso al agua en los últimos años, en muchos casos no es continuo, lo que implica que las personas deben recolectar el agua en las horas en que hay suministro y guardarla en recipientes para usarla en las horas en que el servicio es interrumpido, esto conlleva a riesgos en la salud, con la implicancia de enfermedades infecciosas (como las EDA) y Metaxénicas (como el Dengue).⁽¹⁴⁾

Los Olivos tienen accesibilidad al recurso básico señalado: Viviendas con disponibilidad de servicio higiénico y eliminación de excretas:

La forma como eliminan las excretas se da a través del acceso al servicio higiénico conectado a red de alcantarillado dentro de la vivienda.

Se observa que el 97.6% de viviendas en el distrito de Los Olivos tiene accesibilidad a este recurso básico. En hogares con acceso a conexión higiénica según direcciones de Salud Departamento de Lima año 2012 Lima Norte es la que tiene menor porcentaje de hogares con acceso a conexión higiénica según direcciones de salud en el año 2012.⁽¹⁴⁾

E. Cronología histórica de Los Olivos

- 1977 (04/02) Fundación del “Comité Pro Distrito de Los Olivos”
- 1978 (24/01) presentación de memorial al general de División EP Don Francisco Bermúdez Cerruti. Presidente de la República, solicitando la creación de un nuevo distrito dentro del Territorio de San Martín de Porres.
- 1978 (04/09): Presentación de memorial al Dr. Víctor Raúl Haya de la Torre, Presidente de la Asamblea Constituyente, solicitando la creación del distrito de Los Olivos.
- 1980: El expediente sigue siendo examinado en la Cámara de Senadores presidida por Dr. Oscar Trelles Montes.
- 1983 (20/06): Aprobación en la Municipalidad de Lima Metropolitana, emitiendo el documento técnico de la unidad de programas y proyectos.
- 1985 (02/05) El comité Pro Distrito solicita que el Proyecto de Ley 231384-S sea puesto en Orden del día de la Cámara de Diputados, siendo el Secretario el Dr. Alberto Valencia Cárdenas.
- 1989 (04/01) El Congreso de la República da la Ley 25017 y la Remite al presidente de la República, Dr. Alan García Pérez, para su promulgación.
- 1989 (04/04) Por no haber sido promulgada oportunamente, por el Sr. Presidente de la República, la Ley es firmada por el presidente del senado, Dr., Héctor Vargas Haya.
- 1989 (06/04/) El Ministerio del Interior emite el “cúmplase y publíquese”.
- 1989 (07/04) Se publica la ley 25017, en el diario Oficial “El peruano” - fecha oficial de la Creación del distrito de Los Olivos.

- 1989 (22/04) En gran acto cívico en el Local Comunal de la urbanización Las Palmeras se recibe de manos del gobierno la autógrafa de la Ley.
- 1990 (01/01) En ceremonia oficial de toma de cargo por las autoridades ediles, los integrantes del comité pro Distrito de Los Olivos, entregan la documentación oficial de toda la gestión a la Alcaldesa del Cuerpo de regidores.(Copia de la Autógrafa de la Ley de Creación, el libro de Oro y el pabellón nacional).⁽¹³⁾

2.1.2 Asentamiento Humano Juan Pablo II

A. Reseña histórica

El Asentamiento Humano Juan Pablo II se construyó el 4 de abril 1989 como parte del Programa Municipal de vivienda Confraternidad de Lima Metropolitana, el cual agrupa los siguientes asentamientos humanos:⁽¹⁵⁾

- AA.HH. Juan Pablo II
- AA.HH. Enrique Milla Ochoa
- AA.HH. Laura Caller
- AA.HH. San Martín de Porres
- AA.HH. Los Norteños
- AA.HH. Los Olivos de Pro
- AA.HH. Armando Villanueva.

Estos asentamientos humanos surgieron de la invasión comunal de pobladores a los terrenos que pertenecían en anterioridad a la ex Hacienda Pro, hubieron enfrentamientos con fuerzas del orden, ocurriendo incluso muertes de varios pobladores o invasores por resistirse al desalojo de esas tierras. Fue de esta manera por la cual el AA HH Juan Pablo II empezó a formarse, siendo de urgencia contar, además con los servicios básicos de luz, agua y desagüe, con servicios y organizaciones de base, entre ellos un puesto de salud.

Como una forma inicial de responder a aquella necesidad, el 2 de febrero de 1992 se constituye el Tópico Comunitario Juan Pablo II, en la Mz. N, donde se atendía en Primeros Auxilios, a cargo de promotoras de salud, capacitadas por ONG.

Siendo el 6 de julio de 1992 dicho Tópico Comunitario se convierte en Puesto de Salud Comunitario Juan Pablo II, que es la fecha oficial de fundación del Establecimiento de Salud. Funcionó en un antiguo local, al costado del actual PRONOEI Juan Pablo II. El 15 de julio del mismo año se conforma el Botiquín Popular “Mi Salud”. Al principio solo atendía una vez por semana y los días sábados por la tarde una Obstetra. Los demás días atendían promotores de salud.

En agosto de 1993, el MINSA, a través de la UTES Rímac (hoy Red de Salud Rímac-SMP-LO) envían un médico y una Obstetra serumista que atendían en días alternos. El puesto de salud seguía siendo administrado por promotores de salud. Durante este año fue dirigido por el Dr. Narciso Humberto Miranda Ruiz, siendo él, el primer director.⁽¹⁵⁾

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

Está situado al Nor-oeste de la ciudad de Los Olivos a la altura del km 19 ½ de la Panamericana Norte - grifo Las Vegas.

- Norte: La Franja de los Olivos de Pro
- Sur: AA.HH. Enrique Milla Ochoa
- Este: AA.HH. Enrique Milla Ochoa.
- Oeste: La Franja de Los Olivos de Pro y Los Norteños

C. Extensión

Tiene un área de 84.500 hectáreas, que está habitado por las viviendas de los habitantes.

D. Comunidades

Hay un aproximadamente de 3600 habitantes en el AA.HH. Juan Pablo II.

E. Organizaciones sociales que la conforman

- Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II.
- Vaso de leche.
- Centros de educación inicial y PRONOI.
- Colegios primarios.
- Colegios secundarios.
- Local comunal.
- Comedor.
- Una capilla.
- Mercado.

F. Descripción de la comunidad.

- Características físicas

El suelo no es llano completamente y hay zonas donde no hay pavimentación de pistas y veredas, por tal razón siempre hay polvo en el ambiente de la comunidad y el centro de salud, al igual que en las viviendas. Cabe resaltar que el CLAS-CMIC se encuentra construido en una parte del parque central de la comunidad Juan Pablo II.

En el distrito de Los Olivos, en las cuatro estaciones siempre hay presencia de humedad. También hay garúas, neblina y escasas precipitaciones.

La temperatura en el invierno oscila entre los 14 y 18 °C y en el verano fluctúa entre los 25 y 30°C.⁽¹⁵⁾

- Estructura de la infraestructura de transporte

Se encuentra entre las avenidas Huandoy y Betancurt y a tres cuadras de la Av. Próceres, por las cuales transita las líneas: línea 9, línea 47, EVIFASA, línea 34, línea D, línea 84, así como combis, taxis, moto taxis, destinadas para el servicio del transporte zonal.⁽¹⁵⁾

- Características económicas

De acuerdo con los informes revisados se puede determinar que en su mayoría la población carece de trabajo estable, por lo tanto, son múltiples las necesidades económicas - sociales, la cual origina un nivel de vida precaria para su familia. La población se dedica a actividades como: Obreros de fábrica, albañiles, comercio ambulatorio, empleadas del hogar, cerrajeros, carpinteros, gasfiteros, electricistas, choferes, etc.

Los ingresos económicos de cada familia son bajos a regulares, muchas mujeres asumen la carga económica del hogar para poder sustentar sus gastos comportándose como jefe de familia. Son pocos los profesionales, lo cual indica mínimas posibilidades de obtener una estabilidad económica módica en la zona.⁽¹⁵⁾

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacionales

Mendoza M. y otros, 2010, en la ciudad de Colombia, realizó una investigación sobre: “Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes” que tuvo como objetivo describir el riesgo familiar total de las gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

Concluyó que:

La medición mostró elementos de desarrollo social que influyen en la condición de riesgo familiar; por tanto, los modelos de intervención en familia deberán considerar la participación intersectorial e interdisciplinaria en el marco de la promoción a la salud y al desarrollo social. ⁽¹⁶⁾

Betancurth D. y Amaya M. 2011, realizaron una investigación sobre: “Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (Caldas)”, que tuvo como objetivo caracterizar el Riesgo Familiar Total de las familias de mujeres en lactancia materna de una institución de primer nivel en Villamaría (Caldas) durante el año 2011. En la cual se observó que predominaron las familias extensas con un promedio de 4,83 personas. Por el nivel de Riesgo Familiar Total se ubicó a 62 % de las familias como amenazadas, en bajo riesgo el 35 % y solo 3 % en alto riesgo.

Se concluyeron que:

El riesgo de las familias amerita trabajo para Enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar aspectos relacionados especialmente con las condiciones psicoafectivas en familias amenazadas, y los servicios y prácticas en salud en familias de alto riesgo. La valoración del instrumento direcciona las acciones como base para construir el cuidado específico en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y seguimiento en relación con las dimensiones y categorías estudiadas. ⁽¹⁷⁾

Velásquez L., 2012, en la ciudad de Colombia, realizó una investigación titulada: “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares enfermos Pereira, Risaralda” cuyo objetivo fue identificar el Riesgo Familiar Total (RFT) y el Grado de Salud Familiar General (GEN) en las familias con preescolares aquejados en un Centro de salud de Pereira, Risaralda, entre los meses de abril y mayo del 2011. El Estudio

descriptivo transversal nos da como resultado una muestra aleatoria simple correspondiente a 44 familias con un error máximo de 1,5 y un nivel de confianza de 95, ajustada a 50. Se aplicó encuesta a un miembro de la familia adulto previo consentimiento informado. En cada familia se ha valorado con dos instrumentos de Riesgo Familiar Total RFT 5-33 y de Salud Familiar General ISF: GEN 21.

Como conclusión fue:

En el presente estudio, el 40% de estas familias se encuentran en situación de desplazamiento. La mitad de la población (43%) son niñas, niños y adolescentes, predominan (64%) que son las familias tipo I nucleares, con un promedio de 3,8 personas por cada familia. El 46% de estas familias se encuentran amenazadas, con un (88%) por condiciones psicoafectivas, un (74%) porque se perciben poco organizadas y un (98%) satisfechas. ⁽¹⁸⁾

2.2.1 Nacionales

Abrego E., Larios B, y Onofre J., 2012, desarrollaron la investigación titulada: “Riesgo familiar total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas, Lima - Perú, 2012”, el objetivo del estudio fue determinar el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012, el método utilizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por 123 familias, la técnica fue la entrevista y el instrumento el RFT: 5-33. 39.

