



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

**TESIS**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
DEL ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS OLIVOS - 2018**

**PRESENTADO POR**

**BARBOZA DELGADO, ELVIRA LILI  
PRADO PÉREZ, LISA IVETTE  
VEGA TARAZONA, PILAR**

**ASESOR**

**MATTA SOLIS, HERNAN HUGO**

**Los Olivos, 2018**



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

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE  
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS  
OLIVOS–2018**

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

**PRESENTADO POR:**

BARBOZA DELGADO, ELVIRA LILI  
PRADO PÉREZ, LISA IVETTE  
VEGA TARAZONA, PILAR

**ASESOR:**

Dr. MATTA SOLIS, HERNAN HUGO

**LIMA - PERÚ**

**2018**

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

---

**Segundo Germán Millones Gómez**

**Presidente**

---

**Nancy Emperatriz García Pretell**

**Secretario**

---

**Elga Giovanna Sarmiento Bedoya**

**Vocal**

---

**Dr. Matta Solís Hernán Hugo**

**Asesor**

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE  
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS  
OLIVOS- 2018**

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado a nuestros padres y hermanos, quienes siempre están presentes en nuestras vidas y gracias a ellos tuvimos las fuerzas necesarias para salir adelante cada día, también dedicada a mis compañeras de tesis.

# Índice

Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>14</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	20
1.3 OBJETIVO .....	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	22
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD .....	24
2.1.1 El Asentamiento Humano 19 de Mayo .....	24
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
2.2.1 Internacional .....	26
2.2.2 Nacional.....	28
2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	32
2.3.1 La Familia .....	32
2.3.2 Riesgo familiar total .....	36
2.3.3 La primera infancia o niñez.....	40
2.4 HIPÓTESIS.....	44
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>	<b>45</b>
3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2 POBLACIÓN.....	46
3.2.1 Criterios de inclusión .....	46

3.2.2 Criterios de exclusión .....	47
3.3 VARIABLE .....	47
3.3.1 Definición conceptual.....	47
3.3.2 Definición operacional .....	47
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	48
3.4.1 Técnicas de recolección de datos .....	48
3.4.2 Instrumentos de recolección de datos .....	48
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos .....	50
3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos.....	50
3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento .....	50
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	51
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	51
3.7.1 Principio de autonomía .....	52
3.7.2 Principio de beneficencia.....	52
3.7.3 Principio de no maleficencia .....	52
3.7.4 Principio de justicia .....	52
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>53</b>
4.1 RESULTADOS.....	54
4.2 DISCUSIÓN .....	62
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>67</b>
5.1 CONCLUSIONES .....	68
5.2 RECOMENDACIONES.....	69
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018 .....	56
<b>Gráfico 2.</b> Riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018 .....	57
<b>Gráfico 3.</b> Riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018. ....	58
<b>Gráfico 4.</b> Riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018.....	59
<b>Gráfico 5.</b> Riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018 .....	60
<b>Gráfico 6.</b> Riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018.....	61

## Índice de Tablas

**Tabla 1.** Datos Generales de las familias con niños menores de 5 años .....54

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de la edad de las madresde niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo ..... 89

**Tabla 3.** Número de niños por familia del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018 ..... 89

## Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la Variable .....	77
Anexo B. Instrumento de recolección de datos .....	78
Anexo D. Carta de presentación al dirigente de la población de estudio .....	82
Anexo E. Consentimiento informado.....	83
Anexo F. Aprobación del Comité de Ética.....	85
Anexo G. Validez de contenido del instrumento RFT 5:33.....	87
Anexo H. Confiabilidad del instrumento RFT 5:33 .....	88
Anexo I. Tablas adicionales .....	89

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018.

**Material y método:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo de corte transversal, contando con una población de 89 jefes de familia. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el RFT 5-33 de Pilar Amaya.

**Resultados:** El riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años se distribuye como sigue, 55 participantes que representan el 61.8% son familias amenazadas; 21 participantes que representan el 23,6% son familias con riesgo bajo y 13 participantes que representan el 14,6% son familias con riesgo alto. La dimensión con más dificultad, es decir con riesgo alto son los servicios y prácticas de salud (19.1%). El riesgo familiar total predominante en todas las dimensiones es el riesgo amenazado, que está por encima del 80% en todos los casos.

**Conclusiones:** El riesgo familiar total predominante son las familias amenazadas, seguidas de las familias con riesgo bajo y familias con riesgo alto. En cuanto a las dimensiones predominan las familias amenazadas. La dimensión con un mayor valor de riesgo alto son los servicios y prácticas de salud.

**Palabras clave:** familia; relaciones familiares; riesgo; niño.

## **Abstract**

**Objective:** Determine the total family risk in families whose children are under the age of 5 in the Human Settlement "19 de Mayo", Los Olivos - 2018.

**Material and method:** It is a research of quantitative approach, of non-experimental design, descriptive of cross-sectional study, out of a population of 89 heads of family. The data collection technique was a survey and the instrument used was RFT 5-33 by Pilar Amaya.

**Results:** The total family risk in families of children under 5 years of age is distributed as follows, 55 participants representing 61.8% are threatened families; 21 participants representing 23.6% are low social risk families and 13 participants representing 14.6% are high social risk families. The health services and practices (19.1%) are the most difficult, that is, the highest risk. The predominant total family risk in all dimensions is the threatened risk, which is above 80% in all cases.

**Conclusion:** Endangered families, followed by families with low social risk and families with high social risk. In terms of dimensions, threatened families predominate. The dimension with the highest value at risk is health services and practices.

**Key words:** Family; family relations; risk; child.

## **Introducción**

El cuidado de la salud infantil por su parte, es una prioridad en las políticas públicas en nuestro país, los niños por sus características su proceso de desarrollo aun, son vulnerables a muchas enfermedades y riesgos que ponen en peligro su integridad y vida. La familia es uno de los factores protectores donde se cobijan, donde buscan afecto y protección. El niño al ser dependiente en sus decisiones y en muchas de sus actividades, requiere el apoyo incondicional de su familia. Su núcleo familiar debe ser fuerte y sólido, y estar libre de riesgos que puedan alterar su estructura y dinámica. Por tanto, familia y desarrollo infantil son dos aspectos que se deben ver de forma integral, son conceptos indisolubles. Es por ello que el presente estudio busca enfocar el desarrollo infantil en el marco de una familia que puede actuar como factor protector o de riesgo, dependiendo de su dinámica interna y el contexto en que esta se desenvuelve.

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

El presente estudio se enmarca en el área de la salud familiar, estamos seguras que los hallazgos contribuirán a desarrollar esta línea de investigación aún poco desarrollada en nuestro país, en donde se apuesta más por la salud individual y

la patología en sí, sin ver sus determinantes y el contexto socio-ambiental en que desarrolla su curso.

Las autoras.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el núcleo familiar, sigue constituyéndose en el pilar básico de la sociedad, con el paso de las décadas y el nuevo entorno socio cultural, sufre modificaciones en su dinámica, pero en si mantiene su esencia de seguir siendo el primer espacio de socialización que experimenta un ser humano.

La crisis económica mundial por la que atraviesan muchas de las economías mundiales, causan estragos que afectan ya sea de forma directa o indirecta a la sociedad y a sus núcleos sociales, las familias ante esta situación requieren tomar medidas para contrarrestar sus efectos y así no alterar el desarrollo de sus integrantes, en especial los menores de edad que son los más vulnerables (1).

La Superintendencia Nacional de Registros Públicos (SUNARP), informó que en el año 2017 se asentaron en el Registro de Personas Naturales un total de 8,394 divorcios, estas cifras representan un aumento del 15.20% en relación a las 7,286 asentadas en el año 2016 (2).

En el seno familiar, existen una diversidad de problemas, en estos tiempos al parecer se acentúan con más frecuencia, y no se encuentran caminos para dar solución a los mismos, las parejas que están a la cabeza del núcleo familiar optan con más frecuencia salidas como el divorcio o separación, situación que afecta la estructura y funcionamiento familiar (2)(3).

Las rupturas familiares traen consecuencias psicosociales importantes para sus integrantes, muchas veces estas dejan marcas imborrables que repercuten en la personalidad principalmente de los menores de edad. Otro aspecto a que se da con frecuencia en nuestro país son los casos de violencia intrafamiliar.

Según el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual, dependiente del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, señala en cuanto a la frecuencia de casos según tipos de violencia, que la psicológica es las más importante, seguida de la física, sexual y la económica. Según

los grupos de edad, en los casos atendidos durante el primer semestre del año 2018, encontramos que las jóvenes y adultas representan el 72%, las niñas y adolescentes representan el 22% y las adultas mayores representan el 5% (4). Las mujeres en edad reproductiva, es decir, las que generalmente tienen pareja o conforman una familia propia son las que reportan más episodios de violencia contra su integridad.

Según el Instituto Nacional de Estadística, las denuncias registradas por la Policía Nacional sobre violencia familiar por problemas conyugales y familiares, según departamento, durante el año 2016, muestran que Lima ostenta la mayor cantidad de denuncias con 28 699 reportes, seguido de Arequipa con 9 748 reportes (5).

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

Uno de los problemas a los que enfrentan muchas familias asentadas en las zonas urbanas marginales de la capital, es el acceso a servicios básicos como agua, electricidad y alcantarillado para eliminación de excretas. Esto limita las posibilidades de desarrollo y condiciona su estado de salud. En cuanto a la dotación de electricidad, en el año 1996, su cobertura alcanzó 67,0% de viviendas, siendo el área urbana más beneficiada que la rural (92,0% y 17,8%, respectivamente). A inicios del 2000, la zona rural registró un aumento de 11,1 puntos porcentuales, y la zona urbana solo 0,5 punto porcentuales. 5 años más tarde aumenta la tendencia en la cobertura de este servicio tanto en zona urbana como rural, siendo esta última más beneficiada. Con respecto, al servicio de agua potable, a mediados de la década de los 90, las viviendas que tenían agua potable de la red pública fueron 66,9%, para la zona urbana el 83,9% y (33,1%) para la rural. En los últimos 5 años, las de viviendas que cuentan con agua potable de la red pública, a nivel nacional se incrementaron de 78,9% a 80,4% y continúa el aumento en las viviendas de la zona rural (de 65,7% en el 2012, a 71,1% en el 2017). A nivel

nacional, en el año 2017, la cantidad de viviendas con agua potable con suficiencia de cloro fue 42,1%, incrementándose 13,4 puntos porcentuales, con respecto al año 2012 (28,7%). En la zona urbana, el 53,5% de las viviendas usaba agua tratada para beber con suficiencia de cloro, en comparación con el 4,4% de los hogares del área rural. Con respecto al servicio de alcantarillado, en el año 2017, 71,3% de las viviendas tenía servicio higiénico con inodoro conectado a la red pública. En el año 2012, este era de 59,3%. En cuanto a las viviendas con letrina (incluye letrina exclusiva y/o letrina común), tenemos un 21,9% en el 2017, y 28,9% en el 2012. El 6,8% de los hogares aún carece de este servicio, aunque las cifras muestran que disminuyó casi 5 puntos porcentuales en relación al año 2012 (6).

Como vemos, en los datos referidos, la cobertura de los servicios está en aumento en nuestro país, pero si analizamos la calidad de los mismos y la frecuencia con que se dotan, vemos que no es continuo. Existen lugares donde hay conexión de servicio de agua potable conectada a una red pública, pero esta abastece a la población solo unas horas a la semana y el agua a veces no es de buena calidad. Estas brechas deben cerrarse, pero teniendo en cuenta en la cobertura los aspectos de cantidad y calidad. Los más afectados con esta situación son los niños, que se ven más vulnerados al tener servicios no adecuados.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de unos 5,6 millones de niños fallecieron antes de cumplir los 5 años de edad en el año 2016, quiere decir que diariamente fallecieron 15.000 menores de 5 años en ese año. Más del 50% de esas defunciones se deben a causas prevenibles o tratables. Las enfermedades más frecuentes que causan muerte son las infecciones respiratorias como la neumonía, el parto prematuro complicado, la asfixia perinatal y la malaria. En las regiones más pobres como algunos lugares de África, los niños menores de 5 años, tienen una probabilidad de morir 15 veces más alta que los niños de los países desarrollados (7).

