



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013**

PRESENTADO POR

**BECERRA CUBAS, WISTER ISRAEL
DIAZ PAREJA, JUANA SOFIA
ROCHA DURAND, JUAN PABLO**

ASESOR

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

Los Olivos, 2015



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

**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(A)
EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR

Becerra Cubas, Wister Israel
Diaz Pareja, Juana Sofia
Rocha Durand, Juan Pablo

LIMA - PERÚ
2015

SUSTENTADO ANTE LOS SIGUIENTES JURADOS

.....
Pérez Sigwas, Rosa Eva
Presidente

.....
Quispe Rosales, Pedro Pablo
Secretario

.....
Tuse Medina, Rosa Casimira
Vocal

.....
Matta Solis, Hernán Hugo
Asesor

**RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 1
DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II
LOS OLIVOS – 2013**

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios y a nuestros padres. A Dios, porque ha estado con nosotros en cada del paso del camino, guiándonos y dándonos fortaleza para continuar. A nuestros padres, pilares fundamentales en nuestra vida. Sin ellos, jamás hubiésemos podido conseguir lo que somos hasta ahora. Así mismo depositaron su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nuestra inteligencia y capacidad. Es por ello que somos lo que somos hasta ahora. Los amamos con toda nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo.

Agradecemos a todas aquellas personas que, de alguna forma nos han apoyado.

Al Dr. Hernán Hugo Matta Solís, nuestro asesor, quien con su ayuda desinteresada, nos brindó información relevante, próxima, pero muy cercana a la realidad de nuestras necesidades.

Al personal del Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II, a las promotoras de salud y al Dr. Alan Robinet Vargas, médico jefe del Centro de salud, quienes nos brindaron las facilidades para realizar el presente estudio.

A nuestras familias, por siempre brindarnos su apoyo, tanto sentimental, como económico.

A nuestros profesores, a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias por su paciencia y enseñanza

Finalmente, un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento y origen del problema	13
1.2 Formulación del problema	20
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
1.4 Justificación del estudio	21
CAPÍTULO II. EL MARCO TEÓRICO	
2.1 Marco contextual histórico social de la realidad	24
2.1.1 El distrito de Los Olivos	24
2.1.2 Asentamiento Humano Juan Pablo II	27
2.2 Antecedentes de la investigación.....	34
2.2.1 Antecedentes internacionales.....	34
2.2.2 Antecedentes nacionales.....	38
2.3. Marco teórico propiamente dicho	41

2.3.1 La familia	41
2.3.2 Riesgo Familiar Total	72
2.3.3 Rol de la Enfermería en la comunidad.....	96
2.4 Hipótesis	98
2.5 Variable.....	98
2.6 Definición conceptual	98
2.7 Definición operacional.....	98

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo – diseño de investigación	99
3.2. Población, muestra y muestreo.....	99
3.2.1 Criterios de inclusión	101
3.2.2 Criterios de exclusión	101
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	101
3.3.1. Contenidos del RFT 5:33.....	103
3.3.2. Validez y confiabilidad del instrumento	107
3.4. Proceso de recolección de datos	107
3.5. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos	108
3.6 Aspectos éticos	109

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados.....	111
4.2. Discusión	118

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones128

5.2 Recomendaciones129

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 131

ANEXOS 140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013	112
Gráfico 2	Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Condiciones Psicoafectivas, en familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013	113
Gráfico 3	Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Servicios y prácticas de salud, en familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos - 2013	114
Gráfico 4	Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Vivienda y vecindario, en familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos - 2013	115
Gráfico 5	Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de Situación socioeconómica, en familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013	116
Gráfico 6	Distribución del Riesgo Familiar Total, según dimensión de manejo de menores, en familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013	117

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Descripción de la ficha técnica del instrumento RFT 5: 33	105
Tabla 2	Descripción de las dimensiones del instrumento RFT 5: 33	106
Tabla 3	Los Olivos: Distribución de las familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, según sexo del jefe del hogar, 2013	XIII
Tabla 4	Los Olivos: Distribución de las familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, según grupo de edad del jefe del hogar, 2013	XIV
Tabla 5	Los Olivos: Distribución de las familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, según tipo de familia, 2013	XV
Tabla 6	Los Olivos: Frecuencia de antecedentes familiares en familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, 2013	XVI
Tabla 7	Los Olivos: Apoyo de los programas sociales e instituciones en familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, 2013	XVIII
Tabla 8	Los Olivos: Distribución del Riesgo Familiar en familias del sector 1 del Asentamiento Juan Pablo II, según tipo de familia, 2013	XIX

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Operacionalización de la variable	I
Anexo B	Matriz de consistencia	IV
Anexo C	Instrumento Riesgo Familiar Total 5-33 adaptado para el Perú	V
Anexo D	Mapeo	VIII
Anexo E	Consentimiento informado	IX
Anexo F	Fotos del Asentamiento Humano Juan Pablo II	X
Anexo G	Tablas complementarias	XIII

RESUMEN

Objetivo: Determinar el Riesgo Familiar Total (RFT) en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal. Población total de familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II (N= 104). Previo consentimiento informado se aplicó encuesta a un miembro de la familia según los criterios de inclusión y exclusión. Cada familia se valoró con el instrumento Riesgo Familiar Total RFT 5-33.

Resultados: 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 %).

Conclusiones: El riesgo total de las familias, en su mayoría, es amenazado, esto amerita trabajo para Enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar aspectos relacionados especialmente con las condiciones manejo de menores y sobre la dimensión de las prácticas y servicios de salud con niveles de familias de alto riesgo.

Palabras Clave: Familia, riesgo, Enfermería, investigación

ABSTRACT

Objective: To determine the Total Family Risk (TRF) in families from Sector 1 of Juan Pablo II settlement, Los Olivos - 2013.

Materials and methods: Descriptive, cross-sectional, prospective and quantitative study. Total population of families in Sector 1 Juan Pablo II settlement (N = 104). A prior informed and consented survey was applied to one member of the families according to the criteria of inclusion and exclusion. Each family is valued with the instrument Total Family Risk (TFR) 5-33.

Results: The nuclear families was the predominate group of them with a total about 55 families (52.9 %). By total family risks level, these kinds of families were ubicating 99 families (95.2 %) over these familiar group. The other 41 families (39.4 %) were threading inside the lower risk level, only 15 families (14.4 %) of them were classifying like families in higher risk. According dimensions, the most affected with respect to high risk was the dimension of practices and health services with 26 families (25%) and the most affected dimension with respect to threatened status was under management of children with 99 families (95.1%).

Conclusions: In conclusion the risks of the families have virtues of job inside nursing and disciplinary networks with the finality of improve aspects with a special relationship about the children management setting the threatened families, and onto the dimension of practices and health services with high risk families levels.

Key Words: Family, Risk, Nursing, Investigation

INTRODUCCIÓN

La familia es un grupo en permanente evolución, relacionada con los factores económicos, políticos, sociales y culturales, es debido a estos aspectos que se vuelve trascendental su estudio. El presente trabajo escogió el tema del Riesgo Familiar Total como prioritario, pues es en la familia donde se perciben los principales problemas y dificultades sociales, es además de importancia pues se puede trabajar en este grupo de manera más permanente e integral.

Con respecto a las investigaciones, se observa que existen un gran número de ellas que están desarrolladas bajo un enfoque clínico-curativo-recuperativo en el aspecto individual; en contraste con estos trabajos, nuestra investigación aborda a la familia en varias dimensiones y en el plano comunitario, desde este aspecto holístico no solo se considera al individuo sino también al conjunto de personas que viven junto a este. Constituye, por lo tanto un enfoque preventivo-promocional que ayuda a identificar riesgos potenciales que favorecerán un mejor desarrollo integral.

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

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

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

En el Capítulo III, que es la Metodología, encontramos el tipo-diseño de investigación, la población de estudio, la técnica e instrumento de recolección de datos, el proceso de recolección de datos, los aspectos éticos de la investigación, las Técnicas de Procesamiento y Métodos de Análisis de Datos.

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

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

Finalmente, en la sección de anexos, encontramos tablas y gráficos de resultados complementarios, el instrumento de recolección de datos, la matriz de consistencia, el consentimiento informado y las evidencias fotográficas de nuestro proceso de desarrollo de la presente investigación.

Sin nada más que agregar, esperamos que el presente trabajo sea de su agrado y a la vez constituya un aporte trascendental en el estudio de la Enfermería comunitaria y familiar, ya que este campo de la enfermería se va ampliando cada vez más con las investigaciones.

Los autores

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y origen del problema

La crisis socioeconómica que vive actualmente el mundo, viene afectando a la sociedad, al parecer ya no es solo coyuntural, ha adquirido un carácter crónico y está afectando la estructura de las familias. Hoy más que nunca la familia está experimentando cambios drásticos en todo ámbito, el avance tecnológico y la modernidad ha modificado la dinámica familiar y los roles tradicionales de sus integrantes. La presencia de problemas como la violencia entre parejas, violencia contra la mujer y el niño, violencia juvenil y escolar, etc., son cada vez más evidentes en el seno de las familias y de nuestra sociedad.

Tres conceptos, trabajo precario, desocupación y salud, que es necesario vincularlos adecuadamente; los tres como fenómenos sociales se desarrollan en una misma lógica, a la del actual modelo económico-productivo mundializado. No son pues fenómenos aislados, ni el desempleo, ni la precarización de las condiciones de trabajo, ni el producto de ellos: la salud ¹.

Esta cita menciona que la crisis económica es uno de los principales problemas que afectan al mundo y, específicamente, al grupo humano que es la familia, el tema de la economía y la salud no están desligados sino que van a condicionar la aparición de factores de riesgo en las personas que las conforman.

La crisis económica mundial que comenzó en el 2008, redujo el comercio mundial, teniendo como resultado altos costos de vida y pocos empleos. El gasto incrementado de la alimentación básica ha exacerbado los problemas a los que se enfrentan las familias pobres, como resultado, algunas corren riesgo de malnutrición. Muchos países están en riesgo creciente de romper sus obligaciones legales con las familias ya que la deuda pública y las medidas de austeridad fiscal vulneran el gasto social ².

Esta cita indica que el impacto de la crisis económica aumenta el riesgo de padecer enfermedades en las familias y abandono de la responsabilidad paterna, ya sea por falta de recursos o por escasez de trabajo.

El porcentaje de niños que viven en familias monoparentales en el mundo se ha incrementado en los últimos años, debido, en parte, al aumento paralelo del divorcio y de la maternidad fuera del matrimonio ³.

Según la anterior cita predominan las familias monoparentales, dentro de ellas, el jefe de la familia con más frecuencia es la madre. Esto trae como consecuencia más niños criados por un solo procreador y esto puede ser causa de problemas futuros que se genera en un hogar atípico. Esto muchas veces se ve acompañado de otros problemas sociales como drogas, alcohol y pandillaje conllevando así que crezca el índice de riesgo social y familiar.

Hemos visto cómo los problemas sociales y económicos que se presentan en el mundo, Latinoamérica y en nuestro país, repercuten en la sociedad de nuestros días y en las familias que la conforman. Una familia afectada en su estructura y dinámica no es un espacio favorable para la socialización y formación de un ser humano, más que ser un factor protector se convierte en un factor de riesgo para sus integrantes.

Por otro lado, revisando la literatura científica, existen pocos estudios e investigaciones que abordan la salud de las familias, su vulnerabilidad y sus riesgos. Como futuros profesionales de la salud vemos en este trabajo la oportunidad de poder enfocarnos en este grupo social llamado familia, ya

que en años anteriores se planteaba la idea del paciente como individuo aislado de su contexto social; sin embargo ahora se puede ver al hombre, a la familia y a la comunidad como un conjunto y todo desde una perspectiva preventiva y promocional.

Las familias con alto riesgo son aquellas en las que el riesgo se demuestra por su composición e interacciones psicoafectivas adversas o de desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores; demuestra acumulación de determinantes de peligro para la integridad individual y familiar ⁴.

De la cita anterior podemos deducir que este problema también se relaciona con falta de conocimiento de pautas de crianza por parte de los padres, influenciando en la personalidad de los hijos y ocasionando mayor desvinculación familiar. La deficiente calidad de nuestro sistema educativo contribuye a formar ciudadanos sin valores y faltos de respeto y tolerancia hacia los demás. Creemos que con una educación integral verdadera acompañada de un desarrollo económico sostenible de nuestro país, podremos tener mejores ciudadanos para el mañana, esto trae como consecuencia tener mejores familias y una sociedad más armoniosa y justa. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia ⁵.

Según la cita anterior, podemos observar que hoy en día la crisis económica afecta indirectamente a la familia debido a que muchos trabajadores son despedidos, los cuales en su mayoría son jefes de familia, encargados de solventar las necesidades básicas del hogar, esta situación también origina una carga de preocupación en donde el jefe de familia ya no entabla un diálogo asertivo con los miembros familiares, conllevando a la desunión familiar entre padre e hijos. La crisis financiera acrecienta la crisis laboral y esta la crisis familiar.

Existen, igualmente, grandes diferencias en el interior de los países en función del área de residencia. Las tasas de pobreza en Latinoamérica suelen ser mayores en las zonas rurales que en las urbanas (27,8 % en promedio), pero, debido a los altos índices de urbanización, hay muchos más pobres en las ciudades que en el campo. En términos absolutos, el número de pobres en las ciudades duplica al de pobres en áreas rurales ⁶.

Según esta cita menciona que el problema de la pobreza es un riesgo para la familia pues trae como consecuencia la falta de accesibilidad a los servicios que cubren las necesidades básicas del hogar. La desigualdad social es otro problema común en Latinoamérica ya que no hay igualdad de oportunidades para la población y familias, generando así mayores repercusiones en diferentes aspectos como: accesibilidad a los servicios de salud, oportunidades de empleo y de educación, a esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y vecindario, que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y la familia como unidad.

Según el informe del mapa mundial de la familia 2013: A pesar de que las familias biparentales continúan siendo el tipo de familia más común en los países latinoamericanos, existen porcentajes sustanciales de niños que están siendo criados por padres solteros, más que en cualquier otra región del mundo, pero con niveles moderados de familias extensas. Esta región tiene las tasas más bajas de nupcialidad y las más altas de cohabitación, al igual que los niveles más altos de maternidad extramarital en el mundo. La pobreza absoluta varía de uno a 16 por ciento de la población, mientras que entre un cuarto y un tercio de las familias viven en pobreza relativa ⁷.

Esta cita también demuestra que existe un aumento creciente de la monoparentalidad en Latinoamérica. Además de un incremento de la pobreza en los países que la conforman.

En el 2010, más de 10 millones de habitantes urbanos de América Latina y el Caribe todavía estaban privados de acceso a fuentes mejoradas de agua

y 74 millones no contaban con instalaciones mejoradas de saneamiento. La situación presenta matices importantes. La estimación del rezago en saneamiento sería mayor si se incluyeran otros criterios importantes, entre ellos, si estas instalaciones tienen conexión a una red o si los residuos son tratados antes de volver a la naturaleza ⁶.

Esta cita menciona que la falta de acceso a los servicios sumado con la pobreza agrava la condición en los hogares, por lo tanto, muchas de las familias carentes de adecuados servicios de agua, energía eléctrica o saneamiento tienen mayor riesgo de adquirir enfermedades como Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), anemia, las cuales afectan en mayor proporción a la población escolar y preescolar por ser más vulnerables.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2010, los datos de diferentes países indican que la violencia en la pareja es la causa de un número significativo de muertes por asesinato entre las mujeres. En el Perú, la visibilización de la muerte de mujeres, asociada a las diversas situaciones de violencia de género, es reciente ².

En la cita anterior este dato de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos indica que la violencia en la pareja está en aumento, lo cual conlleva a problemas intrafamiliares que afectan a todos los miembros de la familia. En nuestro país que tradicionalmente es machista, el jefe de familia es el varón el cual asume el predominio sobre las decisiones en la dinámica de la organización y estructura de la familia, asignando a la mujer un rol inferior, subordinado y dependiente; esta ideología conlleva a problemas psicológicos y sociales los cuales van aumentando la irritabilidad en los miembros generando crisis familiar.

Estadísticas del Ministerio Público revelan que en el año 2010, 49 niñas, niños y adolescentes han muerto a manos de un familiar, es decir, en promedio, cada mes 4 menores de edad son asesinados dentro de sus hogares ⁸.

Este dato de la cita anterior también confirma el incremento de violencia en los hogares, la cual afecta mayormente a los hijos que se ven perjudicados y optan por escapar de esa situación refugiándose en las drogas, alcohol y pandillaje, generando así mayores problemas sociales.

En el año 2011, el 27,8 % de la población del país se encontraba en situación de pobreza, es decir, 28 personas de cada 100 tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos ⁹.

En la cita se menciona que la gran mayoría de la población que maneja gastos para la canasta familiar prioriza en los gastos de alimentación, luego en servicios, quedando un pequeño porcentaje para otros gastos. Muchas veces los gastos relacionados a la salud no están planificados, no es tomado como prioridad.

Analizando los resultados de la línea de pobreza, en el período 2010 - 2011 presenta un crecimiento de 4,7 % a nivel nacional, siendo mayor este incremento en el área rural con 5,1 %, seguido de resto urbano con 5,4 % y Lima Metropolitana con 3,6 %. A nivel de regiones se observa que el mayor incremento de la línea de pobreza se dio en la selva urbana con 7,0 %, seguido por la costa rural 6,2 %, costa urbana con 5,4 % y selva rural 5,3%, entre los principales ⁹.

Según la anterior cita, estos datos dan como resultado que la pobreza durante el periodo 2010 – 2011 tuvo un crecimiento objetivo a nivel nacional en la cual las familias más afectadas son las de zonas rurales, debido a que no hay las mismas oportunidades en diferentes aspectos para poder tener un ingreso económico adecuado y poder solventar los gastos necesarios para su hogar. Muchas veces el poder adquisitivo de muchas familias en situación de pobreza y extrema pobreza no alcanza para satisfacer las necesidades básicas mínimas de los integrantes de la familia. Nosotros creemos que esto repercute en el hecho de precarizar la salud,

alimentación, vivienda y educación, estos son elementos claves para poder desarrollarse como personas y seguir aportando activamente a la sociedad.

El Asentamiento Humano Juan Pablo II se encuentra ubicado en una de las zonas con altos índices de violencia, drogadicción y pandillaje, tal como lo indican los informes de las comisarias cercanas del distrito. En el informe Diagnóstico local participativo del consumo de drogas del distrito de Los Olivos del año 2005, la población manifiesta como primeras causas de problemas sociales: los problemas familiares (19,15 %), la influencia de amistades (14,89 %) y la violencia familiar (14,89 %) ¹⁰.

Es por ello que la población del Asentamiento Humano Juan Pablo II no es ajena a esta realidad y se observan problemas sociales, carencias económicas, falta de formalización de propiedades y desconocimiento de medidas preventivo promocionales. El riesgo familiar se acrecienta frente a estos problemas, debido a esto, nosotros con apoyo del Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II buscamos identificar dichos problemas en cada familia del sector 1 para que de manera conjunta e interdisciplinaria podamos dar posibles alternativas de solución a la problemática, ya que por otro lado el establecimiento de salud también busca implementar el modelo de atención en dicha comunidad pero para ello necesita conocer el diagnóstico de los riesgos.

1.2 Formulación del problema

- ¿Cuál es el Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión condiciones psicoafectivas en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión servicios y prácticas de salud en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión condiciones de vivienda y vecindario en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión situación socioeconómica en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013
- Determinar el Riesgo Familiar Total en su dimensión manejo de menores en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos – 2013

1.4 Justificación del estudio

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos ¹¹.

Según lo expuesto la familia es la principal entidad social en la que se debe aplicar la prevención y promoción de la salud. Y es aquí donde el modelo de atención interviene en torno a los determinantes de la salud. Prioriza la atención a nivel primario con enfoque comunitario e identifica los riesgos potenciales para la salud.

Los profesionales de la salud deben identificar oportunamente dichos riesgos para comenzar a reducir los problemas potenciales. Y en este aspecto, la labor de Enfermería es primordial pues como parte de sus funciones no solo aborda aspectos asistenciales, pedagógicos, administrativos o investigativos sino también lo comunitario. Es por este motivo que la enfermera debe trabajar con el individuo, la familia y la comunidad en este nivel primario de atención para identificar a tiempo los riesgos familiares. Además, si consideramos la visión holística de Enfermería no solo se evalúa el aspecto físico o psicológico, sino también lo social, ambiental o lo económico. Se ve al individuo como un ser integrado por varias dimensiones, las cuales cumplen cada una funciones importantes en la regulación del bienestar general del ser. Por ello

nosotros buscamos aplicar este aspecto preventivo promocional en nuestra investigación como parte de la labor de enfermería y aplicarlo en el individuo, familia y comunidad

Este estudio también generará conocimientos en torno a cómo son los riesgos que tienen las diferentes familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, ya que actualmente existe un vacío en cuanto al conocimiento de esta temática en dicho distrito y si comenzamos a revisar los diversos estudios y trabajos de investigación sobre el riesgo familiar total en nuestra población veremos que son muy escasos. Este es otro de los motivos por el que buscamos investigar sobre este tema, ya que existen pocas investigaciones realizadas.

Este estudio aborda la temática relacionada a la salud comunitaria y sus riesgos, la cual es poco tomada en cuenta a pesar de que en estos tiempos se plantea dar fuerza a los estudios en el primer nivel de atención y mejor aún si están relacionados con la salud de las familias.

Este trabajo de Riesgo Familiar Total también servirá como una herramienta práctica para la Enfermería y otras disciplinas de la salud vinculadas al trabajo con la familia, ya que nos permitirá conocer un instrumento de valoración familiar que mostrará como evidencia científica la situación de las familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II. Sabemos que este estudio contribuirá con el conocimiento de la realidad de la familia de dicha comunidad, esto posteriormente será de utilidad para orientar mejor el trabajo preventivo promocional y asistencial que se realice en ellas.

Finalmente, los resultados de la presente investigación serán socializados con los dirigentes y las organizaciones sociales sector 1 del asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos. También los resultados se harán extensivo a los profesionales de la salud del Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II, lo cual estamos seguros, les servirá para que en un futuro puedan elaborar estrategias y tomar decisiones

adecuadas en beneficio de las familias de dicho asentamiento humano, esto permitirá mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO II. EL MARCO TEÓRICO

2.1 Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1 El distrito de Los Olivos

2.1.1.1 Evolución histórica del Los Olivos

En el área territorial que hoy conocemos como Cono Norte de la provincia de Lima, en un principio y a inicios de la República se creó el distrito rural llamado Carabayllo con una extensión de más de cien mil hectáreas, luego en el año 1874 se crea el distrito balneario de Ancón, como lugar de esparcimiento veraniego, para la naciente burguesía limeña; posteriormente en el siglo XX se crean sucesivamente los distritos de Puente Piedra, San Martín de Porres, Comas, Independencia, Santa Rosa y, últimamente, Los Olivos.

En el año 1950 se crea el distrito obrero industrial 27 de Octubre, posteriormente se le cambia de nombre por el de Fray Martín de Porres y luego, tal como lo conocemos hoy, es decir San Martín de Porres; y precisamente este distrito es el que da origen a Los Olivos.

Al crearse el distrito de Independencia mediante Ley N° 14965 de 16 de marzo de 1964, se fomentó un gran conflicto de límites puesto que le fue asignada una buena parte del distrito de San Martín de Porres. Sus límites eran por el Oeste, la autopista Lima-Ancón, desconociéndose el límite de

San Martín de Porres, el que desde su creación, tenía por límite natural y permanente a la antigua carretera Panamericana Norte con dirección hacia la línea del tren, hoy la avenida Túpac Amaru ¹².

2.1.1.2 Ubicación, límites, extensión, hidrografía, clima y relieve

- Ubicación: al norte de la Provincia de Lima, ocupando estratégicamente la parte central.
- Límites: por el Este, Independencia y Comas. Por el Oeste: San Martín de Porres. Por el Norte: Puente Piedra. Por el Sur: San Martín de Porres
- Extensión: 17 kilómetros 250 metros cuadrados.
- Hidrografía: el río Chillón en su límite norte, separa a Los Olivos del distrito de Puente Piedra.
- Clima: tiene toda la costa húmeda, en menor grado que en muchos distritos cercanos del mar.
- Relieve: es plano, escasamente accidentado, en su mayoría está constituido por tierra óptima para la construcción.