Concluyó que:

Los resultados muestran que el 49,6 % son familias nucleares. El Riesgo Familiar Total encontrado fue de 62,6 % familias con riesgo bajo, 35 % amenazadas y 2,4 % riesgo alto. La dimensión que muestra mayor predominio en las familias

amenazadas es la situación socioeconómica con un 98,4 %, seguida de condiciones psicoafectivas y manejo de menores con un 96,7 %. En las familias con alto riesgo, la que más predominó fue la dimensión de servicios y prácticas de salud con un 7,3 %, seguida de la condición de vivienda y vecindario con un 6,5 %. En cuanto al tipo de familia y el riesgo familiar, se encontró el valor $p=0,265$, indicando que no existe relación significativa. Finalmente, el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 es bajo, en cuanto a las dimensiones, las familias en su mayoría eran amenazadas en su situación socioeconómica, seguido de las condiciones psicoafectivas y manejo de menores. En cuanto al riesgo familiar y el tipo de familia, no se encontró relación significativa entre ambas. ⁽¹⁹⁾

Camargo J., Cachicatari A. y Melgarejo Y. en el distrito de Comas de Lima Perú, desarrollaron la investigación titulada: “Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa señor de los Milagros, Comas – 2012”, el objetivo del estudio fue determinar el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012, el método utilizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal, con población ($n=110$), se utilizó un instrumento cuantitativo (RFT: 5-33).

Se concluyó que:

Según los resultados 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. Finalmente, dado el desempeño y confiabilidad de los resultados obtenidos en el estudio, se debería emplear el RFT: 5-33 con criterio de priorización en futuras intervenciones.

A su vez, debe ser socializado a las autoridades de salud de la comunidad, a las autoridades de la junta directiva vecinal del asentamiento humano para que sirvan de referencia en la toma de decisiones de las políticas sociales y de salud en la comunidad.⁽²⁰⁾

Becerra, W.; Díaz, Rocha J. 2013, realizaron el estudio “Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II, Los Olivos”, el objetivo general del estudio fue determinar el Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos. El estudio es descriptivo transversal. Se utilizó el instrumento Riesgo Familiar Total RFT 5-33.

Concluyeron que:

Que la aplicación del instrumento RFT 5-33 permitió caracterizar 146 familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II los olivos encontrándose promedio del riesgo alto siguiendo la familia amenazada y del riesgo bajo, En cuanto los antecedentes coinciden con nuestra investigación que se aplicó el instrumento RFT 5-33.⁽²¹⁾

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

Una vez que se realiza un análisis familiar con enfoque de riesgo, este consiste en describir a la familias lo que comprende: ciclo vital familiar (formación de la pareja, crianza de los hijos, familia con preescolares, familia con adolescentes, familia con adultos, familia en edad media, familia anciana, familia multicíclica), estructura o composición familiar (edad, sexo, número de personas), tipología familiar (nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstituida, extensa, modificada, pareja y atípica), y los riesgos a los que se expone tanto la familia como el individuo. A continuación los presentamos:

2.3.1 La familia

La Organización Mundial de Salud (OMS) define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.⁽²²⁾ La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.⁽²³⁾

A. Funciones de la familia

Cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades que, en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad. Una de las funciones más importantes de la familia es, en este sentido, satisfacer las necesidades de sus miembros.⁽²⁴⁾

Además de esta función, la familia cumple otras funciones, entre las que podemos destacar:

- La función biológica, que se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistencia.
- La función económica, la cual se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener vestuario, educación y salud.
- La función educativa, que tiene que ver con la transmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente, ingresar a la sociedad.
- La función psicológica, que ayuda a las personas a desarrollar sus afectos, su propia imagen y su manera de ser.

- La función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras.
- La función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar situaciones distintas, ayudarse unos con otros, competir, negociar y aprender a relacionarse con el poder.
- La función ética y moral, que transmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás. Todas las personas, especialmente los niños, necesitan que la familia a la que pertenecen cumpla estas funciones. Es tarea de cada miembro de la familia hacer todo lo posible para lograr esto. ⁽²²⁾

B. Tipos de familia

Las Naciones Unidas define los siguientes tipos de familia, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial. ⁽²²⁾

- Familia nuclear: Es integrado por los hijos y padres
- La familia uniparental o monoparentales: Se forman por fallecimiento de uno de los conyugues e, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias polígamas: En las que un hombre vive con varias mujeres. o con menor frecuencia, una mujer se casa con varios hombres.
- Familia compuesta: Habitualmente incluye tres generaciones, abuelo, padres e hijos que conviven juntos.
- Familias extensas: Es de tres generaciones, otros parientes tales como tíos tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.

- Familia reorganizada: Que viven de todos matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familia migrantes: Compuesta por miembros que proceden de otros contextos sociales generalmente, del campo hacia la ciudad.
- Familias apartadas: Son aquellas en las que existe asilamiento y distancia emocional entre sus miembros.
- Familias enredadas: Son familias de padres predominantes autoritarios.

C. Ciclo vital familiar

Uno de los principios de la medicina familiar es la atención continuada, integral y longitudinal. Esta afirmación supone un cuidado responsable del individuo y la familia durante distintas etapas de su vida, contribuyendo a resolver los problemas de salud y proporcionando acciones de promoción y prevención anticipada.⁽²³⁾

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior. Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).

Son numerosas las clasificaciones de las etapas del ciclo vital que se utilizan para caracterizarlas. El modelo de la OMS divide en seis etapas evolutivas.⁽²⁰⁾

- Formación matrimonio el nacimiento del primer hijo
- Extensión nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo
- Extensión completa nacimiento del último hijo Primer hijo abandona el hogar
- Contracción Primer hijo abandona el hogar Último hijo abandona el hogar
- Contracción completa Último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge
- Disolución Muerte del primer cónyuge Muerte del cónyuge sobreviviente.

2.3.2 Teoría de la familia

Las teorías de la familia pretenden explicar su desarrollo y las relaciones entre sus miembros para una mejor comprensión de su comportamiento emocional ya que las familias no pueden comprenderse y se aíslan y forman su vida en otros lugares o sitios que no es su hogar donde nacieron.

La teoría del Dr. Murray Bower permite hacer el enfoque más adecuado a la salud familiar. Esta teoría concluye en la comprensión de la familia como un organismo único, debido a la repercusión que ocurre a cada uno de sus miembros.⁽²⁵⁾

2.3.3 Riesgo familiar

A. Definición de riesgo total

Se define como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedades, desorganización o disfunción). Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud.

Amaya de Peña cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, quienes refieren desde ese punto de vista, “una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantenga controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.⁽³³⁾

- Enfoque de riesgo en salud

Los diversos enfoques de riesgo relacionan los conocimientos de vulnerabilidad y exposición al peligro.

Bustamante, menciona dos definiciones de familia y una de la salud familiar:

1. Definición sistémica de familia: es un grupo de personas, definido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como asegurar la procreación y crianza de los hijos (manutención física-biológica y emocional).

2. Definición compleja de familia: es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un trascurrir de diversidades, adversidades y complementariedades que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.

3. Salud familiar: es el resultado de la interacción entre diversas situaciones que un grupo familiar enfrenta y que determinan su reacción frente a los fenómenos de sus procesos de vida, incluida la condición de sano y enfermo.

La salud familiar es pues concebida como el conjunto de situaciones de salud de los individuos que cumplen con una familiaridad, o bien

como totalidad supra-individual, en lo que se considera a la familia como un sistema de características grupales propias.

La familia como la suma de la salud de cada uno de sus miembros, es más conocida por el énfasis individualista que hemos recibido en nuestra formación profesional permanentemente biologizada. La familia como unidad sistémica, es más conocida para los científicos sociales entrenados en trabajar en situaciones micro y macro grupales, y la familia como unidad dialógica compleja. ⁽³⁴⁾

2.3.4 Dimensiones

Se considera cinco dimensiones para la evaluación de las familias en situación de riesgo. Las cuales se mencionan a continuación:⁽²⁶⁾

A. Condiciones psicoafectivas

Las necesidades psicológicas son quizá las de más importancia ya que deben satisfacerse a fin de preservar la salud mental. Maslow mencionó las siguientes necesidades psicológicas básicas: de seguridad, integridad y estabilidad; de amor y de sentido de pertenencia; de estima y respeto a sí mismo. A nuestro punto de vista las necesidades psicoafectivas más importantes son la necesidad de afecto y amor, necesidad de pertenencia y necesidad de reconocimiento; ya que como hemos dicho el ser humano siempre está en una lucha constante por el afecto, el amor, el reconocimiento y la pertenencia, y al no verse satisfechas estas llevarán al individuo a conductas desadaptadas y antisociales.

El estado emocional va depender de cambios en la vida familiar y en los roles ocasionados por las necesidades de algún miembro de la familia.

Capacidad de la familia para afrontar las necesidades emocionales de sus miembros. Capacidad de los miembros de la familia para expresar sus sentimientos. Capacidad para desenvolverse en las tareas, de comunicar claramente un mensaje, resolver problemas y toma de decisiones.

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

B. Servicios y prácticas de salud

En un sentido amplio la atención médica puede concebirse como un proceso que comprende el conjunto de acciones que emprende el médico y personal subordinado, dirigidas a preservar y recuperar o mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Los servicios de salud son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

La calidad de vida y las actividades de todas las personas en las comunidades están estrechamente relacionadas con la estructura y la distribución de la población, la salud y la nutrición de cada una de los integrantes de la familia.

La salud es un derecho individual pero su atención es una responsabilidad, compartida entre el ciudadano como individuo y la sociedad. Por este motivo según sean los valores y creencias sociales, la organización del sistema de salud será diferente y se plasmara en el contrato social suscrito entre los ciudadanos y el Estado.

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

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): "la idea de una discriminación positiva en el cuidado de la salud basada en la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema, como cuidado familiar y personal, cuidado comunitario, incremento en cobertura, mejoramiento referencial, modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional y políticas intersectoriales."⁽³⁵⁾

C. Condiciones de Vivienda y Vecindario

Uno de los ambientes habituales donde convive el ser humano en el curso cíclico de su vida es la vivienda, además están la escuela, el lugar de trabajo, la ciudad y el municipio. El concepto de ambientes y entornos saludables incorpora saneamiento básico, espacios físicos limpios y estructuralmente adecuados, y redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, exentos de violencia (abuso físico, verbal, y emocional). Para tener una vivienda Saludable las personas o individuos que se organizan para tomar decisiones y acciones conjuntas en busca de promover viviendas saludables.