En el mundo al menos la mitad de la población mundial está privada de servicios de salud esenciales, esto lo enfatiza un nuevo informe del Banco

Mundial y la Organización Mundial de la Salud, en donde también señalan que cada año más familias caen en la pobreza debido a que no pueden solventar de su propio bolsillo la atención sanitaria. Actualmente, 800 millones de personas dedican al menos un 10% de su presupuesto familiar a gastos de salud de los padres o de un hijo u otro integrante enfermo (8).

La región de las Américas continúa siendo una de las zonas del planeta con mayor inequidad. Muchas personas de esta región, no tienen acceso adecuado a los servicios integrales de salud públicos. Entre los años 2013 y el 2014 hubieran podido evitarse más de 1,2 millones de defunciones si el sistema de salud hubiese brindado atención accesible, oportuna y de calidad. Países de la región como Argentina, Brasil, Colombia y Perú, presentan bajo acceso a servicios de salud preventivos, siendo esta realidad más crítica en las poblaciones con ingresos bajos y en condiciones de vulnerabilidad (9).

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

Uno de los problemas que afecta a la niñez peruana es la anemia, dicho estado que afecta a niños y niñas es una prioridad y desafío para la salud pública, cuyos esfuerzos buscan contrarrestar las cifras de las casi dos décadas pasadas. Esta afección afecta está presente en la zona urbana y rural, del País. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el 2015, el 43,5% de niños de 6 a 35 meses tienen anemia, este porcentaje asciende a 53,6% si se toma en cuenta únicamente a los menores de dos años, pero la situación es aún más grave en los niños y niñas de 6 a 12 meses, en este grupo la prevalencia está cerca al 70% (10).

Si bien es cierto se dice que nuestro país tiene una economía sólida y está estabilizada ya hace varios años, sumado a ello los indicadores macroeconómicos aparentemente también son buenos, pero esto solo

beneficia a unos pocos, existen muchas familias que viven en situaciones apremiantes, esto ocasiona alteraciones en la dinámica familiar, y por tanto se rompe la armonía, esto de por sí afecta a los integrantes de la misma, siendo los niños los que padecen más las consecuencias de una vida llena de carencias y necesidades básicas insatisfechas.

Al visitar el Asentamiento Humano 19 de Mayo, ubicado en el distrito de Los Olivos, pudimos observar en cuanto al desarrollo urbanístico, casas de material noble en su mayoría, pero al tener su origen en una inversión por parte de los pobladores que se iniciaron ahí, se observa algunos desórdenes en su diseño, como por ejemplo las pistas asfaltadas tienen muchas limitaciones, así mismo las veredas son hechas en su mayoría por los mismos propietarios de los lotes y no guardan una continuidad debida.

Al entrevistar al Sr. Presidente de la comunidad nos refiere “Esto que ven ustedes se originó por una serie de invasiones llevadas a cabo por los pobladores invasores. Aún tenemos dificultades con los títulos de propiedad, aquello nos tienen intranquilos”, “en esta zona existen muchos problemas como el pandillaje y la violencia juvenil. Así mismo la inseguridad ciudadana también es una preocupación constante por acá. Otro de los problemas que se dan aquí, es el descuido en cuanto al ambiente, los lugares públicos de la zona están descuidados, hay desmonte y basura, la municipalidad aún no resuelve el problema”.

Al conversar con una pobladora que nos dijo ser una exdirigente de la comunidad, nos señala que “Las familias constituidas en el asentamiento humano, en su mayoría son jóvenes”, luego complementa “Casi todos los padres trabajan en labores informales, por lo general en negocios, y se ausentan muchas horas en el día, dejan a sus hijos menores solos en la casa, o al cuidado por lo general de un familiar cercano, esto puede ser desfavorable para ellos, nadie los cuidara y orientará tan igual como lo hace un padre”. Al visitar un comedor popular de la zona, una de las responsables nos señala “Acuden muchas familias al comedor, en su mayoría por sus problemas económicos, toman sus alimentos acá”.

Finalmente, una pobladora fundadora, dueña de una bodega, nos dice “Acá hay muchas personas bebedoras y fumones, además de ello muchos jóvenes están a la deriva, forman partes de pandillas y paran peleando”, luego nos dice con respecto al establecimiento de salud más cercano a la comunidad, “Ahí no atienden bien, para curarse, hay gente que prefiere ir a la farmacia o a un hospital”. Ante lo evidenciado en nuestra visita a este asentamiento humano, mediante la observación de campo y el contacto con los pobladores, planteamos las siguientes interrogantes:

¿El establecimiento de salud de la jurisdicción presta un cuidado adecuado a las familias de dicho asentamiento humano?

¿Los problemas sociales, repercuten en la salud de las familias de este asentamiento humano?

¿Los niños menores de 5 años de dicha comunidad, viven en un ambiente familiar y social favorable o desfavorable?

Ante estas interrogantes nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos– 2018?

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

¿Cuál es el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos– 2018?

## **1.3 OBJETIVO**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos- 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos– 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos– 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos– 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos– 2018.
- Determinar el riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos– 2018.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio sobre riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años. se realizó en el marco de la salud familiar y salud infantil: haciendo una revisión de la literatura, se evidencia que existen escasos estudios que involucren ambas variables, y en la localidad 19 de Mayo no se registran antecedentes relacionados con dicha temática, esto hace ver el vacío de conocimiento existente, el cual es una de las razones que motivan al desarrollo del presente estudio, que con sus hallazgos nos permitirá ver la distribución de los riesgos en las familias que serán objeto de estudio.

Identificar los riesgos permitirá tener un diagnóstico base que será de utilidad práctica al establecimiento de salud de la zona, con ello podrá priorizar sus visitas domiciliarias programadas en las guardias comunitarias de su personal.

Por otro lado, el presente estudio contribuye al desarrollo de la línea de investigación en salud familiar, línea que es de reciente formación en nuestro país y que debe de ser alimentada con más generación de conocimiento.

Finalmente, el presente estudio, aporta con la inclusión de un instrumento de recolección de datos sólido y adaptado para nuestra realidad, que es aporte de una investigadora destacada de la profesión de enfermería.

Los resultados del presente estudio fueron socializados con las autoridades del asentamiento humano y jefes de familia, para que en base de ellos se pueda elaborar planes que permitan fortalecer redes de soporte colectivos orientadas a disminuir los riesgos presentes en las familias.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

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

### **2.1.1 El Asentamiento Humano 19 de Mayo**

#### **A. Reseña histórica del asentamiento humano 19 de Mayo**

El asentamiento humano “19 de Mayo” ubicada en el distrito de Los Olivos, fue fundado por Celso Costas en el año 1985. El 19 de mayo fue el día en que pobladores invadieron esta zona, por lo que la comunidad lleva como nombre la fecha del día de la invasión.

La idea de poblar esta parte de la localidad surge de Celso Costas, ya que en ese momento comienzan a darse muchas invasiones. En la actualidad, el Asentamiento Humano 19 de Mayo está conformado, por aproximadamente 700 familias, y su día festivo es el 19 de Mayo.

#### **B. Ubicación del AA. HH 19 de Mayo**

La Comunidad 19 de Mayo se encuentra ubicada en el distrito de Los Olivos, a la altura del cruce de la Av. Naranjal con la Av. Universitaria. Frente al parque Zonal “Lloque Yupanqui”.

Las viviendas se encuentran divididas de la siguiente manera:

- Manzana A: 22 Lotes
- Manzana B: 24 Lotes
- Manzana C: 30 Lotes
- Manzana D: 32 Lotes
- Manzana E: 26 Lotes
- Manzana F: 23 Lotes
- Manzana G: 29 Lotes

- Manzana H: 20 Lotes
- Manzana J: 46 Lotes
- Manzana K: 30 Lotes
- Manzana L: 18 Lotes
- Manzana M: 24 Lotes
- Manzana N: 30 Lotes
- Manzana O: 25 Lotes
- Manzana P: 21 Lotes

**C. Servicios básicos:**

- Servicio de agua: aproximadamente el 95% de la población de la comunidad 19 de Mayo del distrito de Los Olivos cuenta con el servicio de agua potable.
- Desagüe: cuenta con la instalación del servicio higiénico en casa. Un porcentaje mínimo equivalente a una vivienda solo usa silo.
- Servicio de energía eléctrica: este servicio es proporcionado a cerca del 100% de casas de las que conforman nuestra jurisdicción.

## 2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.2.1 Internacional

Giraldo Ocampo Diana María, en Bogotá Colombia, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Caracterización del riesgo familiar total en familias con adolescentes escolarizados”, con el objetivo de equilibrar la caracterización del riesgo familiar total medida en el adolescente con la medida en el cuidador principal familiar en las familias con adolescentes escolarizados pertenecientes a una Institución educativa del municipio de La Tebaida Quindío. En cuanto al método es un estudio comparativo, descriptivo con abordaje cuantitativo. Participaron 88 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33 que evalúa el riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos:

“Los resultados de la caracterización del riesgo familiar total evidenciaron que el 57% del total son familias amenazadas y el 8% son familias con riesgo alto. Desde la medida de los adolescentes el 57% son familias amenazadas y el 8% son familias con riesgo alto, desde lo medido por los cuidadores el 66% son familias amenazadas y el 15% son familias con bajo riesgo.” (11).

Charrys Bravo Nancy Cecilia, en Cúcuta Colombia, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total de las familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que asisten a un centro de salud oncológico en la ciudad de Barranquilla. En cuanto al método es un estudio transversal, descriptivo con abordaje cuantitativo. Participaron 154 miembros de familia, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33. Para medir riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos, los siguientes datos:

“los resultados mostraron que las familias, en su mayoría, son de tipo 2. El 68 % de las pacientes categorizan sus familias como amenazadas, el 5 % como familias de alto riesgo y un 27 % de las familias con un bajo riesgo” (12).

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

“Los resultados indican que más de la mitad son familias nucleares (85%), con predominio de familias amenazadas (59%) y en alto riesgo (27%), influidas principalmente por las subcategorías de situación económica (46% en alto riesgo y 54% amenazadas) y servicios y prácticas de salud (31% alto riesgo y 69% amenazadas), manejo de menores (17% en alto riesgo y 83% amenazadas), vivienda y vecindario (15% en alto riesgo y 85% amenazadas) y ambiente psicoafectivo (10% en alto riesgo y 90% amenazadas). Se encontró correlación entre la situación socioeconómica y las prácticas y servicios de salud (0,483)” (13).

### 2.2.2 Nacional

Becerra Cubas Wister Israel, Díaz Pareja Juana Sofía y Rocha Durand Juan Pablo, en Lima Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado “Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos”, con el objetivo de Determinar el Riesgo Familiar Total (RFT) en familias de niños menores de 5 años. En cuanto al método es un estudio transversal, descriptivo y prospectivo. Participaron 104 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33, para medir riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos:

“Predominaron las familias nucleares con un total de 55 familias (52.9 %). Por el nivel de Riesgo Familiar Total se ubicó 99 familias (95.2 %) como amenazadas, en bajo riesgo a 41 familias (39.4 %) y en alto riesgo a 15 familias (14.4 %). Según dimensiones, la más afectada con respecto a Riesgo alto fue la dimensión de servicios y prácticas de salud con 26 familias (25 %) y la dimensión más afectada con respecto a condición amenazada fue manejo de menores con 99 familias (95.1%)” (14).

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

“De manera global, la mayor parte de las familias se encuentran dentro de la clase amenazada (52,4%), las familias amenazadas se encuentran predominantemente en las dimensiones “situación socioeconómica” y “manejo de menores”, seguido por familias con riesgo bajo con 44,1%, mientras que las familias con riesgo alto representan el 3,5%. En la familia tipo 1, las familias amenazadas predominan en las dimensiones “situación socioeconómica” y “manejo de menores”; mientras que en la familia tipo 2, la familia amenazada se da mayormente en las dimensiones “situación socioeconómica” y “servicios y prácticas de salud”. Existe asociación entre riesgo familiar total y el tipo de familia” (15).

Millan Ambrocio Mirian y Sangay López Elizabeth, en Lima Perú, en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total y tipo de familia en el asentamiento Humano Santa Rosa Alta sector VII del distrito del Rímac, Lima”, con el objetivo de determinar la relación entre el riesgo familiar total y tipo de familia. En cuanto al método es un estudio transversal, correlacional y cuantitativo. Participaron 115 familias, en cuanto a los instrumentos se utilizaron el cuestionario de RFT 5-33, para medir riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos:

“No existe correlación entre el riesgo familiar total y tipo de familia ( $p= 0,311$ ; Chi cuadrado), en el Riesgo Familiar Total predominan las familias amenazadas (52.2%), la mayoría de las familias son tipo 1 (37.4%), las dimensiones más afectadas con riesgo alto son condiciones de vivienda y vecindario (41%) y servicio y prácticas de salud (27%)” (16).

