



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

TESIS

Riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos - 2017

PRESENTADO POR

Cuaresma Contreras, Celeste
Herrera Bramon, Melissa Elizabeth
Valdivia Diaz, Josselyn Lucero

ASESOR

Matta Solis, Hernán Hugo

Los Olivos, 2017



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE PACIENTES
CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE
SALUD DE LOS OLIVOS – 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

CUARESMA CONTRERAS, CELESTE
HERRERA BRAMON, MELISSA ELIZABETH
VALDIVIA DIAZ, JOSSELYN LUCERO

ASESOR:

MATTA SOLIS, HERNAN HUGO

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

**Mg. Segundo Germán Millones
Gómez
Presidente**

**Lic. Nancy Emperatriz García
Pretell
Secretario**

**Mg. María del Pilar Balladares
Chávez
Vocal**

**Dr. Matta Solís, Hernán Hugo
Asesor**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE PACIENTES
CON TUBERCULOSIS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE
SALUD DE LOS OLIVOS – 2017**

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado para todas las personas que en el transcurso de la investigación confiaron en nosotras y nos brindaron su apoyo para lograr nuestro objetivo. Y a nuestros maestros, que nos brindaron las herramientas para llegar a la meta.

Índice

Dedicatoria

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA 13

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 16

1.3 OBJETIVOS 16

1.3.1 Objetivo general 16

1.3.2 Objetivos específicos 16

1.4 JUSTIFICACIÓN 17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 19

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTORICO SOCIAL DE LA REALIDAD 20

2.1.1 Distrito de los Olivos 20

2.1.2 Ubicación y Límites 20

2.1.3 Población y vivienda 21

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 22

2.2.1 Internacionales 22

2.2.2 Nacionales 24

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL 26

2.3.1 La familia 26

2.3.2 Riesgo Familiar Total 30

2.3.3 Tuberculosis 34

2.3.4 Teorías de enfermería aplicadas al cuidado de la familia 36

2.4 HIPÓTESIS 37

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 38

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 39

| | |
|---|-----------|
| 3.2 POBLACIÓN | 39 |
| 3.2.1 Criterio de Inclusión..... | 39 |
| 3.2.2 Criterio de Exclusión | 40 |
| 3.3 VARIABLE | 40 |
| 3.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL | 40 |
| 3.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL..... | 40 |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN..... | 41 |
| 3.4.1 TECNICA..... | 41 |
| 3.4.2 INSTRUMENTO | 41 |
| 3.5 PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS..... | 46 |
| 3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos | 46 |
| 3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos..... | 46 |
| 3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento | 46 |
| 3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y METODOS DE ANALISIS DE DATOS | 47 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS | 47 |
| 3.7.1 Principio de beneficencia:..... | 47 |
| 3.7.2 Principio de no maleficencia: | 47 |
| 3.7.3 Principio de justicia:..... | 48 |
| 3.7.4. El principio de autonomía | 48 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 49 |
| 4.1 RESULTADOS:..... | 50 |
| 4.2 DISCUSIÓN | 56 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 59 |
| 5.1 CONCLUSIONES | 60 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 61 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 62 |
| ANEXOS | 68 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Dimensiones y cantidad de ítems del instrumento Riesgo Familiar Total 5-33 | 44 |
| Tabla2. Riesgo Familiar Total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 69 |
| Tabla 3. Riesgo Familiar Total en su dimensión Condiciones Psicoafectivas en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 70 |
| Tabla 4. Riesgo Familiar Total en su dimensión Prácticas y servicios de salud en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 71 |
| Tabla 5. Riesgo Familiar Total en su dimensión Vivienda y Vecindario en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 72 |
| Tabla 6. Riesgo Familiar Total en su dimensión situación socioeconómica en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 73 |
| Tabla 7. Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 74 |

Lista de Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Riesgo Familiar Total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 50 |
| Gráfico 2. Riesgo Familiar Total en su dimensión Condiciones Psicoafectivas en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 51 |
| Gráfico 3. Riesgo Familiar Total en su dimensión Prácticas y servicios de salud en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 52 |
| Gráfico 4. Riesgo Familiar Total en su dimensión Vivienda y Vecindario en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 53 |
| Gráfico 5. Riesgo Familiar Total en su dimensión situación socioeconómica en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 54 |
| Gráfico 6. Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017 | 55 |

Índice de Anexos

Anexo A. Matriz De Consistencia75

Anexo B. Matriz De Consistencia77

Anexo C. Instrumento De Riesgo Familiar.78

Resumen

Objetivo: Determinar el Riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017. **Material y Métodos:** La investigación utilizó el enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y transversal. La muestra utilizada fue de 223 pacientes y sus familias pertenecientes al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de un establecimiento de salud. El instrumento utilizado fue el Riesgo Familiar Total (Riesgo Familiar Total 5-33), que consta de 33 ítems y 5 dimensiones. **Resultados:** Se encontró que el 54.7% (n=122) de las familias se encuentran amenazadas. En cuanto a la quinta dimensión, según el aspecto psicoafectivo, la mayoría de familias se encuentran amenazadas 76,2% (n=170). Según la dimensión prácticas y servicios de salud, la mayoría de familias se perciben como amenazadas 74%(n=165). En la dimensión vivienda y vecindario, la mayoría de familias se encuentran amenazadas 87%(n=194). En la dimensión situación socioeconómica, gran parte de las familias, se perciben como amenazadas 90.6% (n=202). En la dimensión manejo de menores, el 91%(n=203) se encuentran como amenazadas. **Conclusiones:** El Riesgo Familiar Total en familias de pacientes con tuberculosis; y sus dimensiones se percibieron como amenazadas.

Palabras clave: Familia, Tuberculosis, centro de salud.

Abstract

Establish the total family risk in families of patients with tuberculosis of the establishments of the first level of care of the Ministry of Health of Los Olivos - 2017. **Material and Methods:** the research used the quantitative approach, descriptive and cross-sectional design. The sample used was 223 patients and their families belonging to the Program of Prevention and Control of Tuberculosis of a health establishment of the first level of care. The instrument used was the Total Family Risk (RFT 5-33), which consists of 33 items and 5 dimensions. **Results:** it was found that the majority of families are perceived as threatened 54.7% (n = 122). Regarding the 5-dimensional dimensions, it was found that according to the psycho-affective dimension, the majority of families 76.2% (n = 170) are threatened. According to the practical dimension and health services, the majority of families are perceived as threatened 74% (n = 165). In the housing and neighborhood dimension, the majority of families perceive themselves as threatened 87% (n = 194). In the socioeconomic situation dimension, the majority of families are perceived as threatened 90.6% (n = 202). In the management of minors dimension, the majority of families are perceived as threatened 91% (n = 203). **Conclusions:** Total Family Risk in families of patients with tuberculosis, most of them were perceived as threatened.

Key words: Family, Tuberculosis, health center.

Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor prevalencia en el mundo; afectando principalmente a países subdesarrollados. Su etiología es multifactorial, siendo las causas principales (hacinamiento, pobreza, etc.).

A nivel del Perú, los indicadores de la enfermedad resultan alarmantes. Motivo por el cual, se hace necesario una intervención integral de las instituciones estatales, que permitan afrontar este grave problema de salud.

A pesar, que el tratamiento de la enfermedad es totalmente gratuito en establecimientos de salud del estado. Persisten problemas como: Abandono del tratamiento, incremento de la resistencia a los medicamentos e incremento de formas extremadamente resistente a medicamentos.

Frente a dicha problemática, se debe garantizar un abordaje que trascienda del paciente; es decir una intervención en sus familias y comunidad. Resultando relevante que la familia del paciente con tuberculosis forme parte del proceso, con un enfoque distinto para su abordaje. Es así que, la Organización Mundial de la Salud, propuso un enfoque de riesgo familiar, pues éstas se encuentran propensos de desarrollar un proceso mórbido.

Por lo anterior, el presente trabajo tuvo por objetivo determinar el Riesgo Familiar Total en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en un establecimiento de salud. Para ello, la investigación se estructuró de la siguiente forma:

El Capítulo I incluye: El planteamiento - formulación del problema, objetivos y justificación. Capítulo II desarrolló: El marco teórico, antecedentes de la investigación (nacional e internacional) y marco conceptual. En el Capítulo III se desarrolló la Metodología, que incluyó: El diseño de investigación, población, variables respecto a los datos (técnicas e instrumentos de recolección, proceso de recolección, técnicas de procesamiento y métodos de análisis) y aspectos éticos. El Capítulo IV comprendió: El análisis de los resultados y la discusión. Finalmente, el Capítulo V comprendió: Las conclusiones y recomendaciones.

Las autoras.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, ocupando el noveno lugar según Organización mundial de salud; incluso por encima del Virus de Inmune deficiencia Humana /Sida. Para el año 2016, se Virus de Inmune deficiencia Humana estimó en 1,3 millones la cifra muertos por Tuberculosis en individuos /negativo. Durante ese año, la incidencia llegó aproximadamente a 10.3 millones de casos; de los cuales el 90% fueron adultos en mayoría varones provenientes de países de Asia y África.

Además, en el año 2016, las formas resistentes de Tuberculosis a fármacos, llegaron a 600 000 casos. Siendo en mayoría de los países: China, India y Rusia. Para el año 2017, se reportó una incidencia similar de 10 millones de casos (1).

A nivel de América Latina, para el año 2015, la Organización Panamericana de la Salud, estimó aproximadamente 268 000 casos; siendo más del 50% provenientes de Brasil, Perú, México y Haití. Así mismo, el número estimado de muertes fue de 18 500. Otro dato alarmante, fue el incremento del número de casos de Tuberculosis-Multidrogo resistente llegando a 7700 casos (2).

A nivel del Perú, en cuanto a las causas de mortalidad. La tuberculosis ocupa el puesto N°15. La incidencia notificada para el año 2015 fue de 86,7%. En ese mismo año, fueron notificados 30988 casos, siendo la mayoría provenientes de la Capital (3).

En el documento: Plan de Monitoreo y Evaluación del Plan de Intervención y Control de tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones, se informa que en el año 2017, el número de casos notificados en Lima Este fue de 2 116, Lima Centro 3 294, Lima Norte 3394 y Lima Sur 2534 casos (4).

Precisamente, la presente investigación se desarrolló en los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de los Olivos.

Por lo descrito anteriormente, la tuberculosis representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local. Siendo Lima Norte una de

las zonas con mayor incidencia de casos. A pesar de los grandes esfuerzos y mayor inversión realizada, el Perú continúa siendo uno de los países con mayores tasas de incidencia y morbilidad en Latinoamérica.

Ello obliga a replantear las estrategias de abordaje en los pacientes con tuberculosis. Por un lado, el enfoque de determinantes sociales, que incluyen pobreza, hacinamiento, vivienda, empleo, educación, etc. (5). Y por otro lado, el abordaje en el marco del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad; que permite trascender la atención individual hacia su familia y comunidad (6).

El rol que desempeña la familia en el proceso de salud-enfermedad, requiere de mayor atención en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud vigente. Sin embargo, aún estamos lejos de considerar a la familia como un elemento primordial y determinante de la salud, en la cual se deben focalizar las intervenciones sanitarias (7).

La aparición de una patología como la tuberculosis en algún integrante de la familia, resulta en un serio problema, pudiendo alterar su composición o funcionamiento. Dichos cambios no siguen patrones específicos, pues dependen de diversas características familiares como: Ciclo vital, aspectos socioeconómicos y culturales, entre otros (8).

En ese sentido, la presente investigación, trabajó con un concepto introducido en los años recientes: Riesgo Familiar Total; desarrollado por Pilar Amaya. El riesgo familiar, es la probabilidad de ocurrencias de efectos adversos individuales de morbilidad, mortalidad y desorganización de la unidad familiar. Estos riesgos están asociados a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar al momento de la evaluación. La importancia de conocer dicho riesgo radica en que permite orientar el cuidado de la salud de la familia, vigilando el contexto donde está inmersa (9).

