



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por
Covid-19, en hogares con niños menores de 5 años del
distrito de Yanahuanca, Pasco-2022

PRESENTADO POR

Gabino Atala, Maria Goretta
Soto Vento, Tania Luz

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Lima, Perú, 2022

Agradecimiento

A Dios, por habernos permitido alcanzar uno de nuestros sueños anhelados el cual fue culminar exitosamente nuestra carrera universitaria.

A nuestros padres y familiares, por el apoyo incondicional que nos brindaron durante esta etapa de nuestras vidas; los éxitos obtenidos son gracias a ellos.

A nuestra querida universidad y a los docentes quienes contribuyeron con sus conocimientos en nuestra formación.

A la población de Yanahuanca – Pasco, por su colaboración y por haber aceptado formar parte de nuestra tesis.

Dedicatoria

A nuestros padres, quienes nos apoyaron incondicionalmente y estuvieron en todo momento con nosotros; gracias por su paciencia, amor, comprensión y por todos sus sacrificios para poder brindarnos la mejor herencia que nos puedan dejar: el estudio.

Índice general

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice general.....	3
Índice de tablas	4
Índice de anexos	5
Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	19
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS	48

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	24
Tabla 2. Riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	26
Tabla 3. Riesgo familiar total según su dimensión condiciones psicoafectivas durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	27
Tabla 4. Riesgo familiar total según su dimensión servicios y prácticas de salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	28
Tabla 5. Riesgo familiar total según su dimensión condiciones de vivienda y vecindario durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	29
Tabla 6. Riesgo familiar total según su dimensión condición socioeconómica durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	30
Tabla 7. Riesgo familiar total según su dimensión manejo de menores durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)	31

Índice de anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	49
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	50
Anexo C. Consentimiento informado.....	52
Anexo D. Acta del Comité de Ética	54
Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo	55

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco - 2022.

Materiales y métodos: El enfoque del estudio fue cuantitativo, su diseño descriptivo y transversal. Participaron 159 jefes de familia. La técnica para recolectar datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario RFT5:33 conformado por 33 ítems y 5 dimensiones.

Resultados: En referencia al riesgo familiar total predominó el riesgo bajo con 62,9% (n=100), seguido de familia amenazada con 20,1% (n=32) y riesgo alto con 17% (n=27). De acuerdo a sus dimensiones, en condiciones psicoafectivas predominó la familia amenazada con 81,1% (n=129) y riesgo alto con 18,9% (n=30), en servicios y prácticas de salud predominó familia amenazada con 80,5% (n=128) y riesgo alto con 19,5% (n=31), en condiciones de vivienda y vecindario predominó familia amenazada con 78% (n=124) y riesgo alto con 22% (n=35), en condición socioeconómica predominó con 73% (n=116) y riesgo alto con 27% (n=43) y finalmente, en manejo de menores predominó con 81,8% (n=130) y riesgo alto con 18,2% (n=29).

Conclusiones: En cuanto al riesgo familiar total tuvo mayor relevancia el riesgo bajo, seguido de familia amenazada y riesgo alto. En las dimensiones prevalecieron las familias amenazadas.

Palabras clave: Riesgo; Familia; Poblaciones vulnerables; Pandemias (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the total family risk during the health emergency because of COVID-19 in households with children under 5 years of age in the district of Yanahuanca, Pasco - 2022.

Materials and methods: This is a quantitative approach research, with a cross-sectional descriptive design. 159 heads of the household participated in this study. The data collection technique was the survey and the instrument was the RFT5:33 questionnaire, which has 33 items and 5 dimensions.