Camargo Cuba Janet Sonia, Cachicatari Vargas Andrea Judith, Melgarejo Romero Yovana Guessela, en Lima Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total en las familias del

sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, Comas. En cuanto al método es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Participaron 110 familias, en cuanto al instrumento se utilizó el RFT: 5-33, para medir el riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos:

“Se obtuvo del total de familias (n=110) la predominancia de la familia tipo 2 (extensa-atípica), jefes de familia son 80% varones. En cuanto a la suma global del RFT: 5-33, se evidenció que el mayor porcentaje de familias se encuentran en riesgo amenazada (77.3%), seguido de un riesgo bajo con 18.2 %, a su vez solo hay un 4.5% con riesgo alto” (17).

Miranda Vidal Santos Yuly, Paiva Vela Ana María, Valles Ríos Katty Gloria, en Lima Perú, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total en las familias del asentamiento humano El Misti Carmen Alto, Comas – 2013”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar en dicha población. En cuanto, al método es un estudio de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. Participaron 63 familias, en cuanto al instrumento se utilizó el RFT: 5-33 de Pilar Amaya, para medir el riesgo familiar total. Entre los hallazgos tenemos:

“Se ubicó el 50,8% (32) como Riesgo Amenazado, especialmente por condiciones de manejo de menores con 87,3% y situación socioeconómica con 86,4% de familias amenazadas; mientras que el 49,2% (31) se ubicó como Riesgo Alto, resaltando acá las condiciones de vivienda y vecindario con el 79,4% (50); finalmente encontramos un 0% como Riesgo Bajo” (18).

Cabello Huerta Erica, Francisco Yauri Jesús, Mayta Guanilo Silvia, en Lima Perú, en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor I, Puente Piedra – 2015”, con el objetivo de determinar el riesgo familiar total de las familias con niños preescolares de la Institución Educativa Inicial Semillitas de Amor. En cuanto al método de estudio es un estudio de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal. Participaron 60 familias de niños preescolares, en cuanto al instrumento se utilizó el RFT: 5-33, para medir el riesgo familiar total. Entre los hallazgos obtuvimos:

“Del total de encuestados 38 (63.3%) familias presentaron un riesgo familiar total alto y 22 (36.7%) familias estuvieron en la categoría de amenazadas. Dentro de las dimensiones con mayor riesgo, se encuentran las prácticas y servicios de salud con 41 (68.3%) familias que presentaron un nivel alto, y 25 (41.7%) de las familias en las dimensiones, condiciones psicoafectiva y condiciones de vivienda y vecindario presentaron un nivel alto. Predominaron las familias nucleares con un total de 43 (71.7%) familias, el grado de instrucción del jefe de familia en su mayoría es de nivel secundaria completa 24 (40%) familias” (19).

## **2.3 MARCO TEÒRICO- CONCEPTUAL**

### **2.3.1 La Familia**

#### **A. Definiciones**

La familia en la sociedad desempeña un papel muy importante ya que influye en la formación de sus individuos, transmitiendo valores, creencias y pautas de cómo comportarse que se dan de generación en generación (20).

La familia es una organización de carácter social conformada por integrantes que tienen vínculos de consanguinidad, afinidad o adopción, los cuales interactúan de acuerdo a su propia dinámica familiar para satisfacer sus distintas necesidades que van desde lo afectivo, económico y social (21).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) define a la familia, a la cual denomina como hogar, a las personas que forman parte de un mismo espacio entendido este como espacio físico delimitado y que se alimentan de una misma fuente u olla (22).

Por otro lado, el jefe de familia es la persona que forma parte de la familia, que puede ser mujer u hombre, a la que los integrantes le muestran respeto y consideran como tal. Por lo general, en una familia común, el jefe de familia es el esposo. En otros casos ese rol lo desarrolla otro integrante como la madre, uno de los hijos, uno de los abuelos, etc. (10).

La definición que se tomará en cuenta para el desarrollo del presente estudio, es la del Instituto Nacional de Estadística e Informática -INEI.

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

La familia como grupo básico de la sociedad, tiene funciones a desarrollar para garantizar el desarrollo y cuidado de sus integrantes, dentro de estas tenemos:

- **Formadora:**

A través de la familia se transmite un conjunto de valores, normas, costumbres, conocimientos y educación orientados al desarrollo pleno de las capacidades y la práctica de los derechos y deberes de sus integrantes para con su familia y la comunidad (21).

Una familia sin riesgos y peligros que la acechen, puede cumplir como colectivo esta función importante.

- **Socializadora:**

En el espacio familiar se forman los vínculos primarios y secundarios, es decir se va construyendo progresivamente redes de relaciones de cada individuo integrante y de la familia como conjunto de personas. Cada integrante como individuo y cada familia como grupo, aprenden a vivir interrelacionados, así mismo van asumiendo principios y valores que regulan la convivencia en sociedad. Todas las personas somos seres sociales por naturaleza (21).

- **Cuidado:**

Acá se hace referencia a las actividades de cuidado realizadas para satisfacer los aspectos materiales y emocionales de cada individuo que forma parte del núcleo familiar, se debe de orientar con más énfasis los cuidados en los integrantes más vulnerables como los niños, los adolescentes, en los ancianos, en gestantes, en personas con discapacidad y personas que sufren de alguna enfermedad. Se debe considerar en este punto, eliminar dentro del grupo expresiones o actitudes que puedan generar conflictos como la violencia de género, discriminación y exclusión, entre otros (21).

Todos los seres humanos vienen al mundo en el marco de un grupo familiar que le brindara protección y cuidados. La madre y el padre se constituyen en sus principales protectores y responsables directos de su cuidado y desarrollo, ambos se constituirán en su vínculo emocional más fuerte y significativo, iniciando así sus primeros vínculos de afecto hacia su entorno más cercano. Dentro del seno familiar, el niño en desarrollo encontrara afecto y será su primer escenario de aprendizaje y socialización (23).

- **Protección económica:**

Es el conjunto de condiciones materiales que satisfacen las principales necesidades básicas como nutrición, educación, vivienda, salud, etc., de los integrantes del núcleo familiar (21).

- **Afectiva:**

Se basa en la transmisión, reproducción y promoción de afectos positivos por parte de todas y todos los integrantes de las familias, esto es esencial para lograr el equilibrio emocional del grupo, lo cual contribuye a la formación de la autoestima, la autoconfianza y la realización personal de los integrantes del núcleo familiar (21).

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

Los distintos tipos de familia define la función de sus miembros presentes en el hogar, y determinan las interacciones y vínculos que maneja cada una de las familias (24).

- **Familia Nuclear:** El modelo típico de familia tradicional, que incluye la presencia de un varón y una mujer unidos por vínculo matrimonial, más los hijos procreados en común, todos alojados bajo un mismo techo, ha sido tipificado como la familia nuclear. También la podemos entender como la unión de un hombre y una mujer que tienen en común

un proyecto de vida en donde surgen relaciones de reciprocidad y afecto (25).

Es aquella familia que está constituida por ambos padres e hijos biológicos (24). En nuestro país, la mayoría de familias aún sigue siendo nuclear.

- **Familia Extendida:** La familia que conviven en el mismo hogar por más de 2 generaciones, viven desde abuelos hasta nietos (24). Actualmente ante la explosión demográfica y lo difícil de acceder a una vivienda, muchas familias optan por este modelo.
- **Familia Nuclear Ampliada:** Es la familia que convive con miembro adicionales como amigos, primos, tíos, ahijados etc.(24). Este modelo de familia es vista muy frecuentemente en Lima.
- **Pareja sin Hijos:** Es la familia conformada por dos adultos de distintos sexos que no han tenido, ni tendrán hijos por diversas razones (24).
- **Familia Monoparental:** La familia que está conformada de un solo padre o madre e hijo(os) (24). Este modelo se cada vez con más frecuencia debido a las separaciones que se dan cada vez con más frecuencia en nuestro país.
- **Familia Binuclear:** La familia en la que conforman niños de la propia familia que se queda con padres diferentes (24).
- **Familia Reconstituida:** La familia que está conformada por dos adultos previamente separados o divorciados que desean formar una familia, y donde uno de ellos tiene hijo(s) de algún compromiso anterior (24).

## **2.3.2 Riesgo familiar total**

### **A. Generalidades**

La propuesta del riesgo familiar total fue planteada por la enfermera e investigadora colombiana Pilar Amaya, producto de muchos años de trabajo.

El riesgo familiar total (RFT) se define como la demostración de consecuencias adversas, individuales y familiares debido a algunos factores detectados al momento de la valoración. Las características de riesgo que incluyen distintos aspectos de tipos biológico-demográfico, socioeconómico, psicoafectivo, ambiental y de prácticas de servicios de salud.

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

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

- El riesgo familiar es expresión de efectos adversos que afectan al individuo integrante de la familia o colectivo familiar.
- Los riesgos pueden interactuar y acumularse y expresarse de forma exponencial.
- Los riesgos se pueden cuantificar y también en unos casos modificar.
- La valoración del riesgo familiar total está relacionado a los antecedentes de la familia.
- El riesgo familiar total se relaciona a la tipología familiar, es decir a la forma como está constituida y estructurada.

- La dinámica de presentación de los riesgos y sus efectos, hacen que se sigan estudiando de forma permanente.
- Se establecen relaciones entre el riesgo familiar total y otras variables.
- Toda familia está expuesta a riesgos.
- Los servicios sociales y de salud pueden ser factores de riesgo según su grado de implementación y respuesta.
- El riesgo familiar permite analizar a la familia según su trayectoria, situación actual y sin perder de vista el contexto en que se da.
- Algunas condiciones de riesgo familiar se arraigan en las familias a través de diferentes generaciones, esto debido a que el establecimiento de salud no se compromete con su rol de velar por la salud de los colectivos de su jurisdicción.
- Los riesgos se asocian a la edad y prácticas de autocuidado de sus integrantes.
- El riesgo familiar total permite orientar los cuidados en los integrantes de un núcleo familiar, teniendo en cuenta su entorno social.
- La valoración riesgo familiar de una población, impacta sobre la cultura organizacional del establecimiento de salud más cercano.

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

Pilar Amaya a través de su trayectoria de investigadora, propuso una serie de instrumentos que fueron evolucionando a través del tiempo. El primero de ellos es el cuestionario RFT: 7-70 ha sido utilizado ampliamente en distintos proyectos de investigación exploratorios y en otros proyectos asistenciales desde el año 1992, este instrumento de

recolección de datos utiliza una escala tricótoma (sí/no/no aplica) desarrollada como instrumento de tamizaje para clasificar las familias según el riesgo de la cada una de ellas. Este instrumento cuenta con 7 dimensiones y 70 ítems.

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

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

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

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

- **Condiciones psicoafectivas:** La dimensión presenta factores psicoafectivos que pueden ser desarmonía o riñas de pareja, privación afectiva y dificultades relacionadas con la ansiedad, uso de drogas u otras sustancias. También se involucran las situaciones de violencia que se da entre los padres, entre padres e hijos y entre los hijos.

La detección eventos en donde haya indicios de maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de el mismo establecimiento de salud u otros escenarios de la comunidad, y a través de la oferta móvil con la participación de brigadas o equipos itinerantes. Para ello el personal de salud debe de aplicar la ficha de tamizaje de

maltrato de niños y la de violencia familiar, así identificaremos este problema que se hace cada vez más evidente en nuestro país (27).

- **Servicios y prácticas de salud:** Es tener la disponibilidad, acceso y hacer uso de los servicios de salud más cercanos por parte de los integrantes del núcleo familiar. Una familia que tienen limitaciones de acceso a las instituciones de salud, está en serio peligro, así no se podrá hacer el seguimiento de cómo va la salud de sus integrantes, por tanto no se podrán realizar actividades preventivas y de promoción de salud de sus integrantes.
- **Condiciones de vivienda y vecindario:** Refiere a los factores ambientales, en cuanto a la seguridad, distribución de espacios e higiene que se puede observar dentro de la vivienda y el vecindario en donde reside el núcleo familiar. La infraestructura adecuada de la vivienda permite dar seguridad a la familia, así mismo su amplitud evita hacinamiento y confort.