Además, durante las prácticas comunitarias pre-profesionales, específicamente en las rotaciones por los consultorios del Programa de Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención de salud. Observamos un número importante de casos de pacientes que fracasan en sus tratamientos. Al conversar con alguno de ellos, pudimos evidenciar el

escaso involucramiento de la familia en su tratamiento, junto a otros factores como los socioeconómicos, que le impedían llevar un tratamiento en forma regular.

Por descrito anterior, fue necesario determinar el Riesgo Familiar Total en las familias de los pacientes con tuberculosis atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención del ministerio de salud de Los Olivos, siendo ello punto de partida fundamental, para iniciar el abordaje familiar de dichos pacientes; a fin de garantizar mayores tasas de éxito en el tratamiento.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar el Riesgo familiar total, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar riesgo familiar total, en su dimensión Condiciones psicoafectivas, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos de primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

Determinar riesgo familiar total, en su dimensión Servicios y prácticas de salud, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

Determinar riesgo familiar total, en su dimensión Condiciones de vivienda y vecindarios, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

Determinar riesgo familiar total, en su dimensión Situación socioeconómica, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

Determinar riesgo familiar total, en su dimensión Manejo de menores, en familias de pacientes con tuberculosis, de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN

A nivel teórico; la investigación constituye un gran aporte debido a las escasas investigaciones realizadas a nivel nacional sobre el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis. Dicho concepto fue desarrollado en Colombia por Pilar Amaya; pero en el Perú al carecer de herramientas validadas y confiables para abordar el riesgo de las familias, la investigación representa un valioso aporte al estado.

A nivel metodológico, la investigación utilizó un instrumento validado y confiable para el abordaje de las familias; siendo este válido a nivel nacional. Por ello sirve como una herramienta para los equipos multidisciplinarios encargados de brindar atención a las personas afectadas y sus familias.

A nivel práctico; el conocimiento del riesgo familiar total servirá de insumo a los establecimientos de salud para elaborar planes de intervención en el marco del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad.

Que tienen como punto central a las familias. Además, la investigación trasciende desde un abordaje individual hacia el grupo familiar, permitiendo mejorar la tasa de éxito en los tratamientos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTORICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 Distrito de los Olivos

El distrito de Los Olivos se formó en 1970 con la junta vecinal de las zonas: Ingeniería, El trébol y Sol de oro. Ellos formaron un comité llamado “Rosa de América”, esta junta vecinal trascendió para otras urbanizaciones que se fueron uniendo con el transcurso del tiempo. Estas fueron: Mercurio, Villa los Ángeles, Panamericana Norte, Naranjal, Micaela Bastidas y Santa Luisa. En la segunda etapa: Pro, Las palmeras y Villa Norte. El 04 de febrero de 1977 se forma la primera junta directiva liderada por Rolando Ramos Anicama. Fue en la década del 70, que el esfuerzo de los dirigentes permitió formar un distrito; para ello se requirió la colaboración de las autoridades nacionales. Es así que, luego de largas reuniones llegaron a un acuerdo sobre la denominación del nuevo distrito, Los Olivos. La fecha de su creación fue 6 de abril de 1989 (10).

En los años siguientes, el distrito de Los Olivos, fue creciendo en población y economía, gracias al esfuerzo de todos sus pobladores. La primera Alcaldesa fue la Señora Carmen Lezama, seguido por el profesor Lucio Martínez y posteriormente por 4 periodos seguidos el Doctor Felipe Castillo Alfaro. Que, a través de una gestión gerencial, posiciona al distrito en una zona residencial, comercial y ordenada. En el año 2010 la población Olivense, deposita la confianza en su Alcalde y sale reelegido para un quinto periodo. Se han realizado obras importantes para el distrito como: El Palacio Municipal, el Hospital Municipal, el Palacio de la Juventud, la Universidad Municipal y la Caja Municipal (10).

2.1.2 Ubicación y Límites

La ubicación geográfica del distrito, es Lima Norte, sus principales límites son:

Al Norte, con el distrito de Puente Piedra.

Al Este, con el distrito de Comas, e Independencia.

Por el Sur y Oeste, con el distrito de San Martín de Porres (10).

2.1.3 Población y vivienda

La población del distrito de Los Olivos es principalmente joven, con edades entre los 15 y 30 años. Siendo la mayoría del sexo femenino. La mayoría de viviendas son propias (80%) seguidas de alquiladas. En cuanto a los servicios básicos, cerca al 95% del distrito cuenta con alumbrado público y agua potable. Sin embargo, existen asentamientos humanos que aún no cuentan con servicios básicos; siendo las zonas de mayor pobreza. Precisamente, la presente investigación se desarrolló en los establecimiento del primer nivel de atención del ministerio de salud de los olivos un asentamiento humano (10).

2.1.4 Establecimientos del primer nivel de atención – Los Olivos (Juan Pablo II)

Fue en el año 1992 que la comunidad de Juan Pablo II crea un Tópico Comunitario; donde se brindaban servicios básicos de salud. Posteriormente, con la ayuda de otras instituciones y la mejora de infraestructura, el tópico pasó a ser un Puesto de Salud Comunitario. Fue en el año 1993, que a través del Ministerio de Salud se envían profesionales de salud para brindar atención a lo población más necesitada.

En el año 1995, gracias a un Programa de Administración compartida, el establecimiento de salud pasó a ser un Comunidad Local de Administración de Salud. Posteriormente, en el año 2005, debido a su mayor complejidad el establecimiento fue categorizado como Centro Materno Infantil I-4. Finalmente, en el año 2012, el Comunidad Local de Administración de Salud pasa por un proceso de disolución, cuya administración pasó al Ministerio de Salud (11).

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacionales

Dueños M. y Cardona D, en Colombia, en el año 2016, realizaron un trabajo de investigación titulado “Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira – Colombia” cuyo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento del tratamiento y los factores objetivos y subjetivos en los pacientes con tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-transversal. La muestra estuvo compuesta por 174 registros de pacientes. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Las conclusiones fueron:

“La falta de apoyo familiar, el abandono del trabajo, el impacto económico y la insatisfacción con la oportunidad de la atención en los servicios de salud, fueron factores relevantes para no cumplir el tratamiento” (12).

Martínez I. y Velásquez V., en Colombia, en el año 2015, realizaron el trabajo de investigación “Riesgo Familiar y Grado de Salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo” cuyo objetivo principal fue determinar el riesgo familiar total y grado de salud de las familias. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-transversal. La muestra estuvo compuesta por 50 familias. Los instrumentos utilizados fueron Riesgo Familiar Total 5-33 y el Instrumento de Salud Familiar en General²¹, validados en Colombia por Pilar Amaya. Las conclusiones fueron:

“La mayoría de familias fueron catalogadas como de riesgo bajo (54%), seguido de familias amenazadas (46%). La mayoría de familias se percibieron saludables (76%)” (13).

Sánchez D. y Cataño N., en Soledad – Colombia, en el año 2015, realizaron el trabajo de investigación titulado “Factores de Riesgo Total en familias migrantes en Soledad, Atlántico” cuyo objetivo fue determinar el riesgo familiar total en las familias mencionadas. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo- transversal. La muestra estuvo conformada por 70 familias con 344 miembros en total. El instrumento utilizado fue el Riesgo familiar total 5-33 elaborado por Pilar Amaya. Las conclusiones fueron:

“La mayoría de familias tuvo alto riesgo. Las dimensiones más afectadas en dicho grupo fueron: Condiciones de vivienda y vecindario (59%) seguido de situación económica (24%)” (14).

Soto A., en Valle del Cauca – Colombia, en el año 2014, realizó la tesis titulada “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en familias desplazadas residentes del Municipio de Bugala grande” cuyo objetivo fue determinar el Riesgo Familiar Total y Grado de salud Familiar en las familias referidas en el título. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 59 familias desplazadas de un área urbana del Municipio de Bugala grande. Los instrumentos utilizados fueron el Riesgo familiar total 5-33 y el instrumento de Salud Familiar General. Las conclusiones fueron:

“La mayoría de familias fueron nucleares (85%). Gran parte de ellas se encontraban en la categoría de amenazadas (59%) y con alto riesgo (27%). La dimensión más afectada en las familias amenazadas, fue vivienda y vecindario; mientras que en las de alto riesgo fue psicoafectiva. Respecto al Grado de Salud Familiar, la mayoría se percibieron como saludables (81%)” (15).

Martínez Y., Guzmán F., Flores J. y Vásquez V., en México – Tamaulipas, en el año 2014, realizaron el trabajo de investigación titulado “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en

casos de tuberculosis pulmonar” cuyo objetivo principal fue determinar aquellos factores familiares que mejoran la adherencia al tratamiento en tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-transversal. La muestra fue compuesta por 53 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos previamente validado para la investigación y el Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración familiar. Las conclusiones fueron:

“Se evidenciaron niveles más altos de disfunción familiar y rechazo social en los pacientes no adherentes al tratamiento de tuberculosis. Los que fueron adherentes presentaron niveles más altos de funcionalidad familiar” (16).

2.2.2 Nacionales

Lino V. y Saldarriaga J., en Lima – Perú, en el año 2018, realizaron la tesis titulada “Riesgo Familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud Huáscar” cuyo objetivo principal fue evaluar la relación entre ambas variables. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño correlacional – transversal. La muestra estuvo conformada por 145 pacientes con tuberculosis. Los instrumentos utilizados fueron el Riesgo familiar total 5-33 elaborado por Pilar Amaya y el cuestionario de Morisky – Green.

En los resultados se encontró que el 85% pertenecen a familias amenazadas, el 14 con familias de alto riesgo y el 1% con familias de bajo riesgo. Las conclusiones fueron:

“No existe relación entre el riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis, Chi-cuadrado $p= 0,597$ ” (17).

Donayre P., Muñoz I., en Lima – Perú, en el año 2018, realizaron la tesis titulada “Riesgo familiar total y funcionalidad en familias del asentamiento humano Terrazas, de los comités 5 y 6, que pertenecen al centro de salud Catalina Huanca – El Agustino” cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre ambas variables. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño correlacional-transversal. La muestra estuvo conformada por 210 familias de 2 asentamientos humanos del Agustino. Los instrumentos utilizados fueron el Riesgo Familiar Total 5-33 (para evaluar el riesgo familiar) y el Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración familiar (para evaluar la funcionalidad familiar). Las conclusiones fueron:

“El 48.1% fueron familias amenazadas, el 40% familias en riesgo y el 11,9% familias con bajo riesgo. Se encontró que existe relación entre el riesgo familiar total y la funcionalidad familiar en las familias estudiadas” (18).

Cerquin I., Flores J. y Guerrero J., en Lima – Perú, en el año 2017, realizaron la tesis titulada “Riesgo Familiar Total en familias de personas afectadas por tuberculosis de tres establecimientos de salud de la Micro Red Los Olivos” cuyo objetivo principal fue determinar el riesgo familiar total en las familias de personas con tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo – transversal. La muestra estuvo compuesta por 51 familias. El instrumento utilizado fue el Riesgo Familiar Total 5-33. Las conclusiones fueron:

“El Riesgo Familiar Total fue bajo en el análisis de los 3 establecimientos, siendo la mayoría de familias categorizadas como amenazadas” (19).

Espinoza M., en Ica – Perú, en el año 2017, realizó la tesis titulada “Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica” cuyo objetivo principal fue determinar el estado de ansiedad y el apoyo familiar en los pacientes del Programa

Tuberculosis. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo – transversal. La muestra estuvo conformada por 25 pacientes. Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios previamente validados para su aplicación. Las conclusiones fueron:

“El estado de ansiedad en los pacientes fue moderado, mientras que, el apoyo familiar en los pacientes con tuberculosis según dimensión socioeconómica fue desfavorables y según dimensión apoyo emocional fue favorable” (20).