Según el MINSA, las condiciones de vivienda y vecindario son características del entorno físico general, del lugar de trabajo, del

hogar, y de los lugares por donde usualmente transita la población. Existen importantes determinantes de su salud que derivan de la contaminación del aire –incluida la exposición secundaria al humo de tabaco–, la contaminación del agua y de los alimentos que ingerimos, el nivel de exposición a los rayos infrarrojos, el contenido de oxígeno en el aire que respiramos, de la seguridad en el diseño de las viviendas, las escuelas, las carreteras y los lugares de trabajo. ⁽³⁶⁾

D. Situación socioeconómica

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

Se plantea que la pobreza se supera “cuando un grupo social inicia con éxito y pasó seguro, un proceso de transformaciones internas que le posibilitan incorporarse a la sociedad y a su proyecto.

La capacidad de iniciar procesos acumulativos económicos y, sobre todo, educacionales, culturales y espirituales. Estas nuevas estrategias deberían considerar un enfoque integral. Barrios con adecuadas áreas recreacionales y verdes; diseños de viviendas que tomen en real cuenta la privacidad.

Manejo de menores

Los niños crecen y se desarrollan a ritmos diferentes. El abuso de menores es un grave problema que se mantiene escondido. Puede

ocurrir en cualquier familia. Las consecuencias, físicas y emocionales, pueden durar toda la vida. Puesto que los niños no pueden protegerse a sí mismos, nosotros tenemos que hacerlo.

Las prácticas de crianza, el cuidado y la orientación de los niños, son un fenómeno muy complejo y muestran una gran variabilidad. Además, son altamente sensibles a las determinaciones socioculturales y al modo particular como los interpreta y usa un padre de familia concreto. En este sentido, una circunstancia como la pobreza juega un papel determinante sobre los distintos aspectos que componen las prácticas de crianza, dado que su influencia puede ser muy negativa para el desarrollo de los niños, ya sea por ignorancia de una adecuada forma de criar a los niños, o por cambios repentinos en las condiciones normales de la vida familiar, como es el caso, cuando se presenta la pérdida del empleo o la disminución en la calidad de vida, mencionar que la familia es esencial para la humanización de la persona, y que el desarrollo psicológico del niño tiene estrecha relación con el entorno donde es criado, en el amplio sentido de la palabra. Por ello, la familia es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas es el lugar del aprendizaje social y psicológico del individuo. Este individuo se identifica a sí mismo en relación con otros cercanos a él, que son los miembros de su familia y en relación con el conjunto de la sociedad.

Para MINSA, las enfermedades infecciosas y parasitarias han sido responsables de la morbilidad en los niños y niñas con edades comprendidas entre cero y cinco años, casi siempre se asocian con problemas de desnutrición y enfermedades de base incrementando el riesgo de muerte, especialmente en las zonas rurales con necesidades básicas insatisfechas y desplazamiento forzado.

Es de resaltar los factores de riesgo y de predisposición como son las madres adolescentes, el bajo nivel de escolaridad, la negligencia y los limitantes culturales en la comunidad. Se requiere de la intervención conjunta de estrategias del Ministerio de Salud tal como la de:

"Alimentación y Nutrición Saludable" que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales. También la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunización (ESNI) o "Programa Nacional de Inmunizaciones", que prioriza la prevención de enfermedades a través de la vacunación como elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando a su vez: Un incremento en la producción, mejor educación, mejora en la inversión pública y un impacto positivo en la demografía.⁽⁹⁾

2.3.5 Abordaje de la salud familiar en el Perú

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

El MAIS aplica las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. Establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas y propone la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad en corresponsabilidad con el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de asegurar el nivel de salud que haga posible el desarrollo sostenible.⁽¹⁰⁾

B. Características fundamentales del modelo de atención.

Centra su atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud; acercando la atención de salud a la población beneficiaria.⁽¹⁰⁾

Pone énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; con orientación a la familia.⁽¹⁰⁾ Reorienta los servicios de salud hacia una atención personalizada, digna y de calidad, con base en principios de salud familiar y comunitaria, y en las garantías explícitas del Aseguramiento Universal en Salud.⁽¹⁰⁾

Brinda especial atención a los recursos humanos, desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria, así como en la implementación de políticas de trabajo digno.⁽¹⁰⁾

Promueve la gestión de la salud, con enfoque territorial.⁽¹⁰⁾ Organiza los servicios en redes de salud y asegura la complementariedad e integralidad de la atención que requieren las necesidades de salud sentidas y no sentidas, para que se garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios hasta las modalidades de atención especializada.⁽¹⁰⁾

Promueve el abordaje de los determinantes sociales de la salud y abre espacios para la participación ciudadana en salud, individual y colectiva, y la intersectorialidad, a través de la creación del “Consejo Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud”; incorporando, además, mecanismos eficientes y efectivos de participación.⁽¹⁰⁾

Asegura, a través de diversos mecanismos de financiamiento, equitativos y sostenibles, los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad. En este sentido se promueve el financiamiento Per Cápita de la Atención Integral de Salud, con prioridad en el primer nivel de atención y en zonas pilotos y de manera gradual y progresiva en todo el país.⁽¹⁰⁾

Promueve un sólido marco jurídico sanitario que revitalice y actualice la normatividad vigente, en el contexto de fortalecer su rol rector.⁽¹⁰⁾

Promociona el respeto e impulso a la transversalización de los enfoques de derecho, interculturalidad y equidad de género.⁽¹⁰⁾

El modelo de atención integral propuesto releva como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia

de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local. ⁽¹⁰⁾

C. Finalidad

Mejorar el nivel de salud de la población del país y la equidad en el acceso a la atención integral de salud. ⁽¹⁰⁾

D. Objetivos

Actualizar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral de salud luego contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención integral de salud, que incorpora el abordaje de los determinantes de la salud desde una dimensión política que articule los niveles de gobierno y los sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva, establecer los lineamientos para implementar el modelo de atención integral de salud, basado en familia y comunidad en el Sistema de Salud. ⁽¹⁰⁾

E. Componentes del modelo de atención integra de salud (MAIS) de salud basado en familia y comunidad.

Los dos ejes de intervención del MAIS-BFC se implementan en la práctica a través de cuatro componentes que tienen como actores las instancias de gobierno de los niveles Nacional, Regional y Local, las instancias de gestión de las organizaciones prestadoras de servicios de salud; los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos y los actores de la Sociedad Civil.

Estos componentes son:

- Gestión

- Organización de la Prestación el Prestación de Servicios de Salud
- Financiamiento

El sistema de información Modelo de Atención Integral de la Salud Basado en la Familia y Comunidad trata de representar los cuatro componentes del MAIS-BFC, enfatizando su componente de salud familiar y comunitaria y enmarcándolo dentro del contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud.⁽¹⁰⁾

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

En cuanto al método utilizado en este trabajo es cuantitativo, no experimental, ya que los datos obtenidos son susceptibles de ser cuantificados, es decir, permiten apreciar estadísticamente características de las familias, como es el Riesgo Familiar Total en el Asentamiento Humano Juan Pablo II.

Es de nivel aplicativo debido a que los resultados permiten aportar datos reales para la mejora de salud de las familias, para así planificar estrategias que permitan disminuir el Riesgo Familiar Total.

Es un estudio descriptivo ya que se describió el fenómeno tal y como se presenta en la realidad de las familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II.

Es transversal porque la recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo determinado.⁽²⁷⁾

3.2 POBLACIÓN

Se trabajó con el 100% de la población, la cual estuvo constituida por 100 familias, que conforman el sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, quedando al final solo 90 familias encuestadas, ya que hubieron casas cerradas, abandonadas, renuentes y rechazadas al momento de la recolección de datos.

En cuanto a los criterios que se tomó en cuenta fueron:

3.2.1 Criterios de inclusión

- A. Familias que vivan dentro del sector 4
- B. Familias que pertenezcan al Asentamiento Humano Juan Pablo II.
- C. Familias que participen voluntariamente de la investigación

3.2.2 Criterios de exclusión

- A. Familias que vivan en otros sectores.
- B. Familias que no pertenezcan a la Comunidad Juan Pablo II.

3.3 Variable:

Riesgo familiar total

3.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, citado por Amaya, quienes refieren desde ese punto de vista, “una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantenga controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad” ⁽³³⁾

3.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoactivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas (Anexo A).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto al proceso de recolección de datos, se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento para medir el riesgo familiar total de las familias fue el RFT 5 – 33. Este instrumento nos permite identificar aquellas familias vulnerables a presentar problemas de salud en uno o más de los miembros que la componen.

El Instrumento de Riesgo Familiar Total, cuestionario RFT: 5-33 (Anexo B), está compuesto por cinco secciones principales. Las cuatro primeras

identifican y describen aspectos importantes para el conocimiento, la tipificación de la familia y la historia de la trayectoria, aunque no tienen peso alguno sobre el puntaje total del inventario.

El instrumento se encuentra estructurado en cinco secciones principales las cuatro primeras identifican y describen algunos aspectos importantes para el conocimiento y localización de la familia, pero no tienen peso sobre el puntaje total. La quinta parte es un inventario de los factores de riesgo que resultaron más discriminativos en los análisis psicométricos que generaron el instrumento. Las cinco secciones.

Las secciones son las siguientes:

- A. Consentimiento Informado, el consentimiento debe ser leído en voz alta al participante; este tendrá que firmarlo o plasmar su huella digital sobre el formulario, explicándole que su firma o huella es solamente una constancia de que acepta ser participante voluntariamente y que brindará la información siempre y cuando se respete la confiabilidad de la misma, el responsable de la prueba hará una observación de este hecho en el formulario. (Anexo C)
- B. Incluye datos de ubicación de la familia para su posterior seguimiento y el papel que el participante desempeña dentro de la familia. Además se identifica el tipo de familia evaluada (pareja, nuclear, nuclear modificada, nuclear reconstruida, extensa, extensa modificada, atípica). Todas las familias constituidas por pareja o por cualquier modalidad de nucleares son llamadas tipo 1. Aquellas denominadas extensas o atípicas son llamadas familias tipo 2.
- C. Composición de la familia y riesgos individuales:
Consiste en la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, incluyendo información sobre género, edad, papel dentro de esta y datos sobre algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con educación sexual,

servicios de salud, nutrición, vacunas y otras que se describen posteriormente en la sección de aplicación.