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

En nuestro país las condiciones socioeconómicas de muchos grupos familiares, no les permite tener una vivienda adecuada y confortable que garantice su salud y confort.

- **Situación socioeconómica:** Indica el ingreso mensual en relación con las necesidades básicas de los familiares y de salud del núcleo familiar. Como sabemos la situación económica de las familias ubicadas en zona urbana marginal, es precaria, es decir el monto recaudado no permite cubrir muchas veces las necesidades básicas. Con lo poco que se tienen se busca sobrevivir, se descuida por tanto un aspecto importante que tienen que ver con el bienestar general de los individuos, la salud.
- **Manejo de menores:** Presencia de niños menores de 12 años y el manejo de diferentes riesgos tanto biológico y psicosociales por parte del núcleo familiar. El sistema de salud de nuestro país tiene muchas dificultades, a pesar de ello tiene estrategias sanitarias nacionales que permiten orientar los recursos a problemas prioritarios, pero de no acudir al establecimiento de salud de la jurisdicción, limita a este a no poder brindar la atención basada en las estrategias sanitarias nacionales.

### 2.3.3 La primera infancia o niñez

#### A. Generalidades

Esta etapa es denominada también etapa de la niñez, los niños que están comprendidos en esta etapa son menores de 5 años. La primera infancia o niñez es una de las etapas decisivas en el proceso del desarrollo del niño, ya que en ella se dan cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos relacionados al desarrollo de varias de sus capacidades como la física, la intelectual y la afectiva. Este grupo de niños se caracterizan por no tener una autonomía para el desarrollo de sus actividades básicas, es por ello que requieren del soporte familiar. La familia juega un rol importante porque ella le va a brindar seguridad, afecto y todos los elementos fundamentales para que su crecimiento y desarrollo sea normal (29).

## **B. Etapas del niño**

Las etapas por las que atraviesa el niño son 3, en todas ellas va progresando su crecimiento y desarrollo, así como sus diferentes habilidades, el medio juega un rol importante en el modelamiento de su personalidad futura. El niño en estas etapas es aún vulnerable a enfermedades y muchos riesgos, por tanto la seguridad y cuidado por parte de su familia es importante. A continuación describimos las 3 etapas:

- **Recién nacido**

La primera etapa de la vida postnatal es de recién nacido, que va desde el primer día de vida extrauterina hasta los 28 días. En esta etapa el niño se adapta al mundo extrauterino, su sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema excretor y su proceso de termorregulación, se ajustan al nuevo ambiente(30).

- **Lactante**

Esta segunda etapa está comprendida desde los 28 días hasta los 24 meses. Del primer mes al mes 12, su crecimiento y desarrollo se da aceleradamente. Es aún dependiente de su entorno para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas. Al finalizar los 12 meses, el niño va adquiriendo 3 aspectos que van a marcar el inicio de su autonomía, uno de ellos es el inicio de la marcha, el comienzo del habla, y la aparición de sus primeros dientes. Esto le permitirá mayor interacción con los integrantes de su núcleo familiar. Ya en el año 2, el crecimiento se hace más lento, e inicia a desarrollar habilidades motoras y sociales, así mismo por lo general en esa etapa aprenden a controlar los esfínteres (30).

- **Preescolar**

Esta tercera etapa está comprendida entre los 2 a 5 años de edad. El crecimiento continuo, pero es más lento. Una de las características de

esta etapa, es que el niño afina y afianza sus capacidades motoras, intelectuales y sociales. En esta etapa moldeando su personalidad (30).

- **El desarrollo integral de la infancia**

El desarrollo integral de la infancia es un proceso fundamental para el desarrollo del ser humano y la sociedad. Un niño sano y con un desarrollo adecuado, conforma un capital social importante que permitirá tener ciudadanos capaces de poder aportar a la transformación de la sociedad en la que se debe buscar por sobre todas las cosas una vida justa y digna, para así contrarrestar el ciclo de pobreza y las brechas de inequidad que generan fracturas sociales que van contra el bienestar. El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son duraderas. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños desde sus primeros años de vida no reciben los cuidados oportunos y pertinentes, las consecuencias negativas son acumulativas y perduraran en el tiempo. Por lo tanto, es importante generar las condiciones y oportunidades para dar al niño un crecimiento y desarrollo óptimo, esto debe de ser un eje que se debe priorizar en el seno familiar, en las instituciones estatales y las organizaciones sociales en general (31).

- **Evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 4 años**

La evaluación del niño debe de realizarse de forma constante, solo así se podrá saber cómo va creciendo y desarrollándose. La evaluación se hace en presencia de sus padres o la persona responsable de su cuidado, debe realizarse en un ambiente preparado para aquello, el niño debe sentirse confortable y sin temores. La madre debe estar presente para saber cómo va en su desarrollo, solo así podrá contribuir en darle la estimulación correspondiente en casa. Para valorar el

desarrollo del niño se usa la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño o EEDP y el Test del desarrollo Psicomotor o TEPSI, estos deben ser aplicados por el personal de salud del establecimiento sanitario de la jurisdicción, en caso de utilizarse el Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor o TA, lo puede aplicar el profesional de salud o el técnico de salud.

Las guías señalan valorar el Desarrollo Psicomotor del niño menor de cinco años en las consultas de CRED, del siguiente modo: a los dos y dieciocho meses, con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño, en los cuatro años con el Test del desarrollo Psicomotor y en los otros 8 controles restantes con el Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (1, 4, 6, 9, 12, 15, 21 y 36 meses de edad).

La escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor mide el rendimiento del niño de cero a dos años, ante ciertas situaciones que para ser resueltas se requiere de algún grado del desarrollo psicomotor. Esta valora áreas de lenguaje, social, coordinación y motora. El Test de Evaluación Psicomotriz mide el rendimiento del niño de cero a cinco años en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de conductas realizadas por el niño ante a situaciones dadas por el evaluador.

El test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor es una simplificación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y el Test del desarrollo Psicomotor para ser utilizado tanto por personal profesional como no profesional (31). Todas estas pruebas son de amplio uso en los consultorios donde se atiende y controla al niño sano y enfermo en los diferentes establecimientos de salud de nuestro país.

## **2.4 HIPÓTESIS**

El presente estudio al tener un alcance solo descriptivo (32), no presenta hipótesis.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

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

El presente estudio tiene las características del enfoque cuantitativo. En cuanto al diseño de investigación, este estudio es no experimental, descriptivo y de corte transversal (32).

### **3.2 POBLACIÓN**

En el presente estudio se trabajó con la población total, es decir con todas las familias que están distribuidas en varias manzanas, según datos del censo facilitado por el dirigente de la comunidad, y una visita rápida hecha a cada una de las viviendas, son 91 familias que tienen niños menores de 5 años, de las cuales 2 no accedieron a participar por problemas de índole personal según lo manifestado por sus jefes de familia, por tanto nuestra población total estuvo conformada finalmente por 89 familias, las cuales cumplieron los escrutinios de los criterios de inclusión y exclusión:

#### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Jefes de familia que vivan en el lugar al menos con 1 año de antigüedad.
- Jefes de familia que tengan niños menores de 5 años.
- Jefes de familia que estén en capacidad física y/o mental para responder una entrevista.
- Jefes de Familia que deseen participar y que firmen el consentimiento informado para la participación en el estudio.

### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- Jefe de familia que no tengan niños menores de 5 años.
- Jefes de familia que no están en capacidad física y/o mental para responder una entrevista.
- Jefes de familia que no firmaron el consentimiento informado.

### **3.3 VARIABLE**

El estudio presenta varias variables que fueron medidas, siendo la principal “riesgo familiar total”.

#### **3.3.1 Definición conceptual**

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

#### **3.3.2 Definición operacional**

Se entiende por riesgo familiar total, a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias de niños menores de 5 años en el asentamiento humano 19 de mayo al momento de la valoración de las mismas, familiares debido a la presencia de características psicoactivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33.

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

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

La técnica de recolección de datos utilizada en el presente estudio fue la encuesta, ya que permite obtener una buena cantidad de datos de forma rápida, eficaz (33)(34).

#### **3.4.2 Instrumentos de recolección de datos**

En la presente investigación se utilizó como instrumento de recolección el cuestionario Riesgo Familiar Total conocido también como Cuestionario RFT 5:33, este último nombre está referido a que la variable principal riesgo familiar total, cuenta con 5 dimensiones y 33 ítems principales.

Los 33 ítems están distribuidos en sus 5 factores o dimensiones las cuales son condiciones: psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores. Las respuestas son dicotómicas para cada uno de los ítems, si tiene riesgo se le da el valor 1 y si hay ausencia del mismo se valora con 0. Entre 0 a 4 riesgos de los 33 posibles, tenemos a las familias con riesgo bajo, entre 5 y 12 riesgos de los 33 posibles tenemos a las familias amenazadas, y entre 13 y 33 riesgos de los 33 posibles tenemos a las familias con riesgo alto (26).

<b>FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33</b>	
Titulo	Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5:33
Autor	Pilar Amaya
Aplicación	Individual, familias de estratos socioeconómicos bajos (1,2,3)
Participante	Mayor de 15 años de edad, que lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia, conozca su trayectoria y que consienta su participación.
Duración de la aplicación	Variable, de 20 a 40 minutos.
Finalidad	Evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica, y manejo de menores, y de una escala de Riesgo Familiar Total.
Material	Manual, formato de aplicación, regla, lápiz, borrador y hoja de perfil RFT 5:33.
Usos	Para la investigación y la practica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

**Tomado de (26) Amaya P. Instrumento de riesgo familiar total. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá – Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.**

El Instrumento de riesgo familiar total RFT: 5-33, fue adaptado del instrumento RFT: 7-70 de Pilar Amaya, es por ello que conserva en su estructura sus planteamientos teóricos y metodológicos básicos. Este instrumento ha demostrado ser de utilidad clínica y administrativa en la detección de riesgos en familias evaluadas. El número de ítems cambió de 70 a 39 y luego se quedó en 33, esto permite agilizar su aplicación y discriminación del riesgo familiar. El inventario RFT: 5-33 tiene como objetivo identificar aquellos núcleos familiares vulnerables a los problemas presentes dentro de su dinámica o en el entorno (26).

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

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

Para poder dar inicio a la recolección de datos, se realizaron las gestiones referidas a las autorizaciones para acceder a la comunidad. Primero tramitamos la carta de presentación de la universidad, con ella fuimos a la comunidad y nos presentamos ante la dirigencia actual. Al recibir el visto bueno de ella, pudimos iniciar actividades como el mapeo de la zona. En cuanto al censo, uno de los dirigentes nos facilitó uno actualizado, el cual nos permitía identificar la cantidad de familias con presencia de menores de 5 años.

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

Al identificarse la cantidad de familias, se coordinó con la dirigencia para realizar las encuestas en dos meses. Uno de los dirigentes nos invitó a una reunión de la comunidad, ahí nos presentó y nos dio la oportunidad de explicar cómo sería este proceso de recolección de datos del estudio.

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

La recolección de datos fue realizada en dos meses (abril y mayo de este año), se tomó los días sábados y domingos principalmente. Se tuvo que ir 5 días adicionales de la semana para completar las 6 familias restantes que quedaron casi al final del proceso.

La visita a cada familia tomó un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos como promedio.

Al culminar el trabajo de campo, se procedió a revisar cada una de las encuestas realizadas, se vio la calidad del llenado y la codificación respectiva.

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

En esta investigación participaron las familias de niños menores de cinco años en el Asentamiento Humano 19 de Mayo de Los Olivos.

Los datos fueron ingresados a una tabla matriz elaborada en el software estadístico SPSS 23.0., este proceso se realizó cuidadosamente para así evitar errores y valores perdidos al momento del análisis.

Al ser un estudio de diseño descriptivo, se utilizó para el análisis de datos principalmente la estadística de tipo descriptiva, en donde para los datos generales sociodemográficos de los jefes de familia se empleó las tablas de frecuencias absolutas y relativas, las medidas de tendencia central, etc.

Para el análisis de datos nos guiamos del texto instruccional elaborado por la investigadora colombiana Pilar Amaya, con el cual da precisiones de la forma como se evalúa el riesgo familiar total general y como se evalúa en riesgo familiar total por cada una de las 5 dimensiones de la variable principal riesgo familiar total.