2.1.1.3 Población, su caracterización y nivel socioeconómico

- Población y su caracterización: Los picos poblacionales se hallan entre los 15 y 30 años, casi un tercio de la población se halla en ese rango, lo que refleja que la población de los Olivos es joven.
Al igual que en los promedios nacionales, destaca un mayor porcentaje de población femenina, haciendo una diferencia de 3 %.

- Nivel socioeconómico: El distrito de Los Olivos se caracteriza como un distrito de expectativa para la inversión, claro ejemplo de ello operan dentro de la jurisdicción con el movimiento de capitales empresas como Santa Isabel, Boticas Fasa, InkaFarma, Domino's Pizza, Pollería Rocky's, Pecsá y otros.

El distrito de Los Olivos registra 11,500 establecimientos del sector Pyme's representando el 18.2 % del total de Lima Norte de Lima y ocupa el tercer lugar, después de Comas y de San Martín de Porres.

El distrito de Los Olivos tiene mayor proporción comercial en los rubros de comercio y servicios, destacando notoriamente las bodegas y restaurantes.

El distrito de Los Olivos tiene una importante zona de concertación industrial donde destacan notoriamente el Parque Industrial de Infantas donde desarrollan actividades productivas de la micro y pequeña empresa. No por ello se deja de resaltar las zonas industriales de Molitalia y Naranjal que representan expectativa no solo empresarial y de producción sino también de expectativa laboral ¹⁰.

2.1.1.4 Desarrollo urbano, vivienda y saneamiento básico

El tipo de vivienda es básicamente propia 81.72 %, seguida de departamentos en edificio 18.09 %, este último, comienza a crecer en virtud a los programas Mi Vivienda, que el Estado Peruano desarrolla en el distrito. Destaca la Vivienda propia y el tipo alquiler; sin embargo el 18 % de las viviendas del

distrito se han conseguido por invasión; precisamente en las zonas menos favorecidas donde se presenta población en mayor riesgo.

Casi el 100% de la población cuenta con alumbrado público, esto habla de lo urbanizado que está el distrito, a pesar de contar con ciertas zonas de bajos recursos. Igualmente el servicio de agua potable alcanza casi a la totalidad de la población. En el caso del desagüe, el porcentaje disminuye, no obstante, sigue siendo alto, este problema se presenta en algunas zonas, sobre todo en el sector llamado Confraternidad, dentro del cual se hallan la mayor parte de los asentamientos humanos (AA.HH.) del distrito ¹⁰.

2.1.2 Asentamiento Humano Juan Pablo II

2.1.2.1 Reseña histórica

El Asentamiento Humano (AA.HH.) Juan Pablo II nace el 2 de febrero de 1992. Antes de que se llegue a conformar suceden varios acontecimientos:

El 08 de noviembre de 1989 algunos pobladores invaden la zona conocida como Chala Amarilla, al oeste de la antigua Panamericana Norte. En un comienzo el Asentamiento Humano toma el nombre de Chala Amarilla pero luego se convierte en Sector II de los Olivos y finalmente vendría a ser Juan Pablo II.

El 06 de julio 1991 a las 3:00 pm de la tarde se da otro suceso, el dirigente aprista, Luis Ríos, en un afán de sobreinvasión la zona consigue un grupo de guardaespaldas con armamento de guerra con la intención de amedrentar a

los pobladores, por lo cual todos los vecinos de la zona se juntaron y lograron repeler a estas personas.

Durante agosto de 1991, se producen varios incidentes en la zona: violaciones, hombres golpeados, mujeres desaparecidas y dirigentes presos; todo esto en represalia por el desalojo de Luis Ríos.

A finales de agosto del mismo año, la comunidad empieza a organizarse, junto con la base de Los Olivos y la participación de militares. Posteriormente también participarían los AA.HH. Laura Caller y Armando Villanueva del Campo.

En enero del 1992, la junta directiva del sector II de Los Olivos (360 familias) se reúne con los dirigentes de Juan Pablo II (260 familias) y realizan un pacto a través de un acta en la que se indica que por acuerdo popular, las familias del sector II Los Olivos iban a pertenecer a Juan Pablo II ya que ellos tenían una Resolución Municipal ¹³.

2.1.2.2 Ubicación, límites y extensión del Asentamiento Humano

La ubicación del Asentamiento Humano Juan Pablo II se encuentra dentro del distrito de Los Olivos.

- Por el norte: AA.HH. La Franja.
- Por el sur: AA.HH. Enrique Milla Ochoa, A.A.H.H. Los Olivos y A.A.H.H. Los Norteños.
- Por el este: AA.HH. La Franja
- Por el oeste: AA.HH. Enrique Milla Ochoa.

2.1.2.3 Descripción del Asentamiento Humano

Descripción geográfica

El Asentamiento Humano Juan Pablo II posee un área total de 845000 m² y se encuentra ocupado por viviendas de la población

Accesibilidad geográfica

La principal vía de acceso al Asentamiento Humano Juan Pablo II es por la Av. Huandoy que se interconecta desde el Ovalo Naranjal hasta Cerro Pro. También se puede llegar a través de la Carretera Panamericana Norte mediante transporte vehicular masivo, pues es una ruta que recorre de sur a norte, permitiendo el desplazamiento de transporte público de pasajeros, transporte pesado de carga y vehículos de bajo tonelaje.

Aspectos demográficos

Según datos del Centro de Salud Juan Pablo II en el Asentamiento Humano Juan Pablo II habitan aproximadamente 680 jefes de familias y 3 600 personas ¹³.

2.1.2.4 Organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas que forman parte del Asentamiento Humano

- Actores sociales
- Vaso de Leche
- Comedores Populares
- Clubes deportivos

Entre las principales organizaciones dentro de la jurisdicción del Asentamiento Humano Juan Pablo II figuran:

- Parroquia San Francisco de Asís
- PRONOEI Juan Pablo II
- Centro Materno Infantil Confraternidad-MINSA
- Local Comunal ¹³.

2.1.2.5 Establecimiento de Salud del Asentamiento Humano. Reseña histórica del C.S. Juan Pablo II de Los Olivos

El 2 de febrero de 1992, la naciente comunidad del AA.HH. Juan Pablo II constituye el Tópico Comunitario Juan Pablo II, en la Mz. N, donde se atendía los Primeros Auxilios a cargo de promotoras de salud, capacitadas por una Organización No Gubernamental (ONG).

El 6 de julio de 1992, dicho Tópico Comunitario se convierte en Puesto de Salud Comunitario Juan Pablo II; esta es la fecha en la cual se funda el Establecimiento de Salud. Al principio este Puesto de Salud funciona en un antiguo local, al costado del actual Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) Juan Pablo II.

El 15 de julio del mismo año se conforma el Botiquín Popular “Mi Salud”, el cual solo atendía una vez por semana y los días sábados por la tarde. La atención estaba a cargo de promotores de salud y de una obstetra.

En agosto de 1993, el Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Unidad Territorial de Salud (UTES) Rímac (hoy Red de Salud Rímac-SMP-LO) envían un médico y una obstetra serumistas que atendían en días alternos. El puesto de salud seguía siendo administrado por promotores de salud.

A partir de 1994, el Puesto de Salud pasa a formar parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico de Salud (luego conocido como Salud Básica Para Todos-PSBPT). Mientras tanto, la Dirección de Salud (DISA) III Lima Norte realiza coordinaciones con la organización comunal del AA.HH. Juan Pablo II y promotores de salud. Se crea así, una Asociación Civil sin fines de lucro, que daría vida a las Comunidades Locales de Administración en Salud - Comisiones Mixtas relacionadas con las Instituciones de Salud (CLAS-CMIC), en aplicación del Programa de Administración Compartida que había creado el Gobierno y el MINSA a inicios de los años 90. Dicha asociación empieza a constituirse en setiembre de dicho año y sigue organizándose hasta firmar el Convenio con la mencionada DISA; producto de lo cual, el 1 de julio de 1995 comenzó a atender como establecimiento gestionado por el CLAS.

En el año 2005, debido a la creciente cantidad y calidad de su trabajo es elevado oficialmente de nivel, pasando directamente de puesto de Salud a Centro Materno Infantil I-4.

En julio del año 2012, el MINSA emite la Resolución Ministerial N° 632 mediante el cual se califica como establecimiento estratégico, en el cual es considerado como Hospital Quirúrgico II, especializado en la atención materna infantil. Ese mismo año, como producto de la experiencia de la aplicación del modelo CLAS y del análisis del mismo, se culmina un proceso de evaluación llevado a cabo por la comunidad organizada, el personal de salud del CMIC y la propia gestión CLAS, como resultado del cual se acuerda la disolución y liquidación del CLAS y el paso a la total gestión del CMIC por el MINSA, proceso que ya se ha cumplido en lo fundamental, faltando solo culminar algunos pasos legales.

Fortalezas

- Amplio horario de atención diaria en consultorios externos de lunes a sábado de 08.00 a 22.00 hrs. Con atención de partos, urgencias/emergencias y farmacia las 24 horas.
- Amplia oferta de servicios que incluye desde hace 3 años, Rayos X y Ecografías doce horas diarias de 08.00 a 20.00 hrs. de lunes a sábado.
- Contar con personal profesional y técnico capacitado para dar una atención integral de salud.
- Contar con un personal identificado con los objetivos de la institución y con las necesidades de la población.
- Trabajo en equipo en los diferentes servicios y estrategias.
- Contar con la mayoría de documentos de gestión como son guías, manuales, planes, programas, etc. y socializados.
- Apoyo de la Gerencia y CLAS para las capacitaciones extra institucionales al personal CMIC.
- Buenas relaciones interpersonales del equipo de salud que permiten una mejor coordinación.
- Reuniones técnicas y de capacitación periódicas para el mejor funcionamiento y monitoreo de las actividades que realiza el establecimiento.

Oportunidades

- Apoyo por parte de la DISA V Lima Ciudad -2009.
- Gran receptividad y aceptación por parte de la población de la jurisdicción y la del entorno por los servicios que ofrece el establecimiento.
- Fácil acceso de la población al Centro de Salud.
- Coordinación intersectorial permanente con las organizaciones de base y miembros de la comunidad.

Debilidades

- Contar con una infraestructura inadecuada y precaria para los requerimientos de un establecimiento de salud.
- Insuficiente RR.HH. en algunas áreas que trae como consecuencia multiplicidad de funciones por parte del personal.
- Insuficiente equipamiento aún en algunos servicios.
- Insuficiente material de Programa de Información, Educación y Comunicación (IEC) impreso.
- Falta de un equipo proyector Data para la mejor exposición de los temas de IEC, Capacitación, etc.
- No contar con una ambulancia para las referencias.

Amenazas

- Insuficiente aprovisionamiento de insumos de algunas estrategias y/o componentes como Programa del control de la Tuberculosis (PCT), Planificación Familiar, Infecciones de Transmisión Sexual - Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (ITS – SIDA), etc.
- Tener un hospital de referencia como Cayetano Heredia que no permite un Sistema de Referencia y Contrarreferencia óptimo.
- Reembolsos inoportunos por las prestaciones Seguro Integral de Salud (SIS).
- Tener una población en su mayoría de nivel socioeconómico bajo, principalmente, en las zonas de riesgo.
- Alto flujo migracional de la población que no permite un buen seguimiento en algunos casos ¹³.

2.2 Antecedentes de la investigación

2.2.1 Antecedentes internacionales

Pérez B., en el año 2003, en la ciudad de Bogotá, realizó una investigación titulada: “Caracterización de las familias con adolescentes gestantes, perspectiva de riesgo y grado de salud familiar”, cuyo objetivo fue describir las características de los factores de riesgo y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota. Es un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. Se utilizaron dos instrumentos de salud familiar: “Riesgo familiar total 7-70” y el “ISF GES 19”, elaborados y probados en familias colombianas de estratos 1 y 2, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-1998).

Concluyeron entre otros:

“...de las 66 familias estudiadas, se encontraron riesgos que afectan la salud familiar, así: 62 % en alto riesgo, 36 % en riesgo medio y 2 % en riesgo bajo. Las prácticas y los servicios de salud se incluyen dentro de las subcategorías de mayor riesgo. El estudio también aporta información sobre el grado de salud familiar, es decir, el nivel en que las familias se encuentran saludables y satisfechas con lo que la familia es y hace para mantener las metas de crecimiento, estabilidad y cohesión comportamental ”⁵.

Velásquez C. y Velásquez V., en el año 2005, en la ciudad de Bogotá, realizaron una investigación sobre: “Caracterización del riesgo familiar total en las familias con adultos mayores funcionales, sector de Patio Bonito, Bogotá, 2005”, que tiene como objetivo describir las características y el riesgo familiar total de 72 familias con adultos mayores funcionales, mediante el uso del instrumento RFT 7- 70, por Pilar Amaya.

Concluyeron entre otros:

“... se muestra las características de la estructura familiar, la calificación similar del riesgo familiar total alto y medio (34.7 %) y las subcategorías más frecuentes en dichas familias, resultados que pueden ser útiles en el momento de planear y desarrollar los programas de salud familiar con enfoque de riesgo” ¹⁴.

Fajardo E., en el año 2008, en la ciudad de Bogotá, realizó una investigación sobre “Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué” que tuvo como objetivo caracterizar el riesgo familiar total en términos de categorías de factores de riesgo. Estudio descriptivo, exploratorio, transversal con enfoque cuantitativo.

La mayoría adultos mujeres, con edades superiores a 50 años, seguido de mujeres en edad productiva entre los 31 y 49 años. La composición familiar estuvo en el rango de 1 a 4 miembros (46 %) y de 5 a 8 miembros (42 %).

La mayoría de personas percibió estar sana; entre los antecedentes familiares, la hipertensión y el cáncer ocuparon en su orden los dos primeros lugares.

El 5.3 % de las familias tiene riesgo familiar alto, 41 % medio y 54 % bajo, y se concluyó que el 46.3 % está en riesgo considerable.

Concluyeron entre otros:

“...los factores que más aportaron al riesgo familiar fueron familias monoparentales, con mujeres cabeza de familia. La tendencia respecto a morbilidad fue encontrar más de un enfermo en la familia; la mortalidad fue baja. Las prácticas de salud mostraron ausencia de actividades recreativas, poco gratificantes, uso indiscriminado de tratamientos, prácticas perinatales inadecuadas en gestantes, ancianos inactivos y aislados” ¹⁵.

Enríquez C. y Cataño N., en el año 2009, en la ciudad de Bogotá, realizaron una investigación sobre “Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico” que tuvo como objetivo establecer las diferencias en el riesgo familiar entre dos grupos de familias: con niños escolares de alto rendimiento y niños de bajo rendimiento académico en un centro educativo de la ciudad de Bogotá.

Concluyeron entre otros:

“...se deben priorizar los factores de riesgo que determinan mayor riesgo familiar en familias con escolares de bajo rendimiento académico y dar atención de salud integral con enfoque familiar e intersectorial, y participación activa de la comunidad. Continuar investigando en posibles asociaciones entre salud individual, prácticas de salud, educación, ambiente socioeconómico y psicoafectivo de la familia y el logro educativo de escolares en familias con niños en edad escolar”¹⁶.

Orozco M. y Velásquez V., en el año 2010, realizaron una investigación titulada: “Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del Programa de Enfermería de una universidad pública” que tuvo como objetivo caracterizar el riesgo familiar de las familias de los estudiantes de primer y segundo semestre del Programa de Enfermería de una universidad pública, primer periodo académico 2009. Estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo, con una muestra de 95 familias y utilizando el instrumento Riesgo Familiar Total 7-70.

Concluyeron entre otros:

“Los factores de riesgos biológicos, sociales y del medio ambiente interactúan dinámicamente, en los que se muestra predominio del bajo riesgo, lo que hace necesario un trabajo mancomunado, entre la universidad, las instituciones de salud y las familias, en pro de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de las mismas”¹⁷.

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

Concluyeron entre otros:

“...la medición mostró elementos de desarrollo social que influyen en la condición de riesgo familiar; por tanto, los modelos de intervención en familia deberán considerar la participación intersectorial e interdisciplinaria en el marco de la promoción a la salud y al desarrollo social”¹⁸.

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

Concluyeron entre otros:

“...el riesgo de las familias amerita trabajo para Enfermería y equipos interdisciplinarios para mejorar aspectos relacionados especialmente con las condiciones psicoafectivas en familias amenazadas, y los servicios y prácticas en salud en familias de alto riesgo. La valoración del instrumento direcciona las acciones como base para construir el cuidado específico en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y seguimiento en relación con las dimensiones y categorías estudiadas”¹⁹.

Velásquez L. en el año 2012 en la ciudad de Colombia, realizó una investigación titulada: “Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares enfermos Pereira, Risaralda” cuyo objetivo fue caracterizar el Riesgo Familiar Total (RFT) y el Grado de Salud Familiar General (GEN) en familias con preescolares enfermos en un Centro de salud de Pereira, Risaralda, entre abril y mayo de 2011. Estudio descriptivo transversal. Muestra aleatoria simple correspondiente a 44 familias con un error máximo admisible de 1,5 y una confianza de 95, ajustada a 50. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta a un miembro de la familia adulto. Cada familia se valoró con los dos instrumentos Riesgo Familiar Total RFT 5-33 y Salud Familiar General ISF: GEN 21.

Concluyeron entre otros:

“...el 40 por ciento de estas familias se encuentran en situación de desplazamiento. Cerca de la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes (43 %), predominan las familias tipo I nucleares (64 %), con un promedio de 3,8 personas por familia. El 46 por ciento de familias se encuentran amenazadas, especialmente por condiciones psicoafectivas (88 %), se perciben poco organizadas (74 %) y satisfechas (98 %)”²⁰.

2.2.2 Antecedentes nacionales

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

Se concluyeron entre otros:

Los resultados muestran que el 49,6 % son familias nucleares. El Riesgo Familiar Total encontrado fue de 62,6 % familias con riesgo bajo, 35 % amenazadas y 2,4 % riesgo alto. La dimensión que muestra mayor predominio en las familias amenazadas es la situación socioeconómica con un 98,4 %, seguida de condiciones psicoafectivas y manejo de menores con un 96,7 %. En las familias con alto riesgo, la que más predominó fue la dimensión de servicios y prácticas de salud con un 7,3 %, seguida de la condición de vivienda y vecindario con un 6,5 %. En cuanto al tipo de familia y el riesgo familiar, se encontró el valor $p=0,265$, indicando que no existe relación significativa.

En conclusión, el Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 es bajo, en cuanto a las dimensiones, las familias en su mayoría eran amenazadas en su situación socioeconómica, seguido de las condiciones psicoafectivas y manejo de menores. En cuanto al riesgo familiar y el tipo de familia, no se encontró relación significativa entre ambas ²¹.

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

Se concluyeron entre otros:

Según los resultados obtuvo del total de familias ($n=110$) la predominancia de la familia Tipo 2 (extensa-atípica), jefes de familia son 80 % varones. En cuanto a la suma global del

RFT: 5-33, se evidenció que el mayor porcentaje de familias se encuentran en Riesgo Amenazada (77.3 %), seguido de un Riesgo Bajo con 18.2 %, a su vez solo hay un 4.5 % con Riesgo Alto.

Según las conclusiones dado el desempeño y confiabilidad de los resultados obtenidos en el estudio, se debería emplear el RFT: 5-33 con criterio de priorización en futuras intervenciones. A su vez, debe ser socializado a las autoridades de salud de la comunidad, a las autoridades de la junta directiva vecinal del asentamiento humano para que sirvan de referencia en la toma de decisiones de las políticas sociales y de salud en la comunidad²².

2.3. Marco teórico propiamente dicho

2.3.1 La familia

2.3.1.1 Definiciones

Antes de entrar en detalle de los distintos acercamientos teóricos en los que se ha venido apoyando o que han orientado y enmarcado la investigación de la familia en general, y las prácticas educativas de los padres en particular, consideramos de interés aproximamos al concepto y tipos de familia que a lo largo del tiempo han venido configurando la sociedad.

- La familia es la única institución social que encontramos formalmente desarrollada en todas las sociedades conocidas, junto con la religiosa.
- Las responsabilidades en roles familiares apenas pueden ser delegadas en terceras personas, cosa que si es posible en otros tipos de los roles.
- Aunque las obligaciones familiares no están respaldadas por castigos formales como ocurre con otras, casi todos las cumplen. Las presiones sociales y las repercusiones informales que tiene su incumplimiento para el individuo son un instrumento de control más eficaz que las sanciones formales.
- Puesto que toda la gama de actividades del individuo se perciben más fácilmente desde el interior de la familia, esta puede evaluar la distribución que cada uno hace de sus energías y recursos y actuar como eficaz agente de control de la sociedad.
- Por último la familia cumple una serie de funciones sociales aislables unas de otras, aunque de hecho en ningún sistema familiar se hallan separadas.

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad que ha experimentado, con la evolución histórica, transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada época.

La palabra familia proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de los esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura romana la familia era regida por el pater: quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no solo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. Con el paso del tiempo la evolución que ha experimentado el grupo familiar y según los distintos enfoques científicos, se han venido dando diversas definiciones, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación. Así, por ejemplo, la organización mundial de la salud (OMS) entiende por familia, “a los miembros del hogar emparentados entre sí por sangre, adopción y matrimonio, hasta un grado determinado”²³.

El Diccionario de la Lengua Española define a la familia como: “El grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. El conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”²⁴. En esta definición están reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

Desde el punto de vista de algunos estudios del comportamiento humano, la vida aparece como una experiencia compartida; en consecuencia, el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. Sin embargo, no obstante, la familia puede considerarse como la

mejor opción para vivir en asociación, la experiencia no siempre resulta satisfactoria. Por este motivo, al referirnos a la familia, la podemos definir como “la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Es también la unidad de la enfermedad-salud y el grupo en la cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo, por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares”²⁵.

La sociedad va evolucionando y con ella una de sus instituciones más importantes: la familia, cuyo perfil actual es muy heterogéneo ya que existe un

- Incremento de las familias monoparentales.
- Una progresiva pérdida de la autoridad del padre.
- Aumento de la cohabitación y de los hijos habidos fuera del matrimonio.
- Reconocimiento de las parejas homosexuales.

Esto nos está llevando al fin de la familia patriarcal. Las mujeres casadas y los hijos que no se habían emancipado quedaban subordinados jurídicamente al cabeza de la familia, el padre. Actualmente, una serie de circunstancias han ido cambiando este panorama:

- El acceso de las mujeres al sistema educativo en todos los niveles
- El nacimiento y el desarrollo del feminismo.
- La incorporación de la mujer al mundo laboral.
- El aumento de participación de las mujeres en la vida política.

- La creciente importancia de la educación y el aumento de autonomía de los niños, etc.

Todos estos hechos han generado un decaimiento del poder y una serie de reformas legislativas para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la vida social.

Nace, pues, una nueva familia, más democrática, ya que no tiene el peso de las convenciones y las costumbres de antaño.

En este nuevo tipo de familia, el matrimonio se concibe como un contrato que se asume libremente, sin obligación de que dure hasta la muerte de uno de los contrayentes. En base a esto aparecen una serie de alternativas a la familia nuclear que hace que pierda su exclusividad ²³.

La familia se caracteriza como institución compleja capaz de dar apoyo al desarrollo de principios y valores de sus miembros, es por ello que sus miembros se vinculan estrechamente y buscan la protección y seguridad unos con otros ²⁶.

La familia tanto desde el punto de vista filosófico, sociológico y psicológico presenta múltiples definiciones, sin embargo es clave conocer los conceptos de hogar y familia que han sido usados indistintamente en unos casos y como sinónimos en otros. Pero es necesario establecer una diferencia entre ambos términos:

Hogar: es el lugar donde habitan una serie de individuos y que brinda seguridad y a veces aporta suministros económicos a sus miembros.

Familia: es el conjunto de personas unidas por lazos normados de parentesco, consanguinidad y otros vínculos de tipo afectivo, ecológico, económico y/o organizacional ²³.