Results: Regarding total family risk, the low risk predominated with 62.9% (n=100), followed by threatened family with 20.1% (n=32) and high risk with 17% (n=27). Concerning its dimensions, the threatened family predominated in psycho-affective conditions with 81.1% (n=129) and in high risk with 18.9% (n=30), in health services and practices predominated the threatened family with 80.5 % (n=128) and the high risk with 19.5% (n=31), the threatened family with 78% (n=124) and the high risk with 22% (n=35) predominated in housing and neighborhood conditions, in socioeconomic condition, it predominated with 73% (n=116) and the high risk with 27% (n=43) and finally, in management of minors, it predominated with 81.8% (n=130) and high risk with 18.2% (n=29).

Conclusions: Regarding total family risk, the low risk was more relevant, followed by threatened family and high risk. In the dimensions, threatened families prevailed.

Keywords: risk; family; vulnerable populations; pandemics (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 generó cambios importantes en el estilo de vida de los niños y sus familias, no solo por el confinamiento, las medidas restringidas, el aislamiento social, los cambios demográficos y la disminución de oferta de los servicios sanitarios, sino también por la repentina y posiblemente aumento a largo plazo de la pobreza infantil y la incertidumbre familiar. La pandemia representa una crisis no solo para la salud y la economía, sino también que para el bienestar familiar (1).

Esta enfermedad pandémica que expandida en muchas regiones ha perjudicado drásticamente las rutinas diarias, la vida social, el bienestar psicológico y económico de las familias, y los padres con hijos menores se han visto especialmente afectados al maltrato entre hogares vulnerables. Un estudio informó que mediante un programa de visita domiciliaria (padres de niños de 0 a 5 años), los proveedores evidenciaron que debido a la pandemia se presentó incremento de riesgos de maltrato infantil en familias de bajos ingresos con niños pequeños. Asimismo, notaron que las familias a las que atendieron fueron más propensas a reportar signos de violencia familiar y maltrato (2).

El brote de coronavirus ha obligado a padres e hijos a adoptar cambios significativos en régimen de vida, lo que ha sido un gran desafío para las familias. En Italia, mediante un análisis que involucró a 463 padres italianos (90,5% mujeres) de 29 a 64 años (edad media = 43,3; SD = 5,88) de niños de 5 a 17 años, mostraron que las medidas de confinamiento y los cambios en la rutina inciden perjudicialmente en las dimensiones psicológicas de los padres, exponiendo a los menores a un riesgo en su bienestar (3). Sin embargo, durante la primera infancia y el período preescolar los niños experimentan un rápido desarrollo en múltiples dominios de funcionamiento que contribuyen a los comportamientos reguladores, incluyendo la competencia lingüística, cognitiva y emocional. Estos cambios normativos y cruciales del desarrollo pueden ser fuertes y adversamente impactados por el contexto estresor como la desventaja socioeconómica, maternidad de depresión y prácticas parentales desadaptativas, lo que puede hacer de este un período particularmente sensible por la aparición o exacerbación de la externalización de problemas (4).

Las familias de alto riesgo con pocos recursos económicos suelen ser menos aptas para participar en programas de prevención y servicios de salud. Sin embargo, el acceso tardío o la falta de acceso a los servicios sanitarios para los niños con sus familiares pueden conducir a un empeoramiento de la salud, lo que, a su vez puede afectar negativamente su capacidad para realizar sus actividades cotidianas. Además, el impacto económico puede ser sustancial, a través de la pérdida de días laborales y mayores costos de atención médica a largo plazo, lo que en última instancia contribuye a la pobreza (5).

La pobreza genera efectos negativos en la salud, la educación y el entorno familiar. En América del Sur realizaron un estudio donde hallaron 450 familias y mostraron que más de las tres cuartas partes son de hogares pobres (77,9%). Los daños más frecuentes fueron la desnutrición y la salud mental. El factor asociado al riesgo familiar fue la violencia familiar. Se encontró que la pobreza se asoció con el riesgo familiar ($p=0,019$; OR: 1,84; IC 95%: 1,07-3,23) y el riesgo de daño. Esta condición se asoció con mayor riesgo y daño familiar, especialmente por desnutrición y problemas psicológicos (6). Asimismo, se estimó que 250 000 000 de niños (43%) menores de 5 años en países en vías de desarrollo ven amenazado su crecimiento y desarrollo adecuados, sus carencias económicas y acceso a servicios de salud de calidad son situaciones de riesgo a las que están expuestos (7).