Quevedo N., Sánchez R., Villalba R. y Velásquez D., en Lima – Perú, en el año 2016, realizaron el trabajo de investigación titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en centros de salud” cuyo objetivo fue establecer la relación entre ambas variables. Diseño y metodología: enfoque cuantitativo, diseño correlacional – transversal. La muestra se conformó por 52 pacientes con diagnóstico de tuberculosis y atendidos en 2 establecimientos del distrito del Rímac. Fueron elaborados 2 instrumentos para la investigación, uno para cada variable, los cuales fueron validados mediante juicio de expertos y prueba piloto. Las conclusiones fueron:

“El 59% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento. El 81% de ellos que tuvieron buen soporte familiar cumplieron el tratamiento. Existe asociación entre el soporte familiar y la adherencia al tratamiento en la muestra estudiada” (21).

2.3 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.3.1 La familia

A) Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, definió a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí. Se determina por sus lazos de sangre, además de adopción y matrimonio; este parentesco

determina límites para la familia, donde se usa los datos para su precisión en la escala mundial. Así mismo a las familias los mantienen unidos las relaciones entre sí, con el ambiente, y su permanencia. Es un requisito para que esto funcione bajo una conexión emocional y funcional (6).

Desde un enfoque sistémico, la familia se define como “un sistema de relaciones interpersonales (diadas, triadas) unidas por vínculos de consanguinidad, afectivos y normativos. Donde se establecen formas de relación, donde prima las responsabilidades individuales compartidas” (22).

B) Tipos de familia

Existen una variedad de tipos de familia catalogadas por su cantidad y lazos de consanguinidad; entre los más importantes tenemos:

- Familia nuclear, formada por generaciones padres e hijos.
- Familia nuclear modificada, son las familias donde sólo se encuentra padre, madre e hijo.
- Familia nuclear reconstruida, se encuentran padres con sus respectivos hijos de diferentes compromisos.
- Familia extensa, se constituye por tres generaciones: Abuelos, padres, hijos y nietos.
- Familia extensa modificada, conformada por padres e hijos donde se juntan con otros miembros de sus mismos lazos sanguíneos como: Abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos (23).
- Pareja, son personas que se unen en cónyuge o casados, pero no existe hijos.
- Familia atípica, son parejas que se juntan por lazos sanguíneos, pero no tienen parentesco.

Las estructuras familiares no son fenómenos estáticos, sino dinámicos que van cambiando según la etapa de la vida. Para su composición influye el proceso de salud y enfermedad donde prima criterios epidemiológicos, económicos y clínicos. Es por ello que, para conocer el nivel familiar es imprescindible utilizar los enfoques demográficos de riesgo y salud (24).

C) Ciclo vital de la familia

Constitutiva: Es una pareja que vive junta, independientemente de la familia. La fase preliminar es el noviazgo, donde se lleva a cabo la elección de la pareja y la atracción sentimental y sexual, el deseo de independizarse de la familia por un embarazo no planeado, temor a la soledad, etc. La pareja se enfrentará a una negociación de su relación con la familia del cónyuge. En la fase de recién casados la pareja debe lograr una mayor estabilidad personal; ya que el matrimonio se independizará sin romper lazos familiares (25).

Procreativa: Se da la expansión familiar por medio del embarazo, incluyendo la crianza y el desarrollo de los hijos en los primeros años. La pareja se adaptará al embarazo para modificar posteriormente sus roles maritales y adaptarlos a la paternidad. La fase de consolidación consiste en la apertura hacia el exterior por parte de los hijos; en esta etapa se da la socialización secundaria, es decir la relación de los hijos con los maestros, compañeros de clase, grupos de amigos, etc. (25).

Dispersión: Empieza cuando los padres aprenden a diferenciar roles de los hijos mayores; así como su paulatina separación de la familia. En esta etapa la familia tiene que optar en poner límites más flexibles para permitir al adolescente o joven moverse dentro y fuera del sistema familiar. El desprendimiento ocurrirá cuando el hijo mayor sale de forma definitiva del hogar; esto se puede dar inclusive, cuando la familia no ha terminado la etapa procreativa. Esta etapa finaliza con la salida de los últimos hijos y la pareja debe de adaptarse al final del período parental (25).

Etapa familiar final: Con la partida de los hijos, las parejas deben de redefinir sus roles y deben aceptar el “nido vacío”. Esta etapa puede llevarlos a fortalecer la relación o a simplemente llevarlos a una separación. La primera fase de esta etapa constituye la de independencia, la cual inicia en el momento en que la pareja queda sola y debe de llevarse a cabo un ajuste final del rol del proveedor por jubilación o retiro. La segunda fase es la disolución, donde la pareja debe enfrentarse a la pérdida de sus habilidades, dependencia de otros y al fallecimiento del cónyuge, amigos y familiares (25).

D) Funciones de la familia

La familia es considerada una institución, donde se satisfacen necesidades de formación, cuidado y protección económica en sus miembros; contribuyendo a un espacio de interrelaciones materiales, simbólicas y afectivas, donde tiene lugar la socialización primaria de los individuos y el reforzamiento de las normas, valores, significados y motivaciones que fundamentan la convivencia en sociedad, según los patrones culturales con los que está inscrita.

En ese sentido las funciones de la familia son:

Formadora: Encargada de la educación y el empoderamiento de ciudadanos para el desarrollo pleno.

Socializadora: Busca que sus integrantes puedan interactuar con otras redes de apoyo.

Cuidado: Busca proteger a sus integrantes frente a los agentes estresores externos.

Protección económica: Busca crear las condiciones necesarias para garantizar la satisfacción de las necesidades de sus integrantes (26).

2.3.2 Riesgo Familiar Total

A) Definición

Riesgo Familiar: Es la probabilidad de consecuencias adversas por las características de sus factores; es una circunstancia comprobable de una persona o grupo. Asociadas a la posibilidad de desarrollar un proceso mórbido (27).

Enfoque de riesgo en salud

Se refiere cuando la familia atraviesa parámetros de riesgo en sus miembros, estos pueden ser: Biológicos, demográficos, y ambientales; donde se describen los riesgos socioeconómicos en el ambiente físico de vivienda, vecindario, ambiente psicoactivo familiar, estilo de vida, prácticas de salud y servicios sociales. Así mismo una familia con menos riesgo, es la que por su composición ejecuta prácticas con el apoyo de los servicios de salud, que mantienen el control; tanto individual como grupal, haciendo seguimiento de asistencia social para estar siempre informados (28).

Riesgo familiar total

Esto se cumple por diversas funciones que no llegan a cumplir con los parámetros establecidos; exponiendo a los miembros familiares a diversos riesgos: Biológicos, ambientales, socioeconómicos, y sobre todo al ambiente psicoafectivo familiar - social. Por el contrario, una familia con menor riesgo, es aquella que utiliza medidas de promoción, prevención, y asistenta social de salud permanente.

Para la familia surge la necesidad de satisfacer sus carencias materiales y espirituales básicas, para mantener de forma adecuada su salud y bienestar. Con esto mejorar los mecanismos protectores en relación con alguna enfermedad que pueda presentar secuelas y muerte (28).

Postulados de riesgo familiar total

El riesgo familiar es la probabilidad de ocurrencias de efectos adversos individuales de morbilidad, mortalidad y desorganización de la unidad familiar. Estos riesgos están asociados a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar, al momento de su evaluación.

Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables, y modificables. Existe una calificación del riesgo familiar total que se relaciona con los antecedentes familiares; así mismo se relaciona con los tipos de familia diferenciados por su composición y estructura. Existe complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos; esto amerita hacer un estudio permanente, conceptual y metodológico.

La relación entre riesgo familiar total y el grado de salud familiar, es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistemática y el grado de satisfacción de la familia.

La familia en su totalidad se expone a riesgos biológicos, demográficos, socioeconómicos y psicoafectivos; por el estilo de vida, prácticas habituales de salud y servicios sociales. Los servicios sociales de salud están disponibles para todo individuo y familia cuando se comportan según el grado de efectividad de operación.

Los riesgos familiares están asociados y se conjugan con la trayectoria según la situación. Estas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación; pueden ser por el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición. Estos riesgos se asocian a ciertas características propias de la edad y las prácticas de autocuidado según el caso. Este riesgo familiar total orienta el cuidado de la salud, vigilando el contexto donde está inmersa. Este sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios en los sistemas operativos y en lo político - administrativo de las instancias municipales y regionales. Este postulado planteado en la teoría de riesgo familiar total, recae en las categorías principales; donde expresa los elementos para la medición de este y otros se relacionan con los sistemas de salud y su operación (9).

B) Dimensiones del Riesgo Familiar Total

Condiciones psicoafectivas

En la familia muchas veces se configuran relaciones desiguales; por causa de género, edad, y diversas características pueden desencadenar en violencia. Entre los problemas más frecuentes del entorno psicoafectivo familiar destacan:

- Desarmonía entre padres e hijos.
- Maltrato físico y psicológico.
- Ansiedad permanente.
- La privación afectiva y desprotección
- Roles no gratificantes, que viene asumidos por otros familiares.
- La separación conyugal, el divorcio, la rotura matrimonial.
- La fuga del miembro del hogar, padre, madre, hijo.
- Enfermedad mental o intento de suicidio.
- Problemas con consumo de drogas o alcohol (9).

Servicios y prácticas de salud

Los riesgos a los que se exponen las familias, respecto a dicha dimensión son:

- Escasa utilización de servicios de salud disponible
- Escasa información proveniente de servicio de salud
- Manejos inapropiados de los cuidados perinatales y salud de la mujer
- Manejo inapropiado de los controles médicos preventivos
- No detección oportuna de riesgos familiares
- Escasa salud bucal (9).

Condiciones de vivienda y vecindario

Las características que forman parte de un ambiente saludable son la vivienda y el vecindario, esto va depender de la distribución sobre la higiene, la seguridad, la salubridad de la vecindad relacionado con el ambiente y la organización. Los factores de riesgo incluidos son:

- Escaso uso de medidas de saneamiento ambiental.
- Situaciones de insalubridad en el entorno de la familia.
- Mala higiene y falta de organización en el hogar.
- Falta de servicios básicos públicos, como agua potable, luz y alcantarillado.
- Problemas de ventilación, iluminación, almacenamiento de alimentos.

Situación socioeconómica

Existe una relación directa con las necesidades básicas de la familia que va desde salud, vestimenta, educación, alimentación, y recreación. Para una familia vulnerable al analfabetismo, aumentan los casos de deterioro de salud, enfermedades, pobreza extrema. Que se presentan por ciertas características que son:

- Ingreso bajo para cubrir las necesidades de salud.
- No existe actividad lúdica o espacios de recreación familiar.
- Integrantes de la familia que representan una carga laboral para la familia.
- Existen problemas de salud que no se podrán resolver, ni controlar.
- No existe accesibilidad al servicio de salud.

Manejo de menores

En esta etapa crucial de evolución familiar con la llegada de un hijo, es labor de los padres impartirla crianza adecuada. La etapa escolar, donde el niño se enfrenta al mundo externo; su red social se ampliará y empezará a interactuar con adultos aprendiendo nuevas formas de convivencia. El padre suele enfrentar cambios positivos para la crianza de sus hijos, reflejado el verdadero comportamiento de adaptación.

Después vendrá la etapa de la adolescencia, que para los padres es la etapa más crítica, pues aflora muchos conflictos por los cambios físicos y hormonales de los hijos, los cuales producen alteraciones en su carácter, vinculándose en sus relaciones sociales – familiares (9).

2.3.3 Tuberculosis

A) Definición

Es una enfermedad infecto-contagiosa, cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium Tuberculosis*, que afecta fundamentalmente a los pulmones, pero puede instaurarse en casi todos los sistemas del ser humano (29).

B) Cuadro clínico

Los principales síntomas y signos clínicos de la tuberculosis son:

- Tos con expectoración mayor a 15 días.
- Baja ponderal
- Episodios febriles a repetición, acompañado de sudoraciones nocturnas
- Episodios de esputo con sangre, pudiendo llegar a hemoptisis.

C) Tipos de tuberculosis

Según localización:

- Tuberculosis pulmonar: Tipo de tuberculosis cuya localización es el parénquima pulmonar, con o sin confirmación bacteriológica.
- Tuberculosis extra pulmonar: Personas cuya afectación se da en órganos distintos a los pulmones (30).