La familia es considerada unidad única y básica. Es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran. Diferentes estudiosos sobre la familia han señalado funciones que se encaminan a alcanzar la relación sexual entre la pareja lo que origina la procreación y crianza de los hijos, la manutención para la participación del individuo en la sociedad y la transmisión del sistemas de normas, conductas y valores. La familia constituye un sistema porque es: un grupo de personas con un conjunto especial de relaciones entre ellas, estas relaciones se establecen, mantienen y evidencian a través de la comunicación entre sus miembros ²³.

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

- Definición sistémica de familia: es un grupo de personas, definido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como asegurar la procreación y crianza de los hijos (manutención física-biológica y emocional).
- Definición compleja de familia: es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades y complementariedades que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.

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

La salud familiar es pues concebida como el conjunto de situaciones de salud de los individuos que cumplen con una familiaridad, o bien como totalidad supra-individual, en lo que se considera a la familia como un sistema de características grupales propias.

La familia como la suma de la salud de cada uno de sus miembros, es más conocida por el énfasis individualista que hemos recibido en nuestra formación profesional perdonablemente biologizada. La familia como unidad sistémica, es más conocida para los científicos sociales entrenados en trabajar en situaciones micro y macro grupales, y la familia como unidad dialógica compleja²⁷.

Según Darías, "La familia representa una forma de organización social flexible, que permite muchas diferenciaciones y modos de organización distintos; distinciones, asimismo, que se refieren al número y calidad de sus componentes; que funciona pese a la modificación sustancial de algunos de sus miembros e incluso de su sustitución por otros; que posee razones muy distintas para su generación, mantenimiento y dispersión y, en fin, que pese a su longevidad, encierra misterios numerosos en su estructuración y dinámica, lo que hace que siga siendo uno de los objetos de estudio de las ciencias biomédicas y sociales"²⁸.

Para Melo, "La familia es un grupo en permanente evolución, relacionada con los factores económicos, políticos, sociales y

culturales. De allí que la relación individuo- familia-sociedad siempre ha sido una constante en la historia del hombre”²⁹.

La familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros por lo que, en todas las culturas, imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente; moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad, los cuales se encuentran influidos por el sentimiento de pertenencia a una familia específica lo que lo diferencia de otros grupos.

En el seno de las familias se desarrollan las personalidades de sus miembros. Aprenden a interactuar con los demás y a desarrollar habilidades sociales o cómo hacer frente y adaptarse a los problemas personales, familiares y sociales.”³⁰.

Según Ugarte, “La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente (escuela, iglesia, etc.). Posee una estructura organizada y jerarquizada, y presenta una organización tridimensional: biológica, social y psicológica, así mismo tiene que hacer frente a las diferentes etapas del ciclo vital”³¹.

García define a la familia como “la célula (pequeño grupo social) de la Sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco, en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos, las hermanas y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica”. Es el grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria (al menos para uno), y convivencia generalmente bajo el mismo

techo que compartan la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones. Todas las personas que conviven en una unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y por lo general no siempre están ligados por lazos de parentesco. Como “el grupo que consiste en padres e hijos, viviendo juntos o no” y en un sentido más amplio a “todos aquellos relacionados por sangre o afinidad”³².

Pilar Amaya define a la familia como: “la unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, es un sistema con subsistemas interpersonales de pareja y unidades mayores, definidas por enlaces emocionales y responsabilidades comunes”¹⁸.

Para el presente trabajo utilizaremos la definición de Pilar Amaya como referencia ya que se encuentra plasmado en el instrumento de la misma autora y se adapta a la idea del individuo en su papel en la comunidad.

2.3.1.2 Tipos de familia

Analizaremos tres tipos con implicaciones de largo alcance tanto para el análisis general de la familia como para otros análisis sociales. Estas distinciones se centran en la naturaleza del conjunto de miembros de las unidades familiares y en criterios que deciden su pertenencia. Se trata de las antiguas y conocidas distinciones entre: la familia extensa, la familia troncal y la familia conyugal o nuclear.

La familia extensa en lo que se refiere al conjunto de miembros de la familia, cabe considerarla a lo largo de dos

ejes: el eje vertical que corresponde a las “generaciones” y el eje horizontal, a los miembros familiares de una generación particular, así como sus conyugues, que en el contexto familiar adopten el status generacional de los miembros con quienes contraen matrimonio.

Desde este punto de vista, la familia extensa representa la máxima proliferación del conjunto familiar. Las estructuras de las familias extensas pueden ser definidas como las que ponen de relieve una línea de descendencia, por lo general la patrilineal, e incluyen como miembros de la unidad familiar individuos de todas las generaciones que tengan representantes vivos, los conyugues de aquellos que en la línea principal hayan llegado a la madurez y de los hijos no adultos de todas las parejas conyugales.

La Familia troncal o ampliada, que se atribuye generalmente al sociólogo Leplay quien habla de ella, en el siglo XIX, con el término de *famille souche*. En la formulación clásica de la familia troncal uno de los hijos (hijas) se casa y continua viviendo con sus padres mientras estos vivan, y todos los demás hijos e hijas, cuando se casan, ingresan en otros sistemas familiares o establecen los suyos propios. Las hijas se incorporan a la unidad familiar de sus maridos, tanto si estos son hijos primogénitos como si son los benjamines. Los hijos, excepto el que permanece con sus padres, establecen lo que se denomina ramas familiares. Los miembros de estas familias-rama mantienen relaciones importantes con los miembros de la familia principal, siendo la más destacada de ellas la de cubrir la sucesión en caso de que ninguno de los varones de aquella sea capaz de continuarla.

La familia conyugal o nuclear, en la que idealmente el conjunto de miembros de tal unidad consiste en el marido, la esposa y todos los hijos no adultos. Cuando los hijos alcanzan una edad determinada, forman familias propias de procreación, momento en que el conjunto de miembros de la familia de esos hijos se reduce a la pareja conyugal que la formo originalmente al contraer matrimonio. Esta unidad familiar ha llegado a constituirse en la estructura familiar actual, a través de un proceso de reducción progresivo de los grupos familiares más amplios que en el pasado compartían una morada común, aglutinando varias generaciones

Estos tres tipos de familia representan, en términos generales, una escala, con la familia extensa en un extremo, la familia conyugal en el otro y la familia troncal en algún intermedio en cuanto a la amplitud posible de las unidades familiares.

Otros tipos de familias que se mencionan en la literatura son: **Familias democráticas**, en las que los padres ayudan al menor a lograr el autocontrol cuando se encuentra frustrado. Utilizan el castigo acertado, solo como último remedio para resolver un conflicto.

Los hijos de familias democráticas son independientes, se comprometen con criterios elevados de responsabilidad hacia la familia, los amigos y la comunidad. Tienen una autoestima elevada y de alta motivación para lograr éxitos.

Familias autoritarias, en las que los hijos tienden a ser infelices y reservados, con dificultades para confiar en los demás, manifiestan grados más bajos de autoestima, se aíslan con facilidad y son más inseguros en la toma de decisiones. Solo realizan sus actividades por miedo al castigo.

Familias negligentes, en las que los padres apenas se preocupan por ayudar a sus hijos. La mayoría del tiempo muestran permisividad, niveles bajos de aceptación, compromiso y supervisión, no son exigentes, ni atentos, ni afectuosos. En resumen, no controlan ni son afectuosos. Por ello, los hijos demuestran mayor inmadurez en esferas cognitivas y sociales.

Familias indiferentes, en las que el padre permite que el niño actúe de acuerdo a todos sus impulsos. A los padres les interesa poco apoyar a su hijo a adquirir hábitos y otras conductas disciplinarias. Los padres permisivos proponen un mínimo de normas en el hogar. Además, a este modelo le interesa poco ser consistente para su hijo. Sus hijos son pasivos, no toleran los límites ni las normas, se les tacha de desobedientes, sin metas claras y dudan cuando tienen que tomar decisiones.

Familias sobreprotectoras, en las que existe una preocupación por sobreproteger a los hijos, haciendo esfuerzos desproporcionados por no permitir el desarrollo y autonomía de ellos. Estos hijos no saben ganarse la vida, ni defenderse, también ponen excusas para todo y se convierten en infantiloides.

Familias amalgamadas, que encuentran la felicidad en hacer todo de manera conjunta, lo cual hace casi imposible el proceso de individualización. Es un insulto para los demás separarse, comparten todo entre ellos y no hay puertas cerradas. Esta situación ocasiona que los hijos se conviertan en personas inhibidas, con tensión por no querer separarse, sin libertad, pues están atados a los demás y son inseguros.

Familias centradas en los hijos, en las que se observa que los padres no saben afrontar sus propios conflictos y entonces centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras viven para y por sus hijos. En este tipo de familias, como es costumbre, el hijo participa de conflictos entre sus padres. En ocasiones el hijo queda de lado de uno de los padres y en contra del otro, por ejemplo sabiendo que el padre no está de acuerdo, la madre gira todas sus actividades en torno al hijo; manteniéndose así ocupada en esas circunstancias. Puede existir un mayor riesgo en los hijos a desarrollar alcoholismo.

Familias con un solo padre, en las que se observa que uno de los hijos, casi siempre el mayor y en especial el del sexo contrario a la madre, hace muchas veces el papel del padre ausente. En ocasiones sustituye el rol de la pareja faltante, esto origina grandes trastornos para su crecimiento, ya que por tomar roles que no le corresponden, no puede hacer ni compartir con sus compañeros y/o hermanos lo que corresponde a su edad²³.

Familias monoparentales, que constan de sólo un padre o madre e hijos. Se originan por el aumento de la soltería, las separaciones, los divorcios, las migraciones y el aumento de la esperanza de vida. También por la creciente participación económica de las mujeres que les permite constituir y continuar en hogares sin parejas.

Familias ampliadas/ensambladas, en la cual uno o ambos miembros de la pareja tiene un hijo o más de uniones

anteriores. Dentro de esta categoría entran tanto las segundas parejas de viudos, como de divorciados y de madres solteras.

Familias adoptivas, que están integradas por padres, madres e hijos(as) entre los cuales existe una relación de afectividad. Queda constituida sobre la base de una medida de protección e integración familiar, de carácter permanente, garantista y excepcional, que tiene por objetivo hacer efectivo el derecho de la niña, niño o adolescente, declarado judicialmente en estado de abandono, a vivir en el seno de una familia que le brinde lo necesario para desarrollarse física, psíquica, material y moralmente.

Familias transnacionales, aquellas familias del país de origen donde uno o más de sus miembros viven en un hogar fuera del país.

Familias de uniones tempranas o precoces, aquellas en que las relaciones de convivencia, uniones de hecho o matrimonio se dan entre personas menores de 18 años³³.

Para este trabajo hemos tomado como modelo los tipos de familia de Pilar Amaya en su instrumento RFT 5 – 33, estos son:

Familia tipo 1, constituida por parejas o cualquiera de las modalidades de familia nuclear:

-La Pareja, que está compuesta únicamente por 2 personas que mantienen una relación de tipo conyugal, siendo casados o no. Tampoco tienen hijos ni otros miembros.

-Familia nuclear, que está constituida por los padres biológicos y los hijos.

-Familia nuclear modificada, donde solo está el padre o la madre y sus hijos propios o de diferentes uniones.

-Familia nuclear reconstruida, donde hay una pareja; pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Existe un padrastro o madrastra

Familia tipo 2, constituida por familias extensas o atípicas:

-Familia extensa, es aquella compuesta por miembros de tres generaciones (abuelos, padres, nietos, etc.)

-Familia extensa modificada, es aquella familia extensa en la que se incluyen otros miembros de consanguinidad de la generación de los padres (primos, tíos, etc.)

-Familia atípica, aquella que no enmarca en ninguna de las anteriores. Puede estar constituida por parejas o grupos con o sin lazos de consanguinidad ³⁴.

2.3.1.3 Funciones de la familia

Las funciones de la familia en la sociedad son:

- **Función biosocial:** Está relacionada con la función de reproducción, ya que en ella se gesta la necesidad de la descendencia y se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora a nivel familiar incide en indicadores demográficos tales como, densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

- **Función económica:** Se ejerce a través de la realización de actividades para garantizar la integridad de los miembros. Incluye la obtención y administración de los recursos tanto monetarios como bienes de consumo, la satisfacción de necesidades básicas tanto por la vía de abastecimiento como el mantenimiento.

▪ **Función educativo-cultural:** Es la función que produce el proceso de transmisión de experiencias históricas sociales en la vida cotidiana. Es también, la transmisión de valores ético-morales que se derivan de los principios, normas y regulaciones que se aprenden en la sociedad y el mundo de las relaciones intra y extra familiares. Incluye también la contribución al proceso formativo del desarrollo de la personalidad individual y, en general, a la formación ideológica de las generaciones.

▪ **Función afectiva:** Es la función que realiza la familia al transmitir el amor que se profesan entre sí sus integrantes. Contribuye a la formación y desarrollo de la personalidad individual ³².

La importancia de las funciones familiares radica en el modo en que responden a algunos de las necesidades humanas fundamentales tanto individuales como colectivas:

- Necesidad de amor y seguridad emocional. Idealmente la familia ofrece calidez, lealtad, preocupación por los otros, voluntad de sacrificio en beneficio de los demás miembros.
- Necesidad de regular el comportamiento sexual. Todas las sociedades ponen límites al comportamiento sexual de sus miembros. Ejemplo: el “tabú del incesto”.
- Necesidad de producir nuevas generaciones. A la vez, la familia satisface la necesidad de socializar de los hijos.
- Necesidad de proteger a los jóvenes y a las personas con discapacidad.
- Necesidad de “situar” a las personas en orden social. Incluso en las sociedades que más defienden la igualdad de oportunidades y la movilidad social, los status que la gente adquiere incluida la identidad nacional, étnica, racial, religiosa, de clase y de comunidad, derivan ampliamente de la pertenencia a una familia ²³.

Según el modelo Mac Master de Epstein, establece como base del funcionamiento familiar a todas las partes de la familia, las cuales están interrelacionadas; por lo que una parte de la misma no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema, ni el funcionamiento de la familia puede ser entendido totalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de las partes. También establece que la estructura, organización de la familia y los patrones de transacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros ^{31,35}.

2.3.1.4 Ciclo evolutivo de la familia

Es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte.

Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar:

- Etapa de formación: Que va desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- Etapa de extensión: Que va desde el nacimiento del primer hijo hasta la independencia de uno de los hijos.
- Etapa de contracción: Que va desde la independencia de uno de los hijos hasta la muerte del primer cónyuge.
- Etapa de disolución: Que va desde la muerte del primer cónyuge hasta la propia muerte ²³.

Según Ugarte, es un proceso que toda familia atraviesa desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte. En ella, una serie de acontecimientos denominados normativos marcan el paso de una etapa a otra del ciclo vital. Este es el caso del matrimonio o emparejamiento, el nacimiento de un hijo, la salida de un hijo del hogar o la

muerte de un cónyuge. Existen también acontecimientos que tienen carácter accidental denominados paranormativos.

La familia en cada etapa del ciclo enfrenta un conjunto de tareas y también se le presentan un grupo de problemas y conflictos que le son propios a la etapa dado los procesos normativos que vive ³².

Para determinar el ciclo de vida del hogar, también se ha tomado las clasificaciones realizadas por la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), las cuales se transcribieron en el informe del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), el cual se titula: “Tipos y ciclos de vida de los hogares”.

El ciclo de vida del hogar se caracteriza por fases o etapas por las que suelen pasar los miembros familiares, desde la constitución de la pareja hasta su dispersión y disolución. Las variables definitorias del ciclo de vida familiar son principalmente la edad de las mujeres y los hijos. Se toma como edad de la mujer los 40 años, para los cohortes de edad de los hijos se sigue el modelo estadístico de Araya, donde se aperturan los del ciclo de salida en dos grupos según la edad de los hijos menores. También se desagregan los hogares unipersonales en dos grupos, según la edad de la persona pues la incidencia de la pobreza se asocia directamente con la edad. Estos ciclos son:

Inicio, constituido por un jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 0 y 5 años.

Expansión, constituido por un jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 6 y 11 años.

Consolidación, constituido por un jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 12 y 17 años.

Estabilización, constituido por jefe(a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga 18 años o más y con hijos menores de 18 años.

Desmembramiento o salida, constituido por jefe (a), con o sin pareja, cuyo hijo menor tenga 18 años o más.

Nido vacío, constituido por jefe (a) y cónyuge sin hijos, donde la edad de la mujer sea de 40 años o más.

Sin núcleo, constituido por jefe (a) sin pareja ni hijos y con otros familiares o no familiares. (Aquéllos donde no existe un núcleo conyugal o una relación padre/hijo, madre/hijo, aunque puede haber otras relaciones de parentesco).

Unipersonal adulto, constituido por únicamente el jefe (a), menor de 60 años de edad. Una sola persona.

Unipersonal mayor, constituido por únicamente el jefe (a), de 60 o más años de edad ³⁶.

2.3.1.5 Dinámica familiar

La dinámica familiar se sustenta en la forma como sus miembros interactúan. Según Avila, por ejemplo, identifica tres formas de dinámica familiar en función a los roles que en ella se dan:

- El Hogar patriarcal
- El Hogar autoritario o despótico
- El Hogar igualitario o compañero

Hogar Patriarcal: El padre toma las decisiones e impone la disciplina, la madre dispensa amor físico y los hijos se someten a la figura paterna.

Hogar Despótico: El padre toma las decisiones e impone la disciplina en la familia demandando absoluta sumisión, mientras la madre dispensa amor y atención física, los hijos se someten al padre y aman a la madre.

Hogar Igualitario o Compañero: Las decisiones se toman por acuerdo del grupo familiar, el diálogo es rico, y la disciplina resulta entonces de un acuerdo entre la madre y el padre, que es explicado a los hijos ^{37,38}.

2.3.1.6 Situación de la familia en las Américas

Los estudios acerca de las familias en América Latina coinciden en señalar que en las últimas décadas, las familias han vivido acelerados cambios generados no sólo por los avances tecnológicos y procesos sociales y políticos, sino por cambios específicos como la transición demográfica, el ingreso masivo de las mujeres al sistema educativo, laboral y al espacio público-político, y la emergencia de nuevos movimientos sociales que han influido en la ampliación del alcance de los derechos humanos. Una mayor autonomía de las mujeres y el reconocimiento de sus derechos han permitido una mayor visibilidad de un conjunto de problemas que se vivían en la esfera doméstica al interior de la familia ³³.

Resulta muy arriesgado y equívoco tratar de hacer una generalización de la familia actual en Latinoamérica. En primer lugar, porque se trata de un continente enorme de más de 20 000 000 km², con una población creciente, cercana ya a los 500 millones de habitantes (12,5 veces la población de España), con una inmensa variedad de países, con zonas contrastadas, difíciles de generalizar y entender en su problemática y dinámica diferenciada. Y en segundo lugar, porque al referirnos a la familia en especial, estamos aludiendo a más de 110 millones de unidades sociales, también variantes y cambiantes. Por ello, pretender resumir la realidad familiar actual latinoamericana puede parecer un intento ingenuo, a menos que lo que se busque sea precisamente señalar esta dificultad para definir y comprender

de manera clara lo que no es reductible a una presentación simplista. Valga esta aportación como una búsqueda de comprensión fraternal, a una realidad afectada por los cambios de este siglo, en una América Latina llena de conflictividad e injusticia, en parte legado de tres siglos de colonización ibérica pseudocristiana.

En los países de América se pueden observar a lo largo de la historia cambios importantes en la familia, sobre todo a partir del encuentro cultural entre el cristianismo y las distintas culturas del nuevo mundo, es importante señalar diferencias entre la familia de los indígenas de Norteamérica, los aztecas, los purépechas o los yaquis en México, los misquitos en Nicaragua o los incas y patagones en América del Sur. El denominador común en estas culturas era, sin embargo, la monogamia y sólo excepcionalmente se dieron otras formas familiares, por lo que a la llegada de los europeos no se modificó la familia en su esencia y el cristianismo se va imponiendo en la cultura del mestizaje que no incluye a los primitivos Estados Unidos y sólo algunas áreas del Canadá y del Caribe, estas últimas con sus particularidades por la presencia, en algunos casos predominante, de la población africana (caso Haití).

Los incas, cuya influencia se reconoce en muchos pueblos aborígenes de Sudamérica, habían desarrollado un complejo sistema de normas familiares. Entre las comunidades de parientes que habitaban un mismo terreno primaba el principio de igualdad entre las familias. La familia se fundaba en el matrimonio monógamo y para toda la vida, aunque la poligamia estaba permitida y era símbolo de prestigio y riqueza, pues la mujer era una fuerza de trabajo importante en la organización económica de la sociedad. Pero en estos

casos sólo una era considerada legítima y verdadera esposa, aquella con quien se hacían los ritos matrimoniales.

En el matrimonio, que se celebraba una o varias veces al año, el inca entregaba a los varones sus esposas. No está claro si había libertad para elegirla, puesto que en algunos pueblos existía la costumbre de comprar a la muchacha con regalos que se hacían al padre.

Entre los aztecas era costumbre también sellar alianzas políticas por el intercambio de mujeres. La familia se basaba en el matrimonio monógamo, el que tenía un carácter religioso y social y era regulado por una legislación estricta, aunque entre nobles y clase alta existía la poligamia. Pautas similares se daban entre los guaraníes.

La poligamia era asimismo característica de los araucanos; más mujeres significaban también más riqueza, pues eran ellas quienes desempeñaban los trabajos agrícolas, textiles, culinarios, de alfarería y curtiembre. Sin embargo, la esposa era elegida de otras comunidades para evitar la endogamia. Compraban la novia o simplemente la raptaban. Los hijos en esta cultura dependían de la madre y, al morir ésta, volvían a la familia materna. Entre los indígenas de la actual Cuba, la mujer ocupaba también un lugar significativo por su centralidad en los procesos productivos y reproductivos y porque regía la herencia, ya que su prole se consideraba “nacida de sangre”.

La colonización y la consecuente influencia de la cultura cristiana es motivo de muchos estudios, hay cuestionamientos de parte de los estudiosos del tema pero es indudable que la familia se constituyó como la comunidad original de la sociedad, hecho que persiste hasta nuestros días. Sin

embargo, lejos de permanecer estática, la familia ha tenido cambios importantes que la afectan en el contexto socioeconómico y cultural, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX.

El estudio realizado por Irma Arriagada nos muestra los cambios que pese al discurso tendiente del fortalecimiento de la familia en el modelo desarrollista, acabó considerándola como un simple intermediario entre los individuos y las políticas públicas. Al mismo tiempo señala que la familia es refugio y apoyo frente a condiciones cambiantes que generan inseguridad en el ámbito laboral (desempleo, bajos salarios), de salud (drogadicción, enfermedad y muerte), de la educación (exclusión) y de la violencia (delictual). La paradoja es que los cambios y modificaciones de la familia generan tensiones importantes cuando cambia el estado civil (separación, divorcio): cuando es afectada por la migración o la violencia intrafamiliar, la familia se vuelve vulnerable a pesar de ser la institución más socorrida como refugio ante esos problemas en los procesos productivos y reproductivos; y porque regía la herencia, ya que su prole se consideraba “nacida de sangre”.

Finalmente, podemos señalar la incidencia de un feminismo agresivo e intolerante, que en el reciente Celam (Consejo Episcopal Latinoamericano) de Brasil señaló como estrategia feminista lo siguiente:

- “El eufemismo de la familia sirve para encubrir el trabajo no remunerado de las mujeres”.
- “No debemos elaborar políticas públicas para la familia, pues es caer en la agenda conservadora. En su lugar propongamos políticas universales y solidarias en un pacto social en la igualdad”.

Esto no contribuye a la solidaridad familiar, social o de cualquier índole, y sí a extremos de individualismo nunca soñados por los más radicales defensores del mismo. Las mujeres en esta perspectiva se convierten en fuerza revolucionaria ajena por completo a la familia, y enemiga no sólo de la estructura social que conocemos sino de la misma naturaleza biológica que define naturalmente los sexos y los roles en el proceso natural de supervivencia de la especie humana.