Los niños expuestos a la pobreza y las adversidades familiares, incluida la violencia doméstica, la mala salud mental de los padres y el abuso de alcohol por parte de los apoderados, pueden experimentar malos resultados a lo largo de la vida. En Reino Unido efectuaron una investigación donde encontraron que tenían baja pobreza y adversidad familiar (43,2%), uso persistente de alcohol por parte de los padres (7,7%), violencia y abuso doméstico persistente (3,4%), mala salud mental persistente de los padres (11,9%), pobreza persistente (22,6%) y pobreza persistente y mala salud mental de los padres (11,1%). En comparación con los niños expuestos a la pobreza baja y la adversidad, los menores en los grupos de trayectoria de adversidad persistente experimentaron peores resultados; aquellos expuestos a la persistente mala salud mental de los padres y la pobreza tenían particularmente un mayor riesgo de problemas de

comportamiento socioemocional (odds ratio ajustado 6,4; 95% IC 5,0-8,3), discapacidad cognitiva (aOR 2,1; IC 1,5-2,8), experimentación con drogas (ORa 2,8; IC 1,8-4,2) y obesidad (ORa 1,8; IC 1,3-2,5). Asimismo, reflejó un nivel de pobreza alta y se asocia a un mayor riesgo y daño familia (8).

No obstante, los niveles de desnutrición infantil y hambre en el mundo han reducido en los últimos años, y esto ha tenido un papel fundamental en la disminución de la mortalidad y la mejora de la salud. Usando datos de 503 713 hogares de 142 países encontramos que, en promedio, la inseguridad alimentaria moderada o severa es 4,09 puntos porcentuales (IC 95% 3,50-4,68) más alta en hogares con al menos un niño menor de edad que en hogares sin hijos e inseguridad alimentaria grave es 2,20 puntos porcentuales (1,76-2,63) superior. Sin embargo, el riesgo adicional de inseguridad alimentaria entre los hogares con niños es menor en los países que brindan apoyo financiero (ya sea universal o con verificación de recursos) a las familias que en los países con poca o ninguna asistencia financiera (9).

Por consiguiente, la inseguridad alimentaria es una condición socioeconómica caracterizada por el acceso incierto o limitado a una alimentación adecuada. Si bien a menudo se combina con la condición fisiológica del hambre, la inseguridad alimentaria representa los recursos y opciones alimentarios limitados de un hogar, generalmente debido a restricciones financieras o acceso reducido a los alimentos (10). En Zambia reportaron por un análisis, que la mayoría de las familias informaron una gran pérdida de ingresos que resultó en inseguridad alimentaria (79%), inestabilidad en la vivienda (67%), estrés (36%) y mayor riesgo de separación y abandono de los niños (18 %). La mayoría de las familias no informaron haber recibido asistencia financiera del gobierno y reportaron la pérdida de acceso a los servicios sanitarios para sus hijos, como la fisioterapia (33%) (11).

Por otra parte, las malas condiciones de vivienda se han relacionado con peores resultados de salud y la propagación de enfermedades infecciosas en los hogares. Sin embargo, el distanciamiento físico puede verse comprometido si el entorno de vida por diversas razones como las malas condiciones de vivienda, impide que las personas permanezcan aisladas. Los problemas asociados con

la vivienda deficiente, informados como graves problemas de vivienda por los centros para el control de enfermedades, incluyen el hacinamiento, el alto costo de la vivienda, la falta de instalaciones de cocina o de plomería ya que tienen capacidad limitada para practicar un distanciamiento físico efectivo y una buena higiene personal; por lo tanto, potencialmente tienen un mayor riesgo de peores resultados relacionados con una enfermedad respiratoria infecciosa como el COVID-19. En EE.UU. por medio de un trabajo mostraron que en 3 135 personas el porcentaje medio de hogares con malas condiciones de vivienda fue del 14,2% (rango del 2,7% al 60,2%). Asimismo, mencionó que con cada aumento del 5% de hogares con malas condiciones de vivienda, había un 50% más de riesgo en incidencia de COVID-19 (TIR 1,50; IC del 95%: 1,38-1,62) y un 42% mayor riesgo de mortalidad por coronavirus (MRR 1,42; IC 95%: 1,25-1,61) (12).