Según sensibilidad a medicamentos:

- Tuberculosis pansensible: Cuando es sensible a todos los medicamentos de primera línea.
- Tuberculosis multidrogoresistentes: Cuando es resistente a fármacos de primera línea como la rifampicina o isoniacida.
- Tuberculosis extensamente resistente: Cuando existe resistencia a fármacos de primera línea, más una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (30).

D) Medidas de prevención para tuberculosis

Prevención primaria:

Implica aquellas medidas destinadas a evitar la infección con el Mycobacterium Tuberculosis como el uso de mascarillas durante la etapa contagiosa, cubrirse la boca al toser, evitar el hacinamiento, vacuna Bacillus de Calmette y Guérin al recién nacido.

Prevención secundaria:

Son aquellas medidas destinadas a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, como la evaluación de los contactos del paciente, terapias preventivas con isoniacida.

Prevención terciaria:

Son aquellas medidas destinadas a la rehabilitación de las personas afectadas de tuberculosis; para evitar las complicaciones y secuelas físicas de la misma, con el objetivo de darles una mejor calidad de vida (30).

2.3.4 Teorías de enfermería aplicadas al cuidado de la familia

Modelo conceptual de Virginia Henderson.- Este modelo fue desarrollado bajo las influencias de la corriente integracionista, utilizando los postulados teóricos de las necesidades del desarrollo humano propuestas por A. Maslow, que permiten explicar el rol de las enfermeras en la ayuda a las personas para cubrir esas necesidades. Basado en esta teoría, los individuos son seres integrales con componentes biopsicosociales, que le permiten desarrollo pleno.

Para la autora, los profesionales de enfermería tienen como rol fundamental brindar ayuda, que les permita mejorar su bienestar y salud; recuperarse de una enfermedad y tener una muerte digna. Además, debe realizar intervenciones en el entorno más cercano del paciente, siendo este su familia, a la cual la considera como una unidad.

Elementos del metaparadigma de enfermería:

Salud. - Se define como aquellas cualidades necesarias para un desarrollo íntegro y biopsicosocial de las personas.

Entorno. - Es aquello que rodea a las personas, y puede influir en su pleno desarrollo.

Persona. - Es un ser biopsicosocial, que se encuentra inserto en la familia, constituyendo una unidad.

Enfermería. - Es brindar ayuda a aquellas personas que no pueden cumplir con sus necesidades básicas (31).

2.4 HIPÓTESIS

La investigación no presentó hipótesis por ser de naturaleza cuantitativa, descriptiva con una sola variable. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo; o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho (32).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque utilizado en la presente investigación fue cuantitativo, debido a que se medirán variables, para ser expresadas en medidas estadísticas como frecuencia y media.

En cuanto al diseño de la investigación fue descriptiva, porque no se manipularon las variables; únicamente se realizó la observación de las mismas en el entorno estudiado.

Fue transversal, porque se estudió la variable en un momento determinado del tiempo (32).

3.2 POBLACIÓN

Se trabajó con la población completa; es decir se entrevistará a todas las familias de las personas afectadas con tuberculosis que acudieron a los establecimientos de primer nivel de atención del Ministerio de Salud del Perú del distrito de Los Olivos. En total, se trabajó con 223 familias de pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

3.2.1 Criterio de Inclusión

- Familias con miembros afectados por la tuberculosis, que estén actualmente recibiendo tratamiento en los dos establecimientos objetos de estudio.
- Familias que acepten y firmen el consentimiento informado.
- Familias donde el padre acepte dar la información.
- Familias que se encuentren dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud
- Familias que vivan con anterioridad a 6 meses dentro de la jurisdicción de los dos establecimientos de salud.

3.2.2 Criterio de Exclusión

- Familias que no cuenten con miembros afectadas por la tuberculosis.
- Familias que no acepten y no firmen el consentimiento informado.
- Familias donde el padre no acepte dar información.
- Familias que no se encuentren dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Familias que no vivan con anterioridad a 6 meses dentro de la jurisdicción de los dos establecimientos de salud.

3.3 VARIABLE

1. Riesgo Familiar total

3.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Según Amaya de Peña “Es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado en el individuo, la organización o trayectoria familiar” (9).

3.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

El riesgo familiar total, es la suma global de consecuencias adversas o hechos individuales – familiares; debido a la presencia de características psicoafectivas, prácticas de salud, vivienda, situación económica, y manejo de menores. Detectadas en familias de pacientes con tuberculosis del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos, medido con el cuestionario Riesgo Familiar Total 5:33.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

3.4.1 TÉCNICA

Para el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta.

3.4.2 INSTRUMENTO

A) Descripción:

El instrumento utilizado en la presente investigación fue el Riesgo Familiar Total 5-33 elaborado por Pilar Amaya en el año 1992, en la Universidad Nacional de Colombia. El instrumento fue extraído de uno original que fue el Riesgo Familiar Total 7-70, que también fue aplicado en diversas investigaciones vinculadas a la salud familiar.

Los primeros estudios con el instrumento se iniciaron en la década de los 90, en los cuales se enfocaron en la estandarización del instrumento para la población colombiana; aplicándolo en una muestra de 2364 familias. Ello fue realizado con el objetivo de darle la validez y confiabilidad suficiente a la nueva herramienta, que permite realizar más estudios con enfoque familiar. A partir de dichos estudios primarios, se han desarrollados muchos más en poblaciones colombianas con diversas patologías (9).

B) Descripción general del Riesgo Familiar Total 5-33

El objetivo fundamental del instrumento es la detección de aquellas familias en riesgo de presentar problemas de salud o alteraciones en su funcionamiento, vinculados a su organización, trayectoria y prácticas de salud; que constituyen riesgos tanto para sus integrantes, como para la familia.

Como se describió líneas arriba, el Riesgo Familiar Total 5-33 deriva de dos instrumentos anteriores. La reducción y adaptación del sistema Riesgo Familiar Total 7-70 al Riesgo Familiar Total 5-39, se realizó con

base en análisis psicométrico adelantado a partir de las respuestas de una muestra de 230 mujeres gestantes pertenecientes a las familias de estratos socioeconómicos bajos (1,2 y 3) del estudio de medición de salud familiar con gestantes pobre de Bogotá. Las mujeres participantes en el estudio asistirán a control prenatal en centros de atención localizados en sectores surorientales marginados de Bogotá; las cuales consintieron voluntariamente participar en la investigación.

El Riesgo Familiar Total 5-39 fue a su vez validado, estandarizado y aplicado a una muestra de 2.364 familias (12.178 personas de 17 departamentos y 76 municipios de Colombia 2000 a 2002). De las familias se escogió un miembro que brindará información necesaria para diligenciar el instrumento; si este tenía más de 15 años, debía conocer la trayectoria familiar y consentir su participación. Finalmente, surgió el Riesgo Familiar Total 5-33 como una forma más ágil de obtener información de las familias en riesgo (9).

C) Contenido de Riesgo Familiar Total 5-33

El instrumento está compuesto de 5 partes principales, siendo las 4 primeras relacionadas a la tipificación de las familias y sus trayectorias; sin embargo, ello no cuenta a la hora de realizar la puntuación. La última parte del instrumento, se compone de 33 ítems que son los que dan la puntuación final del instrumento.

A continuación, presentamos las 5 secciones del instrumento:

Identificación de la familia. - Consta de 15 elementos que describen a la familia: ubicación y tipo de familia, que permitan hacer un seguimiento, para luego aplicar el cuestionario.

Composición de la familia y riesgos de sus integrantes. - Permite identificar a cada uno de sus miembros; incluyendo información sociodemográfica de cada uno y datos sobre estados de salud de los mismos.

Antecedentes de patologías de carácter familiar. - Se compone de 19 elementos que permiten conocer los antecedentes biopsicosociales de la familia hasta 3 generaciones antes.

Instituciones de apoyo familiar. – En esta sección se obtiene información sobre aquellas instituciones que pueden ayudar a las familias. Dichos elementos resultan de suma importancia al momento de presentar un acontecimiento vital estresante.

Factores de riesgo. - En esta sección se concentran los 33 ítems que permiten la evaluación del riesgo familiar total, la puntuación de cada ítem es entre 0 a 1, incluyendo también el ninguna de las anteriores (no aplica) para la dimensión de manejo de menores. En la siguiente tabla se describen cada ítem y su descripción (9).

Tabla 1. Dimensiones y cantidad de ítems del instrumento Riesgo Familiar Total 5-33

| FACTOR | Nº DE ÍTEMS | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------|-------------|--|
| Condiciones psicoafectivas | 10 | Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes. |
| Servicios y prácticas de salud | 6 | Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes. |
| Condiciones de vivienda y vecindario | 5 | Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental. |
| Situación socioeconómica | 6 | Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación. |
| Manejo de menores | 6 | Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos |

Fuente: Instrumento de Salud Familiar: Manual, aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Amaya Pilar.

D) Validez y confiabilidad del instrumento

Los análisis realizados con el instrumento Riesgo Familiar Total 5-33 estuvieron dirigidos a la estimación de la confiabilidad y validez; así como a la construcción de tablas de conversión estandarizadas, que fueran útiles en la interpretación de los resultados.

A nivel nacional, en el año 2013, Abrego Elizabeth, Larios Betzabeth y Onofre Jacqueline, validaron el instrumento Riesgo Familiar Total – Riesgo Familiar Total-5:33; versión adaptada para nuestra realidad. Trabajaron en las familias del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, en el distrito de Comas.

La validación se hizo a través de 5 jueces de expertos, los cuales analizaron el instrumento según las dimensiones y se obtuvo el resultado de validez total de 90.662 (33).

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento, se ensayó una prueba piloto sobre una muestra aleatoria de 223 familias de los establecimientos del primer nivel de atención de Los Olivos; luego se estimó el coeficiente de consistencia mediante Kuder – Richardson # 20, que determinó que el instrumento es altamente confiable, alcanzando un valor total de 0,84.

E) Aplicación del instrumento

La aplicación del instrumento debe realizarse por profesionales durante todo el proceso de recolección de datos hasta la calificación del mismo.

F) Interpretación de las dimensiones de las escalas del instrumento

Familias de riesgo bajo

Incluyen las familias tipo 1, las cuales se encuentran dentro del percentil 1 -29, en Puntuación Estandarizada por debajo de 54. Las familias tipo 2, dentro de los percentiles 3 – 26 con puntuaciones menores de 53.

Dichas familias tienen condiciones a favor, para realizar prácticas saludables recibiendo apoyo del sistema de salud. En cuanto a su vivienda y vecindario, se encuentran en condiciones seguras para sus integrantes.

Familias amenazadas

Son aquellas familias de tipo 1, que se encuentran dentro de los percentiles 37 - 77 y Puntuación Estandarizada entre 56-68. Las familias tipo 2 con percentiles entre 33-76 con Puntuación Estandarizada entre 55 – 68. En estas familias se encuentran alteraciones en su funcionamiento, realizando prácticas relacionadas a su salud. No cuentan con apoyo total de los servicios, las condiciones de vivienda y vecindario son inseguras para sus miembros exponiéndolos a mayores riesgos.

Familias de alto riesgo

Son aquellas familias de tipo 1, que se hallan en percentiles 81 a más y con Puntuación Estandarizada mayores a 70; para las familias tipo 2 los percentiles son superiores a 80. En estas familias las relaciones psicoafectivas son disfuncionales y hay pérdida en el manejo de los integrantes menores. A nivel de vivienda y vecindario presenta muchos riesgos para sus integrantes. Las prácticas de salud son inseguras, pues no acceden a los servicios de salud (9).

3.5 PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos

Se solicitó a la escuela profesional de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades la carta de presentación para el establecimiento de salud; luego se procedió a llevarla para la realización del estudio y obtener acceso a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que acuden a dicha institución.