Para la Iglesia católica, por el contrario, se requiere restituir a la familia su dignidad completa y establecer caminos de trabajo social, comunitario y familiar efectivos, el propio Rodrigo Guerra en el Celam señala: “En el terreno de la pastoral familiar este asunto se torna algo más que una cuestión teórica: es un verdadero parteaguas práctico y concreto. La Iglesia no propone un mero ideal conservador de decencia conyugal. El papa Juan Pablo II, y ahora el papa Benedicto XVI, de manera valiente, no cesan de insistir en que el sentido cristiano de la familia, del amor humano y de la sexualidad están en el corazón de la reconstrucción y de la liberación de nuestros pueblos. La V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano, justo se inserta en esta preocupación y con toda seguridad impulsará con renovado vigor la evangelización de las familias y el compromiso por establecer condiciones de mayor solidaridad y justicia para con ellas. Los gobiernos tienen en sus manos la posibilidad de implementar políticas públicas para favorecer a la familia, o para intentar destruirla, y es América Latina el lugar donde se está dando la confrontación entre las dos visiones, el individualismo a ultranza o la consideración de la persona en su entorno familiar, social, nacional y mundializado.

- “La familia es sólo una institución, el feminismo se preocupa de los individuos no de sus instituciones”.

- “La gran aportación del feminismo es que la persona no es un ser para otro, es un ser para sí”.
- “La misión de las políticas públicas en relación con la familia es: facilitar la relación de parejas homosexuales y heterosexuales a través de políticas de vivienda y de empleo; facilitar condiciones de fecundidad deseable, a través de los derechos reproductivos y la tecnología; políticas de relaciones internas, de derechos humanos que aseguren la dignidad, libertad y responsabilidad” ³⁹.

La situación de la familia en las Américas, ha sido un proceso largo de cambios graduales, cabe mencionar que en la edad primitiva el ente principal de la producción y reproducción era la mujer; la cual cumplía un rol importante en la económica de la sociedad, influenciadas así por sus propias costumbres y cultura.

La familia tradicional en las Américas desde tiempo remotos, era monogámica, lo cual ha ido cambiando con el transcurrir del tiempo; ahora vemos cómo se han modificado e invertido las ideas en relación al rol tradicional. Las familias de ahora están caracterizada por la presencia principal de la mujer, la cual es la encargada del hogar y quien toma un papel importante en la economía y manutención; esto se ve influenciado por el capitalismo, el cual dio origen a ideas equivocadas de que la mujer era solo para servir en casa, al esposo o cuidar a los hijos.

Sin bien es cierto, el papel que toma hoy en día la mujer es importante en la sociedad, ya que dejó su papel de ser ama de casa y estar sujeta a la autoridad del esposo; sin embargo trajo como consecuencia la desvinculación familiar. Es evidente también, que en las tierras de América Latina el pulso social e histórico late a otro ritmo y de otra manera

distinta de otros modelos occidentales europeos. En América Latina los procesos sociales, han remarcado, la fuerza de los lazos de parentesco, la potencia de los vínculos familiares y de las redes clientelares; hasta tal punto que las constituciones surgidas de las revoluciones del siglo XIX no rompieron las tupidas y densas mallas de intereses familiares y sociales tejidas a lo largo de diferentes prácticas llevadas a cabo durante siglos ²⁹.

Se puede decir entonces, que los procesos sociales relacionados con la familia están íntimamente ligados con las políticas de Estado; ya que conocemos que muchos de nuestros países aún tienen conflictos de carácter político, esto sumado a la historia de colonización en América Latina y al proceso de desarrollo económico, no permiten que la familia latinoamericana mejore su calidad de vida.

2.3.1.7 Situación de la familia en el Perú

En el Perú, la crisis económica durante más de tres décadas y el clima de violencia que vivió el país desde la década de los 80 y 90 afectó gravemente a las familias, especialmente las que vivían en áreas rurales. A la pérdida de vidas humanas, la desestructuración de la organización de la vida familiar y comunal se agregó la orfandad y/o viudez, el deterioro de las condiciones de vida, el desarraigo y desplazamiento forzoso de familias enteras huyendo de la violencia y la migración de peruanos y peruanas al exterior ³³.

La familia peruana presenta múltiples características. Generalmente apreciamos al tratar de encontrar una caracterización única que esta es muy difícil, ya que la realidad familiar es multiforme. Se aprecia una amplia gama, que va desde los que tienen una base matrimonial hasta las

familias de tipo convivencial. También se encuentran familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas debido a rupturas conyugales, viudez, etc. Esto varía de acuerdo a la región geográfica, a la cultura, a la economía y a lo social, factores que se interrelacionan, generando problemáticas específicas y concretas.

En el aspecto demográfico podemos encontrar datos como los del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la cual en el año 2010 nos muestra una Tasa Global de Fecundidad de 2.4 hijos por mujer a nivel nacional; sin embargo el número de hijos es mayor en zonas como Huancavelica o Apurímac en la cual puede haber hasta 4 hijos por mujer.

En estas familias, encontramos que los niveles de fecundidad están relacionados al nivel cultural, sociológico y tecnológico. Las cifras indicadas anteriormente son altas también debido a conductas "machistas", educación inadecuada, falta de planificación familiar, entre otros.

Debido al centralismo de Lima, en algunas ciudades han surgido oleadas de migrantes quienes abandonan el campo en busca de mejoras salariales, económicas, sociales, educativas y culturales. Esto se originó a partir de los años cuarenta y cincuenta en adelante. A partir de los ochenta, se aprecian "desplazamientos" de personas que huyeron de los escenarios de violencia armada, del terrorismo, para salvar sus vidas y evitar la represión ya sea de los grupos alzados en armas, como de las fuerzas policiales.

El proceso migratorio, conformó alrededor y dentro de las ciudades urbanas, principalmente Lima, grandes

concentraciones humanas, dando como resultado abundancia de viviendas "informales" (invasiones), proliferación de tugurios, delincuencia, prostitución, aumento de enfermedades por condiciones insalubres de vida, desintegración familiar, formaciones irregulares de hogares, incremento de madres solteras, abandono de niños, desempleo, subempleo, trabajo de menores, entre otros más. Se incrementó notablemente la "informalidad" en todo nivel.

La sociedad peruana se caracteriza por ser enormemente jerárquica. Existe aún una injusta distribución de la riqueza la que se encuentra concentrada en los grupos de poder, quienes son dueños del Perú. Vienen a ser en gran parte los herederos de los españoles. A lo anterior se suma el racismo que discrimina y margina a las etnias carentes de poder económico y político.

En el aspecto económico se aprecia desigualdades abismales, con grandes mayorías que perciben salarios míseros, disminución del adecuado empleo aumentando notablemente el subempleo y el desempleo. Las familias se expresan según la región, sean estas urbanas o rurales, teniendo en cuenta incluso el tipo de unión: estables o inestables, entre otras.

Carmen Pimentel, en 1986, al estudiar acerca de la violencia en la familia y los problemas psicológicos en la barriada, señala que, la sociedad peruana tradicionalmente autoritaria y machista, confiere al varón el predominio sobre las decisiones en la dinámica de la organización y estructura de la familia, asignando a la mujer un rol inferior, subordinado y dependiente. Menciona que, la amplia mayoría de los problemas psicológicos se originaban en la ideología acerca de las estructuras sociales específicas, como la familia, el

trabajo, los valores y actitudes generales acerca de la naturaleza humana, la sociedad, etc.

También, en estas familias, la violencia es más compleja que, en otros niveles sociales de la realidad peruana, por lo que los temores, angustias y preocupaciones diarias para tratar de sobrevivir en ese medio hostil de basura, mal olor, humillación, pobreza y segregación social del resto de la sociedad limeña, estimula la exacerbación de las tensiones, la insatisfacción crónica, la desconfianza, frustración e irritabilidad de cada uno de los miembros de la familia, que descarga con amargura y dureza, por cualquier causa mínima, en agresión del más débil e indefenso como las mujeres y los niños. Y, la presencia de la violencia al interior de las familias, conduce a perturbaciones psicológicas en grados alarmantes, principalmente en las mujeres y los niños, y en menor grado en los hombres.

En función de la familia, la mujer es el principal elemento de protección y socialización de los hijos, a quienes comunica los valores y pautas sociales. Da modelos de crianza a los hijos, a la par que el hombre. En la familia peruana se aprecia un enorme peso sobre la mujer, víctima de agresión y postergación, quien muchas veces cumple dos roles: función de ser padre y madre a la vez. La mujer realiza muchas veces no sólo una "doble jornada", sino múltiples jornadas. La percepción social de la mujer varía según la pertenencia a una clase social, siendo en la clase alta "objeto decorativo de lujo", en las clases medias "sirvienta de lujo" y en las clases bajas mayormente el ser más olvidado y explotado.

Los medios de comunicación influyen en forma negativa. Fomentan mensajes de lucro, sexo, violencia, divorcio, relaciones amorales, entre otras. Se aprecian en los programas televisivos, especialmente en las novelas, avisos publicitarios, cine, prensa escrita, etc. Nos dan pautas

distorsionadas, ocasionando problemas de valores y de comportamiento personal y colectivo. Se crean patologías al distorsionar al difundir formas incongruentes y amorales.

En las zonas urbanas y urbano-marginales se aprecian todas las variedades, desde uniones eventuales breves hasta otras prolongadas y llegando a las formales.

Lo que contribuye al fracaso de la familia es:

- Falta de preparación matrimonial y familiar (inadecuada formación prematrimonial)

- Carencia de conocimientos fundamentales de la vida conyugal y de paternidad responsable. (Así como: El ciclo de la pareja, paternidad prematura y/o no deseada).

- En la conducta del varón se aprecia procreación irresponsable. Esto en la familia se reproduce en un rol autoritario, machista y jerárquico, con hijos en varias mujeres y uniones inestables. Y en la conducta de la mujer, ante la inseguridad económica, pérdida de valores y el ingreso a ocupaciones educativas y laborales. También se aprecia una infidelidad creciente.

Según Sara-Lafosse, la estructura familiar comprende la familia patriarcal que es predominante en los sectores populares y minoritarios en el sector medio; pero la familia igualitaria si bien aumenta notablemente en el sector medio, no deja de estar representada en el sector popular. Por otro lado en ambos sectores un gran porcentaje corresponde a la familia en transición, lo cual nos permite afirmar que la crisis familiar afecta a ambos ^{38,40}.

Hoy en día la situación de la familia en el Perú está relacionada con las políticas creadas por el Estado y el centralismo; ya que vemos que no hay un interés por apoyar a los miembros familiares, esto se ve influenciado por la falta de

educación, la pobreza y el desempleo, los cuales son determinantes desencadenantes que agudizan la situación actual de las familias.

En el Perú aun predomina el pensamiento machista con raíces antiguas desde la colonización, que han ido formando conceptos errados de la dinámica familiar. La mujer peruana lleva una carga extra sobre la familia; ya que muchas veces no cuenta con el apoyo del varón, por el pensamiento machista, irresponsable y falta de compromiso por la paternidad; esto origina los múltiples casos de abandono familiar que se observan hoy en día.

La percepción de las personas también evidencia la importancia que tiene la familia para el desarrollo individual y social.

Según una encuesta realizada este año por el Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima, el 58.5 % de las personas en Lima y Callao considera muy importante la familia y un 37.9 % la considera importante, de modo que el 96.4 % considera importante a la familia.³²

Respecto de la composición de las familias en el Perú, podemos señalar que con un 61.5 % predomina el hogar nuclear, es decir, los hogares conformados por el jefe de hogar y cónyuge con y sin hijos, o solo jefe con hijos. Le sigue en importancia con un 25.3 % los hogares extendidos, caracterizado por la presencia de otros parientes que conviven en el núcleo familiar. El hogar compuesto que se caracteriza por acoger a personas sin vínculos cercanos es del 3.0 %. En el 80.5 %, el jefe de hogar es varón y en el 19.5 %, el jefe de hogar es mujer. Esta última proporción es mayor en dos puntos porcentuales a la observada en 1996.³²

El 75 % de los menores de 15 años viven con sus dos padres. Esta proporción es mayor en el área rural (79 %) que en el área urbana (72 %). Un 5 % de los menores no vive con al menos uno de sus padres. Un 15 % de los niños menores de 15 años vive con su madre, porcentaje que es mayor en el área urbana (18 %) que en el área rural (12 %). El 6 % de los menores de 15 años vive en condición de adoptado o de crianza.³²

2.3.2 Riesgo Familiar Total

2.3.2.1 Definiciones

El Riesgo Familiar Total se define como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración. Estas características incluyen aspectos de tipo biológico-demográficos (composición, morbilidad, mortalidad), físicos, ambientales, socioeconómicos, psicoafectivos, prácticas de salud y servicios de salud.

Amaya de Peña cita a Clemen-Stone, Eigsti y McGuire, quienes refieren desde ese punto de vista, “una familia con menor riesgo será aquella que mediante sus prácticas cotidianas y apoyo de los servicios de salud mantenga controlados los riesgos individuales y familiares, utilizando medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad” ^{4,41}.

La línea de trabajo en Riesgo Familiar Total ha sido abordada en algunos países latinoamericanos (Perú, Venezuela, Argentina, etc.) como una herramienta práctica para la enfermería y otras disciplinas de la salud, ya que son pocos los instrumentos de valoración familiar que muestran evidencia científica para el diseño de programas de salud familiar. Los estudios sobre caracterización de las familias se constituyen en “el paso inicial para contribuir con el conocimiento de la realidad de la familia a la disciplina de la enfermería” y se estructuran en uno de los tipos de investigación más comunes en el área de cuidado familiar desde 1997 ⁴.

Con base en los resultados de varias investigaciones se presentan, entre otros, los siguientes supuestos teóricos:

- Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad), socioeconómicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.
- Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables, algunos, modificables.
- Los riesgos se asocian a características propias de la edad, a las prácticas de autocuidado o cuidado dependiente intrafamiliar o institucional.
- La calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
- Los servicios sociales de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de la efectividad de operación.
- Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.

Amaya afirma, citando a Ezzati y colaboradores, que “los efectos de los factores de riesgo pueden contribuir a la salud a través de la prevención” , es decir, que mediante los resultados de la medición del riesgo familiar total en familias se pueden identificar los factores de riesgo más frecuentes, a los cuales se deben orientar la creación y el desarrollo de políticas en salud y acciones preventivas de eventos no

deseables en salud o enfermedades, que finalmente promuevan la salud individual y familiar. Así la caracterización del riesgo de las familias, contribuye al conocimiento de la realidad, detectando los principales riesgos que las afectan, de acuerdo con los riesgos biológico-familiares, del medio ambiente y de los servicios de salud, los cuales generan gran impacto en la salud de los individuos y las comunidades. Esto indica que la familia debe ser la principal receptora de los servicios de salud y permite emprender acciones de enfermería para el mantenimiento de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las familias ^{14,42}.

2.3.2.2 Enfoque de Riesgo en la Salud Pública

El concepto de “riesgo”, como es sabido, ocupa un lugar central en la Salud Pública, ya que el “riesgo”, los “factores de riesgo” y los “grupos de riesgo”, configuran una gran parte del lenguaje cotidiano de esta disciplina. La noción de riesgo (en sus distintas declinaciones: “grupo de riesgo” en epidemiología, “factor de riesgo” en prevención y promoción de la salud) constituye una de las bases conceptuales de la Salud Pública.

El mismo Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud recoge las siguientes definiciones de Conducta de Riesgo y de Factor de Riesgo.

Conducta de riesgo: Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. Las conductas de riesgo suelen definirse como “arriesgadas” en base a datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad, habiendo sido utilizada tradicionalmente la

educación para la salud para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de promoción de la salud, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo, para hacer frente a condiciones de vida adversas. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de habilidades de vida y la creación de entornos que apoyan la salud.

Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Como sucede con las conductas de riesgo, una vez que los factores de riesgo han sido identificados, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud.

No sólo el concepto de “riesgo” es central en Salud Pública. Como también es sabido, dicha expresión ha ampliado su radio de acción en estos últimos años para llegar a utilizarse en algunas de las líneas más actuales de las Ciencias Sociales como sinónimo de la sociedad contemporánea como “sociedad del riesgo”. En esta misma línea de ampliación del concepto de “riesgo”, las reflexiones en torno a dicha noción constituyen uno de los campos teóricos de mayor desarrollo en los últimos años tanto en el terreno de las Ciencias de la Salud, como en el de las Ciencias Sociales en general.

Riesgo poblacional: En algunos grupos y con motivo de algunos problemas de Salud Pública (los accidentes de automóviles y el tabaco serían los mejores ejemplos), el término riesgo sí, parece ir asociado con las dimensiones de “peligro” y de “azar”, con una cierta dimensión “poblacional” del mismo, a partir de las cifras de muertes. Esta es una

aproximación a esta acepción “poblacional” del “riesgo”, la cual se relaciona con los problemas cotidianos derivados de nuestras actuales formas de vida, que también serviría para comprender los comportamientos de los pobladores cuando ese peligro/riesgo latente estalla en una alarma y en una crisis. En efecto, tal como de forma repetida se declara, cuando emerge una crisis de Salud Pública en la alimentación, por ejemplo, sólo se modificaría el comportamiento durante el tiempo en el que la crisis permaneciese abierta, de forma que cuando ésta se cierra se tiende a recuperar la pauta de comportamiento anterior a la crisis y más habitual al respecto.

Como señalan de una u otra forma los grupos, los citados “riesgos” están tan entreverados, tan solapados, forman una parte tan intrínseca y consustancial de las actuales formas de vida que o bien se rompe totalmente con ellas, o bien se aceptan y, en este segundo caso, ello conlleva que hay que reducir el nivel de conciencia perceptiva del riesgo cotidiano como única forma lúcida de sobrevivir en dicho marco ^{43,44}.

Se discute el concepto de riesgo y sus límites como constructivo técnico-científico de representación de la realidad y dispositivo de apoyo a la intervención social. La evolución histórica de la epidemiología y del concepto de riesgo se relaciona a la idea de arbitraje social junto a los grupos poblaciones, examinándose la posibilidad de apropiación de este concepto para la ampliación de la percepción y el fortalecimiento de las respuestas sociales a las situaciones de salud y vida, a la luz de una experiencia pedagógica basada en la perspectiva de la educación popular y de la salud con agentes comunitarios de una localidad urbana periférica ⁴⁵.

2.3.2.3 Postulados de riesgo familiar total

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

- El riesgo familiar es la probabilidad de ocurrencias de efectos adversos individuales (morbilidad, mortalidad) o desorganización de la unidad familiar.
- Los riesgos se asocian, se acumulan y son de carácter exponencial. Es decir que hay riesgos de las diferentes categorías que son comunes a múltiples problemáticas de la salud individual y familiar en el momento de la evaluación.
- Los riesgos son verificables, medibles, cuantificables, y algunos son modificables.
- La calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.
- El riesgo familiar total se relaciona con los tipos de familia definidos por su composición y estructura.
- Hay complejidad en la interacción de los riesgos y sus efectos, que ameritan el estudio permanente, conceptual y metodológico.
- La relación entre el riesgo familiar total y el grado de salud familiar es inversa con el total de las dimensiones de la organización familiar sistémica (vida cotidiana) y el grado de satisfacción de la familia.
- Toda familia está expuesta a riesgos biológico-demográficos (Por su composición, trayectoria de morbi-mortalidad), socio-económicos, psicoafectivos, por el estilo de vida, prácticas habituales de salud, y servicios sociales y de salud.

- Los servicios sociales y de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de efectividad de operación.
- Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.
- Algunas condiciones de riesgo se perpetúan en las familias de generación en generación, como el consumo de alcohol, el maltrato y la desnutrición, si los servicios de salud y apoyo social son impropios.
- Los riesgos se asocian a las características propios de la edad de cada uno de los miembros de la familia y las prácticas de autocuidado o cuidado interdependiente intrafamiliar o institucional si es el caso.
- El riesgo familiar total permite orientar el cuidado de la salud de las personas, de la familia y la vigilancia del contexto en donde está inmersa.
- El sistema de riesgo familiar produce la reingeniería organizacional de los servicios de salud en los sistemas operativos de los centros de atención y a nivel político administrativo en las instancias municipal y regional.

Los postulados planteados en la Teoría de Riesgo Familiar Total recaen en las categorías principales: una que expresa los elementos relacionados con la medición del riesgo y otra que denota lo relacionado con los sistemas de salud y su operación ¹⁹.

2.3.2.4 Postulados de riesgo familiar total

Teoría de Organización Sistémica de Friedemann

En este contexto, el marco teórico de organización sistémica según Friedemann M. se presenta como una teoría general y de rango medio y permite conocer un marco que tiende un puente hacia los distintos niveles de abstracción teórica mientras que cierra las brechas entre la teoría y la práctica de enfermería. Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno.

Entre sus hipótesis se encuentra que el sistema familiar ejerce influencia sobre sus miembros, actuando en ellos de una manera compleja, las estrategias del sistema familiar en la búsqueda de la congruencia y estabilidad de la familia y de sus integrantes caen entre cuatro dimensiones del proceso de vida de la funcionalidad familiar.

Desde la perspectiva sistémica, la familia es vista como un sistema abierto que tiene metas y objetivos en diferentes dimensiones de acción de acuerdo con la familia. Las cuatro dimensiones universales de la familia son: estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad, en cada una de estas dimensiones las familias efectúan acciones que se constituyen en estrategias que apuntan a regular las condiciones de espacio, tiempo, energía y materia para lograr las cuatro metas generales de cualquier sistema familiar:

- La estabilidad se refiere a la tendencia del sistema familiar por mantener sus rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan de generación en generación.
- El crecimiento tiende a reorganizar los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social.
- El control regula las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin de reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas.
- La espiritualidad es el esfuerzo por lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad.

Las acciones que buscan el mantenimiento del sistema consisten en estrategias de comportamiento firmemente establecidas en la tradición, y se refieren a la estructura familiar y la flexibilidad de operaciones en la familia. Comprenden todas aquellas acciones que permiten al sistema familiar protegerse de los cambios amenazantes; el cambio del sistema es constituido por las acciones conscientes de las personas, que llevan a la toma de decisiones para aceptar, integrar, o no, nueva información, y cambiar, modificar o reemplazar viejos valores, actitudes y conductas; la individuación, envuelve todas aquellas actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte de los individuos integrantes del sistema familiar, les enseñan acerca de sí mismos y de otros y los llevan a tener un propósito en la vida; y la coherencia, se enfoca a la unión de los integrantes en un todo unificado y a todas las conductas necesarias para mantener la unidad familiar⁴⁶.

Teoría del “Riesgo Familiar Total” de Amaya

El presente estudio tendrá en cuenta la caracterización de la familia desde el enfoque de Riesgo Familiar Total y la Salud Familiar General. Con enfoque de riesgo se describe la familia en función de los parámetros de riesgo individuales de cada uno de los miembros que componen la familia y los riesgos comunes a la unidad familiar (biológicos, demográficos y ambientales; se describen los riesgos socioeconómicos, el ambiente físico de vivienda y el vecindario, el ambiente psicoafectivo familiar, el estilo de vida de la familia, las prácticas de salud y la disponibilidad de los servicios sociales y de salud).

Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social de salud permanente.

El enfoque se fundamenta en los conceptos descritos por Backet, Davies y Petros Barvazain , en un estudio de la Organización Mundial de la Salud, que definen el factor de riesgo como: “Cualquier característica o circunstancia averiguable (comprobable, confirmable) de una persona, o grupo de personas, que se conoce como asociada con la posibilidad de desarrollar, o que esté especialmente afectada de manera adversa, a un proceso mórbido. Los mismos autores citados por Amaya, sugieren formas de aplicación y uso del sistema de riesgo: ”la idea de una discriminación positiva en el cuidado de la salud basada en la medición del riesgo y de sus cifras generales, pueden ser aplicadas a diferentes partes de un sistema, como cuidado familiar y personal, cuidado comunitario, incremento en cobertura,

mejoramiento referencial, modificación a los factores de riesgo, reorganización local, reorganización regional y nacional y políticas intersectoriales.”