Los niños crecen y se desarrollan en su hogar, por ende, la dinámica de su familia moldea su personalidad y capacidad para adaptarse a la vida en sociedad. Los eventos y exposiciones adversas en la niñez pueden resultar en resultados negativos para el bienestar de por vida. Estos incluyen problemas psicológicos de los padres, abuso de sustancias, conflictos en el hogar, violencia doméstica, pobreza, cuidado de crianza y estrés de los padres (13).

Asimismo, los niños y las familias se han visto privados de sus actividades educativas, laborales y deportivas, pero también de todos sus contactos de amistad y relación. De repente, los padres tuvieron que manejar a sus hijos en casa desde la escuela las 24 horas del día y, al mismo tiempo, la mayoría de ellos tuvo que comenzar a trabajar inteligentemente desde casa, aun cumpliendo con los compromisos escolares de sus hijos. Muchos padres también tuvieron que manejar dificultades y dolores relacionados con tener familiares enfermos o muertos, haber tenido reducciones de salario o, en algunos casos, haber perdido su trabajo. Por tanto, los niños dependen de los adultos en sus vidas para acceder actividades cotidianas y las decisiones de los padres sobre qué oportunidades puedan ofrecer y estar influenciadas, en parte, por su percepción de riesgo (14).

Esto puede reflejar en parte el hecho de que las familias pobres tienen menos opciones a la hora de elegir barrios, vivienda, alimentación, atención médica,

cuidado infantil y educación, y una serie de otros bienes y servicios. En consecuencia, junto con las opciones limitadas, los padres de bajos ingresos también pueden tener menos conocimientos para instruir en la selección de los entornos más saludables para sus hijos. Por tanto, se sabe que las características de los padres, incluida la salud física y psicológica, educación y capacidad intelectual, influyen en los comportamientos de crianza y ello se cree afectan la salud de los niños para su futuro (15).

En Colombia se realizó un estudio en 70 familias repartidas en 344 participantes, en la que encontraron riesgos altos a las familias migrantes: condiciones de vivienda y vecindario (59%), situación económica (24%), condiciones afectivas (14%), y menor prioridad se dio en servicios y práctica de salud y manejo de menores (10%) (16). Asimismo, en esa misma región participaron 59 familias, de los cuales presentaron familias amenazadas de riesgo familiar total (59%), y en los factores también tuvo mayor frecuencia las amenazadas en situación económica (54%), servicios y prácticas de salud (69%), manejo de menores (83%), vivienda y vecindario (85%) y ambiente psicoafectivo (90%) (17).

Un estudio en 2020 hecho en Perú en 197 personas jefes de hogar (entre 18 años y 48 años) evidenció que hubo un RFT bajo (56,9%). Las condiciones en que se desenvuelven las familias no son favorables y ello es un factor de riesgo para la salud familiar (18).

Diez días después de la llegada de la pandemia se adoptó la medida de restringir la atención de salud, incluso las urgencias y emergencias fueron selectivas, quedando de lado las acciones de promoción de la salud y de prevención de riesgos. Los seguimientos de familias en riesgo y pacientes con enfermedades crónicas quedaron de lado. Las familias más vulnerables fueron las más perjudicadas. El primer nivel de atención en salud debe ser el frente de contención de las enfermedades y atención de las necesidades de la población durante esta crisis sanitaria, por ello, debe ser reforzada su capacidad ejecutiva y operativa para así identificar problemas de salud y darles la atención oportuna (19).