3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos, se hizo la programación de las entrevistas con los pacientes y sus familias; previo consentimiento informado. En este proceso, realizamos visitas previas a los jefes de familia, recibiendo el apoyo de las promotoras.

3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento

Una vez realizada las coordinaciones previas, se inició la aplicación del instrumento, acudiendo a los domicilios de los pacientes. El tiempo estimado para la entrevista con cada familia fue de 20 minutos.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y METODOS DE ANALISIS DE DATOS

En cuanto a las técnicas de procesamientos de datos, al culminar nuestro proceso de recolección (trabajo de campo), verificamos que cada instrumento esté completamente llenado y correctamente codificado. Posterior a esto se registraron los datos recolectados en una matriz elaborada en el programa Excel 2013. Luego se exportó los datos registrados en el Excel 2013 al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences 22.

En dicho programa estadístico se codificó adecuadamente los datos para ser procesados y analizados. La obtención de los resultados se hizo mediante la estadística descriptiva.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación siguió los 4 principios bioéticos de la investigación:

3.7.1 Principio de beneficencia:

A través de este principio se garantiza que los investigadores busquen el mayor beneficio a sus participantes. Para ello se hace necesario que deba valorar el riesgo beneficio de los sujetos de investigación. Dicho principio entra en articulación con la autonomía, evitando el paternalismo médico (34).

En la presente investigación se buscó el mayor beneficio a los pacientes y sus familias; puesto que facilitaron información valiosa al equipo multidisciplinario para plantear intervenciones.

3.7.2 Principio de no maleficencia:

Es un principio fundamental de la ética médica, cuya frase más importante sale del juramento hipocrático “Primum Non Nocere”.

Mediante este principio se garantiza que se debe tratar a todos los sujetos de la investigación con las mismas consideraciones, implicando el deber de no producirles daño alguno (35).

En la presente investigación se aplicaron encuestas a los pacientes y sus familias, garantizando la total confidencialidad de los datos.

3.7.3 Principio de justicia:

Mediante este principio se garantiza la no discriminación por razones de índole cultural, ideológica u otros a los sujetos de investigación. Además, obliga a los investigadores a respetar los derechos de los participantes, tratándolos a todos con el mismo respeto y consideración (36).

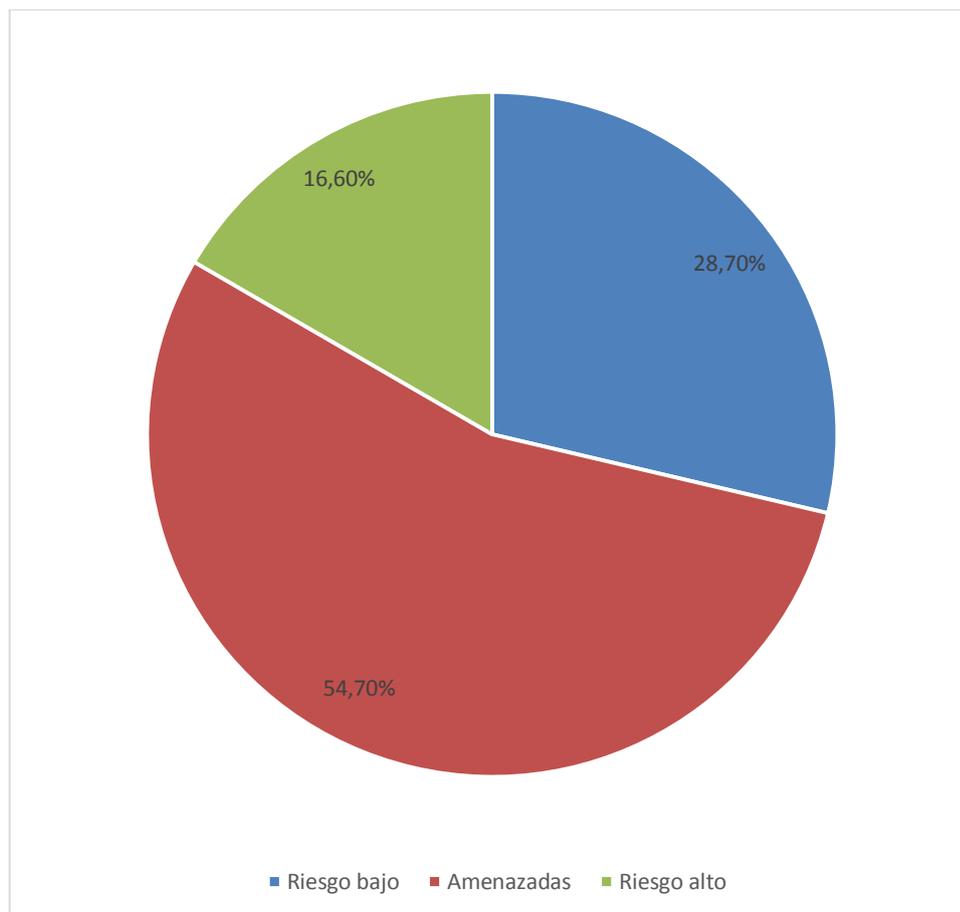
3.7.4. El principio de autonomía

La máxima expresión de dicho principio es el consentimiento informado, debiendo respetar la decisión de los sujetos de investigación para su participación en el estudio. Además, este principio sirve para contraponer el arraigado paternalismo médico de los servicios de salud; obligando a los investigadores a considerar a los individuos como entes autónomos capaces de tomar la mejor decisión respecto a su salud (37).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

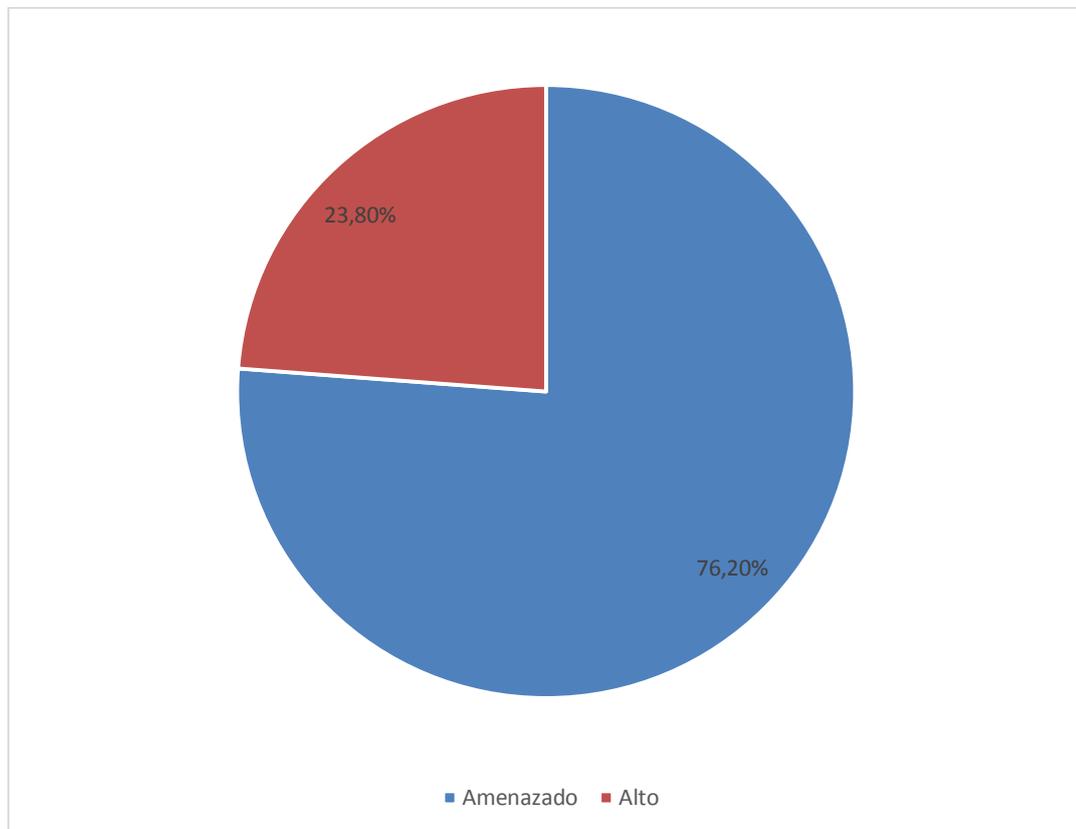
Gráfico1. Riesgo Familiar Total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias Con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: En el gráfico N°1, se observa que la mayoría de familias se encuentran en la categoría amenazadas 54.7% (n=122), ubicándose en la dimensión alto riesgo, respecto a las diversas dimensiones descritas. En segundo lugar, se encuentran las familias de riesgo bajo 28.7% (n=64).

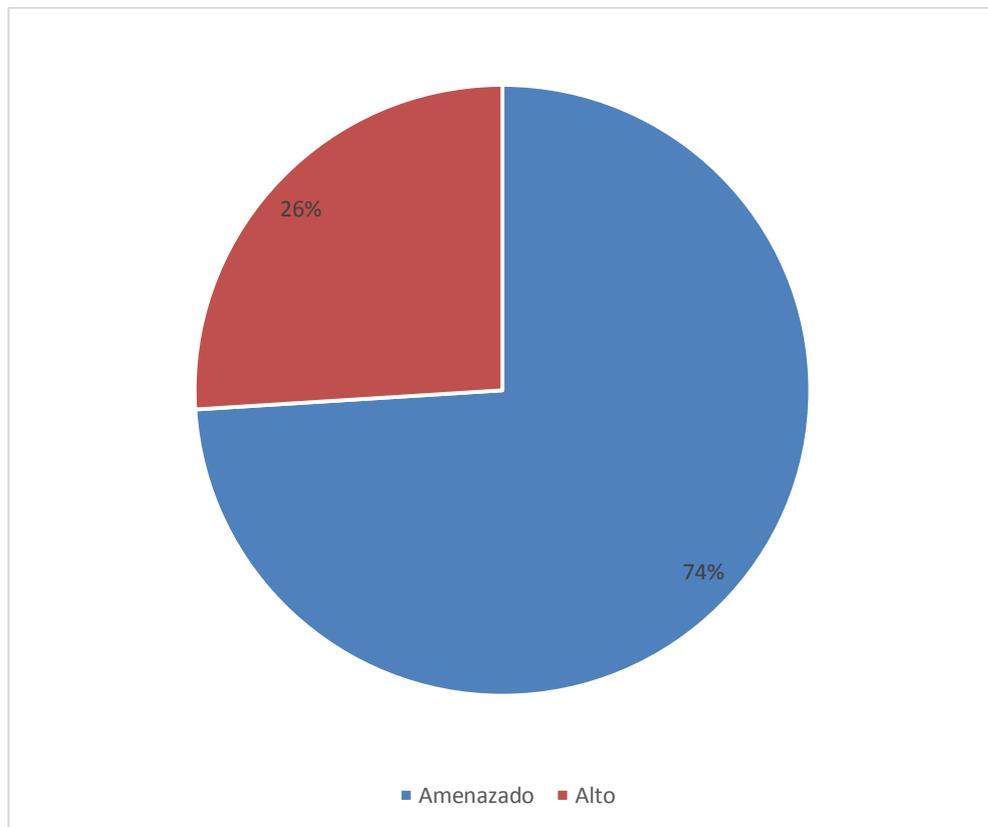
Gráfico 2. Riesgo Familiar Total en su dimensión Condiciones Psicoafectivas en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias Con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: Gráfico N°2, se observa que según la dimensión psicoafectiva, gran parte de las familias 76,2% (n=170) se encuentran amenazadas; evidenciando problemas con relación a la dinámica familiar; que los exponen a mayores riesgos, llegando a una disfunción familiar. En segundo lugar, se encuentran las familias de alto riesgo 23,8% (n=53), las cuales, tienen problemas de disfunción familiar que puede repercutir en la salud de sus integrantes.