Amaya, citando a Clemencia Stone, Eigsti, y McGuire clasifica los factores de riesgo en tres categorías:

- a) Características biológicas o hereditarias (algunas características genéticas incrementan el riesgo de determinadas enfermedades y dolencias)
- b) Los factores físicos, sociales, familiares, económicos, y ambientales (por ejemplo las poblaciones menos favorecidas tienen un mayor riesgo de sufrir un problema de salud).
- c) Los patrones de comportamiento y el estilo de vida (muchas de las causas principales de mortandad y enfermedad son determinadas por patrones en el estilo de vida, tales como la dieta, el tabaco, el ejercicio, el alcohol y el consumo de drogas ^{19,34,41} .

2.3.2.5 Dimensiones del riesgo familiar total según Pilar Amaya

Condiciones psicoafectivas

Según Pilar Amaya define a condiciones psicoafectivas como aquellas donde predomina la desarmonía, riñas de pareja, privación afectiva o dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes ³⁴ .

En el sistema familiar, tanto el hombre como la mujer participan activa y equitativamente en el desarrollo de las tareas y el cumplimiento de roles, para lograr un adecuado funcionamiento familiar y así contribuir al desarrollo pleno de sus integrantes ¹¹ .

En teoría así debería ser pero nos encontramos ante una realidad distinta en la que muchas veces falta uno de los cónyuges, se reduce a un solo cuidador de los hijos, o en el peor de los casos, el cónyuge se convierte en carga o es generador de conflictos, siendo una característica de los hogares disfuncionales.

A su vez, entre las familias monoparentales se exageran los problemas de cuidado y conciliación entre el trabajo y la familia, ya que la mujer jefa de hogar es la principal y muchas veces la única responsable de la manutención económica de su familia y del cuidado cotidiano de sus miembros ⁴⁷.

En dichos hogares monoparentales el riesgo de desarrollar problemas psicoafectivos es mayor y por ende la salud mental de la familia se altera.

En la actualidad se observan múltiples factores que alteran los aspectos psicoafectivos y que perjudican la integridad y la unión familiar. Entre estos podemos mencionar: la situación económica, la cual es generadora de discusiones, peleas y violencia en el hogar; debido a una falta de apoyo, tiempo o descanso en el jefe o jefes de familia.

Toda esta preocupación se va acumulando gradualmente hasta desencadenar en problemas de ansiedad en uno o ambos miembros conyugales de la familia y ni que decir de los propios hijos que se ven afectados emocionalmente por este tipo de problemas.

Hoy en día las familias son completamente disfuncionales, los varones y mujeres ya no cumplen el rol que tenían antes de ser padres y madres, lo cual ahora se conoce como “familia monoparental”. Vemos que predominan las mujeres que cumplen dos roles en el hogar, originando con ello

preocupaciones por ser ellas el motor y sustento del hogar. Todo esto puede ser producto del abandono por parte del esposo o conyugue, o simplemente porque el hombre cae en situaciones como: el alcoholismo o la adicción a ciertas sustancias, que hacen que este pierda el interés y compromiso por la familia, ello también se relaciona al desempleo y a la falta de oportunidades en la sociedad.

Según encuestas y datos estadísticos podemos notar que la violencia intrafamiliar ha ido en aumento, asimismo los casos de feminicidios, violación y maltrato infantil. Estas son circunstancias que ponen en riesgo a la familia y sobre todo a los hijos que son ellos el motor y futuro de la sociedad; vemos que esto afectará grandemente su situación psicológica y emocional, ya que se estarían formando niños y jóvenes con problemas, sumergidos en la delincuencia, pandillaje, drogadicción o alcoholismo; problemas que vienen arraigados del conflicto familiar que se vive hoy en día en gran parte de las familias de esta sociedad.

Otro aspecto importante que afecta las condiciones psicoafectivas en la familia se relaciona al hecho por el cual los padres ya no pasan un tiempo adecuado con sus hijos, ya que vemos que lo más primordial hoy en día es el “trabajo” y el “querer darle lo mejor al hijo”, privando así de pasar más tiempo junto a sus hijos y familiares, perdiéndose la comunicación, la buenas relaciones intrapersonales, generando niños y jóvenes incapaces de sentir seguridad y confianza en sí mismo y siendo así presas fáciles para caer en el mundo de la delincuencia, drogadicción , etc.

Las investigaciones sobre la violencia se han interesado también en aquella que tiene como escenario a la familia, estudiándola desde diferentes perspectivas; sin embargo, hay

que señalar que cuando se estudia la violencia intrafamiliar el interés se centra básicamente en la violencia conyugal o en el maltrato infantil, dejando de lado otras manifestaciones de la violencia dentro de la familia ⁴⁸.

La violencia es mayor en las familias disfuncionales. Así en el 64% de los casos de violencia intrafamiliar hay antecedentes de violencia en la familia, por lo que se plantea el peligro que tiene la transmisión generacional, al igual que se afirma que mientras más violencia reciba un niño de sus padres, más proclive es este a ser violento con otros durante su adultez ⁴⁹. El riesgo es pues, mayor en los niños de padres violentos, debido a que estos sufren alteraciones psicológicas las cuales en su futuro les generaran problemas en la sociedad.

Las familias disfuncionales generan mayores niveles de ansiedad, pero también, desarrollan mayor número de recursos para enfrentar sus problemas.

Las familias disfuncionales son grupos de riesgos epidemiológicos, para la generación de problemas emocionales y sociales, al grado que es posible prever una reacción agresiva, posterior a la frustración de sus expectativas ⁵⁰.

Esto quiere decir que una familia con serios conflictos de sus miembros es propensa a desarrollar mayor grado de estrés y ansiedad y por lo tanto se generará un desequilibrio que afectará la salud mental de los miembros.

Servicios y prácticas de salud

Según Pilar Amaya, define a servicios y prácticas de salud como aquellas acciones y condiciones que permiten contar con disponibilidad, accesibilidad, uso de servicios de salud,

prácticas del cuidado de la salud y manejo de problemas prevalentes ³⁴.

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es evidente que, pese al esfuerzo que se ha hecho en el primer nivel de atención de salud, es muy poco lo que se ha avanzado para desarrollar efectivamente el MAIS. Eso es porque hasta ahora, el MAIS ha orientado todas las energías a organizar la prestación y la oferta, intentando desde ellas modificar la demanda.

Pero es claro, que ese camino es muy lento y de escasos resultados, agotador para el propio recurso humano; y de poco impacto en la salud de la población. El nivel prestador trata de aplicar un MAIS, pero la población sigue demandando atención primordialmente recuperativa.

La demanda en salud es la expresión de las necesidades sanitarias de la población (esto es lo que la población entiende como sus prioridades), y son reflejo de la situación de salud ¹¹.

Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población. Son tan importantes como preventivos en la atención primaria de salud como lo es la atención prenatal, los consultorios infantiles y la inmunización para la salud materna infantil.

Los servicios que educan a los niños y los adultos sobre los riesgos para la salud y las elecciones sanas, además de promover hábitos saludables, son una contribución. Los servicios para ayudar a los ancianos a mantener su salud e independencia son también importantes. Y los servicios

comunitarios de salud ambiental ayudan a garantizar la seguridad de los alimentos, el agua y el medio ambiente.

Los servicios de salud diseñados para curar las enfermedades y restablecer la salud también contribuyen a mantener a las personas saludables. Sin embargo, estos servicios no son realmente parte del enfoque de salud de la población porque están concentrados esencialmente en enfermedades individuales y factores clínicos de riesgo, en un país con altos índices de morbilidad evitable, como Perú, los servicios curativos y de rehabilitación tienen un rol fundamental que cumplir. En ese sentido, es importante analizar algunos de sus aspectos relevantes ⁵¹.

Sin embargo, en el análisis de la situación de salud de la población hay que tener claro que los determinantes sociales de la salud, a su vez, dependen de la realidad socioeconómica de la población y del rol del Estado respecto de la salud en el país. En cuanto a los servicios y prácticas de salud, también se puede mencionar que la falta de información en cuanto al adecuado uso de los servicios de salud disponibles es uno de los factores que afectan la salud familiar.

La enfermera juega un rol importante al liderar los procesos educativos en la detección oportuna de riesgos y el manejo apropiado de la salud. Las familias también deberían contar con un mayor apoyo de las Instituciones de salud, tanto para el acceso y oportunidad en los servicios, sobre todo en las zonas rurales.

La concepción de un sistema de salud puede llevarse a cabo desde varias perspectivas; Macinco, Montenegro, Nebot y Etiene nos proponen dos esquemas esenciales: uno basado

en la Atención Primaria en Salud (APS), que es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad; sus acciones básicas se proyectan hacia el compromiso de dar respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad ⁵².

La salud es un derecho universal que beneficia a la población por lo tanto una inaccesibilidad a este sistema se convierte en un riesgo que afecta a la población.

La propuesta de un modelo de salud en el Perú, deberá ir acompañado de la decisión política que permita las reformas estructurales del Sistema de Salud, su modelo de financiamiento y el cambio en la formación universitaria del paradigma en salud y que permita garantizar la salud de la población, mediante coberturas universales, equitativas y de calidad ⁵³.

En Sudamérica, a diferencia de los países europeos, la universalización de la protección social en salud no se completó de modo uniforme. Si bien en algunos casos la cobertura formal alcanza a toda la población, los sistemas, en general, son fragmentados y segmentados ⁵⁴.

Esto quiere decir que en el Perú y en Sudamérica uno de los principales problemas es la falta de un eficaz sistema de salud que permita una mejor atención de los pacientes, familias y comunidad en general, en parte por la fragmentación del sistema y la falta de un financiamiento adecuado.

Los servicios de salud deben ser provistos de profesionales calificados para dar una atención de alta calidad científica, humana y con capacidad resolutive. Hoy se reconoce la necesidad de que exista una puerta de entrada al sistema que debe estar en manos de un equipo profesional que les garantice a los pacientes una atención personalizada y continua y que se comprometa con sus necesidades para orientarlos en la búsqueda de soluciones y acompañarlos a través del sistema ⁵⁵.

Es otro de los principales problemas, la carencia de personal calificado que pueda brindar una atención adecuada a la población.

El acceso universal existe cuando a todos los habitantes del Estado, independientemente de su clase social, raza o género, se les asegura el acceso a un conjunto de productos y servicios sanitarios básicos o, lo que es lo mismo, a lo que la literatura llama “mínimo sanitario decente” ⁵⁶.

En nuestro sistema sanitario aún existe inequidad, se está tratando de superar las limitaciones sin embargo aún la reforma es un proceso a largo plazo.

Condiciones de vivienda y vecindario

Según Pilar Amaya, define las condiciones de vivienda y vecindario como aquellas características ambientales de la vivienda y vecindarios relacionados con la organización, seguridad, distribución e higiene y salud ambiental ³⁴.

La vivienda es considerada un determinante de salud, debido a que la población con mayor riesgo se encuentra en las condiciones más deficientes de vivienda y entorno. Así, el consumo de agua sin tratamiento previo de potabilización

conlleva el riesgo de transmitir enfermedades de origen hídrico, como las diarreas, vómitos, gastroenteritis, cólera, tifus, etc. Alimentos no lavados y cocidos pueden transmitir bacterias como *Escherichia coli*, *Salmonella* y parásitos nocivos para la familia.

La falta de higiene vinculada a la escasez de agua, uso inapropiado o contaminación de la misma, puede provocar enfermedades diarreicas, cutáneas, septicemias y enfermedades oculares ⁵⁷.

Según el MINSA las condiciones de vivienda y vecindario son características del entorno físico general, del lugar de trabajo, del hogar, y de los lugares por donde usualmente transita la población. Existen importantes determinantes de su salud que derivan de la contaminación del aire –incluida la exposición secundaria al humo de tabaco–, la contaminación del agua y de los alimentos que ingerimos, el nivel de exposición a los rayos infrarrojos, el contenido de oxígeno en el aire que respiramos, de la seguridad en el diseño de las viviendas, las escuelas, las carreteras y los lugares de trabajo.

El desarrollo económico, la industrialización y la implementación de modelos económicos que basan el crecimiento en el aumento sostenido del consumo han producido en los últimos años cambios significativos en el medioambiente. Las zonas urbanas contribuyen a los cambios mundiales del medioambiente mediante el consumo de recursos, el uso del suelo y la producción de residuos, y, al mismo tiempo, padecen sus consecuencias, que se pondrán de manifiesto plenamente en el mediano o largo plazo ⁵⁸.

No solo podemos decir que es un problema de falta de una cultura de protección del medio ambiente, sino también que

se relaciona con industrialización y consumismo imperante en la sociedad.

La vivienda saludable es aquel espacio físico de residencia que propicia condiciones satisfactorias para la persona y la familia, reduciendo al máximo los factores de riesgo existentes en su contexto geográfico, económico, social y técnico ⁵⁹.

Con esta definición podemos conocer los aspectos ideales de una vivienda saludable en condiciones aptas para la permanencia y sin riesgo del desarrollo de una enfermedad.

Los principales factores de riesgo que afectan la salud humana en la vivienda son, entre muchos otros, los materiales inadecuados de construcción, el almacenamiento inadecuado del agua y su consecuente contaminación, la inadecuada manipulación de alimentos, la falta de higiene y cuidado en la tenencia de animales domésticos, el uso y manipulación de químicos sin precaución, el manejo y eliminación inadecuados de excretas y basura ⁶⁰.

El proceso de urbanización y el aumento de la densidad poblacional generan necesidades no únicamente de ampliación, sino también de perfeccionamiento de redes de servicio, tratamiento de desagües industriales y domésticos, recolección y disposición adecuadas de la basura, así como mejoría de las condiciones de vivienda e higiene. En suma, la integridad y la eficiencia de los sistemas de saneamiento dependen de la estructura y del funcionamiento efectivo de cada uno de estos componentes ⁶¹.

Las condiciones de vivienda y vecindario, están influenciadas especialmente por la falta de saneamiento ambiental, ya sea por la presencia de basura en sitios inapropiados o de

animales como roedores y vectores, los cuales son focos infecciosos transmisores de enfermedades.

Los aspectos de vivienda y vecindario han sido objeto de control permanente pues el saneamiento ambiental y su cobertura son considerados como indicadores importantes para evaluar la gestión en salud pública. Un porcentaje de los hogares cuenta con electricidad, alcantarillado y acueducto, también algunas características del piso es que es falso o de mayólica ⁵¹.

Sobre las condiciones de vivienda y vecindario podemos decir que existen muchos factores que originan enfermedades. Estas en su mayoría son las EDAs, IRAs, las infecciones intestinales, el dengue, la malnutrición y la tuberculosis. Los problemas socioambientales como la drogadicción, la delincuencia, los accidentes de tránsito, una inadecuada infraestructura en el hogar, también traen como consecuencia que no haya un bienestar en las familias.

La contaminación del aire es actualmente uno de los problemas ambientales más severos a nivel mundial. En todas las sociedades, independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico, y salud del hombre se reportan evidencias sobre la asociación entre los contaminantes atmosféricos y el incremento de las consultas por enfermedades respiratorias.

En el Perú, la contaminación del aire afecta principalmente a las zonas urbanas y aunque sus consecuencias en la salud de las personas no se encuentran totalmente identificadas pueden clasificarse como inmediatas y de afectación a largo plazo. Se genera principalmente en el parque automotor y en las actividades industriales (minera y pesquera).

Situación económica

Pilar Amaya define esta dimensión como aquella vinculada con los ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, necesidades de salud, de educación y de recreación³⁴.

La realidad socioeconómica de la población tiene directa relación con los determinantes estructurales (vinculación con la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza) que, a su vez, influyen en los determinantes intermediarios. Es de ello que dependen las condiciones y los estilos de vida, el acceso a servicios públicos, la capacidad adquisitiva de la población, las oportunidades y condiciones laborales, la contaminación del ambiente, entre otras. Los estilos de vida son reflejo de la educación y cultura, y estos son directamente influidos por la accesibilidad (o inaccesibilidad) a la educación (y a la calidad de la misma), y por la incorporación de estilos de vida que modifican los patrones culturales que no contribuyen a la salud. Incluso los aspectos biológicos como la etnia o la raza terminan comportándose como determinantes sociales, ya que ello se vincula con las posibilidades de acceder o no a mejores condiciones nutricionales, a tener un mejor sistema inmunológico, o mejor capacidad de aprendizaje, entre otras¹¹.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) los resultados de la línea de pobreza, en el período 2010 - 2011, presenta un crecimiento de 4,7 % a nivel nacional, siendo mayor este incremento en el área rural con 5,1 %, seguido de Resto urbano con 5,4 % y Lima Metropolitana con 3,6 %. A nivel regiones se observa que el mayor incremento de la línea de pobreza se dio en la Selva urbana con 7,0 %,

seguido por la Costa rural 6,2 %, Costa urbana con 5,4 % y Selva rural, 5,3 %, entre los principales ⁹.

Podemos decir entonces, que el riesgo por situación socioeconómica, afecta principalmente a las familias por los escasos ingresos para cubrir las necesidades de salud y los problemas de salud no resueltos, ni controlados

El desempleo conlleva a crisis familiares no esperadas. La falta de empleo, conlleva a la pobreza, aunque sus causas varían de acuerdo con el género, la edad, la cultura y otros factores sociales y económicos. La pobreza, se concibe como la situación que afecta a las personas que carecen de lo necesario para el sustento de sus vidas, es decir, que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, es un concepto multidimensional que no tiene en cuenta solo aspectos económicos sino que comprende aspectos espirituales y ambientales, limitando la oportunidad de vivir sanamente con libertad y dignidad.

Manejo de menores

Amaya define esta dimensión como aquella en la que se cuenta con la presencia de niños menores de 12 años. También incluye el manejo de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos ³⁴.

La morbilidad en la niñez representó más del 45 % del total de atenciones de consulta externa realizadas en el 2008. Las infecciones de las vías respiratorias agudas constituyeron la primera causa de morbilidad con más del 40 % del total de atenciones. Seguida muy por debajo por las enfermedades infecciosas intestinales (8.6 %) y las otras enfermedades infecciosas y parasitarias y sus secuelas (8.3 %). Posteriormente se encontraron otras causas como las

afecciones dentales y periodontales (8.1 %), las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (5.5 %) y las deficiencias de la nutrición (4.0 %). Se puede evidenciar que las enfermedades infecciosas representan más del 55 % del total de las atenciones de consulta externa en esta etapa vida⁶².

Esto indica que condiciones inadecuadas de la vivienda y el entorno en el que se desenvuelven los niños, la falta de saneamiento, la inseguridad, las bandas delictivas; todo esto afecta directamente la salud familiar.

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

Es de resaltar los factores de riesgo y de predisposición como son las madres adolescentes, el bajo nivel de escolaridad, la negligencia y los limitantes culturales en la comunidad. Se requiere de la intervención conjunta de estrategias del Ministerio de Salud tal como la de: "Alimentación y Nutrición Saludable" que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales. También la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunización (ESNI) o "Programa Nacional de Inmunizaciones", que prioriza la prevención de enfermedades a través de la vacunación como elemento crucial en el desarrollo de las naciones pobres, condicionando a su vez: Un incremento en la producción, mejor educación, mejora en la inversión pública y un impacto positivo en la demografía.

2.3.3 Rol de la Enfermería en la comunidad

Las funciones propias del personal de enfermería están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

Hoy, en el país, el sistema de salud en general, y en particular en el nivel primario de atención están reorganizando y regulando sus propias funciones para redimensionar su rol en el trabajo con la comunidad. El profesional de enfermería tiene una visión reformadora, tendente a cambiar de forma preventiva los aspectos y de la sociedad, transformándola y convirtiéndola en una sociedad sana en todos los ámbitos ⁶³.

Según el enfoque holístico el ser humano es considerado un ser integral, como un conjunto de procesos e intervenciones, con varios aspectos los cuales son importantes para mantener el bienestar. En este aspecto la enfermera considera al individuo como un ser holístico, por ello no solo se trabaja a nivel individual sino también a nivel familiar y comunitario ya que se encuentra inmerso en la sociedad donde cumple un papel. La salud se va ver afectada a nivel físico, psíquico o social, pues la salud no solo significa ausencia de enfermedad.

En el pasado, la familia del paciente era vista de diferentes maneras por los profesionales de enfermería. A veces, como personas que podían ayudar con tareas de cuidado y así reducir la cantidad de trabajo del profesional. En otras ocasiones, como un estorbo. Ahora, en enfermería no se ve a la familia ni como una ayuda ni como un estorbo, sino como

un conjunto de personas que están afectadas por la enfermedad de una de ellas. Son también pacientes porque están sufriendo y pasando por una dificultad ⁶⁴.

La enfermera del primer nivel tiene un rol muy importante como agente que ayuda a fomentar la promoción y prevención de la salud, para reducir y controlar las incidencias de enfermedades no solo a nivel individual sino familiar y comunitario.

Además la enfermera como cualquier otro profesional de salud tiene presente el aspecto ético en todo momento durante el desarrollo de sus actividades e intervenciones, por eso preservará la vida ante todo, respetando la autonomía del paciente y actuando de la manera más justa y equitativa.

2.4 Hipótesis

El Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos es amenazado.

2.5 Variable

Riesgo Familiar Total.

2.6 Definición conceptual

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

2.7 Definición operacional

El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en el momento de la entrevista a las familias del Sector I del Asentamiento Humano Juan Pablo II, la cual será medido con el cuestionario RFT 5:33. (Ver anexo C)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo – diseño de investigación

La presente investigación correspondió al enfoque cuantitativo, ya que se utilizó un instrumento de recolección de datos cuantitativo que es el instrumento RFT 5:33, este buscó medir y cuantificar el riesgo familiar total de las familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, nuestra investigación fue prospectiva porque se registró la información según iban ocurriendo los hechos o fenómenos.

Nuestra investigación según el periodo y secuencia del estudio fue transversal, porque se estudió la variable en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

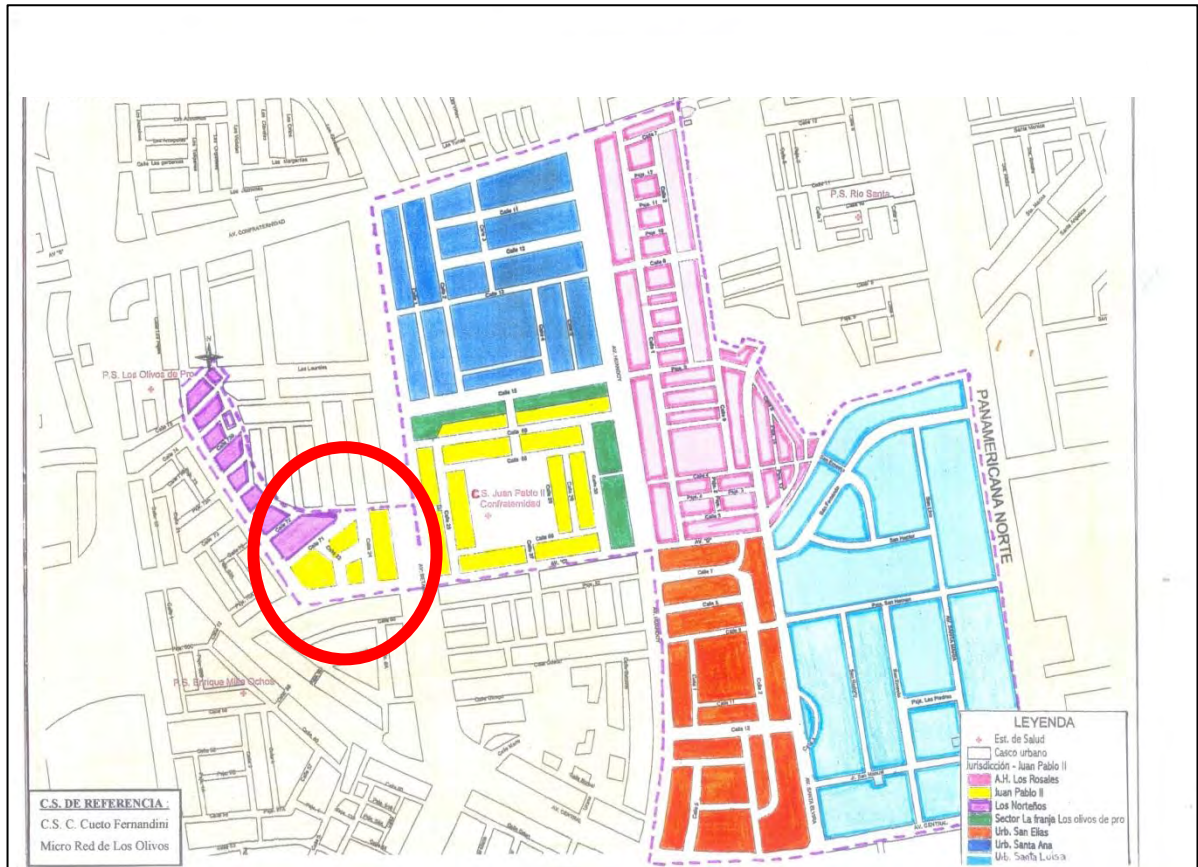
Nuestra investigación según el análisis y alcance de los resultados fue descriptiva porque se determinó cuál es la situación de la variable que se estudió en el Asentamiento Humano Juan Pablo II.