- D. Antecedentes de patologías de carácter familiar: Tales condiciones, según datos epidemiológicos son de carácter familiar y pueden incrementar el riesgo de las generaciones actuales.
- E. Instituciones de apoyo familiar: Ésta sección indaga sobre las instituciones, organizaciones o grupos sociales y de salud que pueden apoyar a los individuos y al núcleo familiar. Se identifica la presencia de estos grupos en la comunidad de la familia, así como la vinculación de ésta a muchas organizaciones.
- F. Factores de riesgo: Es en esta sección donde vamos a investigar a las familias en riesgo que consta de 33 ítems que evalúan en conjunto riesgo familiar total. A su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar, como a continuación.

Se presenta:

Tabla 1

FACTOR (DIMENSIONES)	Nº.de ítems	Descripción
Condiciones psicoactivas	10	Peleas de parejas, sin afecto, ansiedad, uso de psicoactivos y desasosiegos.
Servicios y prácticas de salud	6	Disponible, accesible a los servicios de salud, prácticas y manejo de salud.
Condiciones de vivienda y vecindario	5	Organizado, seguro, adecuación de espacios e higiene y salud ambiental
Situación socioeconómica	6	Disponer atención en salud, educación y recreación.
Manejo de menores	6	Cuidar los riesgos biológicos y psicológicos del individuo (menor de 12 años).

Fuente: Riesgo Familiar Total

Esta quinta sección que es la más importante para el estudio, está compuesta por 33 ítems, los cuales evalúan en conjunto el Riesgo Familiar Total.

3.4.1 Calificación y corrección del instrumento

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

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

Obtención del puntaje bruto. La calificación de cada uno de los factores de riesgo o cálculo de los puntajes brutos (PB), como se explicó consiste en la sumatoria de los ítems componentes de cada factor expresada como $PB = It1a + It 2a... + Itna$, donde $It1a$ es el primer Ítems componente del factor e $Itna$ es el último ítem del factor. Posteriormente, estos PB deben ser transformados a puntuaciones que hagan posible la comparación de la familia con el normativo. El PB total se expresa como la sumatoria de los PB de los factores de riesgo.

3.4.2 Criterio de calificación del Riesgo Familiar Total

Los criterios para determinar las categorías de calificación de las familias de acuerdo con los rangos de puntajes convertidos a percentiles y PE, a continuación, se hacen una descripción de los posibles hallazgos que representen los criterios de calificación del riesgo familiar total.

A. Familias con riesgo bajo

En primer lugar, puede tomarse estas familias amenazadas como una oportunidad para brindarles una atención integral que permita reducir su riesgo a bajo.

B. Familias amenazadas

Las familias amenazadas pueden verse de dos formas, en primer lugar como potenciales familias a alcanzar un riesgo alto en el caso que no se les dé una atención y cuidados adecuados.

C. Familias con riesgo alto

El permitir que el riesgo sea medido le facilita visualizar su condición y precisar en qué aspectos debe trabajar en pro de la salud de los miembros y de la familia como un todo en términos de las familias. El evaluar el riesgo no es simplemente el ejercicio de exploración para el profesional de la salud, sino disponer de las estrategias de acciones convenientes y necesarias para cubrir las experiencias generadas a la familia dentro de los planes de salud existentes.

3.4.3 Validez y Confiabilidad del instrumento

El instrumento elaborado fue sometido a 5 jueces expertos en el área de investigación y salud pública (juicio de expertos) para evaluar la validez del mismo, posteriormente se aplicó la prueba binomial con lo que se obtuvo una validez óptima de 90,662 en razón a $p < 0.05$. (Anexo D)

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento primero se realizó una prueba piloto con veinte familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II, luego se estimó el coeficiente de confiabilidad, que determinó que el instrumento es altamente confiable.

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En cuanto a la recolección de datos con el instrumento RTF 5-33, se desarrolló en los meses de setiembre y octubre del año 2014, previa gestión de trámites administrativos para obtener las autorizaciones respectivas por parte de los dirigentes del Asentamiento Humano.

Se realizó primero el mapeo para saber la ubicación de nuestro sector y determinar la cantidad de familias que existen en el sector 4. Esto sirvió también para tener un primer contacto con las familias y coordinar las fechas para las entrevistas, previa autorización y disponibilidad de tiempo del entrevistado.

Al realizar nuestra encuesta en las familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014, al inicio manifestaron desinterés, pero fue cambiando con el tiempo, ya que en el ciclo anterior nosotras habíamos realizado nuestras prácticas pre-profesionales y algunos pobladores nos reconocían y nos dieron facilidades para aplicar el instrumento RFT 5 -33, muestra de ello fue la aceptación del consentimiento informado y las firmas respectivas (carta de presentación) después de la explicación de los objetivos de nuestros estudios. (Anexo E)

Con el mapeo se determinaron 100 familias, que por motivos de migración, casas abandonadas, deshabitadas y algunos rechazos, luego de tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión nuestra población quedó conformada por 90 familias.

El instrumento se aplicó en un promedio de 30 a 40 minutos por cada familia, el sector a estudiar es el 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II.

Al hacer uso del instrumento de riesgo familiar total se tuvo en cuenta las consideraciones bioéticas, es por ello que se hizo el consentimiento informado de las familias en estudio, puesto que la ética en la investigación presenta un gran reto, se debe lograr en todo momento el bien del

investigado, el bien de la sociedad y aportar un incremento al conocimiento científico. La ética como saber práctico debe dirigir la acción humana, en este caso del investigador, y para lograr una concretización del objetivo que persigue, debe contar con la autorización de las personas. Es por ello que en el presente trabajo de investigación se realizaron las coordinaciones respectivas con las autoridades responsables del Asentamiento Humano, posteriormente a cada familia se le explicó los objetivos del estudio, luego se les entregó el consentimiento informado para su autorización en la participación de dicho estudio.

El RTF fue digitado en un archivo de Microsoft Access preparado para validar los campos del RTF 5-33, se dividió la digitación entre varios grupos de alumnos y luego sus archivos fueron fusionados y finalmente importados al SPSS.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

En cuanto al proceso de análisis de datos podemos señalar que se empleó el paquete estadístico SPSS 20, las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje, las variables cuantitativas con promedios y errores estándar. Para evaluar si la distribución de las modalidades del RTF se relaciona con variables socioeconómicas se aplicó la prueba de Chi cuadrado. Se considera significativos valores p menores de 0.05.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

La relación del médico u odontólogo con su paciente debe estar fundamentada en sólidos principios éticos, válidos, vigentes y de aceptación general, que garanticen a ambos protagonistas un correcto proceder y una armoniosa relación.⁽²⁸⁾

3.7.1 BENEFICENCIA

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia.⁽²⁶⁾

3.7.2 NO-MALEFICENCIA

Este a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor.”⁽²⁶⁾

3.7.3 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto. Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no

significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.

Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. ⁽²⁶⁾

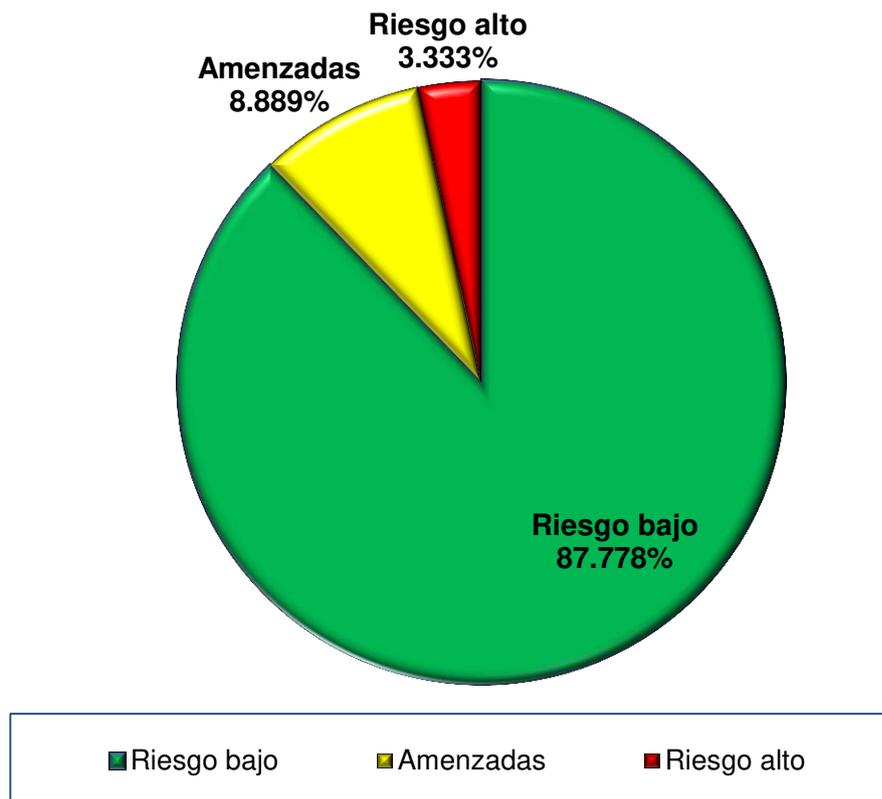
3.7.4 JUSTICIA

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos. Asimismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural. ⁽²⁶⁾

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

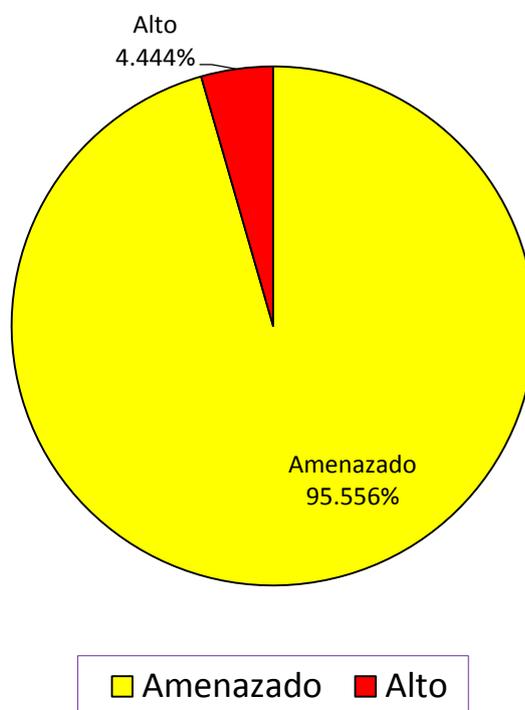
Gráfico 1: Riesgo familiar total en las familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014.
(n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En este gráfico podemos observar que las Familias riesgo bajo predomina el riesgo familiar total con un 87,8%, seguida de las Familias Amenazadas con un 8.9 % y las Familias de Riesgo Bajo presentó un total de 3,3 % de un total de 90 familias entrevistadas.