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

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

A mediados de la década de los 70, en Estados Unidos se creó una comisión que da lineamientos para el trabajo con personas en investigaciones biomédicas, para así evitar excesos y aprovechamiento por parte de los responsables de los ensayos al momento de desarrollar los estudios. En el año 1978, se redacta el informe Belmont en donde se señalan 4 principios bioéticos (35), los cuales fueron ampliamente socializados y adoptados por grupos involucrados en investigaciones con seres humanos, convirtiéndose pronto en el referente para la aplicación de la bioética en los procesos de investigación con personas (36). Estos se describen a continuación:

### **3.7.1 Principio de autonomía**

El principio de autonomía fue aplicado estrictamente en este estudio, al abordar al jefe de familia, se respetó sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno de ellos se les hizo conocer los pormenores del estudio y luego se solicitó su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio.

### **3.7.2 Principio de beneficencia**

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

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

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

### **3.7.4 Principio de justicia**

Todos los participantes fueron tratados con respeto y cordialidad, así mismo se trató a todos por igual, sin discriminaciones ni preferencias.

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

## 4.1 RESULTADOS

**Tabla 1. Datos Generales de las familias con niños menores de 5 años**

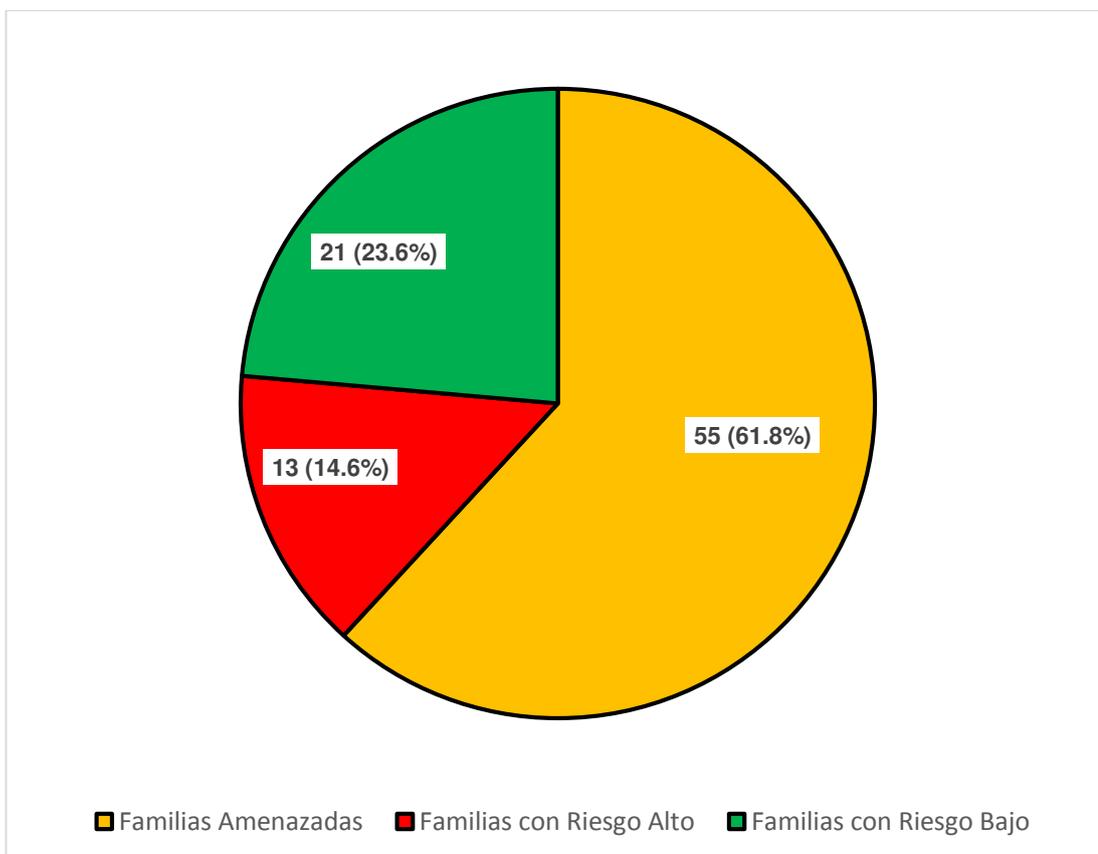
Información de los progenitores	Total	
	N	%
Jefe de familia varón	30	33,7
Jefe de familia mujer	59	66,3
Total	89	100
Grado de instrucción del jefe de familia		
Primaria	5	5,6
Secundaria	64	71,9
Superior no universitaria	13	14,6
Superior universitaria	7	7,9
Ocupación del jefe de familia		
No trabaja	36	40,4
Obrero(a)	3	3,4
Empleado(a)	10	11,2
Trabajo informal	40	44,9
Tipo de familia		
Nuclear	78	87,6
Monoparental	1	1,1
Extendida	5	5,6
Ampliada	5	5,6

*Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH*

En la tabla 1, tenemos los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, en total fueron 89 jefes de familia, de los cuales 30 fueron varones y 59 fueron mujeres. En cuanto al grado de instrucción, 5 que representan el 5,6% del total corresponde a nivel primaria, 64 que representan 71,9% del total corresponde al nivel secundaria, 13 que representan el 14,6% del total corresponde a nivel no universitaria y 7 que representan 7,9% del total

corresponde a nivel superior universitaria. En cuanto a la ocupación de la madre, 36 participantes que representan el 40,4% del total no trabaja, 3 participantes que representan el 3,4% del total tienen ocupación de obrera, 10 participantes que representan el 11,2% del total son empeladas y 40 participantes que representan el 44,9% del total tienen trabajo informal. En cuanto al tipo de familia, predomina la familia nuclear con 78 que representa el 87,6%, seguido del monoparental con 1 (1,1%) casos y la extendida al igual que la ampliada 5 participantes representan el 5,6%.

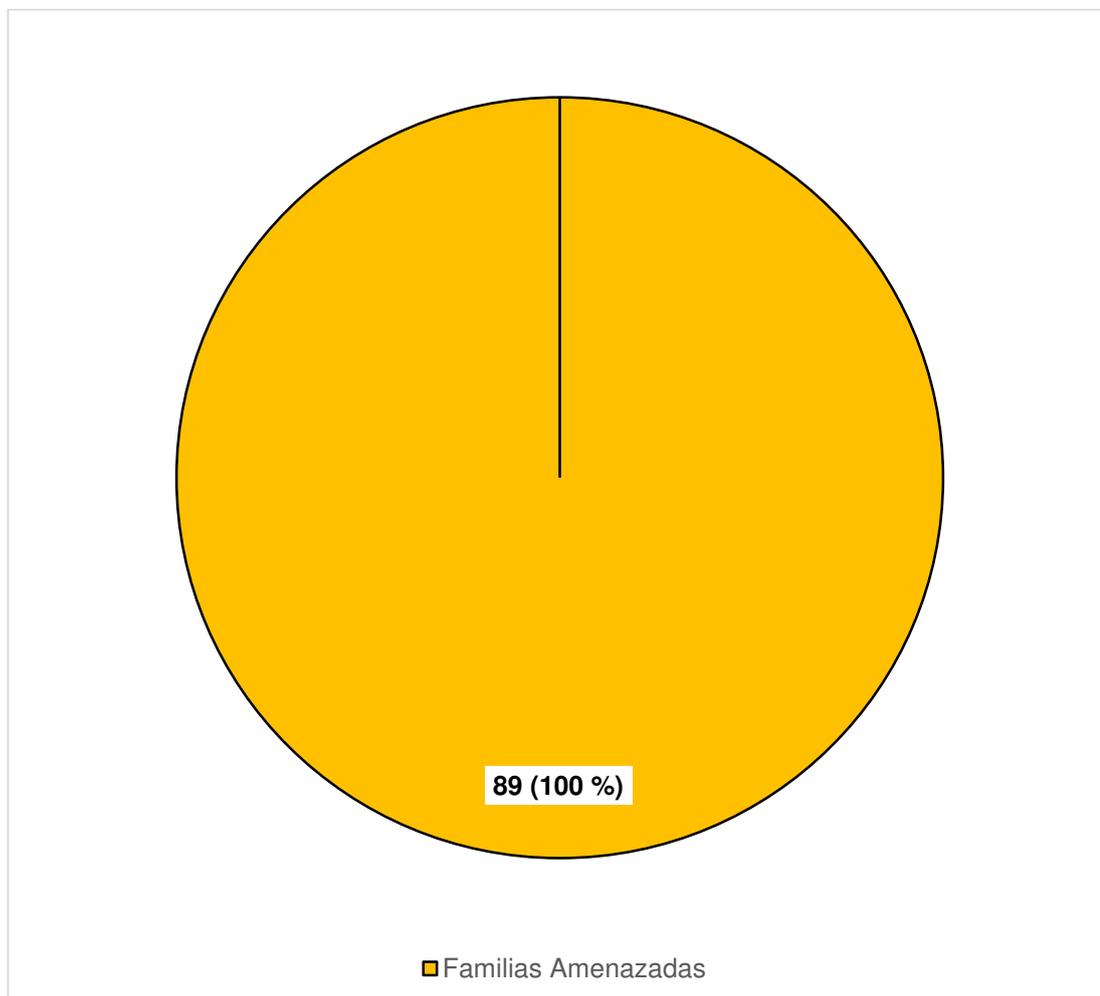
**Gráfico 1. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos – 2018**



**Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH**

En el gráfico 1, podemos observar con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años, que 55 participantes que representan el 61.8% son familias amenazadas; 21 participantes que representan el 23.6% son familias con riesgo bajo y 13 participantes que representan el 14.6% son familias con riesgo alto.

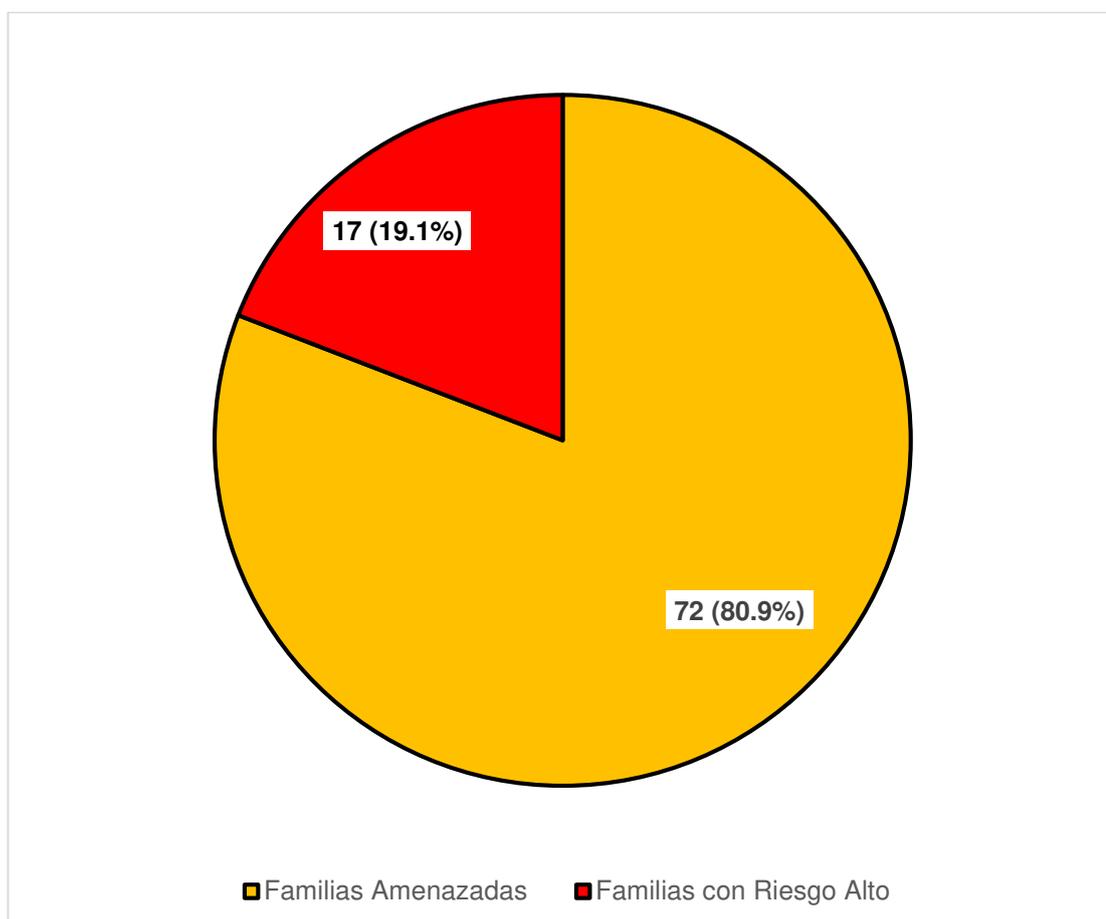
**Gráfico 2. Riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018**



***Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH***

En el gráfico 2, podemos observar con respecto al Riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años, que los 89 participantes que representan el 100% son familias amenazadas.