3.2. Población, muestra y muestreo

En este estudio se trabajó con la población total y estuvo conformada por todas las familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos.

La población estuvo constituida por 146 familias. Se emplearon los criterios de inclusión y exclusión al realizar las encuestas.

MAPA DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II SECTOR 1 LOS OLIVOS



FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Que en las familias existan madres, abuelas o padres, ya que se presume que conocen la familia con suficiente detalle.
- Que el entrevistado tenga por lo menos 15 años de edad.
- Que el entrevistado este en capacidad física y mental de responder una entrevista.
- Que el entrevistado lleve por lo menos un año de pertenencia en la familia evaluada y conocer su trayectoria.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Personas que no están en capacidad física y/o mental para responder una entrevista
- Personas que no pertenezcan a la familia.
- Personas que no vivan como mínimo un año en la vivienda evaluada.
- Familia que no haya firmado el consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Familias que se nieguen a colaborar con el presente estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista, esta se desarrolló al hacer la visita a cada uno de los domicilios donde viven las familias que formaron parte de este estudio.

El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario RFT 5:33. (Ver anexo C)

En primera instancia, se realizó la coordinación con los dirigentes comunales para poder realizar la entrevista a las familias de la comunidad. Después de ello, se utilizó el mapeo para poder ser distribuidos entre los investigadores (Ver anexo D)

Posterior a ello se realizó la entrevista casa por casa, las personas seleccionadas fueron los padres de familias y en algunos casos fueron los hijos mayores de edad que cumplían los criterios de inclusión, los cuales debían firmar el consentimiento informado, previa información de la investigación a realizar en dicha comunidad (Ver Anexo E)

Si en el hogar se encontraba con la presencia de toda la familia, se optaba por que la persona que nos brindara la información sea el jefe de familia, en este caso el padre; y si el hogar era monoparental, la que nos brindaba la información era la jefa de familia en este caso la madre.

Hubieron casos en los cuales los miembros de la familia no cumplían los criterios de inclusión, por ello se tuvo que retornar a la comunidad y volver al hogar donde no se pudo entrevistar en su debido momento; esto se repetía hasta encontrar una persona que nos pudiera brindar la debida información y cumpliría los criterios de inclusión.

También tuvimos inconvenientes con algunas viviendas, ya que hemos ido hasta en cuatro oportunidades y no logramos recolectar la información de dichas viviendas, pues según algunos vecinos nos refirieron que los

dueños de dichas viviendas, llegaban hasta altas horas de la noche y venían pocas veces.

3.3.1. Contenidos del RFT 5:33

El instrumento de Riesgo Familiar Total, RFT 5:33 está compuesto por cinco secciones principales. Las cuatro primeras identifican y describen algunos aspectos importantes para el conocimiento, la tipificación de la familia y la historia de la trayectoria, aunque no tienen peso alguno sobre el puntaje total del inventario. La quinta sección está compuesta por 33 ítems y son las siguientes:

Identificación de la familia

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

Composición de la familia y riesgos individuales

Consiste en la identificación de cada uno de los miembros de la familia evaluada, incluyendo información sobre género, edad, papel dentro de esta y datos sobre algunas condiciones específicas que pueden representar riesgo individual, relacionadas con educación

sexual, servicios de salud, nutrición, vacunas y otras que se describen posteriormente en la sección de aplicación. Esta sección también identifica cada uno de los miembros, aun los fallecidos.

Antecedentes de patologías de carácter familiar

Esta sección consta de 19 elementos que indagan sobre condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se han presentado o son actuales en la familia en las tres generaciones anteriores. Tales condiciones, según datos epidemiológicos son de carácter familiar y puedan incrementar el riesgo de las generaciones actuales.

Instituciones de apoyo familiar

En esta parte se indaga sobre las instituciones, organizaciones o grupos sociales y de salud que pueden apoyar a los individuos y al núcleo familiar. Se identifica la presencia de estos grupos en la comunidad de la familia, así como la vinculación de esta a tales organizaciones. Adquieren importancia y se consideran parte del patrimonio de la familia cuando las condiciones psicosociales de esta son deprimidas o existen dificultades en la organización y funcionamiento familiar.

Factores de riesgo

Esta sección consta de 33 ítems que evalúan en conjunto Riesgo Familiar Total. Estos tienen puntuación de "1", "0" y NA (el NO Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores) según los criterios que se verán más adelante. A su vez, se encuentran distribuidos en cinco factores, de los cuales cada uno representa una dimensión del riesgo familiar. (Ver tablas 1 Y 2)

**TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE LA FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO
RFT 5: 33**

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33	
Título	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.
Tipificación	Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica, en muestras de población colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1al 3)
Usos	Para la investigación y la práctica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.

FUENTE: Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF : GEN-21 manual de aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento

TABLA 2: DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO**RFT 5: 33**

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

FUENTE: Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF : GEN-21 manual de aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento

3.3.2. Validez y confiabilidad del instrumento

En el año 2013, Abrego E., Larios B. y Onofre J., validaron el instrumento Riesgo Familiar Total – RFT 5:33, versión para nuestra realidad, en las familias del asentamiento humano Villa Señor de los Milagros, en el distrito de Comas de Lima Perú. La validación se hizo a través de 5 jueces de expertos, los cuales evaluaron el instrumento según las dimensiones y se obtuvo el resultado de validez total de 90.662 21.

Según las autoras de la anterior investigación, con respecto a la validación del instrumento RFT5:33, se evaluó las cinco dimensiones obteniendo como promedio en la dimensión Condiciones Psicoafectivas 86.19 %; Servicios y Practicas de salud 87.64 %; Condiciones de vivienda y vecindario 92.92 %; Situación económica 93.44 %; Manejo de menores 93.12 %; obteniéndose una validez total de 90. 662 %. Según los intervalos de clasificación, el puntaje califica como excelente (81 – 100 %).

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento se determinó una prueba piloto sobre una muestra aleatoria de 50 familias del Asentamiento La Franja de Los Olivos, luego se estimó el coeficiente de consistencia mediante Kuder – Richardson # 20 (KR20), que determinó que el instrumento es altamente confiable, alcanzando un valor total de 0,84 que es mayor que 0,70 siendo alto.

3.4. Proceso de recolección de datos

Para realizar la recolección de datos, primero se necesitó la aprobación del proyecto a cargo de la unidad de investigación de la Universidad de Ciencias y Humanidades. Luego se procedió a la presentación del

proyecto al Director del Centro de Salud Confraternidad Juan Pablo II y a los dirigentes de la comunidad; esto con la finalidad de obtener el consentimiento informado para que puedan participar de la investigación.

Las fuentes de recolección de datos fueron las familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, las familias que conformaron este estudio tenían su domicilio en el Asentamiento Humano, las cuales se recolectaron a través de un cuestionario RFT 5:33 de la colombiana Pilar Amaya.

Una vez recolectado los datos, estos fueron clasificados de acuerdo a un código establecido. Luego se ingresaron los datos a una matriz estadística, la cual se elaboró teniendo en cuenta las características y estructuras del instrumento. Para iniciar la recolección de datos previamente se realizaron las coordinaciones pertinentes con los dirigentes del Asentamiento y autoridades de organizaciones sociales del sector 1.

3.5. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos

Esta investigación que involucró a seres humanos tuvo muy presente los aspectos éticos.

Los instrumentos donde se registraron los datos fueron clasificados de acuerdo a los códigos durante la etapa del mapeo del Asentamiento Humano.

Los datos recolectados fueron tabulados en una base de datos del programa SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences), que es un paquete estadístico para ingresar y analizar datos.

Este programa consiste en un módulo base y módulos anexos que se han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos.

Al ser un estudio descriptivo la estadística a utilizarse fue la descriptiva.

Una vez abierto el programa SPSS 20 se procedió a crear 3 tablas una para los datos de identificación de familia, otro para detallar los datos de cada integrante de las familias y, por último, uno para los 33 ítems de las 5 dimensiones.

Se trabajó de manera simultánea con el equipo de investigación, creando primero en la vista de variables del programa cada uno de los datos a clasificar, luego se fue registrando cada una de las familias en la vista de datos.

Una vez finalizada las 3 tablas, se procedió a concatenarlas de acuerdo a la codificación de las fichas.

Finalmente, para obtener los resultados se usó los criterios de puntuación de “1”, “0” y NA (el No Aplica es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores). Luego se realizó la sumatoria para la obtención del puntaje bruto (sumatoria de los ítems componentes de cada factor expresada como $PB = It1a + It2a... + Itna$, donde $It1a$ es el primer ítem componente del factor e $Itna$ es el último ítem del factor).

El instrumento cuenta con dos sistemas de conversión de los PB: los percentiles brindan una transformación en términos de porcentajes, mientras las puntuaciones estándar (PE) la brindan en términos de unidades de desviación estándar. Entonces, el PB debe ser ubicado en las tablas de transformación correspondientes dependiendo del tipo de familia; posteriormente, el PB es reemplazado por la puntuación que le corresponda.

3.6 Aspectos éticos

En la presente investigación aplicamos los principios éticos durante todo el proceso, estos principios fueron mencionados durante la realización del consentimiento informado.

En la aplicación del consentimiento informado nos entrevistamos con cada representante de la familia, para explicarle el título y objetivos de la presente investigación, los beneficios y los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).

Una vez informado el representante tuvo la oportunidad de renunciar a la participación en la presente investigación

Finalmente, conforme con la participación en dicho estudio, el representante estampa su huella y firma.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

El total de viviendas contabilizadas fue 111, de las cuales 91 fueron viviendas censadas, 14 viviendas renuentes y 6 viviendas deshabitadas.

De estas 111 viviendas, el número total de familias fue 146.

Solamente se llegó a encuestar a un total de 104 familias del Asentamiento Humano Juan Pablo II. La población objeto de estudio fueron las familias que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, la cual estuvo caracterizada por los jefes o representantes del hogar de cada familia.

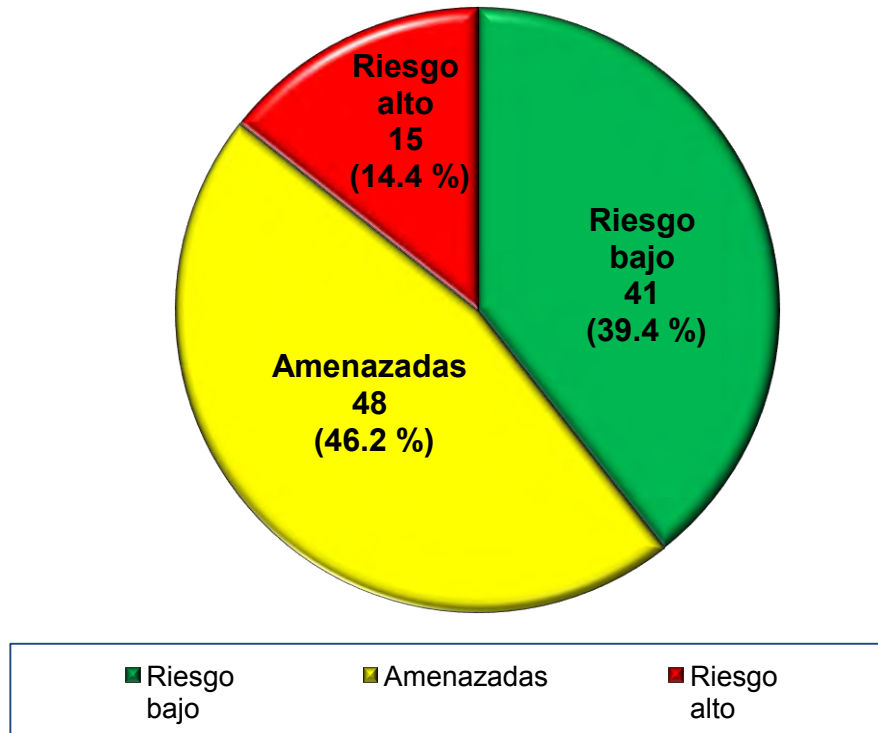
En el Asentamiento Humano Juan Pablo II también se analizó que: el sexo predominante del jefe del hogar es de varones con un 77.9 % (ver tabla 3).

La edad del jefe del hogar con mayor predominancia oscila de 40 a 49 años, representando el 31.7 % (ver tabla 4).

Según los tipos de familias, el tipo predominante es la familia nuclear con un 52.9 %, seguida de familia extensa 16.3 % (ver tabla 5).

GRÁFICO 1

RIESGO FAMILIAR TOTAL EN LAS FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II. LOS OLIVOS - 2013 (N=104)

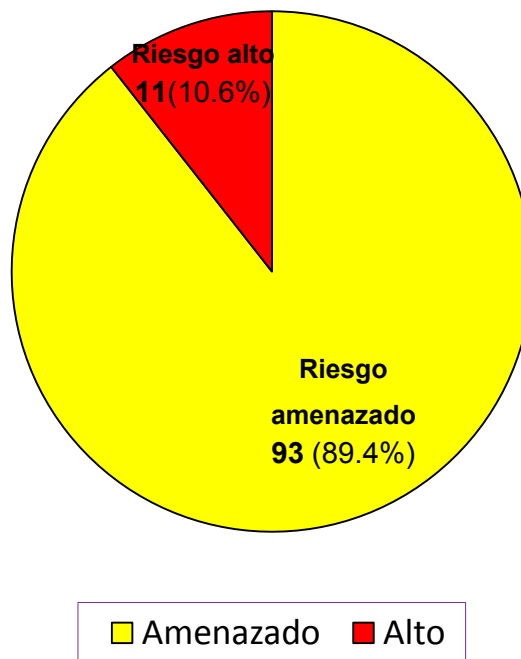


FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 1 se muestra la distribución del Riesgo Familiar Total de las familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II de Los Olivos, donde destaca que las familias amenazadas son 48, las cuales representan un 46.2 % con respecto al total; luego tenemos a las familias con riesgo bajo que son 41, las cuales representan un 39,4 % con respecto al total; y, por último, tenemos a las familias con riesgo alto que son 15 y representan un 14.4 % con respecto al total según el RFT 5 - 33.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL, SEGÚN DIMENSIÓN DE CONDICIONES PSICOAFECTIVAS EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013 (N=104)

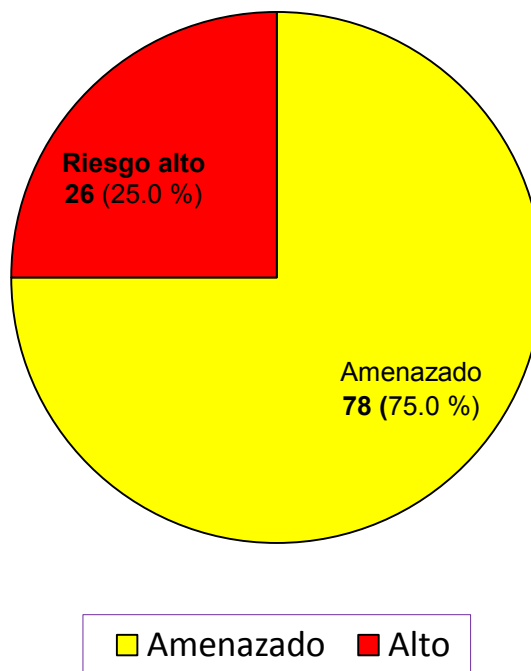


FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 2, según dimensión de condiciones psicoafectivas en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que 93 familias están amenazadas, las cuales representan un 89.4% con respecto al total; y 11 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 10.6% con respecto al total.

GRÁFICO 3

**DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL, SEGÚN DIMENSIÓN DE SERVICIOS Y PRÁCTICAS DE SALUD, EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II
LOS OLIVOS - 2013 (N=104)**

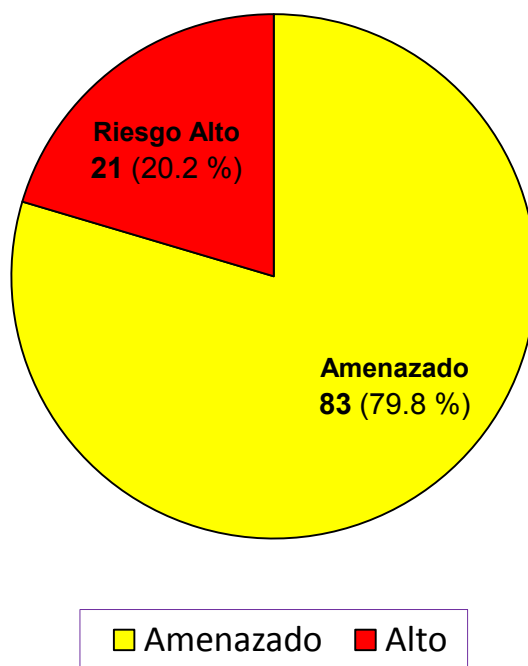


FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 3, según dimensión de servicios y prácticas de salud en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que 78 familias están amenazadas, las cuales representan un 75 % con respecto al total; y 26 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 25 % con respecto al total.

GRÁFICO 4

**DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL, SEGÚN DIMENSIÓN DE VIVIENDA Y VECINDARIO, EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II
LOS OLIVOS - 2013 (N=104)**

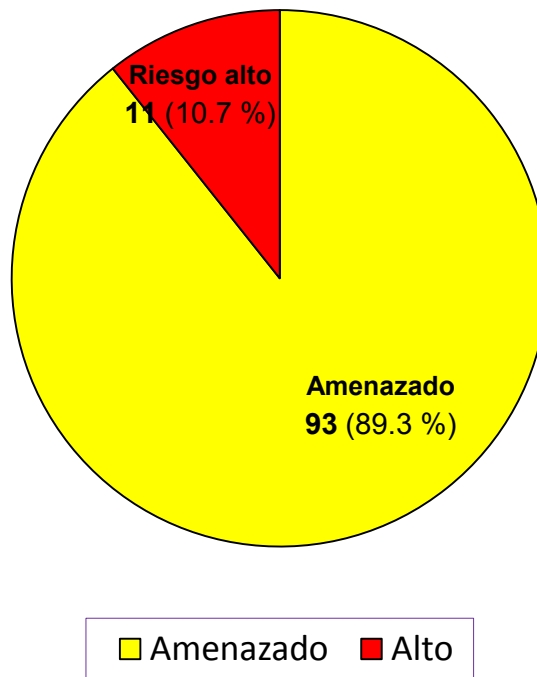


FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 4, según dimensión condiciones de vivienda y vecindario en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que 83 familias están amenazadas, las cuales representan un 79.8 % con respecto al total; y 21 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 20.2 % con respecto al total.

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL, SEGÚN DIMENSIÓN DE SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013 (N=104)

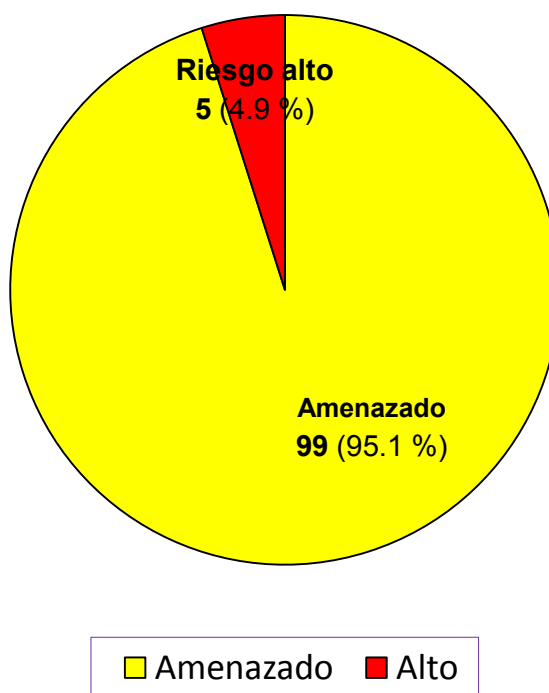


FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 5, según dimensión de situación socioeconómica en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que 93 familias están amenazadas, las cuales representan un 89.3% con respecto al total; y 11 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 10.7% con respecto al total.

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR TOTAL, SEGÚN DIMENSIÓN DE MANEJO DE MENORES, EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS - 2013 (N=104)



FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En el gráfico 6, según dimensión de manejo de menores en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II, encontramos que 99 familias están amenazadas, las cuales representan un 95.1 % con respecto al total; y 5 familias están en riesgo alto, las cuales representan un 4.9 % con respecto al total.

4.2. Discusión

En cuanto al Riesgo Familiar Total de las familias del Sector 1 del AA.HH. Juan Pablo II de Los Olivos, encontramos en los resultados descritos anteriormente que 48 familias están amenazadas (representan el 46.2 % del total), luego le siguen 41 familias con riesgo bajo (representan el 39.4 % del total) y al final tenemos 15 familias con riesgo alto (representan el 14.4 % del total), podemos decir de esto que 63 están entre riesgo alto y amenazadas, lo cual debe mantenernos en alerta. Las familias amenazadas pueden verse de dos formas, en primer lugar como potenciales familias a alcanzar un riesgo alto en el caso que no se les dé una atención y cuidados adecuados; en segundo lugar, puede tomarse estas familias amenazadas como una oportunidad para brindarles una atención integral que permita reducir su riesgo a bajo.

Los resultados de este estudio concuerdan con los estudios internacionales de Betancurth D., Betancurth D. y Amaya P, Mendoza M. y Amaya P. y de los estudios nacionales el trabajo de Camargo J., Cachicatari A. y Melgarejo Y., ya que en ellos se presentó al igual que en nuestros resultados, en primer lugar, a las familias amenazadas, seguidas de las familias con riesgo bajo y, finalmente a las familias de riesgo alto. Podemos señalar que de nuestros once estudios antecedentes, en seis de ellos, las familias amenazadas representan entre el 40 y 78 % del total de familias lo cual representa una valiosa oportunidad para intervenir en ellos y lograr que su riesgo familiar sea mínimo.

En cuanto a las familias con riesgo familiar alto, podemos decir que se les debe prestar una especial atención. En nuestro estudio, el 14.4 % de las familias presentó riesgo familiar alto; comparando estos resultados con nuestros estudios antecedentes el porcentaje es alto en comparación

a ocho estudios, excepto a los resultados que encontraron Velásquez C. y Velásquez V. de Colombia que obtuvieron un 34.7 % de familias con riesgo alto y los resultados de Pérez B. de Colombia que obtuvo un 62 % de familias con riesgo alto. También el estudio nacional de Camargo J., Cachicatari A. y Melgarejo Y. con 4.5 % de familias en alto riesgo.

La razón del alto porcentaje de familias con riesgo alto en nuestro estudio, y en los antecedentes antes mencionados, puede deberse a que nosotros realizamos nuestra investigación en una zona calificada como Asentamiento Humano, el cual presenta carencias, muy similar al estudio de Camargo J., Cachicatari A. y Melgarejo Y.; en el caso de Velásquez C. y Velásquez V. provienen de zonas con altos niveles de contaminación ambiental y de insalubridad, estos son barrios no legalizados y hay un inadecuado manejo de residuos sólidos con deficiente red de alcantarillado; y en el caso de Pérez B. la mayoría que participaron en su estudio son de las zona rurales las cuales presentan muchas carencias.