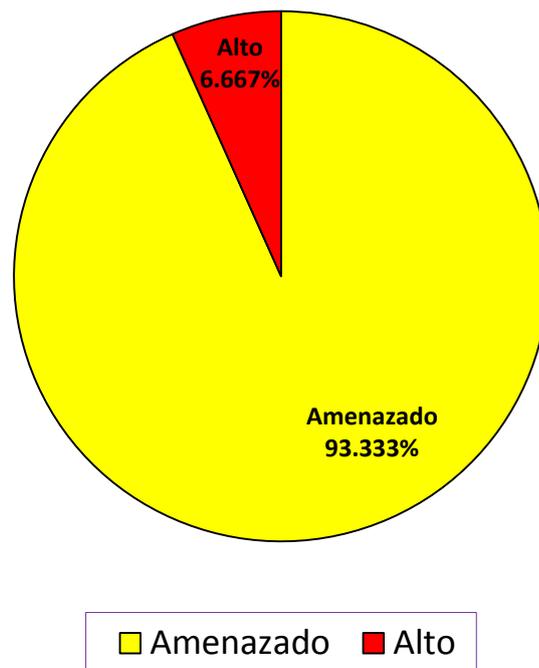
Gráfico 2: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de condiciones psicoafectivas en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014. (n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En el gráfico, según dimensión de condiciones psicoafectivas en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que familias amenazadas representan un 95.6% con respecto al total; y familias que están en riesgo alto representan un 4.4% con respecto al total.

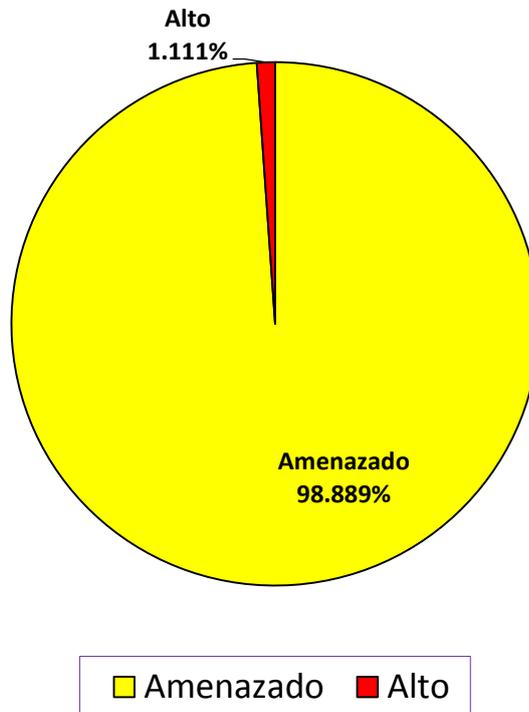
Gráfico 3: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de servicios y prácticas de salud, en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014. (n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En este gráfico, según dimensión de servicios y prácticas de salud en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos familias que están amenazadas representan un 93.3% con respecto al total; familias que están en riesgo alto representan un 6.7% con respecto al total.

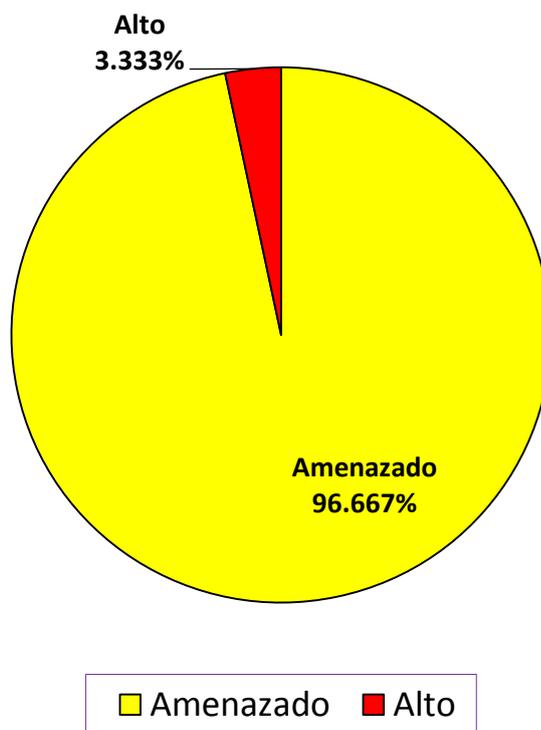
Gráfico 4: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de vivienda y vecindario, en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014. (n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En el gráfico, según dimensión condiciones de vivienda y vecindario en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que las familias están amenazadas representan un 98.9% con respecto al total; y familias que están en riesgo alto representan un 1.1% con respecto al total.

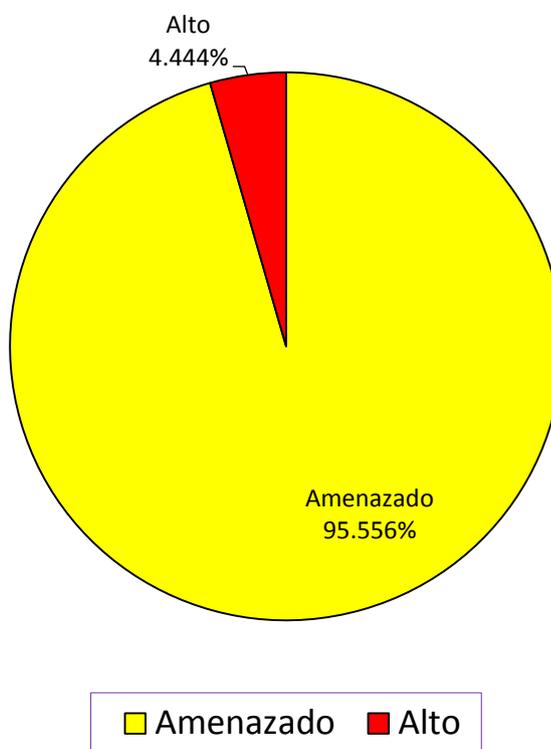
Gráfico 5: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de situación socioeconómica, en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014. (n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En el gráfico, según dimensión de situación socioeconómica en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos familias que están amenazadas representan un 96.7% con respecto al total; y familias que están en riesgo alto representan un 3.3% con respecto al total.

Gráfico 6: Distribución del riesgo familiar total, según dimensión de manejo de menores, en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014. (n°=100)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la escuela profesional de enfermería- UCH; 2014.

En el gráfico, según dimensión de manejo de menores en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos familias que están amenazadas representan un 95.6% con respecto al total; y familias que están en riesgo alto representan un 4.4% con respecto al total.

4.2 DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el tipo de familia nuclear representa un 45.6%; familia extensa, 18.9%; y familia constituida por pareja un 5.6% que hacen en total 70.1%, cifra muy significativa que colocan a la familia de nuestro estudio con riesgo bajo seguida de las atípicas, nucleares modificadas y nucleares reconstruidas, cifras no significativas.

En cuanto a la edad de jefe de familia es predominante adolescentes, con un 56.7%; le sigue adulto, con un 13.3%, lo que se corrobora que en su mayoría son familias jóvenes, que puede significar una desventaja o una ventaja. Según Duvall, "los adolescentes están sufriendo unos cambios y necesitan aceptación tanto a nivel emocional como cultural y sexual", los de tipo de familia cuyo jefe son jóvenes son económicamente activos y productivos y puedan sacar adelante a la familia que forman pero tienen como desventaja la inmadurez de la personalidad ⁽²⁹⁾ "la creciente fragilidad de las relaciones familiares. Cuanto más joven la cohorte, mayor inestabilidad hay en el matrimonio y la cohabitación. Mientras que en las dos cohortes más jóvenes se dan menos matrimonios y a una edad más tardía, también están más dispuestos a entrar en relaciones de convivencia. Sin embargo, las cifras indican que particularmente para los de la cohorte de 1970 estas tienden a ser relaciones no permanentes ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, las 90 familias estudiadas, en cuanto al sexo, predomina la mujer como cabeza de familia, pero con muy poca diferencia que la del masculino. Esta característica ha venido en aumento en las familias de América Latina. Diversos estudios han concluido que los hogares con jefe mujer constituyen las familias más pobres, pero puede favorecer dada el motivo que hoy en día tiene la mujer el sacar adelante a su familia, por ser el sexo femenino el que está ubicándose en la actualidad en puestos de liderazgo ⁽³⁰⁾.

Según nuestros resultados tenemos que el mayor porcentaje de riesgo familiar total en el asentamiento humano Juan Pablo II de Los Olivos es riesgo familiar bajo (87.8%), al contrastar nuestro estudio con la investigación de Velásquez coincidimos en nuestros resultados con dicha investigadora, quien sustenta: “que es posible que en una familia que sea categorizada en el nivel de riesgo bajo, según el puntaje global presente dentro de él”, alguno de los factores ubicados en la categoría de riesgo alto a amenazado⁽⁵⁾ como por ejemplo el tipo de familia, la edad del jefe de familia y más aún cuando el jefe de familia es la madre.

La mayoría en psicoafectivas encontramos con mayor porcentaje riesgo amenazado (95.6%) y con un menor porcentaje riesgo alto. Según nuestros resultados en esta dimensión puede deberse a pesar que nuestras familias sean nucleares pero la edad de los jefes fluctúa entre los 18 y 29 años lo que hace presuponer nosotras los investigadores que esta edad influya en la estabilidad emocional de la familia (padres e hijos). Desde nuestro punto de vista, las necesidades psicoactivas más importantes son la necesidad de afecto y amor, necesidad de pertenencia y necesidad de reconocimiento; ya que como hemos dicho el ser humano siempre está en una lucha constante por el afecto, el amor, el reconocimiento y la pertenencia, y al no verse satisfechas estas llevarán al individuo a conductas desadaptadas y antisociales.

La mayoría en servicios y prácticas de salud, encontramos con mayor porcentaje un riesgo amenazado (93.3%) y con mínimo porcentaje riesgo alto, dada que nuestras familias se sitúan en una población urbano marginal con desventaja a una población urbana propiamente dicha, y que el único centro de salud solo cuenta con servicios médicos básicos. Comparando nuestros resultados con los antecedentes, encontramos coincidencias con de Betancurth de Colombia donde refiere que “La percepción del riesgo, salud o enfermedad expresado refleja que la impresión de estar aparentemente sanos es muy alta.