La familia se define como un grupo de personas que comparten parentescos y lazos sanguíneos, los cuales conforman el vínculo familiar (20). Asimismo, se destaca que la familia también es comprendida como un núcleo vital de la sociedad, porque cada uno de los miembros comparten vínculos genéticos, conocimientos y formas de vivir, los cuales son factores importantes que contribuyen en la formación de una persona, en otras palabras, influyen significativamente en el comportamiento y actitudes referente a su entorno externo (21). Dentro de este marco es importante abordar el riesgo familiar que se refiere a la clasificación o nivel de vulnerabilidad que presenta la familia ante aquellos factores externos que pueden afectar el funcionamiento de la familia (22).

La salud familiar cumple un rol fundamental en el mantenimiento de la salud y prevenir enfermedades en sus miembros. La capacidad de la familia para nutrir, cuidar, proteger, enseñar e influir a lo largo del curso de la vida la convierte en un punto de entrada efectivo en la promoción y el mantenimiento de la salud individual y colectiva y en un componente importante para la práctica de la salud pública (23)(24).

El riesgo familiar se refiere a la presencia de aspectos que perjudican la salud integral de la familia, como lo son las condiciones sociales no favorables y una economía baja (25). Los determinantes sociales son aquellas condiciones sociales en que se desenvuelve un individuo en su vida diaria, es decir, son circunstancias en que vive y las cuales tienen un impacto en su bienestar general (26). En tal sentido, los determinantes sociales se refieren a la situación en que la persona se desenvuelve involucrando factores políticos, socioeconómicos, culturales y de salud (27).

La pandemia de COVID-19 es la propagación rápida de la nueva enfermedad por COVID-19 por todos los países, desencadenando el contagio a la población mundial (28).

La comunidad desfavorecida se define como una zona de mayor vulnerabilidad y con presencia de precariedades y múltiples necesidades donde habita una población de nivel socioeconómico bajo o muy bajo (29).

En este mismo contexto es necesario mencionar el riesgo familiar según el cuestionario RFT5:33, este es un instrumento se aplica en el presente estudio, fue desarrollado en 1992 y presenta 33 preguntas y 5 factores o dimensiones, las cuales se detallarán en las posteriores líneas (30). En primer lugar, las condiciones psicoafectivas se refieren a los conflictos o problemas familiares que alteran la armonía del hogar, involucrando las emociones negativas de la familia (31). En segundo lugar, los servicios y prácticas de salud se definen como aquellas instituciones donde prestan asistencia y prácticas sanitarias, las cuales indican el acceso a este servicio básico vital (32). En tercer lugar, las condiciones de vivienda y vecindario se refieren a las características de la casa y del vecindario en que se desenvuelve la familia. En cuarto lugar, la situación socioeconómica se refiere a la cantidad del ingreso familiar mensual para cubrir sus requerimientos básicos familiares y finalmente, el manejo de menores se comprende como el control de los riesgos que presenta la familia ante la presencia de niños menores de 12 años, los cuales requieren mayor atención (33).

Es importante aludir al modelo de escuela de promoción de la salud de Moyra Allen, el cual es una base teórica que resalta la influencia significativa de la familia en cada uno de sus miembros, de acuerdo con patrones que están relacionados a su condición de vida familiar. Allen enfatiza la importancia de la participación activa del personal sanitario en promocionar la salud familiar para ayudarlos a identificar sus factores de riesgos familiares con la finalidad de reducir el impacto del mismo en beneficio del bienestar y la salud de la familia y los integrantes (34).

Los cuidados del niño menor de 5 años, por lo general, consiste en el mantenimiento y bienestar de la salud del infante, los cuales tienen una gran influencia en su crecimiento y desarrollo de la persona (35). El manejo de niños menores de 5 años implica que los padres cumplan con las vacunas completas del niño, una alimentación adecuada y un cuidado especial en su salud mental para el fomento de una salud sana estable y libre de enfermedades letales o de origen complicado (36).