En nuestro trabajo de investigación, de las cinco dimensiones del RFT 5-33, las tres dimensiones más afectadas fueron Servicios y Prácticas de Salud con un 25 % (representa a 26 familias del total); en segundo lugar, la afectada fue la dimensión de Condiciones de vivienda y vecindario con un 20.2 % (representa a 21 familias del total) y, en tercer lugar, se encuentra la dimensión Situación Socioeconómica con un 10.7 % (representa a 11 familias del total). Las menos afectadas fueron la dimensión Condiciones Psicoafectivas con un 10.6 % (representa a 11 familias del total) y la dimensión Manejo de menores con un 4,9 % (representa a 5 familias del total).

De los once estudios antecedentes utilizados, los resultados de la dimensión más afectada (Servicios y Prácticas de Salud), son compatibles con los estudios de Betancurth D., que utilizó el RFT 5-33. También hay

compatibilidad con el estudio antecedente realizado por Beatriz P. que empleo el instrumento RFT 7-70 y el trabajo de Betancurth D. y Amaya P. que utilizó el instrumento RFT 5-33. De los estudios nacionales también existe compatibilidad con el estudio de Abrego E., Larios B. y Onofre J., en el que se utilizó el instrumento RFT 5- 33.

Analizando la dimensión más afectada, Servicios y Prácticas de Salud, de nuestro trabajo de investigación, la razón por la cual dicha dimensión nos sale con riesgo alto es porque al emplear el instrumento RFT 5-33, pudimos recopilar información de los pobladores, en donde nos mencionan que no hay una atención de calidad con respecto a los servicios de salud, no reciben una buena información y/o hay falta de información sobre aspectos relacionados a la salud, además, algunas personas no le prestan el debido interés a su salud, por motivos de tiempo y trabajo.

Con el estudio antecedente de Betancurth D., que utilizó el instrumento RFT 5-33, notamos que hay compatibilidad en los resultados con dicha dimensión, ya que se menciona que uno de los motivos por el cual se ha visto afectada la dimensión Servicios y Prácticas de Salud es porque las familias no conocen o no han percibido algún tipo de riesgo que afecte su salud, así mismo hay un manejo inapropiado de la salud por la falta de información de los servicios de salud.

Con el estudio antecedente de Pérez B., que empleó el instrumento RFT 7-70, presenta la dimensión más afectada Práctica de salud en un 4.36 %, lo cual es compatible con nuestro trabajo por presentar ambos la misma dimensión afectada, pero el motivo por el cual el estudio de Pérez B., presenta afectada esta dimensión es porque su trabajo fue realizado en una zona rural y refiere que ahí hay menos protección con respecto a la salud, lo cual lo relacionan al deterioro del medio ambiente; asimismo, a la

carencia de servicios públicos y falta de agua potable, lo que originan que las familias no tengan buenas prácticas de salud.

El estudio de Abrego E., Larios B. y Onofre J., que utilizó el instrumento RFT 5-33, muestra una compatibilidad con nuestro estudio ya que en las familias con alto riesgo, predominó la dimensión de servicios y prácticas de salud con un 7,3 %, seguida de la condición de vivienda y vecindario con un 6,5 %.

Las autoras nos mencionan en su estudio que uno de los motivos por el cual se ha visto afectada la dimensión Servicios y Prácticas de Salud es porque las familias no conocen o no han percibido algún tipo de riesgo que afecte su salud; asimismo, que hay un manejo inapropiado de la salud por la falta de información de los servicios de salud. Al igual que en nuestro estudio, su trabajo fue realizado en un AA.HH. Ellas refieren también, que ahí hay menos protección con respecto a la salud, lo cual lo relacionan al deterioro del medio ambiente, la carencia de servicios públicos y básicos, lo que origina que las familias no tengan buenas prácticas de salud e incrementan el riesgo de adquirir enfermedades.

Con respecto a la segunda dimensión afectada Condiciones de Vivienda y Vecindario de nuestro trabajo de investigación, el motivo por el cual está afectado es porque las viviendas de las familias no son propiedades propias, están en condiciones de alquiler; también se pudo notar la precariedad en la construcción de las viviendas y la falta de seguridad ciudadana por el aumento de la delincuencia, la drogadicción y el alcoholismo. Los vecinos también refieren malos hábitos por parte de la comunidad al arrojar basura en los parques, o al no desecharla de manera adecuada.

Con el estudio antecedente de Betancurth D., también hay compatibilidad en los resultados, ya que presenta esta dimensión como la segunda más afectada de su trabajo, ello lo relacionan a las condiciones ambientales de la vivienda, las condiciones del vecindario, las condiciones de seguridad en el barrio y también a la falta de higiene y organización deficiente del hogar.

El estudio de Abrego E., Larios B. y Onofre J., también muestra compatibilidad con respecto a la segunda dimensión afectada, Condiciones de Vivienda y Vecindario, ya que principalmente las viviendas están construidas de material precario como triplay, calamina y presentan el piso de tierra. También al igual que nuestro trabajo de investigación, el motivo por el cual están afectadas las familias es porque las viviendas no son propiedades propias, están en condiciones de alquiler; existe precariedad en la construcción de las viviendas y la falta de seguridad ciudadana por el aumento de la delincuencia, la drogadicción y el alcoholismo. Existen malos hábitos por parte de la comunidad al arrojar basura en los parques, o no desecharla de manera adecuada.

Analizando en nuestro trabajo de investigación, la siguiente dimensión más afectada fue Situación Socioeconómica, donde obtuvimos como resultados 11 familias con Riesgo alto (10.7%). El motivo por el cual estas 11 familias se vieron afectadas es que mediante las encuestas pudimos apreciar que hay familias en donde el ingreso es escaso o insuficiente para poder cubrir las necesidades, como el alimento, el vestido o el estudio. Además, en muchas familias la cabeza del hogar es la madre y ella tiene que solventar todos los gastos y sus ingresos no son suficientes para poder cubrir la canasta básica familiar.

También las familias manifestaron que hay una inaccesibilidad a los servicios de salud, esto se debe a que no tienen el dinero suficiente para poder atenderse y asistir al centro de salud. Existen problemas de salud no resueltos ni controlados que por más que hayan sido detectados, siguen siendo latentes, muy propensos a dañar a las familias. Se observa además, la sobrecarga por parte del jefe del hogar al buscar la manera de solventar los gastos familiares. En las familias existe la presencia de uno o varios hijos, algunos de ellos son mayores de edad, otros son estudiantes y reciben apoyo económico de sus padres, todo esto implica así, un mayor gasto económico para la familia.

El estudio antecedente de Betancurth D. que trabajo con familias de mujeres lactantes, también muestra compatibilidad con nuestro trabajo con respecto a la dimensión Situación Socioeconómica. Presenta un Riesgo alto de 7 %, ello lo relaciona principalmente por la presencia de pobreza, a que hay un menor ingreso frente a las necesidades básicas y también a la vagancia o sobrecarga de trabajo de algún miembro de la familia.

Con respecto a la dimensión Condiciones Psicoafectivas, en nuestro trabajo de investigación se obtuvo como resultado a 11 familias afectadas, es decir, con Riesgo alto (10.6%). La razón por la cual dichas familias se vieron afectadas con respecto a esta dimensión es que estas familias refirieron que existe separación de padres y hay desarmonía conyugal. No hay una buena convivencia de los padres y todo esto conlleva a una desintegración familiar ya sea por las separaciones o los divorcios. La falta de figuras paternas en la familia, afecta a los hijos(as) los cuales son los que sufren las consecuencias más graves por esta situación; se nota pues, que uno o varios de los miembros de la familia, presenta ansiedad por los problemas existentes. Todos estos problemas a largo plazo, alterarán la salud mental y el equilibrio psicoafectivo familiar.

La dimensión Manejo de menores, en nuestro trabajo de investigación, obtuvo como resultado que 5 familias del total se vieron afectada (4.5 %), así dicha dimensión fue la menos afectada. Esto se puede relacionar con el hecho que durante el desarrollo de las encuestas las familias refirieron dificultad en la orientación de sus hijos tanto adolescentes como escolares. Todo ello, evidencia una dificultad en la crianza. Asimismo, se obtuvo que algunas familias no llevan un buen control del crecimiento y desarrollo de los niños(as), perjudicando de esta manera el estado de salud y el desarrollo físico, pues al no existir este control adecuado, se desconoce si el niño(a), este óptimamente sano o se recupere de alguna enfermedad. Adicional a esto, se observó un manejo inapropiado de las EDAs e IRAs, todo ello relacionado al desconocimiento sobre higiene y salubridad por parte de algunas familias.

El estudio antecedente que muestra más compatibilidad con nuestro trabajo con respecto a esta dimensión de Manejo de menores es el de Betancurth D. Para ella, esta dimensión también resulta la menos afectada (7 %), ello lo relaciona a que en las familias hay un manejo inadecuado con respecto a las EDAs, IRAs, la dificultad con respecto a la orientación y disciplina de escolares y adolescentes, y el manejo inadecuado con respecto a menores de 11 años.

Otro aspecto a resaltar en nuestro estudio es el hecho de que la mayoría de nuestras familias se encuentran amenazadas, estas se representan de manera muy significativa en todas las dimensiones de nuestro estudio. El porcentaje de familias amenazadas encontradas varía entre 75 y 95 %.

Vemos que la dimensión Manejo de menores presenta 99 familias amenazadas, lo cual representa el 95.1 % del total. La otra dimensión que se encuentra amenazada es Condiciones Psicoafectivas con 93 familias que representan el 89.4 % del total. La tercera dimensión

amenazada es la de situación socioeconómica con 93 familias que representan 89.3 % del total.

En nuestro estudio la dimensión manejo de menores se encuentra amenazado debido a que se determinó que los menores pasan la mayor parte del tiempo al cuidado de otras personas que no son los padres, también que no cumplen en algunos casos con el control de crecimiento y desarrollo y son propensos a las enfermedades.

Revisando el estudio antecedente de Betancurth D., es el que más se asemeja a nuestro estudio, ya que hay 71 familias amenazadas (93 %) en la dimensión de Manejo de menores. Se observa un bajo porcentaje de más de cuatro menores de 12 años por grupo familiar y de la falta de seguridad. También se menciona el manejo inadecuado de las enfermedades diarreica aguda (EDAs), las infecciones respiratoria aguda (IRAs) y del control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 11 años (n=18) ¹⁹.

En nuestro trabajo, la segunda dimensión amenazada fue Condiciones Psicoafectivas, esto debido a que se encontraron familias de tipo disfuncional con problemas como el alcoholismo, hogares monoparentales y rol no gratificante de los cuidadores, muchas de estas familias viven en ansiedad y preocupación.

El trabajo de Betancouth D., también presenta la dimensión Condiciones Psicoafectivas como la segunda más amenazada. Según la información obtenida mucho más de la tercera parte se consideró en la categoría de familias amenazadas 95 % (n=72) y solo 5 % (n=4) en la de alto riesgo. La amenaza está especialmente relacionada con ingesta de alcohol, seguido del divorcio, la separación conyugal y la ansiedad permanente ¹⁹.

Betancourth D. encuentra estas condiciones en sus familias debido a que también viven en condiciones de pobreza y las familias son en alto grado disfuncionales.

En nuestro trabajo la tercera dimensión más afectada fue Condiciones Socioeconómicas ya que muchas de las familias no presentan un ingreso fijo, son desempleados o tienen trabajos eventuales. Los jefes de hogar no logran solventar la canasta familiar, y no es suficiente para las necesidades básicas.

Para Betancourth D., la tercera dimensión más amenazada también es la Socioeconómica. La mayoría de familias se consideró en amenaza de acuerdo con la situación socioeconómica y se aprecia el predominio del escaso ingreso para cubrir las necesidades del hogar, la pobreza, el menor ingreso frente a las necesidades básicas satisfechas (NBS) y la vagancia o sobrecarga de trabajo de algún miembro de la familia ¹⁹.

El estudio de Betancourth D., también es muy afín a nuestro trabajo, en el que la situación socioeconómica se presenta porque la familia no puede cubrir sus necesidades básicas, la insatisfacción es algo común entre los miembros y con ello se genera amenaza en otras dimensiones.

Con respecto al tipo de familia, según nuestro estudio encontramos 38 familias tipo 1 (Nuclear-Pareja) que representan 48,7 % del total, las cuales se encuentran amenazadas a diferencia de las familias de tipo 2 (Extensa-Atípica) en la cual hubo 10 familias, las cuales representan un 38,5 % también en la condición de amenazadas.

Encontramos que el número de familias amenazadas tipo 1 es mayor que el tipo 2, esto debido a que muchas de ellas no cuentan con el apoyo económico de otras personas o porque la familia tampoco recibe apoyo de instituciones sociales.

El estudio de Velásquez L., que utilizó el instrumento RFT 5- 33, muestra una compatibilidad con nuestro estudio ya que presenta 18 familias de tipo 1 que representa el 56 % del total en condiciones de amenazadas, mientras que las familias de tipo 2 son 5 que representan 28 % de total.

La falta de apoyo familiar, sea de tipo instrumental, económico, informativo y afectivo es una situación que se ha encontrado relacionada con el mayor riesgo de enfermar. Posiblemente, la situación de pobreza y la falta de apoyo familiar y social sean las responsables de la mayor proporción de familias amenazadas entre las familias nucleares²⁰.

Coincidente con el estudio de Velásquez L., en nuestro trabajo también se percibe que las familias del tipo 1 no reciben el apoyo suficiente, es por ello que se muestra un alto porcentaje de familias amenazadas.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para concluir este trabajo de tesis, este capítulo se dedicará a mostrar las conclusiones y recomendaciones obtenidas a lo largo de él. Lo anterior será con el fin de que se le pueda dar continuidad al proyecto, así como mostrar los beneficios obtenidos.

5.1 Conclusiones

- Las familias de los centros de salud: Centro Materno Infantil Juan Pablo II y Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús de la Microred Los Olivos 2013, presentan Disfuncionalidad Familiar.
- La mayoría de las familias de ambos establecimientos de salud trabajados tienen una adaptabilidad alta ya que los integrantes de dichas familias satisfacen sus necesidades mutuamente.
- Casi la mitad de las familias encuestadas refieren que hacen partícipe a su paciente en cuanto a la toma de decisiones, lo cual se refleja en la dimensión de participación.
- Casi la mayoría de familias encuestadas de ambos establecimientos de salud apoyan parcialmente a las emociones o ganas de emprender del paciente.
- La mayoría de familias encuestadas tienen un afecto bajo ya que las familias no expresan afecto para con el paciente.

- La mayoría de familias encuestadas tienen poco espacio, tiempo y dinero para compartir con el paciente.

5.2 Recomendaciones

1. Informar a la población, a los actores sociales de la comunidad y al Centro de Salud Juan Pablo II sobre los resultados de la investigación, para que se puedan desarrollar equipos multidisciplinarios que logren disminuir los principales riesgos que afectan a esta comunidad.
2. Fomentar la importancia del desarrollo de proyectos que impliquen el beneficio de las familias con respecto a aspectos que involucren su integridad, que favorezcan el desarrollo de la comunidad y contribuyan a la solución de los problemas encontrados.
3. Fomentar en la comunidad, familias, los programas que brinda el Centro de Salud, los cuales favorecen al desarrollo integral de cada uno de sus miembros.
4. Brindar información del presente trabajo de investigación e incentivar a los estudiantes para que puedan ver lo valioso de trabajar con familias y comunidad; asimismo, la importancia de trabajar con el instrumento Riesgo Familiar Total 5:33.
5. Adaptar de una forma más correcta el instrumento para emplearlo en las familias pues el tiempo utilizado suele ser extenso; de este modo se puede favorecer la colaboración de las familias.
6. Se recomienda realizar estudios de tipo familiar y correlacional entre riesgo familiar total con otras variables que permitan un mejor análisis de las familias estudiadas.

7. Trabajar con todas las autoridades de la comunidad para que así de esta manera se sumen al trabajo con las familias, con esto la investigación se puede enriquecer aun más.
8. Desarrollar trabajos relacionado con la familia y ver el aspecto con el enfoque cualitativo y cuantitativo ya que favorece el estudio familiar.
9. Trabajar en coordinación con el centro de salud en el aspecto familiar y comunitario para que así se potencie más trabajos de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomasina F. Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. Rev salud pública Internet . 2012 1 (1):5 – 7 . Available from: [.redalyc.org articulo.oa id= 222 29 00](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=222_29_00)
2. Aldeas Infantiles SOS. La familia en el centro 2012. 1ra. ed. Aldeas Infantiles SOS, editor. Lima; 2013.
3. Social Trends Intitute. ¿Qué tienen que ver el matrimonio y la fecundidad con la economía? [Internet]. Barcelona; 2010 p. 14–46. Available from: <http://sustaindemographicdividend.org/wp-content/uploads/2012/07/AF-Estudio-Social-Trends-Institute-BAJA.pdf>
4. Betancurth D. y Amaya M. Caracterización del riesgo familiar total de las familias de mujeres en lactancia materna, Villamaría (Caldas). Rev Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2012;1(17):29–44. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309124894001.pdf>
5. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Aquichan [Internet]. 2003;3(3):21–31. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74130305.pdf>
6. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe 2012 . [Internet]. 1ra. ed. ONU-Habitat, editor. Brasil; 2012. Available from: http://www.onuhabitat.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=362&Itemid=538
7. Universidad de Piura. Mapa mundial de la familia 2013. 1ra. ed. Social Trends Institute, editor. Lima; 2013.
8. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. [Internet]. 1ra. ed. J&O

EDITORES IMPRESORES S.A.C, editor. Lima; 2012. Available from: <http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA-2012-2021.pdf>

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza 2007-2011 [Internet]. Lima; 2012 p. 123. Available from: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico.pdf

10. Huaicha C. Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el distrito de Los Olivos. [Internet]. Lima; 2005 p. 53. Available from: [.cicad.oas.org ... diagnosticofinal Diagnostico Final Olivos.pdf](http://www.cicad.oas.org/.../diagnosticofinal/Diagnostico_Final_Olivos.pdf)

11. Ministerio de Salud del Perú. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad [Internet]. 1ra. ed. MINSA, editor. Lima; 2011. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1617.pdf>

12. Morillo B. Los Olivos: Un sueño hecho realidad. 1ra. ed. ISBN, editor. Lima; 2005.

13. Centro Materno Infantil Confraternidad Juan Pablo II. Informe anual 2012 Los Olivos: CLAS Juan Pablo II. Lima; 2012. p. 10.

14. Velásquez C. y Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar total en las familias con adultos mayores funcionales, sector de Patio Bonito, Bogotá, 2005. *av enferm* [Internet]. 2007;25(2):10–21. Available from: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv2_2.pdf

15. Fajardo E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué. *Salud Uninorte* [Internet]. 2008;24(2):248–57. Available from: www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722410

16. Enríquez C. y Cataño N. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. *av.enferm* [Internet]. 2009 27(2):127– . Available from: [.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12975](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12975)

17. Orozco M. y Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar en familias de estudiantes del programa de enfermería de una universidad pública. *Rev*

Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2010;15(1):78–91. Available from: www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693007

18. Mendoza M. y Amaya P. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Medigraphic [Internet]. 2010;24(4):236– 241. Available from: [.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip10_d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip10_d.pdf)

19. Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna, Villamaria, Caldas, Colombia. [Tesis de maestría] [Internet]. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Universidad Nacional de Colombia 2011. p. 11 . Available from: [.bdigital.unal.edu.co/511/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/511/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf)

20. Velásquez L. Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda. Tesis de maestría Internet . Universidad Nacional de Colombia 2012. p. 1 2. Available from: [.bdigital.unal.edu.co/70591595/2012.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/70591595/2012.pdf)

21. Abrego E., Larios B. y Onofre J. Riesgo Familiar Total en las familias del sector A-3 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas – 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. p. 160.

22. Camargo C., Cachicatari J y Melgarejo Y. Riesgo familiar total en las familias del sector A-1 del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros, Comas - 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2013. p. 149.

23. Angeles G. Familia y educación familiar. 1ra. ed. NARCEA, editor. Madrid; 2008.

24. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ra. ed. RAE, editor. España; 2014. Available from: http://www.rae.es/sites/default/files/Dossier_Prensa_Drae_2014_5as.pdf

25. Minuchin S. Familias y terapia familiar [Internet]. 1ra. ed. Gelisa, editor. Barcelona; 2004. Available from: <https://www.academia.edu/7006953/148423637-38636567-Familias-y-Terapia-Familiar-Minuchin-y-Haley-1>

26. Silva I. y otros. Significados y valores de familia para adolescentes escolares. I. RENE [Internet]. 2011;12(4):783–9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
27. Bustamante S. Enfermería Familiar [Internet]. 1ra. ed. Biblioteca Nacional del Perú, editor. Trujillo; 2004. Available from: <http://www.efamiliarcomunitaria.fcm.unc.edu.ar/libros/Enfermer%EDaFamiliar.pdf>
28. Darias C. La familia como unidad de atención enfermera. Enfermería comunitaria. 2009;1(2):166–77.
29. Melo M. Relaciones vinculares en familias latinoamericanas. Rev Salud Pública [Internet]. 2013;17(1):57–67. Available from: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP_EE_09_art3.pdf
30. Tazon P. Relación y comunicación. Enfermería siglo XXI. 1ra. ed. Difusión Avances de Enfermería, editor. Madrid; 2004.
31. Ugarte R. La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. In: CEDRO, editor. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud [Internet]. 1ra. ed. Lima 2010. p. 10–9. Available from: [.cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap5_p1_0_1_9.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap5_p1_0_1_9.pdf)
32. García G. y otros. Enfermería Familiar y social [Internet]. 1ra. ed. Ciencias Médicas, editor. La Habana; 2004. Available from: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABtQgAF/enfermeria-familiar-y-social>
33. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Fortalecimiento a las familias 2013 - 2021 [Internet]. Lima; 2013 p. 1–150. Available from: <http://www.mimp.gob.pe/files/planes/plan-nacional-fortalecimiento-familias-2013-2021.pdf>
34. Amaya P. Instrumento de salud familiar: familias en general ISF : GEN-21: manual aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y de aplicación del instrumento. 1ra. ed. Universidad Nacional de Colombia, editor. Colombia; 2004.

35. Epstein N., Baldwin L. y Bishop D. El Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar : una visión de la familia normal. Rev del Matrim y la Ter Fam [Internet]. 1983;9(2):171–80. Available from: https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares [Internet]. 2da. ed. INEI, editor. Lima; 2010. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Tipos-y-Ciclos-de-Vida-Hogares.pdf>
37. Avila D. Familia y crisis socioeconómica en el Perú. In: UNESCO, editor. Familia y desarrollo en América Latina y el Caribe [Internet]. 1ra. ed. Caracas; 1988. p. 200. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001573/157377so.pdf>
38. Condori L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002. p. 120. Available from: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/data/tesis/salud/condori...t_completo.pdf
39. Aviña J. La familia en América Latina. Bien Común [Internet]. 2007;152(1):30–2. Available from: http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc152/jaime_avina.pdf
40. Violeta S. y Lafosse V. La familia, la mujer y la socialización de los hijos en contextos sociales diferentes [Internet]. Lima: PUCP; 1977. p. 45. Available from: <http://www.concertaciondescentralista.com/nuestra-gente/hojas-de-vida/violeta-sara-lafosse-valderrama>
41. Clement-Stone S., Eigsti D. y Mcguire L. Familia completa y Enfermería en Salud Comunitaria [Internet]. 3ra. ed. Mosby, editor. St. Louis; 1991. Available from: <http://maximumbook.org/Comprehensive-Family-and-Community-Health-Nursing-page1382403895.html>
42. Ezzati M. y otros. Principales factores de riesgo seleccionados, carga mundial y regional de enfermedades. The Lancet [Internet]. 2002;360:1347–60.