A pesar de que la población se percibió sana, igualmente debería ser congruente con la práctica hábitos de vida saludables que protejan su salud, asunto que se demuestra se ve afectado en posteriores análisis.⁽³¹⁾

Las reformas al sector salud de las últimas décadas en Latinoamérica están fomentando la privatización de los servicios siguiendo principios de corte liberal. A diferencia de un sistema de medicina social, en sistemas privados el acceso de las personas a los servicios depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo. El resultado es que personas con más recursos tienen menos riesgo de enfermar y de que sus enfermedades se agraven. De otro lado, quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan⁽²⁹⁾. Con respecto a servicios y prácticas de salud, todas estas poblaciones están dentro de la jurisdicción de un establecimiento de salud, pero ya sea por la lejanía o por la poca cantidad de recursos humanos en estos, no cumplen como debe de ser, el promocionar sus servicios y sensibilizar a la población sobre la importancia de acudir a sus controles o actividades programadas por el establecimiento de salud. Por otro lado, es necesario señalar que existe evidencia suficiente para afirmar que los estilos de vida no están sujetos a la elección individual sino que tienen relación con las circunstancias de la estructura social, de forma que las personas que pertenecen a clases sociales desfavorecidas tienen menor capacidad de elección y frecuentemente adoptan estilos de vida no saludables como consecuencia de factores estructurales⁽³⁰⁾

El establecimiento de salud Juan Pablo II es un Centro Materno Infantil, al tener atención de emergencia y el servicio de gineco obstetricia las 24 horas del día, derivan una gran cantidad del restringido personal de salud para esta actividad, descuidando los aspectos preventivo promocionales y las salidas de campo que permitan acercar la población al establecimiento. Existe un grupo organizado de promotoras de salud que agregan

“requerimos el apoyo de los profesionales de la salud para reforzar nuestras actividades, en casi todos los casos lo hacemos solas”.

La mayoría en Condiciones de Vivienda y Vecindario encontramos con mayor porcentaje amenazados (98.9 %) y con un mínimo porcentaje riesgo alto, estos resultados tiene similitud con los estudios realizados de Velásquez Restrepo Luz Enith y Velásquez Gutiérrez Vilma Florisa donde refiere que “Los aspectos de vivienda y vecindario han sido objeto de control permanente desde saneamiento ambiental y su cobertura se considera como indicador importante para evaluar la gestión en salud pública. El mayor porcentaje de los hogares cuenta con electricidad, alcantarillado y acueducto, también las características del piso han cambiado”⁽⁵⁾. En nuestro estudio observamos que las familias viven en un asentamiento humano, que está mejorando su condición de infraestructura comparándola con la urbana, observamos que cuentan con las necesidades básicas, con pista, y con techo propio. Los servicios de salud son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.⁽⁵⁾

La calidad de vida y las actividades de todas las personas en las comunidades están estrechamente relacionadas con la estructura y la distribución de la población, la salud y la nutrición de cada una de los integrantes de la familia. La salud es un derecho individual pero su atención es una responsabilidad, compartida entre el ciudadano como individuo y la sociedad.

La mayoría en situación socioeconómica encontramos con mayor porcentaje amenazados (96.7%) y con un mínimo porcentaje riesgo alto. Las personas pobres a menudo viven sin las libertades básicas de seguridad, acción y elección que las personas que no están en esta situación, dan por hecho. Con frecuencia carecen de alimento, refugio, educación y salud adecuada, privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos.⁽³²⁾ Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de

presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. En nuestro estudio el promedio de ingreso familiar en situación socio económica el ingreso escaso en las familias en la mayoría el mayor porcentaje es en inaccesibilidad servicios de salud es 46%, y el ingreso en las familias el menor porcentaje es 5% en inaccesibilidad de salud.

La mayoría en manejo de menores encontramos con mayor porcentaje amenazados (95.6%). En este sentido, una circunstancia como la pobreza juega un papel determinante sobre los distintos aspectos que componen las prácticas de crianza, dado que su influencia puede ser muy negativa para el desarrollo de los niños, ya sea por ignorancia de una adecuada forma de criar a los niños, o por cambios repentinos en las condiciones normales de la vida familiar, como es el caso, cuando se presenta la pérdida del empleo o la disminución en la calidad de vida, mencionar que la familia es esencial para la humanización de la persona, y que el desarrollo psicológico del niño tiene estrecha relación con el entorno donde es criado, en el amplio sentido de la palabra.

Finalmente, podemos agregar que de forma global predomina el riesgo familiar bajo y en cuanto a las dimensiones las familias amenazadas. Esto nos llama a la reflexión y a tomar en cuenta que debemos redoblar esfuerzos en este grupo de familias amenazadas para poder acercarlas al segmento de las familias con riesgo bajo, para ello se requiere un trabajo multidisciplinarios que este sostenido en una adecuada dotación de recursos humanos para garantizar el trabajo extramural que debe predominar cuando abordamos a las familias, además de ello dotar al establecimiento con las condiciones materiales básicas para que se pueda trabajar de forma sostenida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014, presentan riesgo bajo y amenazas.
- La mayoría de las familias tienen una adaptabilidad alta ya que los integrantes de dichas familias satisfacen sus necesidades mutuamente.
- Casi la mitad de las familias encuestadas refieren que hacen partícipe en cuanto a la toma de decisiones, lo cual se refleja en la dimensión de participación.
- La mayoría de familias encuestadas tienen un afecto bajo ya que en el seno familiar no tuvieron un ejemplo para expresar afecto.
- La mayoría de familias encuestadas tienen poco espacio, tiempo y dinero.

5.2 RECOMENDACIONES

- Promover programas de atención a la familia del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014, por parte del centro de salud, para la atención especial a las familias amenazadas.
- Realizar otras investigaciones en torno a esta temática para profundizar y ampliar dicho estudio.
- Promover campañas de sensibilización dirigidas a la población general y especialmente a las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014, que están más vulnerables, en especial a las familias amenazadas y de alto riesgo.
- Promover el desarrollo de actitudes positivas en el personal de enfermería ante los problemas de las familias del sector 4 del asentamiento humano Juan Pablo II del distrito de Los Olivos, 2014 y fomentar la formación y capacitación de recursos humanos que se involucren y atiendan a las familias en riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldeas Infantiles SOS. La familia en el centro 2012. 1ra. ed. Aldeas Infantiles SOS, editor. Lima; 2013.
2. Arriagada I. Políticas sociales. 2006.
3. Vicente CM. Políticas sociales familiares. :1–28.
4. Salud. Programa nacional de formación en salud familiar y comunitaria. 2011;25.
5. Velásquez Restrepo, Luz Enith; Velásquez Gutiérrez, Vilma Floris:. Riesgo familiar total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia. Centro de salud Villasantana. Pereira. Fund Univ del área andin. 2012;
6. Sumpsi j. Desarrollo rural:nuevos enfoques y perspectivas. 2004.
7. Movimiento Manuela Ramos y de Care Perú, en el marco del proyecto “Observatorio de Educación de las Niñas y Adolescentes Rurales”, auspiciado por Care. Ley de Fomento de la Educación de las Niñas y Adolescentes Rurales. Ley N° 27558. Concordada con Normas Internacionales y Nacionales.
8. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Plan nacional de apoyo a la familia 2004-2011: versión completa dirección general de la familia y la comunidad.
9. Ministerio de Salud. Prevención para la salud [internet]. 2011. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencionensalud.asp>
10. Ministerio de Salud. Documento técnico modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. 2011;121.
11. Huaicha C. Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el distrito de Los Olivos. [Internet]. Lima; 2005 p. 53. Available from: [.cicad.oas.org ... diagnosticofinal Diagnostico Final Olivos.pdf](http://www.cicad.oas.org/.../diagnosticofinal/Diagnostico%20Final%20Olivos.pdf)
12. Los Olivos . Historia del Cono Norte y de Los Olivos. Un sueño hecho realidad. 2005.
13. Centro Materno Infantil Confraternidad;
<http://centromaternoinfantilconfraternidad.blogspot.pe/>
14. Garrido DJ, jefe M. Asociación Juan Pablo II. 2014. P. 71.

15. Mitma I. Juan Pablo II. 2014.
16. Mendoza M. y Amaya P. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Medigraphic [Internet]. 2010;24(4):236– 241. Available from: .medigraphic.com pdfs inper ip-2010 ip10 d.pdf.
17. Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna, Villamaria, Caldas, Colombia. [Tesis de maestría] [Internet]. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Universidad Nacional de Colombia 2011. p. 11 . Available from: .bdigital.unal.edu.co, disponible en: dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf.
18. Velásquez L. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda. Tesis de maestría Internet . Universidad Nacional de Colombia 2012. p.12. Available from: bdigital.unal.edu.co 7059 1 5 95 .2012.pdf.
19. Abrego E., Larios B. y Onofre J. Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. p. 160.
20. Camargo C., Cachicatari J y Melgarejo Y. Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. p. 149.
21. Becerra, W.; Díaz, Rocha J. (2013). Riesgo familiar total en familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos.
22. Vargas I. Familia y ciclo vital familiar.
23. Declaración Universal de Derechos Humanos la Familia. 1948; artículo 1.
24. García G. Zavala. Clima familiar, vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos distrito del Rímac Gustavo Waldo Zavala García para optar el título profesional de psicólogo. 2001;
25. Jure H, Ciuffolini B. La familia como unidad de atención:1–31.
26. Sampieri H. Metodología de la investigación científica. 4ta. ed. México: editorial Ultra. 2008.
27. Olavarrieta AC. Teoría de la familia [internet]. 2007. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/congresos/934>

28. Muñoz PD. Principios bioéticos [internet]. 2013. Available from:
<http://www.iztacala.unam.mx/rivas/notas/notas1introduccion/etiprincipios.html>
29. Giraldo BP. Beatriz Pérez Giraldo. 2003;21–31.
30. Umicel. Nuevas formas la familia [internet]. 2003;50–4. Available from:
http://www.aieef.org/archivos/archivo_491.pdf
29. Barrero Cea. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. 2006;12(1):9–22.
30. Borrell C. Desigualdades y servicios de salud. 2006;9–22.
31. Paola D, Loiza B, Consuelo M, Rey A. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría. 2012;17(1):29–44.
32. Salud organización mundial de la salud. Trastornos mentales prevención de los trastornos mentales. 2004; Centro Materno Infantil Confraternidad; <http://centromaternoinfantilconfraternidad.blogspot.pe/>
33. Clement-Stone S., Eigsti D. y Mcguire L. Familia completa y Enfermería en Salud Comunitaria [Internet]. 3ra. ed. Mosby, editor. St. Louis; 1991. Available from: <http://maximumbook.org/Comprehensive-Family-and-Community-Health-Nursing-page1382403895.html>
34. Bustamante S. Enfermería Familiar [Internet]. 1ra. ed. Biblioteca Nacional del Perú, editor. Trujillo; 2004. Available from:
<http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Enfermer%EDaFamiliar.pdf>.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Medición del riesgo y de sus cifras generales pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema, como cuidado familiar y persona. 2010.
36. Torlaschi A. y otros. Promoción del cuidado del medioambiente en el Hospital Italiano. Rev del Hospital Buenos Aires [Internet]. 2010;31(4):117–21. Available from:
http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/11425_117-121_HI4-7Torlaschi.pdf.