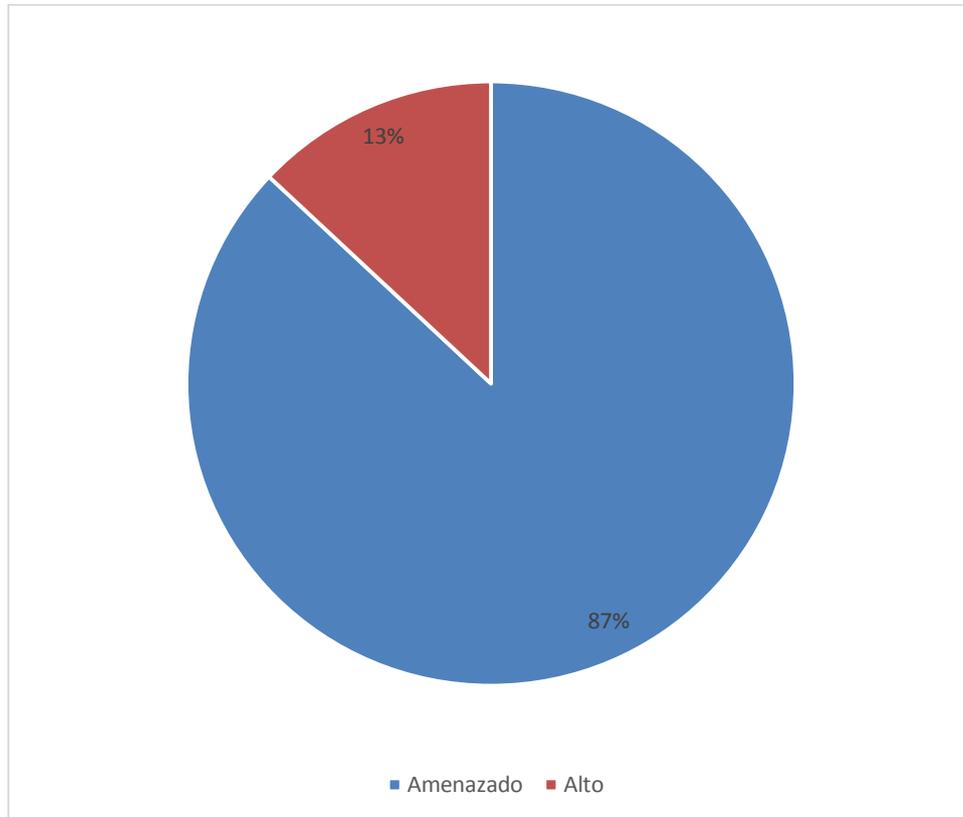
Gráfico 3. Riesgo Familiar Total en su dimensión Prácticas y servicios de salud en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias Con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: Gráfico N°3, se observa que según la dimensión prácticas y servicios de salud; la mayoría de las familias, se encuentra en la dimensión amenazadas 74%(n=165); lo cual refleja que están realizando prácticas no saludables y el acceso no el óptimo a los servicios. Lo cual eleva el riesgo de padecer enfermedades en sus integrantes. En segundo lugar, encontramos a las familias de alto riesgo 26% (n=58) cuyas prácticas de salud están conllevando a padecer de enfermedades a sus integrantes.

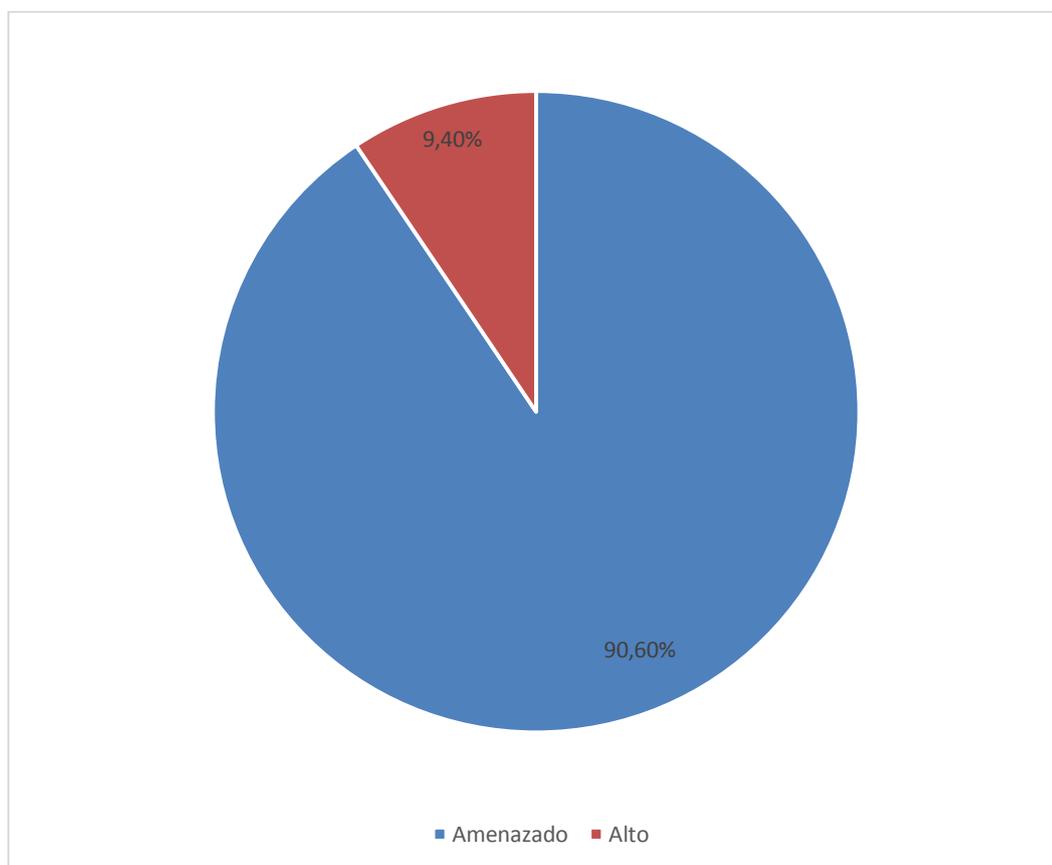
Gráfico 4. Riesgo Familiar Total en su dimensión Vivienda y Vecindario en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: Gráfico N° 4, según la dimensión vivienda y vecindario se observa que la mayoría de familias se perciben amenazadas 87%(n=194), lo cual refleja que el entorno donde se desenvuelven, es adverso garantizándose la no seguridad de sus integrantes. En segundo lugar, se encuentra las familias que se perciben como de alto riesgo 13% (n=29).

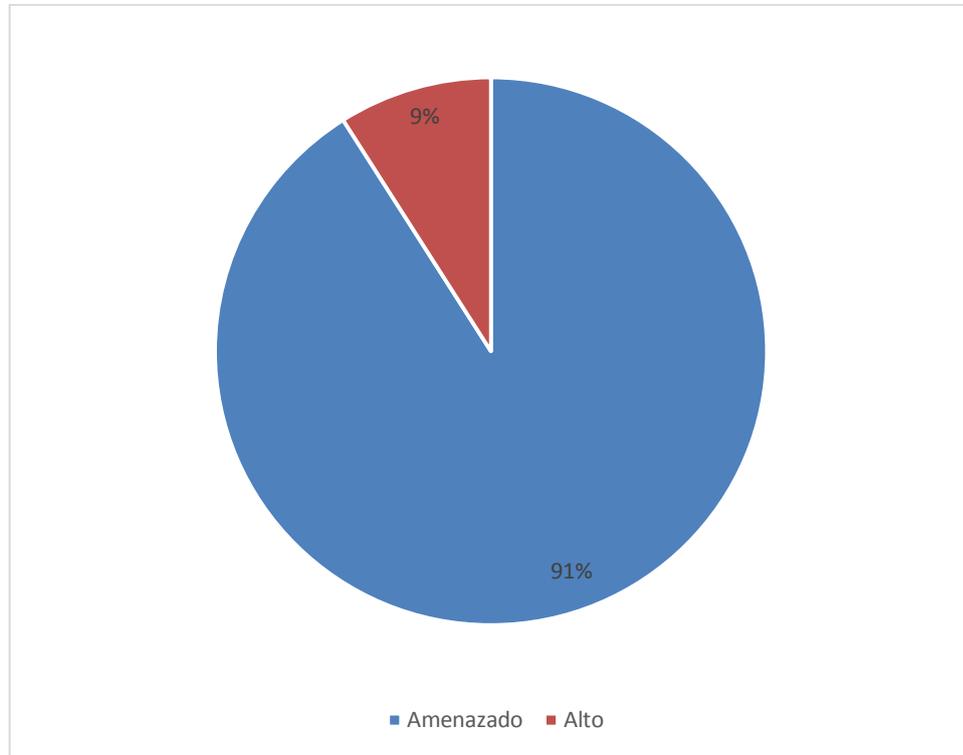
Gráfico 5. Riesgo Familiar Total en su dimensión situación socioeconómica en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias Con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: Gráfico N°5, se observa que según la dimensión situación socioeconómica, la mayoría de familias se perciben como amenazadas 90.6% (n=202), lo cual los expone a diversos riesgos respecto al acceso a los servicios de salud y otros que no les permiten cubrir sus necesidades básicas. En segundo lugar, encontramos a las familias de alto riesgo 9,4% (n=21).

Gráfico 6. Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias Con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Descripción: Gráfico N°6, según la dimensión manejo de menores se observa que la mayoría de familias se perciben como amenazadas 91%(n=203) lo cual refleja que no realizan adecuadamente la función cuidado de sus integrantes exponiéndolos a riesgo de padecer enfermedades. En segundo lugar, se encuentran las familias que se perciben de alto riesgo 9% (n=20).

4.2 DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación evidenciaron que el Riesgo Familiar Total fue percibido por la mayoría de familias como amenazadas, reflejando que se encuentran alteraciones en su funcionamiento; realizando prácticas inseguras relacionadas a su salud. No cuentan con el apoyo total de los servicios y las condiciones de vivienda - vecindario son inseguras para sus miembros, exponiéndolos a mayores riesgos.

Al respecto, Martínez I. y Velásquez V., en Colombia, en el año 2015, realizaron el trabajo de investigación “Riesgo Familiar y Grado de Salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo”; encontrando que la mayoría de familias se perciben como de bajo riesgo (13), no coincidiendo con la presente investigación. En otro estudio, Sánchez D. y Cataño N., en Soledad – Colombia, en el año 2015, realizaron el trabajo de investigación titulado “Factores de Riesgo Total en familias migrantes en Soledad, Atlántico”; encontrando que la mayoría de familias se perciben de alto riesgo, siendo las dimensiones, condiciones de vivienda y vecindario las de mayor afectación (14). Dichos resultados, nuevamente no coinciden con lo hallado.

Sin embargo, Soto A., en Valle del Cauca – Colombia, en el año 2014, en su tesis titulada “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en familias desplazadas residentes del Municipio de Bugalagrande”; encontró que La mayoría de familias se encontraban en la categoría de amenazadas (59%) (15). Además, Donayre P., Muñoz I., en Lima – Perú, en el año 2018, realizaron la tesis titulada “Riesgo familiar total y funcionalidad en familias del asentamiento humano Terrazas, de los comités 5 y 6, que pertenecen al centro de salud Catalina Huanca – El Agustino”; encontrando que la mayoría de familias se percibieron como amenazadas, seguidas de alto y bajo riesgo (18).

La explicación a los hallazgos de la investigación, es debido a los diversos factores que determinan un mayor o menor riesgo en la familia. Uno de ellos es la situación socioeconómica; recordemos que la mayoría de familias residen una de las zonas menos favorecidas económicamente del distrito de

los Olivos. Otro factor importante es la presencia de un integrante con diagnóstico de tuberculosis; el cual se encuentra asociado a una serie de determinantes sociales que involucra a la familia.

En cuanto a las dimensiones, se encontró que; en todas las ellas las familias se perciben como amenazadas y de alto riesgo. Las dimensiones situación socioeconómica y manejo de menores, representan aquellas familias que perciben altos porcentajes: Amenazadas.