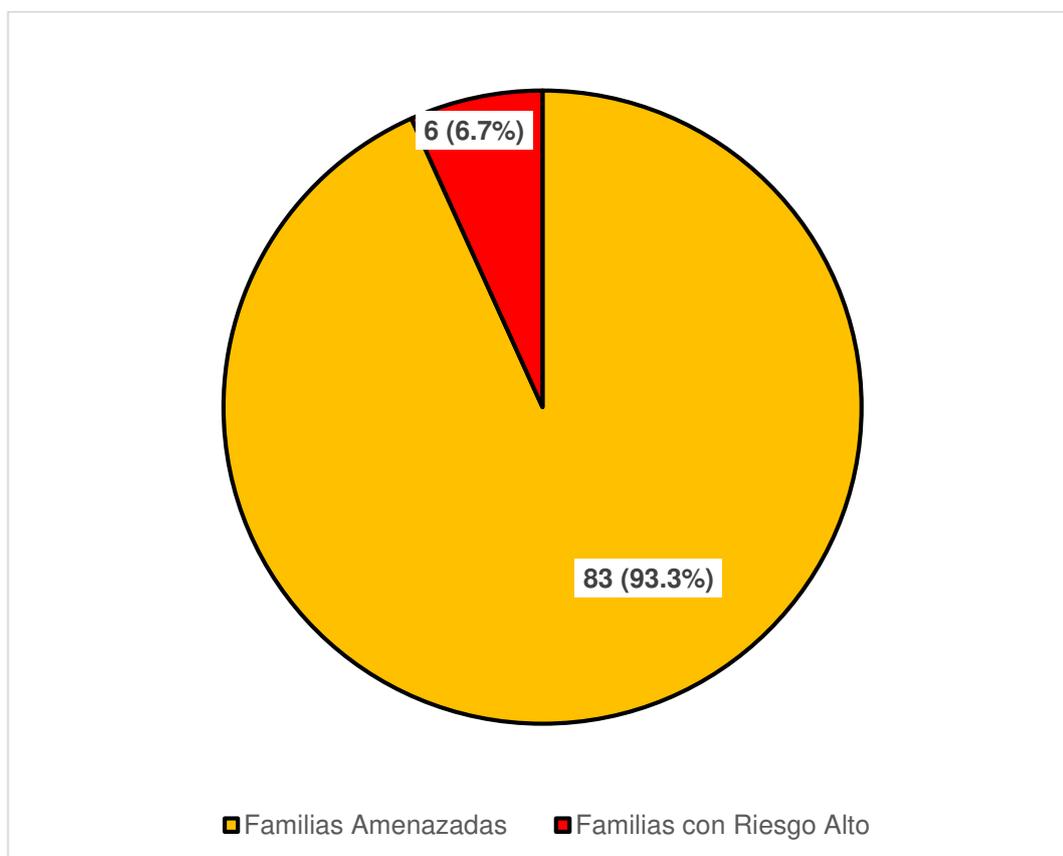
**Gráfico 3. Riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018.**



***Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH***

En el gráfico 3, podemos observar con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 5 años, que 72 participantes que representan el 80.9% son familias amenazadas y 17 participantes que representan el 19.1% son familias de riesgo alto.

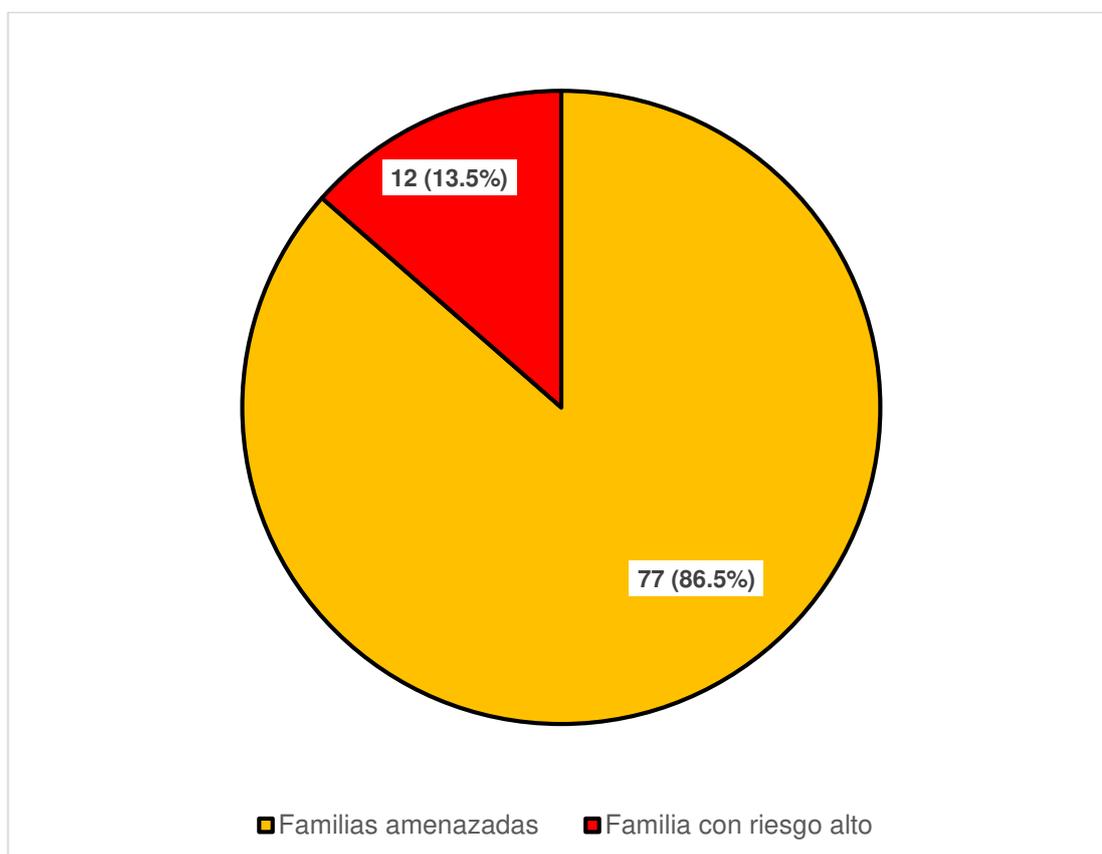
**Gráfico 4. Riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018**



***Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH***

En el gráfico 4, podemos observar con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años, que 83 participantes que representan el 93.3% son familias amenazadas y 6 participantes que representan el 6.7% son familias de riesgo alto.

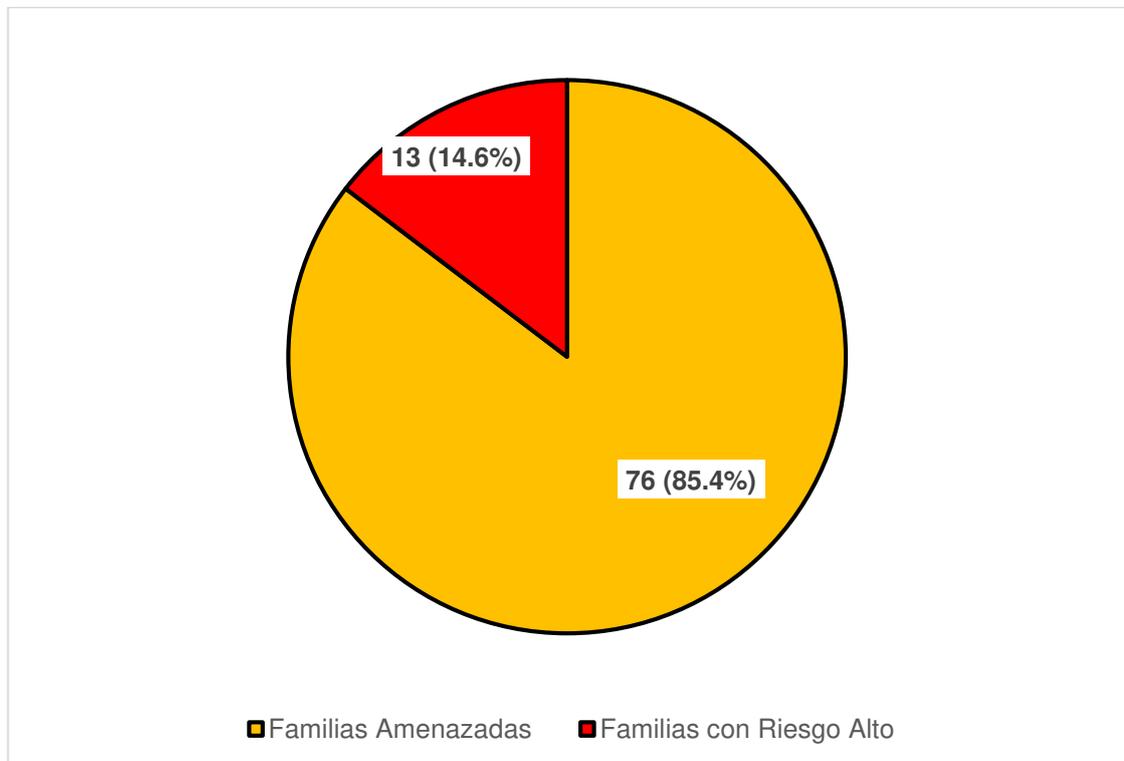
**Gráfico 5. Riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018**



***Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH***

En el gráfico 5, podemos observar, con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años, que 77 participantes que representan el 86.5% son familias amenazadas y 12 participantes que representan el 13.5% son familias de riesgo alto.

**Gráfico 6. Riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de Mayo, Los Olivos – 2018**



*Fuente: encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH*

En el gráfico 6, podemos observar, con respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años, que 76 participantes que representan el 85.4% son familias amenazadas y 13 participantes que representan el 14.6% son familias de riesgo alto.

## 4.2 DISCUSIÓN

En esta sección se comparan los hallazgos del presente estudio con los estudios anteriores y a partir de ellos se concluye lo siguiente.

De todos los estudios anteriores planteados en esta investigación 5 son internacionales y 3 nacionales, todos los internacionales fueron desarrollados principalmente en Colombia (que es la tierra natal de la enfermera Investigadora Pilar Amaya que elabora la teoría del riesgo familiar total); los nacionales fueron desarrollados en Lima.

La familia viene a constituirse en un grupo humano que forma parte de otro de mayor alcance que constituye la sociedad, este se integra y va desarrollándose teniendo en cuenta el marco socioeconómico que regula la marcha de la sociedad actual(37).La valoración del riesgo familiar total permite direccionar el cuidado de la salud de los individuos integrantes de la familia, de la familia como grupo familiar y la vigilancia del contexto social en donde están desarrollándose (13).

Con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años, el 61.8% son familias amenazadas; el 23,6% son familias con riesgo bajo y 14,6% son familias con riesgo alto. Sumando los valores de las familias amenazadas y las de riesgo alto, tenemos 76.4%.

Los hallazgos concuerdan con lo planteado por Amaya, que señala que las familias amenazadas, presentan entre 5 a 12 riesgos en relación a los 33 ítems que lo evalúan y se caracterizan por la presencia de alteraciones emocionales y afectivas que dificultan la crianza óptima de menores de edad. Estas familias tienen poco respaldo y acceso a los servicios de salud públicos, además de ello viven en condiciones desfavorables que afectan su hogar y vecindario, constituyéndose aquello como una amenaza dentro de su hogar y comunidad siendo una amenaza individual y familiar. El concepto de riesgo familiar total es dinámico, es decir dependiendo de ciertos factores y determinantes que son cambiantes, puede verse alterado en el tiempo (26)(12). Coincidimos con lo señalado por Becerra Cubas Wister y colaboradores, en donde señalan que a este grupo de familias amenazadas

de no prestárseles la atención debida, pueden pasar la condición de familias con riesgo alto (14).