Available from:
http://ehs.sph.berkeley.edu/krsmith/CRA/prev_cra/EzzatiM_2002.pdf

43. Conde F. La percepción social de los riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid. De la percepción social a la construcción social de los riesgos [Internet]. Madrid; 2007 p. 118. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D57+La+percepci%C3%B3n+social+de+los+riesgos+en+salud+p%C3%ABlica+en+la+Comunidad+de+Madrid.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779005227&ssbinary=true>

44. Beck U. La Sociedad del Riesgo Global [Internet]. 1ra. ed. XXI S, editor. Madrid; 2002. Available from: http://www.um.es/tic/LIBROS_FCI-II/Beck_Ulrich_-_La_Sociedad_Del_Riesgo_Global.pdf

45. Bornstein V. y Scherlowski M. Agentes comunitarios de salud: la reconstrucción del concepto de riesgo a nivel local. Interface [Internet]. 2010;14(32):93–101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08.pdf>

46. Friedemann M. El Marco de Organización Sistémica: una aproximación conceptual a las familias y a Enfermería [Internet]. 1ra. ed. SAGE, editor. California; 1995. Available from: http://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=owh1AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=4PhmraEKRD&sig=6qZ08-_NmJTBxZYc1nWBZ4-Z29l&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

47. Lupica C. Madres solas en la Argentina. Dilemas y recursos para hacer frente al trabajo remunerado y al cuidado de los hijos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2012;31(1):13–7. Available from: http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/Revista_Sarda/2012/Madres_solas

48. Morales H. Violencia cometida por los adolescentes en la familia o cuando son los hijos los que maltratan Un estudio en la ciudad de Barranquilla, Colombia 1. Rev crim [Internet]. 2011;53(2):99–121. Available from: http://oasportal.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol53_2/04violencia.html
49. Mascaró P y otros. Violencia basada en género en zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y Callao , 2007 - 2010. An Fac Med [Internet]. 2010;73(2):127–33. Available from: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v73n2/pdf/a08v73n2.pdf>
50. Martínez C. y otros. Ansiedad en la familia, diferencias entre familias normales y familias disfuncionales. Cent Reg Investig en Psicol [Internet]. 2006;1(1):21–3. Available from: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/05ansiedad_en_la_familia.pdf
51. Lip C. y Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú [Internet]. 1ra. ed. MINSA, editor. Lima; 2005. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
52. Ocampo M. y otros. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2013;12(24):114–29. Available from: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/estudios_2.pdf
53. Vallejos R. y Vilcahuaman J. Modelos de atención de salud en el Perú. Contextos e influencias. Rev estomatol Hered [Internet]. 2013;23(1):44–9. Available from: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2013/reh_vol23_n1/reh_vol23_n1_art008.pdf
54. Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. 1ra. ed. ISAGS, editor. Río de Janeiro; 2012. Available from:

http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

55. Yepes F. ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud? Rev gerenc políticas salud [Internet]. 2013;12(24):5–7. Available from: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/editorial.pdf

56. Zúñiga A. Un modelo de adjudicación de recursos sanitarios para Chile. Acta bioeth [Internet]. 2012;18(2):221–30. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n2/art10.pdf>

57. Chiesa T. y otros. Salud y vivienda. Aglomerados urbanos de Argentina 2003-2011. Rev salud pública [Internet]. 2011;17(1):28–45. Available from: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_2_06_art3.pdf

58. Torlaschi A. y otros. Promoción del cuidado del medioambiente en el Hospital Italiano. Rev del Hospital Buenos Aires [Internet]. 2010;31(4):117–21. Available from: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/114_25_117-121_HI_4-7_Torlaschi.pdf

59. Dirección General de Promoción de la Salud Ministerio de Salud. Programa de Familias y Viviendas Saludables [Internet]. 1ra. ed. Biblioteca Nacional del Perú., editor. Lima; 2006. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/150_progfam.pdf

60. Alzate E. y otros. Vivienda nueva rural enmarcada en la estrategia vivienda saludable: Copacabana, Antioquía (Colombia), 2011. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2012;17(2):40–59. Available from: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(2\)_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(2)_4.pdf)

61. Bellido J. y otros. Saneamiento ambiental y mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades de transmisión hídrica en Brasil. Rev panam salud pública [Internet]. 2010;28(2):114–20. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n2/a07v28n2.pdf>

62. Valdez W. y otros. Análisis de la situación de salud del Perú [Internet]. 1ra ed. Biblioteca Nacional del Perú, editor. Lima; 2010. Available from: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf
63. Roman H. Introducción a la Enfermería II [Internet]. Callao; 2011 p. 125. Available from: http://www.unac.edu.pe/documentos/organizacion/vri/cdcitra/Informes_Finales_Investigacion/Abril_2011/IF_ROMAN_FCS/CARATULA.PDF
64. Valverde C. Comunicación terapéutica en Enfermería. [Internet]. 1ra. ed. Difusión Avances en Enfermería, editor. Difusion Avances de Enfermeria. Madrid; 2007. Available from: <http://es.scribd.com/doc/50712983/COMUNICACION-TERAPEUTICA-EN-ENFERMERIA>

ANEXOS

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

MATRIZ DE TIPO Y DISEÑO			
TÍTULO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE (Por su naturaleza)	ESCALA DE MEDICIÓN
Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013	Riesgo Familiar Total	Cualitativa o categórica	Ordinal

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Título de la investigación: Riesgo Familiar Total en familias del sector 1 del Asentamiento Humano Juan Pablo II Los Olivos – 2013

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo Familiar Total	El riesgo familiar total es la probabilidad de sufrir consecuencias adversas individuales y familiares debido a la presencia de características detectadas en el momento de la entrevista	El riesgo familiar total es la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares debido a la presencia de características psicoafectivas, servicios y prácticas de salud, vivienda y vecindario, situación económica, y manejo de menores detectadas en el momento de la entrevista a las familias del Sector I del Asentamiento Humano Juan Pablo II, la 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	Familias con bajo riesgo	FAMILIA TIPO 1: PE ES INFERIOR A 54 FAMILIA TIPO 2 PE INFERIOR A 55
			Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud. Prácticas de cuidados de la salud y manejo de problemas prevalentes	6	Familias Amenazadas	FAMILIA TIPO 1: PE ES ENTRE 56 Y 68 FAMILIA TIPO 2 PE ES ENTRE 55Y 68
			Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario en cuanto organización, seguridad, distribución de espacios e higiene y salud ambiental.	5	Familias con alto riesgo	FAMILIA TIPO 1 PE SUPERIOR A 70 FAMILIA TIPO 2 PE SUPERIOR A

			Situación económica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6		70
			Manejo de menores	Presencia de niños menores de 12 años y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6		

ANEXO B: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA																																																				
TÍTULO: RIESGO FAMILIAR TOTAL EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II LOS OLIVOS – 2013																																																				
AUTORES: Becerra Cubas, Wister Israel ; Diaz Pareja, Juana Sofía ; Rocha Durand, Juan Pablo																																																				
METODOLOGIA	INSTRUMENTO	CRONOGRAMA			PRESUPUESTO																																															
<p>MÉTODO: La presente investigación corresponde al enfoque cuantitativo</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION: Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, nuestra investigación es prospectiva porque se registrará la información según vayan ocurriendo los hechos o fenómenos.</p> <p>Nuestra investigación según el periodo y secuencia del estudio es transversal, porque se estudiará la variable en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.</p> <p>Nuestra investigación según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo porque se va a determinar cuál es la situación de la variable que se estudiará en el Asentamiento Humano Juan Pablo II.</p>	<p>TÉCNICA: Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%;">Titulo</td> <td>Instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5:33</td> </tr> <tr> <td>Autor</td> <td>Pilar Amaya</td> </tr> <tr> <td>Aplicación</td> <td>Individual, familias de estratos socioeconómicos bajos (1,2,3)</td> </tr> <tr> <td>Participante</td> <td>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.</td> </tr> <tr> <td>Duración de la aplicación</td> <td>Variable, de 20 a 40 minutos.</td> </tr> <tr> <td>Finalidad</td> <td>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.</td> </tr> <tr> <td>Material</td> <td>Manual, formato de aplicación, regla, lápiz, borrador y hoja de perfil RFT 5:33.</td> </tr> <tr> <td>Tipificación</td> <td>Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica, en muestras de población colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1al 3)</td> </tr> <tr> <td>Usos</td> <td>Para la investigación y la practica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.</td> </tr> </tbody> </table>	FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33		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.	Tipificación	Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica, en muestras de población colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1al 3)	Usos	Para la investigación y la practica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">ABRIL</td> <td style="width: 15%;">MAYO</td> <td style="width: 15%;">JUNIO</td> <td style="width: 15%;">JULIO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2013 ACTIV.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INICIO PROYECTO</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ELABORACION PROYECTO</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SUSTENTACION PROYECTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>				ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	2013 ACTIV.					INICIO PROYECTO	X				ELABORACION PROYECTO		X	X		SUSTENTACION PROYECTO				X	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 60%;">TOTAL DE PRESUPUESTO</td> <td>S/.2 700</td> </tr> </table>	TOTAL DE PRESUPUESTO	S/.2 700
FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO RFT 5:33																																																				
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.																																																			
Tipificación	Tablas de conversión en percentiles y puntuaciones estandarizadas (PE) para dos tipos de composición familiar: Tipo 1 familia nuclear y pareja, Tipo 2 familia extensa y atípica, en muestras de población colombiana de estratos socioeconómicos bajos (1al 3)																																																			
Usos	Para la investigación y la practica en salud familiar, enfermería familiar y medición en salud.																																																			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO																																																
2013 ACTIV.																																																				
INICIO PROYECTO	X																																																			
ELABORACION PROYECTO		X	X																																																	
SUSTENTACION PROYECTO				X																																																
TOTAL DE PRESUPUESTO	S/.2 700																																																			

ANEXO C: INSTRUMENTO RIESGO FAMILIAR TOTAL 5-33 ADAPTADO PARA EL PERÚ

INSTRUMENTO DE RIESGO FAMILIAR RTF 5-33

I. IDENTIFICACION A LA FAMILIA

1. Departamento: Lima

2. Provincia: Lima

3. Distrito: Los Olivos

4. Centro poblado: TVAJ BARRIO II

5.1 Dirección: 17 97 LT I

5.2 Referencia: AV. SAN FRANCISCO

6. Permanencia Años: 15

7. Telefono familiar: 356 8257

8. Posee:

<input type="checkbox"/> (A) Electricidad	<input type="checkbox"/> (E) Playstation/Nintendo, etc
<input checked="" type="checkbox"/> (B) Televisión por cable	<input type="checkbox"/> (F) Motocicleta
<input type="checkbox"/> (C) Refrigerador	<input type="checkbox"/> (G) Automovil
<input checked="" type="checkbox"/> (D) Internet	<input type="checkbox"/> (H) Cocina a gas

9. Fuente de agua para beber:

(1) Red pública dentro de la casa

(2) Red pública fuera de la casa

(3) Agua de pozo sin tratar

(4) Cisterna

(5) Embotellada

(6) Otros _____

10. Combustible usual para cocinar

(1) Leña, carbón

(2) Bosta

(3) Kerosene

(4) Gas

(5) Electricidad

Codigo entrevistador: JPRD

Fecha de aplicación: 06/10/13

Codigo:

0	0	0	0	0	7
---	---	---	---	---	---

11. Disposición de la basura

(1) A campo abierto

(2) Al río

(3) En un pozo

(4) Se entierra, quema

(5) Carro recolector

12. Tenencia de la vivienda

(1) Propia

(2) Alquiler

(3) Cuidador/alojado

(4) Plan Social

(5) Alquiler venta

13. Piso de la vivienda

(1) Tierra

(2) Entablado

(3) Loseta, vinílicos o similares

(4) Cemento

(5) Parquet

14. Material de las paredes

(1) Madera

(2) Estera

(3) Adobe

(4) Noble (Ladrillo y cemento)

(5) Otros: _____

15. Material del techo

(1) Estera

(2) Paja u hojas

(3) Madera y barro

(4) Calamina

(5) Noble (Ladrillo y cemento)

16. Total de habitaciones (no cuenta baño o cocina) 3

17a. Mascotas 17b. Vacunas (Ult. Año)

	No	Si
(A) Perro		
<input checked="" type="checkbox"/> (B) Gato	X	
(C) Loros, pericos, aves		
(D) Exóticos. Especifique (monos, etc)		

18. Tipo de Familia

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

19. Total de miembros: 6

20. Centro de salud preferente: J.P.H

21. Nombre Entrevistado: Clara Rojas

22. Parentesco con el jefe de hogar X: Jopa

23. Resultado de visita:

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

Código: 0 0 0 0 0 1

II. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y RIESGOS INDIVIDUALES

N° Orden	NOMBRE, APELLIDOS	FECHA NAC (MM/AA)	SEXO 1= Varón 2= Mujer	EDAD (en años) para < 1a	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	Estado Civil (1=de 12 años)	SEGURO MEDICO	Grado Instr.	ACT. ECON. (1=Salud)	Uso de redes sociales:	Control Odontológico (último año)	Problema de Agudeza Visual	Vacunas Completas (< 5 años)	Estuvo enfermo en los últimos 3 meses	Si acudió al servicio de salud	Gastó
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
1	CAROLINA MONTES SANCHEZ	22/9/56	2	57	01	1	1	4	C	1	A	0	1	0	0	1
2	JORGE SANCHEZ MONTES	15/9/78	1	35	03	1	1	4	C	1	A	0	0	0	0	1
3	MARGARITA SANCHEZ MONTES	30/11/83	2	30	03	1	1	4	C	1	A	1	1	0	0	1
4	HOMER SANCHEZ MONTES	07/5/86	1	27	03	1	1	4	C	1	A	1	0	0	0	1
5	ANDRÉS JULIÁN SANCHEZ	11/5/2011	2	11	05	1	1	1	A	5	A	0	0	0	0	1
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

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

III. Antecedentes de carácter familiar

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

IV. Instituciones de apoyo familiar

	No	Si
18. Vaso de leche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Comedor popular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Prog. Integral Nutricional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. JUNTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Wawasi/cunamas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23. Iglesia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24. Universidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25. ONGs.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. Desayunos escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. Otros.especifique:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

V. Factores de riesgo

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

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

Codigo:

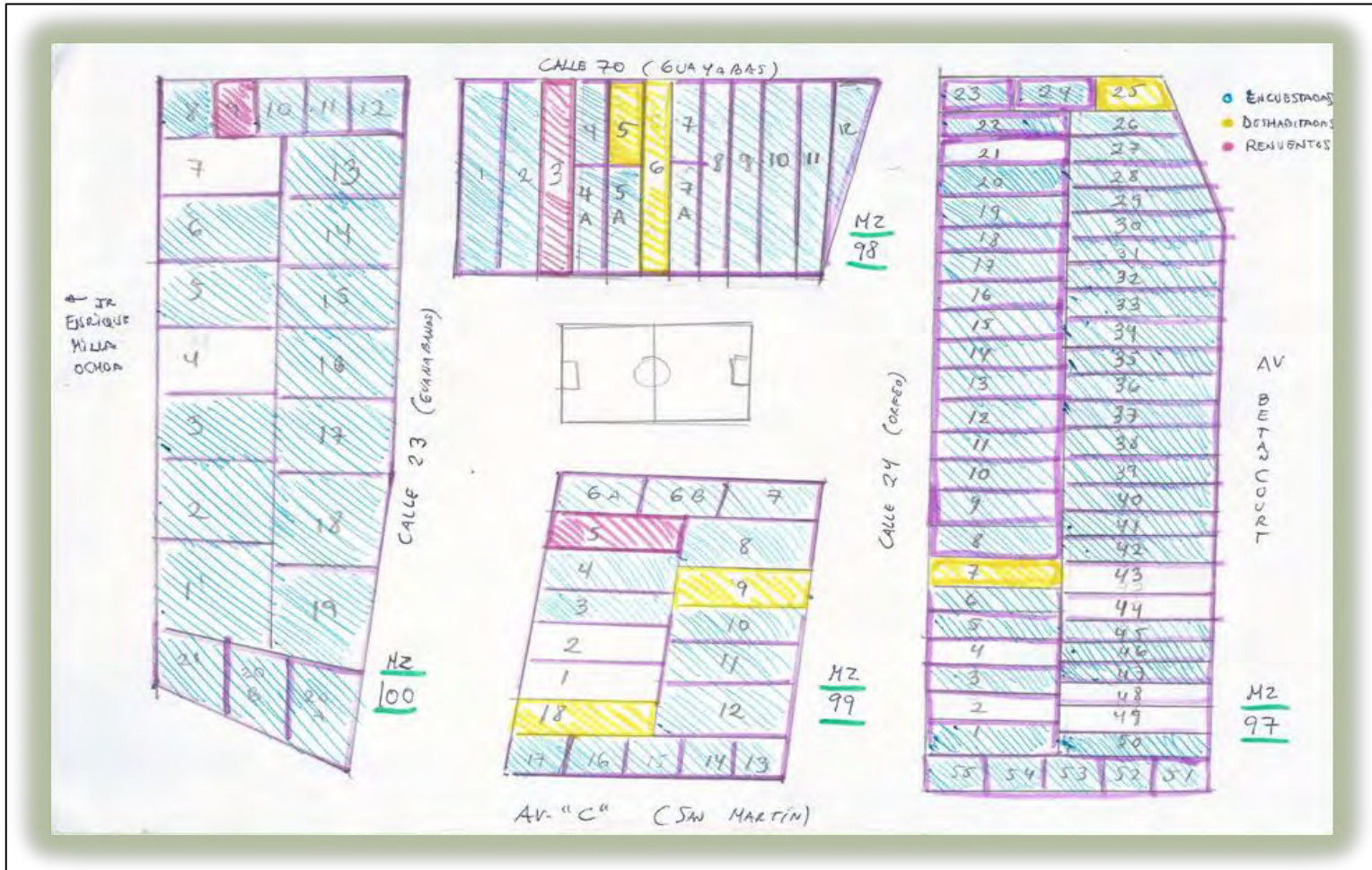
0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

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

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

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

ANEXO D: MAPEO



ANEXO E: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

RIESGO FAMILIAR TOTAL EN LAS FAMILIAS DEL ASENTAMIENTO HUMANO "JUAN PABLO II" SECTOR 1, LOS OLIVOS - 2013.

BREVE DESCRIPCIÓN:

El presente trabajo de investigación de tesis, está siendo desarrollado por Becerra Cubas Wister; Diaz Pareja Sofia; Rocha Durand Juan Pablo; estudiantes de la escuela académico profesional de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

Tiene como objetivo **determinar el Riesgo Familiar Total en familias del Asentamiento Humano Juan pablo II, sector 1- Los Olivos 2013.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este investigación. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación por favor comuníquese con:..... al teléfono:.....

DECLARACIÓN:

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno para mi persona.

Doy mi consentimiento para mi participación en el estudio descrito.

----- NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE ----- FIRMAS -----

----- NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR ----- FIRMAS -----

FECHA:

--	--	--

ANEXO F: FOTOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO PABLO II



REALIZANDO ENCUESTAS RFT EN EL AA.HH JUAN PABLO II



REALIZANDO ENCUESTAS RFT EN EL AA.HH JUAN PABLO II



ANEXO G: TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLA 3

**LOS OLIVOS: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II, SEGÚN SEXO DE JEFE
DEL HOGAR, 2013 (N=104)**

Sexo del jefe del hogar	N	%
Varones	81	77.9
Mujeres	23	22.1

FUENTE: Estudiantes de Universidad de Ciencias y Humanidades

En la Tabla 3 podemos observar que el 77.9 % (n=81) de los jefes de hogar son varones mientras que el 22.1 %(n=23) son mujeres.

TABLA 4

**LOS OLIVOS: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II, SEGÚN GRUPO EDAD
DEL JEFE DEL HOGAR, 2013 (N=104)**

Edad del jefe de hogar (años)	N	%
18 – 29	14	13.5
30 – 39	18	17.3
40 – 49	33	31.7
50 – 59	28	26.9
60 – 69	9	8.7
70 – 79	2	1.9
> 80	0	0

FUENTE: Estudiantes de Universidad de Ciencias y Humanidades

En la Tabla 4 podemos observar que de las 104 familias, en la distribución según grupo de edad del jefe del hogar; las familias comprendidas entre 40 - 49 años es el grupo de edad que mayor porcentaje tiene con 31.7 % a diferencia de los mayores de 80 años que no se encontraron.

TABLA 5**LOS OLIVOS: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL
ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II, SEGÚN TIPO DE
FAMILIA, 2013 (N=104)**

Tipo de familia	N	%
Nuclear	55	52,9
Nuclear modificada	16	15,4
Nuclear reconstituida	2	1,9
Extensa	17	16,3
Extensa modificada	6	5,8
Pareja	5	4,8
Atípica	3	2,9
Total	104	100,0

FUENTE: Estudiantes de Universidad de Ciencias y Humanidades

En la tabla 5 podemos observar que en la distribución según tipo de familia, el 52,9 % son familias de tipo nuclear; 15,4 % son familias de tipo nuclear modificada; 1,9 % son familias de tipo nuclear reconstituida; 4,8 % son parejas; 16,3 % son familias extensas; 5,8 % son familias de tipo extensa modificada y 2,9 % son familias de tipo atípicas. Las familias de tipo nuclear son las que tienen mayor porcentaje.

TABLA 6**LOS OLIVOS: FRECUENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO HUMANO JUAN PABLO II, 2013 (N=104)**

ANTECEDENTES FAMILIARES	N	%
Alcoholismo	8	7,7
Anemia	14	13,5
Artritis	17	16,3
Asma	15	14,4
Cáncer	11	10,6
Desnutrición infantil	2	1,9
Diabetes	18	17,3
Tuberculosis	6	5,8
Enfermedad mental	4	3,8
Diarrea infantil	4	3,8
Migraña	11	10,6
Hipertensión arterial	17	16,3
Infarto agudo de miocardio	3	2,9
Gastritis	22	21,2

Conjuntivitis	7	6,7
Lumbalgia	14	13,5
Traumatismo	8	7,7
Alcoholismo	8	7,7

FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En la Tabla 6 podemos observar que el mayor porcentaje de frecuencia de antecedentes familiares fue gastritis con un 21,2 %, mientras que el de menor porcentaje fue desnutrición infantil con 1,9 %.

TABLA 7

**LOS OLIVOS: APOYO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES E
INSTITUCIONES EN FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO
HUMANO JUAN PABLO II, 2013 (N=104)**

PROGRAMAS SOCIALES E INSTITUCIONES	N	%
Vaso de leche	36	34,6
Desayunos escolares	7	6,7
Iglesia	3	2,9
Comedor popular	2	1,9
Wawawasi cunamás	0	0,0
Juntos	0	0,0
Universidad	0	0,0
Ongs	0	0,0
Prog.integral nutricional	0	0,0
Otros	0	0,0

FUENTE: Estudiantes de Universidad de Ciencias y Humanidades

En la Tabla 7 podemos observar que el mayor porcentaje con respecto a apoyo de programas e instituciones fue el de programa de Vaso de leche con 34,6 %, mientras que el de menor porcentaje fue el programa de Comedor popular con 1,9 %

TABLA 8

**LOS OLIVOS: DISTRIBUCIÓN DEL RIESGO FAMILIAR EN
FAMILIAS DEL SECTOR 1 DEL ASENTAMIENTO
HUMANO JUAN PABLO II, SEGÚN TIPO DE FAMILIA,
2013 (N=104)**

Riesgo Familiar	Nuclear – Pareja		Extensa – atípica		Total	
	n	%	N	%	n	%
Riesgo bajo	28	35.9	13	50.0	41	39.4
Amenazadas	38	48.7	10	38.5	48	46.2
Riesgo alto	12	15.4	3	11.5	15	14.4
Total	78	100.0	26	100.0	104	100.0

* Valor p = 0,011 Ji cuadrado

FUENTE: Estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades

En la Tabla 8 podemos observar que del total de las familias tipo 1 (Nuclear-Pareja) el 35,9 % son familias de bajo riesgo, seguido de 48,7 % de familias amenazadas y sólo 15,4 % de familias con riesgo alto, a diferencia de las familias de tipo 2 (Extensa-Atípica) con 50,0 % de familias de riesgo bajo, 38,5 % de familias amenazadas y sólo 11,5 % de familias con riesgo alto. Por lo tanto el mayor porcentaje en familias tipo 1 es Amenazadas y el mayor porcentaje en familias tipo 2 es Riesgo bajo.