La situación socioeconómica percibida por las familias se ve reflejada en las estadísticas nacionales. Al respecto, el documento “Perú: Características socioeconómicas de los hogares” elaborado por el Instituto Nacional de estadística e informática, evidencia que; a pesar del crecimiento económico del país la desigualdad en la distribución de recursos sigue persistiendo; producto de ello en una misma ciudad podemos encontrar familias con elevados y escasos recursos, lo cual puede determinar las condiciones de salud de sus integrantes (38).

La dimensión manejo de menores, refleja el cuidado que tienen las familias de los integrantes menores en el hogar. Al respecto, Cid M., Montes de Oca R y Hernández O., en su artículo titulado “La familia en el cuidado de la salud”, refieren que estas sirven como un refugio afectivo y garantizan un aprendizaje sociocultural para sus integrantes. Sin embargo, cuando se presentan acontecimientos estresantes en alguno de sus integrantes, como la afección por tuberculosis; se empiezan a descuidar diversas áreas de la familia, siendo una de ellas el cuidado de los integrantes menores (39).

En cuando a la dimensión psicoafectiva, Espinoza M., en su tesis titulada “Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica”, evidencia que los problemas psicoafectivos dentro de la familia, pueden determinar niveles menores de apoyo a sus integrantes (20). Asimismo, Quevedo N., Sánchez R., Villalba R. y Velásquez D., en su trabajo de investigación titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en centros de salud”, pone en evidencia la

importancia del apoyo familiar para mejorar la adherencia del tratamiento en los pacientes con tuberculosis. (21).

Respecto a la dimensión vivienda y vecindario, un factor determinante para los pacientes con tuberculosis es el entorno material. El cual muchas veces se caracteriza por habitar en viviendas precarias y con hacinamiento. Al respecto, Muñoz R. y Fernández R, en su trabajo de investigación titulado “Factores sociales en la incidencia de tuberculosis en un Municipio – Cuba”, refieren que resulta trascendente identificar aquellas familias con condiciones precarias de vivienda, siendo un factor determinante en la diseminación de la tuberculosis (40).

Finalmente, en la dimensión práctica y servicios de salud, resulta crucial garantizar el acceso a los servicios para los pacientes con tuberculosis. Sin embargo, muchos de ellos no se encuentran preparados para brindar un abordaje familiar a los pacientes; sirviendo como red de apoyo, garantizar un buen funcionamiento familiar.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En cuanto al Riesgo Familiar Total, la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos se perciben como amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar Total, según dimensión Condiciones Psicoafectivas; la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos, se perciben como amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar Total, según dimensión práctica y servicios de salud; la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos, se perciben como amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar Total, según dimensión vivienda y vecindario; la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos, se perciben como amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar Total, según dimensión situación socioeconómica; la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos, se perciben como amenazadas.
- En cuanto al Riesgo Familiar Total, según dimensión manejo de menores; la mayoría de familias de pacientes con tuberculosis que asisten a un establecimiento del primer nivel de atención en Los Olivos, se perciben como amenazadas.

5.2 RECOMENDACIONES

- La información obtenida en la investigación debe ser utilizada por los establecimientos, para la elaboración de intervenciones integrales a los pacientes con tuberculosis; que involucren el componente familiar.
- Se deben realizar investigaciones en otras patologías, a fin de garantizar la utilización del instrumento Riesgo Familiar Total 5-33; el cual podría servir como herramienta importante en el marco del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad.
- Los profesionales de enfermería, dentro de rol de cuidados, deben garantizar un abordaje integral del paciente; trascendiendo del abordaje individual tradicional para mejorar las tasas de éxito de los pacientes con tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre tuberculosis 2017 [Internet]. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017. 1-5 p. Disponible en: http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/exe_summary_es.pdf
2. Chavarri D. Cumbre de Tuberculosis de las Americas: Situación de Tuberculosis en las Américas y [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. p. 1-33. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122618.pdf>
3. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis in Peru: situación epidemiológica y desafíos para su control. Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 34(2): 299-310. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726
4. Ministerio de Salud. Plan de Monitoreo y evaluación del Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas. [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605164350.pdf>
5. Alberto Fuentes-Tafur L. Enfoque sociopolítico para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [revista en Internet] 2009 [acceso 8 de setiembre de 2018]; 26(3): 370-379. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a17v26n3.pdf>
6. MInisterio de Salud. Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2011. 1-128 p. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
7. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet] 2003 [acceso 8 de febrero de 2018]; 29(1): 48-

51. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.pdf
8. Fernández Ortega M. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina UNAM [Revista de internet] 2004 [acceso: 5 de junio del 2017]; 47(6). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=817>
9. Amaya P. Instrumento de Salud Familiar: manual, aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004. 1-77 p.
10. Municipalidad de los Olivos. Historia [sede Web]. Lima; [15 enero 2015; 26 marzo 2018] [Internet]. Disponible en: <http://www.munilosolivos.gob.pe/muni1/index.php/la-ciudad/historia>
11. Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II. Informe Anual 2015. Los Olivos: CLAS JUan Pablo II. Lima; 2015.
12. Dueñes M, Cardona D. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Pereira, Colombia 2012-2013. Rev Biomédica [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de febrero de 2018]; 36(3): 423-431. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2904>
13. Caicedo I, Velásquez V. Riesgo Familiar y Grado de Salud de familias con adultos hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo. Rev Cultura del Cuidado [revista en Internet] 2015 [acceso 8 de febrero de 2018]; 12(1): 16-28.
14. Sánchez D, Cataño N. Factores de Riesgo Total en Familias Migrantes en Soledad, Atlántico. Rev Cuid [revista en Internet] 2016 [acceso 8 de noviembre de 2018]; 7(1): 1152-1162. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/rt/printerFriendly/174/521>
15. Soto González AM. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca [tesis para optar el título de Maestría en Enfermería]. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [Internet]. Disponible

en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47113/>

16. Martínez E, Guzmán F, Flores J, Vásquez V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. *Rev Aten Fam* [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de febrero de 2018]; 41(3): 16-33. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-pdf-S140588711630013X>
17. Lino V, Saldarriaga J. Riesgo Familiar Total y La Adherencia a la terapia farmacológica en Personas afectadas con Tuberculosis del Centro de Salud Huáscar [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1843/TITULO - Lino Chahua%2C Victoria Lady.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Donayre P, Muñoz I. Riesgo familiar total y funcionalidad en familias del asentamiento humano Terrazas, de los comités 5 y 6, que pertenecen al centro de salud Catalina Huanca – El Agustino [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1846/Titulo - Muñoz Monteagudo%2C Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Cerquin I, Flores J, Guerrero J. Riesgo Familiar Total en Familias de Personas Afectadas con Tuberculosis de tres Establecimientos de Salud de la Micro Red de Salud de Los Olivos [tesis Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/137>
20. Espinoza M. EStado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1404/T-TPLE-Marilia Karen Espinoza Zea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Quevedo L, Sánchez R, Villalba F, Velásquez D. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Revista Enfermería Herediana*

- [revista en Internet] 2015 [acceso 18 de setiembre de 2018]; 8(1): 11-16.
Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>
22. Espinal I, Gimeo A, Gonzáles F. El Enfoque Sistemico en los estudios sobre la familia. Rev UASD [revista en Internet] 2017 [acceso 8 de febrero de 2018]; 28(1): 1-14. Disponible en: <https://www.uv.es/jugar2/EnfoqueSistemico.pdf>
 23. UNICEF. Nuevas formas de familia: perspectivas nacionales e internacionales. [Internet]. Nueva York - EE.UU: UNICEF; 2003. 1-321 p. Disponible en: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf
 24. Trujano R. Tratamiento Sistémico en problemas familiares. Rev. Electronica de Psicología Iztacala [revista en Internet] 2010 [acceso 8 de febrero de 2018]; 13(3):87-103.
 25. Moratto V S, Zapata P J, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar : una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología [revista en Internet] 2015 [acceso 8 de febrero de 2018]; 8(2): 103-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
 26. Pino E. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Rev Arch Med Fam [revista en Internet] 2005 [acceso 8 de febrero de 2018]; 7(1): 15-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
 27. Santi Herrera PM. Factores de riesgo para la salud familiar : acontecimientos significativos. Rev Humanidades Médicas [revista en Internet] 2012 [acceso 8 de febrero de 2018]; 12(2): 184-191. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc03212.pdf>
 28. Velasquez V. Riesgo Familiar Total de familias de preescolares con enfermedades prevalentes de la infancia. Rev Investigaciones Andina [revista en Internet] 2012 [acceso 20 de mayo de 2018]; 25(4): 530-545. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239024339004.pdf>

29. Ministerio de Sanidad Política social e igualdad. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la Tuberculosis [Internet]. Barcelona - España: Ministerio de Sanidad Política social e igualdad; 2010. 1-218 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_473_Tuberculosis_AIAQS_compl.pdf
30. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2013. 172 p. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
31. Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería [Internet]. Fundamentos de Enfermería Universidad del Cauca. Colombia: Universidad de Cauca; 1996. p. 1-15. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
32. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México D. F.: McGraw-Hill; 2014.
33. Abrego E, Larios B, Onofre J. Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2012.
34. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf
35. Arellano J, Hall R HJ. Ética de la Investigación Científica [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2014. 1-271 p. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/etica_investiga_uaq.pdf
36. Cash R, Wikler D, Saxena A, Capron A. Estudios de casos sobre ética de la investigación internacional en salud. Whashington: Organización

Panamericana de la salud; 2014. [Internet]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6082/Estudios de casos etica 2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6082/Estudios_de_casos_etica_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

37. Moreno RP. La riqueza del principio de no maleficencia. Rev Cirujano General [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2018]; 33(2): 178-185. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar [Internet]. Lima - Perú; 2012. p. 1-245. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1119/Libro.pdf
39. Cid M, Monstes de Oca R, Hernández R. Familia en el cuidado de la salud. Rev Med Electrónica [revista en Internet] 2014 [acceso 8 de febrero de 2018]; 28(2): 1-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n4/rme080414.pdf>
40. Muñoz R. Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio « 10 de Octubre » . Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [revista en Internet] 2011 [acceso 8 de febrero de 2018]; 28(2): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300002

ANEXOS

Tabla 2. Riesgo Familiar Total en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Riesgo bajo | 64 | 28,7 | 28,7 | 28,7 |
| | Amenazadas | 122 | 54,7 | 54,7 | 83,4 |
| | Riesgo alto | 37 | 16,6 | 16,6 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Tabla 3. Riesgo Familiar Total en su dimensión Condiciones Psicoafectivas en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Amenazado | 170 | 76,2 | 76,2 | 76,2 |
| | Alto | 53 | 23,8 | 23,8 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Tabla 4. Riesgo Familiar Total en su dimensión Prácticas y servicios de salud en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

Prácticas y servicios de salud

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Amenazado | 165 | 74,0 | 74,0 | 74,0 |
| | Alto | 58 | 26,0 | 26,0 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Tabla 5. Riesgo Familiar Total en su dimensión Vivienda y Vecindario en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Amenazado | 194 | 87,0 | 87,0 | 87,0 |
| | Alto | 29 | 13,0 | 13,0 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Tabla 6. Riesgo Familiar Total en su dimensión situación socioeconómica en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

| | | Situación socioeconómica | | | |
|--------|-----------|---------------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Amenazado | 202 | 90,6 | 90,6 | 90,6 |
| | Alto | 21 | 9,4 | 9,4 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Tabla 7. Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias de pacientes con tuberculosis de los establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos – 2017

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Amenazado | 203 | 91,0 | 91,0 | 91,0 |
| | Alto | 20 | 9,0 | 9,0 | 100,0 |
| | Total | 223 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes y sus familias con Tuberculosis de los establecimiento del primer nivel de atención del Ministerio de Salud de Los Olivos 2017