Herrera y colaboradores (37), en Quito - Ecuador, en el 2020, ejecutaron un trabajo sobre “Inseguridad alimentaria y desnutrición en hogares vulnerables con niños menores de 5 años en la costa ecuatoriana: un análisis post-terremoto”. El estudio fue transversal, participaron 28 familias y el instrumento fue el RFT 5:33. Los resultados indican que todos los hogares sufrieron inseguridad alimentaria, siendo la inseguridad alimentaria leve la más prevalente (51,9%), seguida de la inseguridad alimentaria severa (33,3%). Si bien todos los hogares obtuvieron puntajes altos de diversidad, los productos que más consumieron tienen un bajo valor nutricional, como el arroz, los refrescos y los aceites. Hubo un bajo consumo de cereales integrales, frutas y verduras. Adicionalmente, hubo un alto porcentaje de madres con sobrepeso y obesidad (57,1%) y una alta prevalencia de desnutrición crónica (40,9%) y desnutrición global (13,6%) en niños menores de 5 años. Concluyeron que a mayor inseguridad alimentaria mayor será el riesgo familiar.

Morán y colaboradores (38), en Lima - Perú, en el 2019, desarrollaron un trabajo sobre “Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: resultados por sectorización y atención primaria en salud”. El trabajo fue transversal, participaron 450 familias y el instrumento fue el RFT 5:33. Los hallazgos indican que más de la mitad de las familias son pobres (77,9%). Los daños más prevalentes fueron malnutrición y salud mental. Los factores de riesgo familiar más frecuentes fueron violencia familiar, ausencia de lactancia materna y gestante adolescente o añosa. Se encontró que la pobreza está asociada a riesgo familiar (OR: 1,84; IC 95%: 1,07-3,23) y a riesgo de daño (OR: 2,29; IC 95%: 1,32-3,92). Concluyeron que la pobreza es alta y se asocia a un mayor riesgo y daño familiar, especialmente en condiciones de malnutrición y problemas de salud mental.

Barboza y colaboradores (39), en Lima-Perú, en el 2018, desarrollaron un trabajo, titulado “Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 89 jefes de familia y el instrumento fue el RFT 5-33. Los hallazgos indicaron que, en cuanto al riesgo familiar predominó el nivel amenazas (61,8%), riesgo bajo (23,6%) y alto (14,6%); según sus dimensiones, en condiciones psicoafectivas prevaleció

el nivel amenaza (100%), en servicios y prácticas de salud predominó amenazas con 80,9%, en condiciones de vivienda y vecindario predominó el nivel amenazas (93,3%), en situación socioeconómica prevaleció el nivel amenazas (86,5%) y en manejo de menores predominó amenazas (85,4%). Concluyeron que el riesgo familiar fue amenaza debido que tienen un limitado acceso a los servicios de salud y sumado a ello su condición desfavorable, el cual influye negativamente en su hogar.

Palomino R (40), en Lima-Perú, en el 2018, realizó un trabajo titulado “Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 120 jefes de familias y el instrumento fue el RFT 5-33. Los hallazgos indicaron que en riesgo familiar predominó el nivel amenaza (48,3%), riesgo alto (38,3%) y bajo (13,3%). En cuanto a sus dimensiones, en condiciones psicoafectivas predominó amenaza (93,3%), en prácticas y servicios de salud prevaleció amenaza (60%), en condiciones de vivienda y vecindario predominó amenaza (70%), en situación socioeconómica prevaleció amenaza (80,8%) y en manejo de menores predominó amenaza (61,7%). Concluyó que el riesgo familiar fue amenaza debido a la presencia de desequilibrios emocionales y afectivas que complican la crianza adecuada de sus hijos.