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años, se tiene que los 89 participantes, es decir el total de ellas (100%) son familias amenazadas. Una familia amenazada debe de ser monitoreada y hacérsele un seguimiento para ver su evolución y posibles mejoras en el tiempo, para así evitar que pueda convertirse en una familia que involucre más riesgos y así pasar a ser una de riesgo alto, tal como lo plantean Amaya en su propuesta de riesgo familiar total y Camargo y colaboradoras en su estudio (26)(17). Esta dimensión está muy relacionada a la salud mental y emocional de las familias, también a su dinámica y la forma como se han establecido sus relaciones interpersonales, y están directamente relacionadas a la forma cómo va la salud mental de la sociedad, esto coincide con lo señalado por Camargo y colaboradoras que en su estudio señalan que es evidente que estos resultados obtenidos son un fiel reflejo de la situación de salud mental del país, además agregan que las necesidades afectivas son importantes ya que deben ser satisfechas a fin de preservar la salud mental. El aspecto emocional va depender de cambios y situaciones que atraviese la familia y en los roles ocasionados por las necesidades de algún miembro de la familia (17). Esta dimensión está muy vinculada al desarrollo del niño, ya que esta requiere de un ambiente sano y sin violencia para su desarrollo adecuado, al ser amenazada el diagnóstico de las familias, pone en riesgo este aspecto.

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, en familias de niños menores de 5 años, se tiene que 72 participantes que representan el 80.9% son familias amenazadas y 17 participantes que representan el 19.1% son familias de riesgo alto. En este aspecto las familias de la comunidad estudiada, en su mayoría ocupan su tiempo en actividades que les permita tener ingresos para sus necesidades básicas, dentro de ellas la salud esta relegada a un segundo plano. No es prioritario para ellos la salud de sus integrantes, a menos que exista una situación que amerite una urgencia o emergencia ante una situación ya agudizada. Además de ello señalan frecuentar y conocer poco el establecimiento de salud. Coincidimos

con lo señalado por Giraldo Ocampo Diana María, quien plantea en su estudio que el alejamiento y falta de involucramiento del establecimiento de salud con su población ha provocado la subutilización de los servicios de salud disponibles en él, en su mayoría, los entrevistados coinciden en una ausencia en información sobre servicios de salud. Ante esta falta de cultura en salud preventiva, las personas estando aparentemente sanas, no perciben no riesgos familiares relacionados a su salud y a la de sus integrantes. Lo señalado anteriormente evidencia la ausencia de programas educativos o estrategias de atención primaria en salud que orienten a la población usuaria a prevenir problemas de salud o que lleguen a sus domicilios para integrarlos al sistema de salud público, ya que los mismos en muchos casos tienen un carné, pero no saben en ocasiones para que les es útil (11). Camargo y colaboradoras también enfatizan en que las familias no perciben sus riesgos como grupo familiar, esto debido a la ausencia de información de los servicios de salud que están a su alcance (17). La mayoría de madres de familia relacionan al centro de salud solo con las vacunas, creen que el establecimiento de salud tiene ese rol importante para con los niños de la zona.

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años, se tiene que 83 participantes que representan el 93.3% son familias amenazadas y 6 participantes que representan el 6.7% son familias de riesgo alto.

Como sabemos la salud de un individuo o grupo de individuos es parte del desarrollo. La salud o la enfermedad es resultado de una relación dinámica entre los individuos y su interacción con el medio ambiente, en tal sentido el medio ambiente tiene una relación directa con ser saludable en todo sentido, por lo que toda mejora de las condiciones del hábitat repercute significativamente en mejorar los niveles de salud (28).

Uno de los problemas observados en la visita al vecindario es el problema de saneamiento ambiental, lo cual se atribuye según los vecinos a la falta de apoyo del municipio y a la falta de organización y participación decisiva de los pobladores. No existe según ellos mismos una cultura que les permita

ver como prioridad este aspecto. Al ingresar a algunos domicilios para el desarrollo del trabajo de campo, se evidencio también una falta de organización por parte de las familias en este aspecto.

Coincidimos con lo señalado por Camargo y colaboradoras; en que el saneamiento ambiental, así como las condiciones insalubres del vecindario y en menor medida en la higiene y organización del hogar, existen deficiencias en esta comunidad estudiada (17). Así mismo Soto Gonzales en sus hallazgos encontro muchas deficiencias en este aspecto, y atribuye a las condiciones socioeconomicas y a la falta de apoyo decidido de las autoridades en las mejoras del ambiente y de un lugar adecuado para vivir (13). Finalmente, es importante también lo señalado por Millan Ambrocio Mirian y Miranda Vidal Yuli, quienes en sus estudios realizados en zonas vulnerables del Rímac y Comas respectivamente, ambos ubicados en la ciudad de Lima, asocian la situación socioeconómica al desarrollo y adecuación de sus viviendas y al saneamiento de las mismas, ambas desarrollaron sus estudios en zonas urbano marginales, ahí encontraron grupos familiares que mayormente carecían de servicios básicos como agua, luz y desagüe, ausencia de veredas, pistas, presencia de perros callejeros, basura a los alrededores de las viviendas. Si bien es cierto en el presente estudio, la comunidad es considerada un asentamiento Humano, cuenta ya con servicios básicos como agua, luz y alcantarillado, pero en cuestión de infraestructura del vecindario y saneamiento ambiental, existe un descuido, esto se torna desfavorable para los pobladores y limita su desarrollo pleno como familias (16)(18). Las condiciones insalubres del vecindario constituyen un riesgo para todos los miembros de la familia, en especial para los niños que no advierten los peligros y están expuestos a accidentes o a la adquisición de enfermedades (14).

Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años, se tiene que 77 participantes que representan el 86.5% son familias amenazadas y 12 participantes que representan el 13.5% son familias de riesgo alto. En este aspecto las familias de la comunidad estudiada, en su mayoría tienen dificultades en sus economías, sus ingresos no les garantiza tener una vida

tranquila y de confort, esto los lleva a asumir actividades económicas que les consume mucho tiempo de su día, priorizan esto debido a su necesidad de subsistir y poder garantizar sus necesidades básicas.

Sobre el análisis de esta dimensión socioeconómica, coincidimos por lo señalado por Pérez Rosa y colaboradores, quienes señalan que la precariedad laboral y educativa dificulta a las personas el conocimiento y acceso a sus derechos sociales como ciudadano (15). La ayuda social es importante, pero solo es paliativa ante la necesidad de la población, lo importante es que las instituciones gubernamentales y el estado promuevan el empleo digno y sostenido para los ciudadanos.

Con respecto al Riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años, se tiene que 76 participantes que representan el 85.4% son familias amenazadas y 13 participantes que representan el 14,6% son familias de riesgo alto. Estos resultados son preocupantes, al parecer la salud del niño de dicha comunidad está en un segundo plano. El riesgo a que están expuestos los menores es influenciada por el diagnóstico de familia amenazada en todas las demás dimensiones descritas anteriormente, donde coincidimos con Cabello Huerta Erica y colaboradoras en que, resaltan que las condiciones de vivienda y vecindario y la situación socioeconómica son determinantes en el bienestar de los hogares con niños (19).

Finalmente, mencionar que estamos de acuerdo con lo señalado por Pérez Rosa y colaboradores en su estudio, quienes señalan que es necesario fortalecer o cambiar las estrategias dirigidas al cuidado de la salud familiar, así mismo ven como necesaria la participación multidisciplinaria para el abordaje familiar (15), a esto agregamos, que es importante la participación del estado a través de todas sus instituciones que velan por la salud del niño y la familia. Así mismo debe haber un compromiso por parte de la comunidad y sus organizaciones sociales para contribuir de forma significativa en su propio desarrollo, es decir de las familias y los niños que la conforman.

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se ha arribado son las siguientes:

- Con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años, predominaron las familias amenazadas, seguidas de las familias con riesgo bajo y familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, en familias de niños menores de 5 años, en su totalidad son familias amenazadas.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, predominan las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, en familias de niños menores de 5 años, predominan las familias amenazadas seguidas de las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, en familias de niños menores de 5 años, predominan las familias amenazadas seguidas las familias con riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años, predominan las familias amenazadas seguidas de familias con riesgo alto.

## 5.2 RECOMENDACIONES

A partir del trabajo de investigación y sus resultados sugerimos las siguientes interpretaciones:

- Con respecto al riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años, predominaron las familias amenazadas, se recomienda realizar intervenciones con este grupo de familias para evitar que puedan llegar a tener riesgo alto.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones psicoafectivas, se sugiere trabajar este aspecto con el apoyo de personal de psicología del establecimiento de salud, deben de haber actividades intramurales y extramurales.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión servicios y prácticas de salud, se sugiere que el establecimiento de salud establezca estrategias que permitan socializar con la población los servicios que presta y los beneficios que se puede obtener al acudir a sus instalaciones.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, se sugiere que la comunidad coordine con la municipalidad del sector para mejorar la seguridad y limpieza de la zona.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión situación socioeconómica, se sugiere a la comunidad coordinar con los órganos de apoyo social del estado presentes en el distrito, para viabilizar un apoyo más significativo a través de los programas sociales.
- Con respecto al riesgo familiar total en su dimensión manejo de menores, en familias de niños menores de 5 años, se sugiere al establecimiento de salud, hacer un seguimiento más continuo a los niños de la zona a través de un programa de visitas domiciliarias dirigidas a partir de los resultados de este estudio, se debe a provechar las guardias comunitarias programadas a sus profesionales de la salud.

- Se sugiere introducir más variables en estudios futuros, para así ir estableciendo nuevas posibilidades de relacionar la variable riesgo familiar total con otros constructos que permita entender más la salud familiar y los riesgos de las mismas.
- Se sugiere desarrollar estudios con enfoques cualitativos y mixtos que permitan comprender mejor el problema, esto dará un mejor panorama al analizar la salud familiar y los riesgos de las mismas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Child Trends. Mapa mundial de la familia 2013: Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. Piura - Perú: Universidad de Piura, Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Piura; 2013. 72 p.
2. Superintendencia Nacional de Registros Públicos. Crece inscripción de divorcios a nivel nacional [sede Web]. Lima - Perú: Sunarp; 2017 [actualizado el 23 de octubre de 2017; acceso 20 de mayo de 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://www.sunarp.gob.pe/PRENSA/inicio/post/2017/10/23/crece-inscripcion-de-divorcios-a-nivel-nacional>
3. Jiménez M, Amaris M, Valle M. Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. Salud Uninorte Nombre de la revista [revista en Internet] 2012 [acceso 12 de mayo de 2018]; 28(1): 99-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a10.pdf>
4. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Boletín Estadístico Mensual. Marzo 2018. Lima - Perú; 2018.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Denuncias registradas por la Policía Nacional sobre violencia familiar, según departamento [sede Web]. Lima - Perú: INEI; 2017 [Actualizado a marzo de 2018; acceso 6 de abril de 2018].
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2017. Nacional y Departamental. Lima - Perú: INEI; 2018. 398 p.
7. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Reducción de la mortalidad en la niñez. Ginebra - Suiza: OMS [enero 2016; 18 de setiembre de 2016] [Internet]. Nota descriptiva N°178. 2016. p. 1-6. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
8. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los

gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas [sede Web]. Ginebra - Suiza: OMS; 2017 [actualizado en diciembre de 2017; acceso [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>

9. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad [sede Web]. Washington, D.C - USA: OPS; 2017 [actualizado en junio de 2017; acceso 20 de junio de 2018] [Internet]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=311&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es)
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Boletín Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima-Peru; 2017.
11. Giraldo Ocampo D. Caracterización Del Riesgo Familiar total en familias con adolescentes escolarizados. [tesis Magister]. Bogotá - Colombia: Universidad nacional de Colombia; 2014. [Internet]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/40220/1/41941248.2014.pdf>
12. Charrys Bravo N. Riesgo familiar total en familias con mujeres diagnosticadas con neoplasia de mama. Ciencia y cuidado [revista en Internet] 2017 [acceso 17 de mayo de 2018]; 14(2):8-21.
13. Soto Gonzales A, Velasquez V. Riesgo Familiar Total De Familias Desplazadas Residentes En El Municipio De Bugalagrande (Valle Del Cauca, Colombia). Hacia la promoción de la salud [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de mayo de 2018]; 20(1): 126-139. Disponible en: [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista20%281%29\\_9.pdf](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista20%281%29_9.pdf)
14. Becerra W, Diaz J, Rocha J. Riesgo Familiar Total en Familias del Sector 1 del asentamiento humano Juan Pablo II Los Olivos 2013 [tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería]. Perú :Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. Disponible en: <http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uch/44/becerra-cubas->