ANEXOS

Anexo A: Operacionalización de la variable

TÍTULO: Riesgo familiar total en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, 2014							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS		
Riesgo Familiar Total	El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir adversas consecuencias individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista dada a cada familia	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoactivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33 al desarrollar la entrevista de las mismas	Condiciones psicoactivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes	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.
			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes	6		
			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5	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 económica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6		
			Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6		
						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
							Sin riesgo: 0 presencia de riesgo

Anexo B: Cuestionario del instrumento riesgo familiar total (RFT) 5-33 de Pilar Amaya

INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR RTF 5-33

Código entrevistador: _____

Fecha de aplicación: 15/10/14

Código:

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

I. IDENTIFICACION A LA FAMILIA

1. Departamento: Lima
 2. Provincia: Lima
 3. Distrito: Los Olivos
 4. Centro poblado: _____
 5.1 Dirección: NZ 93

5.2 Referencia: _____

6. Permanencia Años: 7 años

7. Teléfono familiar: _____

8. Posee:

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Electricidad | (E) Playstation/Nintendo, etc |
| <input type="checkbox"/> Televisión por cable | (F) Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Refrigerador | (G) Automóvil |
| <input type="checkbox"/> Internet | (H) Cocina a gas |

9. Fuente de agua para beber:

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

10. Combustible usual para cocinar

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

11. Disposición de la basura

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

12. Tenencia de la vivienda

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

13. Piso de la vivienda

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

14. Material de las paredes

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

15. Material del techo

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

16. Total de habitaciones
(no cuenta baño o cocina) 8

17a. Mascotas 17b. Vacunas (Ult. Año)

	No	Si
(A) Perro		X
(B) Gato	/	
(C) Loros, pericos, aves		
(D) Exóticos. Especifique (monos, etc)		

18. Tipo de Familia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Nuclear | <input type="checkbox"/> (4) Extensa |
| <input type="checkbox"/> (2) Nuclear modificada | <input type="checkbox"/> (5) Extensa modificada |
| <input type="checkbox"/> (3) Nuclear reconstituida | <input type="checkbox"/> (6) Pareja |
| | <input checked="" type="checkbox"/> (7) Atípica |

19. Total de miembros: 3

20. Centro de salud preferente: Juan Pablo II

21. Nombre Entrevistado: Pablo Herrera

22. Parentesco con el jefe de hogar: hijo

23. Resultado de visita:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> (1) Completa | <input type="checkbox"/> (5) Rechazada |
| <input type="checkbox"/> (2) Hogar presente pero entrevistado no competente. | <input type="checkbox"/> (6) Vivienda desocupada. |
| <input type="checkbox"/> (3) Hogar ausente | <input type="checkbox"/> (7) Vivienda destruida |
| <input type="checkbox"/> (4) Aplazada | |

Codigo:

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

II. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y RIESGOS INDIVIDUALES

N° Orde n	NOMBRE, APELLIDOS	FECHA NAC (MM/AA)	SEXO 1= Varón 2=Mujer	EDAD (años) anote "00" para < 1a	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	Estado Civil (>de 12 años)	SEGURO MEDICO	Grado Instru. 99 Sin estudios 9 Pre-escolar 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Superior Técnico 6 Sup. Universit.	ACT. ECON. (6 años)	Uso de redes sociales:	Control Odontológico (último año) 0 = No 1=Si	Problema de Agudeza Visual 0 = No 1=Si	Vacunas Completas (< 5 años) 0 = No 1=Si	Estuvo enfermo en los últimos 3 meses 0 = No 1=Si	Si acudió al servicio de salud 0 = No 1=Si	Gestante 0 = No 1=Si	
						1 Soltero 2 Casado 3 Conviviente 4 Divorciado 5 Separado 6 Viudo	0 = No 1= SIS-MINSA 2=ESSALUD 3=FAA 4= EPS 5=Otros		A- Desempleado pero no busca o necesita empleo. B-Desempleado buscando empleo. C- Trabaja	99=No sabe 0= No tiene A=Facebook B=Twitter C=Google+ D= LinkedIn E=Otras(especificar)							
(1)	(2)	(FN)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9A)	(9B)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1	Gloria Malvas	10/7/1937	2	77		6		3	1								
2	Filomena Mori	12/08/1937	2	77		6		3									
3	Pablo Herrera	6/10/84	1	30		1		5	5		A						
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

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

Código:

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

III. Antecedentes de carácter familiar

	No	Si
1. Alcoholismo		
2. Anemia		
3. Artritis		
4. Asma		
5. Cancer		<input checked="" type="checkbox"/>
6. Desnutrición infantil		
7. Diabetes		
8. Tuberculosis		
9. Enfermedad mental		
10. Diarrea infantil		
11. Migraña		
12. Hipertensión arterial		
13. Infarto agudo miocárdio		
14. Gastritis		
15. Conjuntivitis		
16. Lumbalgia (dorsopatías)		
17. S. Traumatismo		

IV. Instituciones de apoyo familiar

	No	Si
18. Vaso de leche		
19. Comedor popular		
20. Prog. Integral Nutricional		
21. JUNTOS		
22. Wawasi/cunamis		
23. Iglesia		
24. Universidad		
25. ONGs.		
26. Desayunos escolares		
27. Otros especifique:		

V. Factores de riesgo

A. Condiciones psicoafectivas		No	Si
28	Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)	<input checked="" type="checkbox"/>	
29	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos	<input checked="" type="checkbox"/>	
30	Violencia, abuso familiar, maltrato (físico psicológico y social)	<input checked="" type="checkbox"/>	
31	La familia o un miembro tiene ansiedad permanente por problemas familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	
32	Privación afectiva, desprotección	<input checked="" type="checkbox"/>	
33	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijo. (abuelo, cuñado que asumen sobrinos, hermanas mayores que se sostienen a la familia, un rol no acorde)	<input checked="" type="checkbox"/>	
34	Divorcio o separación conyugal.	<input checked="" type="checkbox"/>	
35	Fuga de menores o Abandono de hogar (padre o madre)	<input checked="" type="checkbox"/>	
36	Enfermedad mental (depresión, intentos de suicidio, etc)	<input checked="" type="checkbox"/>	
37	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, PBC y otros)	<input checked="" type="checkbox"/>	

B. Prácticas y servicios de salud		No	Si
38	Subutilización de servicios de salud disponibles. (frente a un problema o necesidad no acude, prefiere consejos de abuelas, vecinos boticarios, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	
39	Ausencia de información de servicios de salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	
40	Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer.	<input checked="" type="checkbox"/>	
41	Manejo inapropiado de Control Medico General/nutrición.	<input checked="" type="checkbox"/>	
42	Familia no percibe riesgos familiares pero realmente si presenta.	<input checked="" type="checkbox"/>	
43	Manejo inapropiado de salud dental. (No control anual o cepillado 2 v/dia)	<input checked="" type="checkbox"/>	

Consentimiento Informado:

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

Firma:




Huella

C. Vivienda y Vecindario		No	Si
44	Falta de uso de saneamiento ambiental. (Pese a que pase el recolector no bota basura, tiene conexión de desagüe y no termina de instalar su baño, etc)	<input checked="" type="checkbox"/>	
45	Condiciones Insalubres del vecindario.	<input checked="" type="checkbox"/>	
46	Higiene y organización deficiente del hogar.	<input checked="" type="checkbox"/>	
47	Ausencia de por lo menos un servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad, recojo de basura).	<input checked="" type="checkbox"/>	
48	Inadecuada ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos.	<input checked="" type="checkbox"/>	

D. Situación socioeconómica		No	Si
49	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	
50	Pobreza: ingreso menor, insuficiente para cubrir COMIDA, techo, estudio y vestido.	<input checked="" type="checkbox"/>	
51	Falta de recreación en la familia.		<input checked="" type="checkbox"/>
52	Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia.	<input checked="" type="checkbox"/>	
53	Problemas de salud no resueltos ni controlados.		<input checked="" type="checkbox"/>
54	Inaccesibilidad a servicios de salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	

E. Manejo de menores		No	Si	NA
55	Más de cuatro menores de 12 años.			<input checked="" type="checkbox"/>
56	Ausentismo escolar de menores de 12 años.			
57	No realiza Control de Crecimiento y Desarrollo o manejo inapropiado de EDA, IRA.			
58	Falta de seguridad en actividades de menores (No vigilancia u orientación en actividades de niños)			
59	Presencia de riesgo en niños de 1 a 11 años.			
60	Dificultad en orientación y disciplina de escolares y adolescentes.			

Anexo C: Consentimiento informado



Programa Municipal de Vivienda "CONFRATERNIDAD"

ASENTAMIENTO HUMANO "JUAN PABLO II"
RECONOCIDO EL 5 DE JULIO DE 1989,
RESOLUCIÓN N° 407-91-S.M.D.U. ORDENANZA MUNICIPAL N° 192
DISTRITO DE LOS OLIVOS



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del compromiso climático"

La Junta Directiva Central del Asentamiento Humano Juan Pablo II, integrante del programa municipal de vivienda "Confraternidad" distrito de los Olivos debidamente representado por la Sra. **ROSA ANA JUDITH LARICO FLORES**, con Resolución Gerencial N° 00070 – 2012 MLO/GPC.

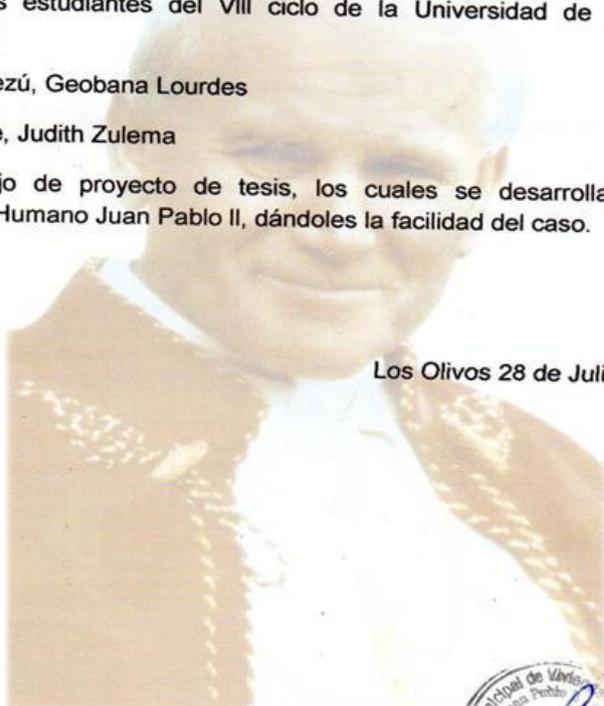
Acredita a las estudiantes del VIII ciclo de la Universidad de Ciencias y Humanidades:

Romero Bendezú, Geobana Lourdes

Dias Villafuerte, Judith Zulema

Para el trabajo de proyecto de tesis, los cuales se desarrollaran en el Asentamiento Humano Juan Pablo II, dándoles la facilidad del caso.