Anexo A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|--|-----------------------|---|--|
| <p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICOS ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017?</p> <p>¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis</p> | <p>OBJETIVOS GENERALES: Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017</p> <p>Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis</p> | Riesgo familiar total | <p>Condiciones psicoafectivas</p> <p>Servicios y prácticas de salud</p> | <p>Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.</p> <p>Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes.</p> |

| | |
|--|--|
| que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017? | que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017 |
| ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017? | Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017 |
| ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017? | Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017 |
| ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017? | Determinar riesgo familiar total en familias de pacientes con tuberculosis que acuden a los establecimientos de primer nivel de atención del minsa del distrito de los olivos – 2017 |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Condiciones de vivienda y vecindario | Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto a organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental. |
| Situación económica | Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación. |
| Manejo de menores | Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos |

Anexo B. MATRIZ DE CONSISTENCIA

| METODOLOGIA | INSTRUMENTO | CRONOGRAMA | PRESUPUESTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|---|--|--|--|--|--------------------------|--|---|---|---|--|--|---------------------------|--|--|--|--|---|--|-------------------------|--|--|--|--|--|---|--|-------|-----------------------|--------------|------|-------|------|--------------|-------------|
| <p>El estudio a desarrollar es Cuantitativo ya que se utilizará un instrumento de recolección de datos cuantitativo, este instrumento es el RFT 5-33 con el cual se recolectará la información de manera sistemática, lo cual nos va a permite analizar los resultados de la investigación, apoyados en métodos estadísticos que organizan e interpretan los datos obtenidos.</p> <p>Según el periodo y secuencia del estudio es transversal porque la recolección de datos se hará en un solo momento, en un tiempo único, el propósito es describir y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.</p> <p>Podemos concluir este estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal.</p> | <p>TECNICA: Para este estudio se utilizará la entrevista</p> <p>INSTRUMENTO: Para esta investigación se utilizara El Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT: 5-33, como se anunció anteriormente, es una adaptación y reducción del Sistema RFT: 7-70 de Amaya de Peña (1992; 1998), por lo que conserva sus lineamientos teóricos y metodológicos básicos. Este instrumento ha mostrado su utilidad clínica y político-administrativa en la detección de riesgo familiar en estratos socioeconómicos bajos. El número de ítems cambió (del RFT: 7-70 al RFT: 5-39, y de éste al RFT: 5-33) con el fin de agilizar su aplicación, evitar redundancia en la información capturada y maximizar su capacidad de discriminación del riesgo familiar total. El objetivo particular del inventario RFT: 5-33 es detectar aquellos núcleos familiares vulnerables a la presentación de problemas de salud o disfunción,</p> | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">2014</th> <th style="width: 10%;">AGO</th> <th style="width: 10%;">SET</th> <th style="width: 10%;">OCT</th> <th style="width: 10%;">NOV</th> <th style="width: 10%;">DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ACTIVIDADES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inicio del proyecto</td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Elaboración del proyecto</td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sustentación del proyecto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprobación del proyecto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </tbody> </table> | | 2014 | AGO | SET | OCT | NOV | DIC | ACTIVIDADES | | | | | | | Inicio del proyecto | | X | | | | | Elaboración del proyecto | | X | X | X | | | Sustentación del proyecto | | | | | X | | Aprobación del proyecto | | | | | | X | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">RUBRO</th> <th style="width: 30%;">COSTO EN NUEVOS SOLES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bibliografía</td> <td style="text-align: center;">1955</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td style="text-align: center;">4811</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">9275</td> </tr> </tbody> </table> | RUBRO | COSTO EN NUEVOS SOLES | Bibliografía | 1955 | Otros | 4811 | Total | 9275 |
| | 2014 | AGO | SET | OCT | NOV | DIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inicio del proyecto | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del proyecto | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sustentación del proyecto | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del proyecto | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUBRO | COSTO EN NUEVOS SOLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bibliografía | 1955 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | 4811 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 9275 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo C. Instrumento de Riesgo Familiar.

INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR RTF 5-33

Codigo entrevistador: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

I. IDENTIFICACION A LA FAMILIA

Codigo:

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 0 | 0 | | | |
|---|---|--|--|--|

1. Departamento: Lima
 2. Provincia: Lima
 3. Distrito: Los Olivos
 4. Centro poblado: _____

5.1 Dirección: _____

5.2 Referencia: _____

6. Permanencia Años: _____

7. Telefono familiar: _____

8. Posee:

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

9. Fuente de agua para beber:

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

10. Combustible usual para cocinar

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

11. Disposición de la basura

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

12. Tenencia de la vivienda

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

13. Piso de la vivienda

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

14. Material de las paredes

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

15. Material del techo

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

16. Total de habitaciones

(no cuenta baño o cocina)

17a. Mascotas 17b. Vacunas (Ult. Año)

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

18. Tipo de Familia

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

19. Total de miembros: _____

20. Centro de salud preferente: _____

21. Nombre Entrevistado: _____

22. Parentesco con el jefe de hogar: _____

23. Resultado de visita:

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

Página 1

Codigo: 0 0

II. COMPOCISION FAMILIAR Y RIESGOS INDIVIDUALES

| Nº O r d e n | NOMBRE , APELLIDOS | FECHA NAC (MM/A.A) | SEXO 1-Varon 2-Mujer | EDAD (años) anote "00" para <1a | PARENTESCO O COEF. JEFE DE HOGAR | Estado Civil (>de 12 años) 1 Soltero 2 Casado 3 Conviviente 4 Divorciado 5 Separado 6 Viudo | SEGURO MEDICO 0 - No 1 - SIS-MINSA 2 - ESSALUD 3 - PPAR, 4 - EPS 5 - Otra | Grado Instruc. 03 Sin estudios 1 Primaria 2 Primaria completa 3 Secundaria 4 Secundaria completa 5 Superior Icticas 6 Sup. Universit. | ACT. ECON. (>6 años) A-Desempleada por no buscar o no se puede emplear. B-Desempleada buscando empleo. C-Trabajo 1-Trabajador dependiente, 2-Trabajador independiente 3-Eventual, 4-Jubilada, 5-Estudioso | Uso de redes sociales: 99-None 0-None A-Facebook B-Twitter C-Google+ D-LinkedIn E-Otra(especificar) | Control Odontol ogico (última año) 0 - No 1 - Si | Proble ma de Agudez a Visual 0 - No 1 - Si | Vacuna Comple ta (c año). 0 - No 1 - Si | Estru ctu ra enferma en la Última 3 meses 0 - No 1 - Si | 79 Si acudió al servicio de salud 0 - No 1 - Si | Gerta nte 0 - No 1 - Si | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|---|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|----------------------------------|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (1) | (2) |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Página 2

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

Codigo:

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 0 | 0 | | | | |
|---|---|--|--|--|--|

III. Antecedentes de carácter familiar V. Factores de riesgo

| | No | Si |
|-----------------------------|----|----|
| 1. Alcoholismo | | |
| 2. Anemia | | |
| 3. Artritis | | |
| 4. Asma | | |
| 5. Cancer | | |
| 6. Desnutrición infantil | | |
| 7. Diabetes | | |
| 8. Tuberculosis | | |
| 9. Enfermedad mental | | |
| 10. Diarrea infantil | | |
| 11. Migraña | | |
| 12. Hipertensión arterial | | |
| 13. Infarto agudo miocardio | | |
| 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/cunamas | | |
| 23. Iglesia | | |
| 24. Universidad | | |
| 25. ONGs. | | |
| 26. Desayunos escolares | | |
| 27. Otros. especifique: | | |

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

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

Consentimiento Informado:

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

Firma: _____

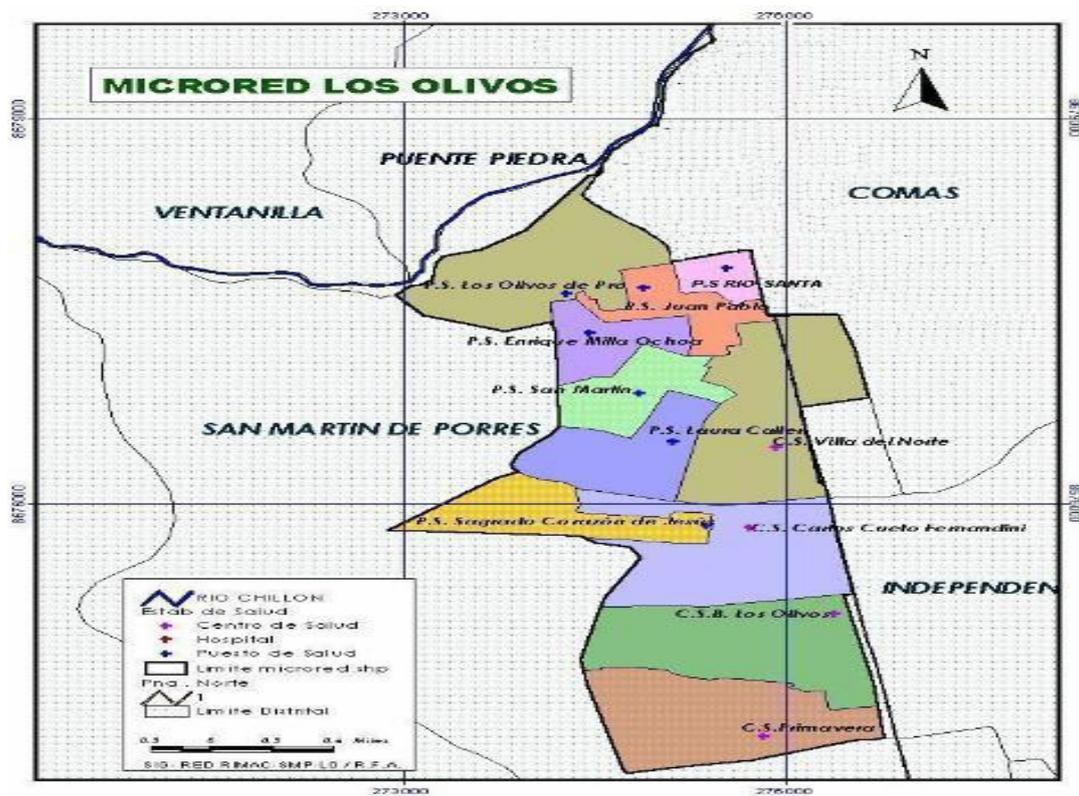
Huella _____

| C. Vivienda y Vecindario | | No | Si |
|--------------------------|---|----|----|
| 44 | Falta de uso de saneamiento ambiental. (Pese a que pase el recolector no bota basura, tiene conexión de desagüe y no termina de instalar) | | |
| 45 | Condiciones insalubres del vecindario. | | |
| 46 | Higiene y organización deficiente del hogar. | | |
| 47 | Ausencia de por lo menos un servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad, recojo de basura). | | |
| 48 | Inadecuada ventilación, iluminación o almacenamiento de alimentos. | | |

| D. Situación socioeconómica | | No | Si |
|-----------------------------|--|----|----|
| 49 | Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud | | |
| 50 | Pobreza: ingreso menor, insuficiente para cubrir COMIDA, techo, estudio y vestido. | | |
| 51 | Falta de recreación en la familia. | | |
| 52 | Vagancia o sobrecarga de trabajo en algún miembro de la familia. | | |
| 53 | Problemas de salud no resueltos ni controlado | | |
| 54 | Inaccesibilidad a servicios de salud. | | |

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

Dependencia Micro Red Los Olivos



| INSTITUCIONES | CORREO ELECTRÓNICO |
|-----------------------------------|----------------------------|
| MICRO RED LOS OLIVOS | Microredlosolivos@yahoo.es |
| CLAS SAN MARTIN | classanmartin@hotmail.com |
| CS BASE LOS OLIVOS | Cs_olivos@hotmail.com |
| CS CARLOS CUETO FERNANDINI | c.scarloscf_lo@hotmail.com |
| CLAS JUAN PABLO II | clasmic@yahoo.es |
| CS VILLAS DEL NORTE | Villanorte1986@hotmail.com |
| CS SAGRADO CORAZON | cssagrado@gmail.com |
| CS ENRIQUE MILLA OCHOA | E_milla_ochoa@hotmail.com |
| CS LOS OLIVOS DE PRO | pslop1@yahoo.es" |
| CS PRIMAVERA | Cs.primavera@gmail.com |