- wister-riesgo-familiar-total-en-familias.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Pérez Siguas R, Matta Solís H, Espinoza Moreno T, Paredes Tafur C. Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte. *Health Care & Global Health*[revista en Internet] 2017 [acceso 17 de mayo de 2018]; 1(1): 18-23. Disponible en: <http://www.openhgh.org/index.php/hgh/article/view/5/15>
  16. Millan Ambrocio M, Sangay Lopez E. Riesgo familiar total y tipo de familia en el asentamiento humano Santa Rosa alta sector VII den distrito del rimac. [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. 2018.
  17. Camargo J, Cachatari A, Melgarejo Y. Riesgo Familiar Total en las familias del sector A - 1 del Asentamiento Humano Villaseñor de los milagros comas 2012 [tesis licenciatura]. Lima-Perù: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. [Internet]. Disponible en: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=14708>
  18. Miranda S, Paiva A, Valles K. Riesgo familiar total en las familias del Asentamiento Humano El Misti Carmen Alto, Comas - 2013 [tesis licenciatura]. Lima-Perù: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2014. [Internet]. Disponible en: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=14708>
  19. Cabello E, Francisco J, Mayta S. Riesgo Familiar Total De Las Familias Con Niños Preescolares De La Institucion Educativa Inicial Semillitas De Amor I Puente Piedra -2015. [tesis licenciatura]. Lima-Perù: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/114/CD-TENF-079-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  20. American Academy of pediatrics. Report of the Task Force on the Family. *Pediatric* [revista en Internet] 2003 [acceso 10 de marzo de 2018]; 111(6): 1541-1571. Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/Supplement\\_2/1541.full.pdf](http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/Supplement_2/1541.full.pdf)
  21. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Observatorio Nacional de las Familias. [sede Web].Perú:MIMP; 2018 [febrero 2018; 20 de marzo

- de 2018]. [Internet]. Disponible en:  
<https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/familias.html>
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Definiciones básicas. Lima - Perú: INEI; 2007.
  23. Cid M, Montes R, Hernández O. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrón. [revista en Internet] 2014 [acceso 27 de mayo de 2018]; 36(4): 462-476. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008)
  24. Sinche E, Suarez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA [revista en Internet] 2006 [acceso 10 de marzo de 2018]; 1(1): 38-47. Disponible en: [http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA\\_V1N1\\_Parte2.pdf](http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/RAMPA_V1N1_Parte2.pdf)
  25. De Lourdes L. Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico. Ciudad de México DF: Pax México; 2003. 139 p.
  26. Amaya P. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual. Aspectos Teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
  27. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años [Internet]. Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA. Lima - Perú: MINSA; 2011. p. 1-152. Disponible en:  
[http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma\\_cred.pdf](http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf)
  28. Santa María R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [revista en Internet] 2008 [acceso 27 de mayo de 2018]; 25(4): 419-430. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a13v25n4.pdf>
  29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Infancia [sede Web]. Mexico: UNICEF México; 2017 [agosto 2017; marzo 2018].
  30. Casassas R, Campos C, Jaimovich S. Cuidados básicos del niño sano y del enfermo. 3ª ed. Santiago de Chile - Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2009. 287 p.
  31. Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño [Internet]. Lima-Perú: MINSA;

2015. p. 29. Disponible en: <http://datos.minsa.gob.pe/dataset/control-de-crecimiento-y-desarrollo-de-ninos-menores-de-5-años/resource/52ea77a3-78ac-4df2>
32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. 632 p.
  33. Casas J, Labrador R, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria [revista en Internet] 2003 [acceso 12 de mayo de 2018]; 31(8): 527-538. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0212656703707288/1-s2.0-S0212656703707288-main.pdf?\\_tid=aabec56e-d85a-44a2-ad95-0284a73eb906&acdnat=1531250315\\_484aa3aed494923ea02bdf8a663ea69a](https://ac.els-cdn.com/S0212656703707288/1-s2.0-S0212656703707288-main.pdf?_tid=aabec56e-d85a-44a2-ad95-0284a73eb906&acdnat=1531250315_484aa3aed494923ea02bdf8a663ea69a)
  34. Alvira-Martin F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. 2ª ed. Madrid - España: Centro de Investigaciones Socioológicas; 2011. 122 p.
  35. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 10 de abril de 2018]; 55(4): 230-233. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55\\_n4/pdf/A03V55N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf)
  36. Arias-Valencia S, Peñaranda F. La investigación éticamente reflexionada. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en Internet] 2015 [acceso 22 de mayo de 2018]; 33(3): 444-451. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2015000300015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300015)
  37. Martínez H. La familia: una visión interdisciplinaria. Rev.Med.Electrón. [revista en Internet] 2015 [acceso 12 de mayo de 2018]; 37(5): 523-534. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n5/rme110515.pdf>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la Variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano "19 de Mayo", Los Olivos – 2018								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	Tipo de variable según su naturaleza:	Se entiende por riesgo familiar total, a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias al momento de la valoración de las mismas(26).	Se entiende por riesgo familiar total, a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares debidas a la presencia de algunas características detectadas en las familias de niños menores de 5 años en el asentamiento humano 19 de mayo al momento de la valoración de las mismas, familiares debido a la presencia de condiciones psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores, el cual será medido con el cuestionario RFT 5:33.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes	10 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Familias con bajo riesgo	Familia Tipo 1 que se encuentra en el percentil 1 a 29 y en PE inferiores de 54, y familia Tipo 2 que se encuentra en el percentil 3 a 26 y en puntuaciones E inferiores a53. Familia Tipo 1 que se encuentra entre los percentiles 37 a 77 y PE entre 56 a 68, y familia Tipo 2 con percentiles entre 33 y 76 y PE entre 55 a 68. Familia Tipo 1 con percentiles superiores a 81 y PE superiores a 70 y familia Tipo 2 con percentiles superiores a 80 y PE superiores a 70 <b>Sin riesgo: 0</b> <b>Presencia de riesgo: 1</b>
	Cuantitativa			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud.	6 (11,12,13,14,5,16)	Familias Amenazadas	
	Escala de medición:			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario	5 (17,18,19,20,21)	Familias con alto riesgo	
	Ordinal			Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6 (22,23,24,25,26,27)		
				Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6 (28,29,30,31,32,33)		

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

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

#### **I. PRESENTACIÓN**

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería: Barboza Delgado Elvira Lili, Prado Pérez Lisa Ivette y Vega Tarazona Pilar, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar el Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, los Olivos-2018.

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

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

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

#### **B. Datos generales:**

**Edad en años del entrevistado:** .....

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

**Sexo del entrevistado:**

a. Femenino ( )    b. Masculino ( )

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

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

#### **4. Grado de instrucción**

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

#### **5. Condición de ocupación:**

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

**6. Tipo de familia:**

- Nuclear    Extendida    Ampliada    Monoparental    Reconstituida  
 Equivalente familiar

**7. Evaluación de la funcionalidad de la familia**

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

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

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

20	Ausencia de servicio públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüé, inadecuada iluminación)		
21	Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		
	<b>D. Situación socioeconómica</b>		
22	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
23	Pobreza: Ingreso menor que NBS (necesidades básicas satisfechas)		
24	Falta de recreación de la familia		
25	Falta de seguridad en actividad de menores		
26	Problemas de salud no controlados o resueltos		
27	Inaccesibilidad a servicios de salud		
	<b>E. Manejo de menores</b>		
28	Tiene más de cuatro hijos menores de 12años		
29	No escolaridad de menores de 12 años		
30	Manejo inapropiado de EDA IRA		
31	Falta de seguridad en actividad de menores		
32	Presencia de riesgo en niños de 1 a 12 años (problemas de conducta y adicción)		
33	Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

## Anexo C. Carta de presentación al dirigente de la población de estudio



Licenciada el 21 de noviembre de 2017  
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

### CARTA N°009-2018-EPENF-UCH

*Los Olivos, 29 de mayo de 2018*

Sr.  
**JORGE ANTONIO GUEVARA CAMACHO**  
Presidente  
Asentamiento Humano 19 de Mayo-Los Olivos

Presente. -

Asunto: *Autorización para recolección de información para trabajo de Investigación*

*Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades, y a la vez comunicarle que nuestros estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería:*

**Barboza Delgado, Elvira Lili**  
**Prado Pérez, Lisa Ivette**  
**Vega Tarazona, Pilar**

**Código N° 11102006**  
**Código N° 10202039**  
**Código N° 10102030**

*Se encuentran desarrollando un trabajo de Investigación que lleva por título: "RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS OLIVOS-2018", por ello solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo del trabajo de investigación, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.*

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

*Atentamente,*

  
**CESAR ABRAHAM SUÁREZ ORÉ**  
Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Ciencias y Humanidades

  
**Jorge Antonio Guevara C.**  
DNI 08628727

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

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

## Anexo D. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

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

**Título del proyecto:** Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos– 2018.

**Nombre de los investigadores principales:**

Barboza Delgado, Elvira Lili

Prado Pérez, Lisa Ivette

Vega Tarazona, Pilar

**Propósito del estudio:** Determinar el riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del asentamiento humano 19 de mayo, Los Olivos – 2018.

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

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

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

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

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

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Vega Tarazona Pilar, coordinadora de equipo (teléfono móvil N° 931606259) o al correo electrónico: jomy\_forever@hotmail.com

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av.

Universitaria N° 5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comité\_etica@uch.edu.pe.

**Participación voluntaria:**

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

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

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

21, de mayo del 2018

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

.....

Firma del participante

## Anexo E. Aprobación del Comité de Ética

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Vega Tarazona Pilar	
Nº de DNI	
47502538	
Nº teléfono móvil	
Nº: 931606259	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Vega Tarazona Pilar	
Nº de DNI	
47502538	
Nº teléfono	
Nº: 931606259	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

ACTA CEI N° 005	13 de junio de 2018
-----------------	---------------------

### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 13 del mes de junio del año dos mil dieciocho, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS OLIVOS-2018"** con Código ID-014-18, presentado por las estudiantes: Barboza Delgado Elvira Lili, Prado Pérez Lisa Ivette y Vega Tarazona Pilar.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

**APROBAR**, el proyecto titulado **"RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO 19 DE MAYO, LOS OLIVOS-2018"**.  
Código ID-014-18.

  
M.C. Segundo German Millones Gómez  
Presidente  
del Comité de Ética en Investigación

SGMG/RAC

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

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

## Anexo F. Validez de contenido del instrumento RFT 5:33

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional 1	85%	85%	85%	85%	75%	83%
Profesional 2	75%	85%	75%	85%	85%	81%
Profesional 3	85%	85%	75%	75%	75%	79%
Profesional 4	95%	85%	95%	95%	95%	93%
Profesional 5	85%	85%	75%	85%	75%	81%
RESULTADO						83%

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

La validez de contenido del instrumento fue de 83%, lo cual se interpreta como bueno.

## Anexo G. Confiabilidad del instrumento RFT 5:33

### Estadísticos de fiabilidad

K de Richardson	N° de elementos
0,810	33

## Anexo H. Tablas adicionales

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la edad de las madres de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Asentamiento Humano 19 de Mayo

<b>N</b>	<b>89</b>
<b>Media</b>	29.51
<b>Mediana</b>	30.00
<b>Moda</b>	30
<b>Mínimo</b>	20
<b>Máximo</b>	41

En la tabla 2, tenemos datos relacionados a la edad de las madres participantes. La edad mínima fue 20 años, la máxima fue 41 años, la media fue de 29.51, finalmente la moda y la mediana son 30 años.

Tabla 3. Número de niños por familia del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos – 2018

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia con 1 niño</b>	60	67.4
<b>Familia con 2 niños</b>	28	31.5
<b>Familia con 3 niños</b>	1	1.1
<b>Total</b>	89	100.0

En la tabla 3, tenemos el número de niños por familia del Asentamiento Humano 19 de mayo, en donde 60 participantes que representan el 67,4% del total son familias con 1 solo niño, 28 participantes que representan el 31,5% del total son familias con 2 niños y 1 participante que representan el 1,1% del total es una familia con 3 niños.

Con el dirigente del Asentamiento Humano 19 de Mayo



En la guardería del Asentamiento Humano 19 de Mayo



## Haciendo el reconocimiento del Asentamiento Humano 19 de Mayo



## Con las señoras del comedor del Asentamiento Humano 19 de Mayo