Los Olivos 28 de Julio del 2014



Km. 20 - Panamericana Norte - Los Olivos

Anexo D: Validez del instrumento

VALIDACIÓN POR JUECES DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO RFT: 5:33

DIMENSIONES DE LA VARIABLE RIESGO FAMILIAR TOTAL	OPINIÓN DE EXPERTOS					
	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	PROMEDIO POR DIMENSIONE S
CONDICIONES PSICOAFECTIVAS	68,5	95,45	97	80	90	86,19
SERVICIOS Y PRÁCTICAS DE SALUD	66,6	96,6	93	90	92	87,64
CONDICIONES DE VIVIENDA Y VECINDARIO	90	99	98	82,6	95	92,92
SITUACIÓN ECONÓMICA	74,2	100	100	95	98	93,44
MANEJO DE MENORES	85,8	92,4	98	94,4	95	93,12
VALIDEZ TOTAL POR EXPERTO	77,02	96,69	97,2	88,4	94	90,662
INTERVALOS DE CLASIFICACIÓN	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%	
VALIDEZ TOTAL DEL INSTRUMENTO						90,662

Anexo E: Carta de presentación



CARTA Nº 038– FCS-DI - UCH-2013

Los Olivos, 18 de julio de 2014

Sra. Rosa Larico Flores

Presidente

AA.HH. Juan Pablo II

Presente.-

Asunto : Facilidades para recolección de información para trabajo de Investigación

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

- Judith Zulema Diaz Villafuerte Código N° 10202019
- Geobana Lourdes romero Bendezú Código N° 10102059

Se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título **“RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 4 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II DEL DISTRITO DE LOS OLIVOS - 2014”** para obtener el título de licenciado en enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometidos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

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

Atentamente,





César Abraham Suárez Oré
Universidad de Ciencias y Humanidades
Escuela Académico Profesional de Enfermería
Director

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf: 528-0948

Anexo F: Resultados complementarios

Tabla 1

Los Olivos: Distribución de las familias 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, según sexo de jefe del hogar, 2014. (n=90)

Sexo del jefe del hogar	N	%
Varones	43	47,8
Mujeres	47	52,2

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería- UCH, 2014.

En la Tabla 1 Podemos observar que el 47.8% (n=43) de los jefes de hogar son varones mientras que el 52.2%(n=47) son mujeres.

Tabla 2

Los Olivos: Distribución de las familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, según grupo edad del jefe del hogar, 2014. (n=90)

Edad del jefe de hogar (años)	N	%
18 – 29	51	56,7
30 – 39	12	13,3
40 – 49	5	5,6
50 – 59	12	13,3
60 – 69	8	8,9
70 – 79	2	2,2
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería- UCH, 2014.

En el Tabla 2 podemos observar que de las 90 familias, la distribución según grupo de edad del jefe del hogar; las familias comprendidas entre 18 - 29 años es el grupo de edad que mayor porcentaje tiene con 56.7% a diferencia de los mayores de 79 años que no se encontraron.

Tabla 3

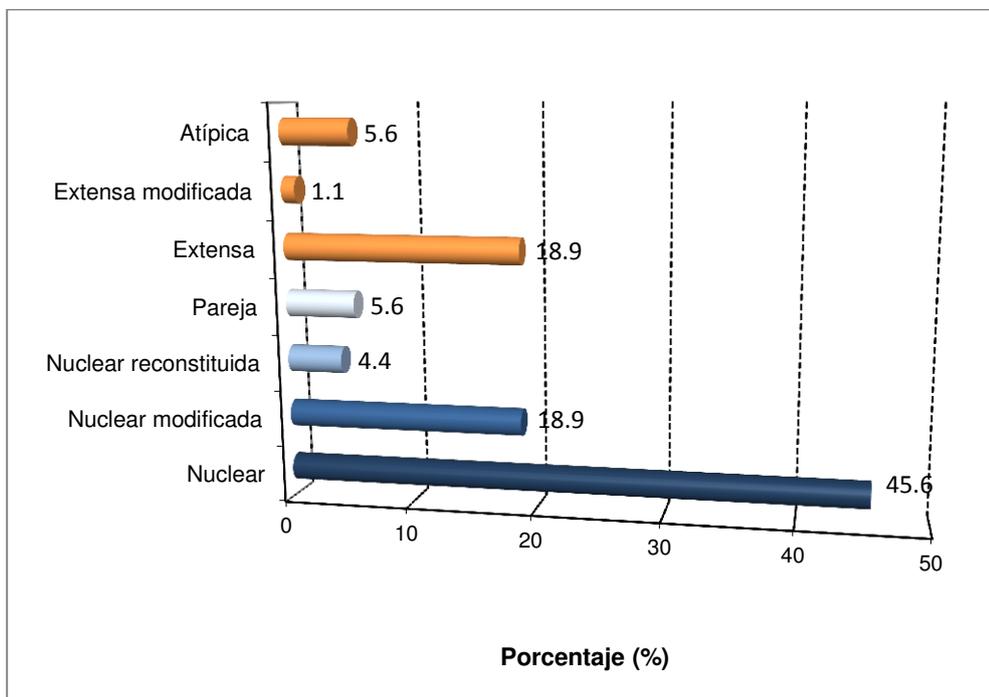
**Los Olivos: Distribución de las familias del sector 4 del
Asentamiento Humano Juan Pablo II, según tipo de familia, 2014.
(n=90)**

Tipo de familia	N	%
Nuclear	41	45,6
Nuclear modificada	17	18,9
Nuclear reconstituida	4	4,4
Extensa	17	18,9
Extensa modificada	1	1,1
Pareja	5	5,6
Atípica	5	5,6
Total	90	100,0

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería- UCH, 2014.

**Los Olivos: Distribución de las familias del sector 4 del
Asentamiento Humano Juan Pablo II, según tipo de familia, 2014.**

(n=90)



Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería-UCH, 2014.

En la tabla 3 y en el gráfico 1 podemos observar que la distribución según tipo de familia, el 45.6% son familias de tipo nuclear, 18.9% son familias de tipo nuclear modificada, 4.4% son familias de tipo nuclear reconstituida, 5.6% son parejas, 18.9% son familias extensas, 1.1% son familias de tipo extensa modificada, y 5.6 % son familias de tipo atípicas. Las familias de tipo nuclear son las que tienen mayor porcentaje

Tabla 4

Los Olivos: Frecuencia de antecedentes familiares en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, 2014. (n=90)

ANTECEDENTES FAMILIARES	N	%
Gastritis	18	20,0
Diabetes	14	15,6
Hipertensión arterial	14	15,6
Artritis	7	7,8
Cáncer	7	7,8
Migraña	7	7,8
Anemia	6	6,7
Tuberculosis	5	5,6
Alcoholismo	3	3,3
Asma	3	3,3
Desnutrición infantil	2	2,2
Diarrea infantil	2	2,2
Infarto agudo miocardio	1	1,1
Conjuntivitis	1	1,1
Lumbalgia (dorsopatías)	1	1,1
Enfermedad mental	0	0,0
S. Traumatismo	0	0,0

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería-UCH, 2014.

En la Tabla 4 podemos observar que el mayor porcentaje de frecuencia de antecedentes familiares fue gastritis con un 20%, mientras que el de menor porcentaje fue lumbalgia con 1,1%.

Tabla 5

**Los Olivos: Apoyo de los programas sociales e instituciones en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, 2014.
(n=90)**

PROGRAMAS SOCIALES E INSTITUCIONES	N	%
	n	%
Vaso de leche	15	16,7
Iglesia	2	2,2
Comedor popular	1	1,1
Prog. Integral Nutricional	0	0,0
JUNTOS	0	0,0
Wawasi/cunamas	0	0,0
ONG	0	0,0
Desayunos escolares	0	0,0

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería-UCH, 2014.

En la Tabla 5 podemos observar que el mayor porcentaje con respecto a apoyo de programas e instituciones fue el de programa de Vaso de leche con 34,6%, mientras que el de menor porcentaje fue el programa de Comedor popular con 1,9%.

Tabla 6

Los Olivos: Distribución del riesgo familiar en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, según tipo de familia, 2014. (n=90)

Riesgo	Nuclear – Pareja		Extensa – atípica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Familiar						
Riesgo bajo	59	88,1	20	87,0	79	87,8
Amenazadas	6	9,0	2	8,7	8	8,9
Riesgo alto	2	3,0	1	4,3	3	3,3
Total	67	100,0	23	100,0	90	100,0

* Valor p = 0,952 Ji cuadrado.

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería-UCH, 2014.

En la Tabla 6, podemos observar que del total de las familias tipo 1 (Nuclear-Pareja) el 88.1% son familias de bajo riesgo, seguido de 9.0% de familias amenazadas y solo 3.0% de familias con riesgo alto, a diferencia de las familias de tipo 2 (Extensa-Atípica) con 87.0% de familias de riesgo bajo, 8.7% de familias amenazadas y sólo 4.3% de familias con riesgo alto.

Tabla 7

Los Olivos: Distribución del riesgo familiar en familias del sector 4 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, según ingreso socio económico 2014. (n=90)

SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICO	NO	SÍ
Bajo ingreso para cubrir necesidades de salud	37%	11%
Pobreza: ingreso insuficiente para cubrir necesidades básicas de: comida, techo, estudio y vestido	43%	8%
Falta de ingreso para recreación para la familia	43%	6%
Vagancia o sobrecarga de algún miembro de la familia	44%	6%
Gastos de salud no resueltos ni controlados	43%	6%
Sin acceso a los servicios básicos de salud	46%	5%
Total	256	39

Fuente: Encuesta aplicada por los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería-UCH, 2014.

En la tabla 7, podemos observar en situación socio económica el ingreso escaso en Las familias en la mayoría el mayor porcentaje es en inaccesibilidad servicios de salud es 46%, y el ingreso en las familias el menor porcentaje es 5% en inaccesibilidad de salud.