Guzman M (41), en Lima-Perú, en el 2021, ejecutó un trabajo titulado “Riesgo familiar total durante la pandemia en familias”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 336 personas y el instrumento fue el RFT 5:33. Los resultados señalaron que predominó el riesgo bajo (61,6%), amenazadas (23,8%) y riesgo alto (14,6%). Según sus dimensiones, en condiciones psicoafectivas predominó amenaza (87,8%), en servicios y prácticas de salud prevaleció amenaza (81,3%), en condiciones de vivienda y vecindario predominaron amenaza (87,2%), en situación socioeconómica predominó amenaza (73,8%) y en manejo de menores prevaleció amenaza (87,5%). Concluyó que el riesgo familiar fue bajo debido a su condición desfavorable que afecta negativamente la dinámica y la salud familiar.

Matta L (42), en Lima-Perú, en el 2021, elaboró un trabajo, titulado “Riesgo y dinámica familiar en familias con menores de 5 años”. El estudio fue cuantitativo,

correlacional y transversal, participaron 12 jefes de hogar y el instrumento fue el RFT 5:33. Los resultados mostraron que, en cuanto al riesgo familiar predominó amenaza (58%), seguido de riesgo alto (27,7%) y bajo (14,3%). De acuerdo con sus dimensiones, en condiciones psicoafectivas predominó amenaza (100%), en servicios y prácticas de salud prevaleció amenaza (83%), en condiciones de vivienda y vecindario predominó amenaza (75%), en situación socioeconómica predominó amenaza (89,3%) y en manejo de menores predominó amenaza (72,3%). Concluyó que el riesgo familiar fue amenaza debido que las familias presentan dificultades para el acceso a los servicios de salud por la pandemia.

La pandemia viene dejando secuelas negativas en todos los dominios de la vida humana. En la salud sigue dejando fallecidos e infectados, en la vida social y económica deja una recesión económica que afecta principalmente a las personas y familias más desfavorecidas. La salud infantil depende mucho de cómo esté la dinámica y cohesión de su núcleo familiar; así es como la valoración del riesgo familiar total durante la pandemia por COVID-19 es fundamental, ya que nos da un panorama más exacto de la condición de la familia y los niños que la integran. Este escenario de crisis sanitaria global genera un impacto deplorable en la salud de los infantes, ya que estos se encuentran en pleno crecimiento y desarrollo; definitivamente esta es una situación que desata preocupación, ya que existen hogares con precariedad económica e inseguridad alimentaria que además no garantizan la atención de las necesidades de los infantes. Por ello, es importante este estudio que busca tener una lectura específica de los riesgos en salud que padecen los hogares con niños menores de 5 años.

En la revisión bibliográfica realizada en la etapa inicial del estudio se pudo observar que existen una importante cantidad de estudios que confirman la magnitud del problema a abordarse, relacionado al riesgo y vulnerabilidad familiar en familias con niños menores. Por otro lado, en el lugar donde se llevó a cabo el estudio no se hallaron investigaciones antecedentes. Lo señalado muestra que el tema es relevante y actual, por ello se justifica el desarrollo del actual trabajo, el cual tiene como finalidad aportar con conocimiento reciente que

se constituya en evidencia científica que permita realizar cambios en mejora de la salud de los menores y sus familias.

El valor práctico del estudio radica en que los resultados de este permitirán al establecimiento de salud de la zona brindar una atención más integral y de calidad a las familias más vulnerables y de mayor riesgo.

En cuanto a la relevancia social, hay que señalar que los principales beneficiados con los hallazgos a los que se lleguen serán los niños menores de 5 años y sus familias.

El estudio presente es realizado considerando las pautas establecidas por el método científico que le da un rigor metodológico teórico sólido, para poder obtener así resultados relevantes que sean una verdadera contribución que aportara en establecer mejoras en la práctica del cuidado.

El objetivo del estudio fue determinar el riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco - 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue vista desde el enfoque cuantitativo de investigación, además de ello fue abordado con un diseño metodológico de tipo descriptivo y transversal. Es cuantitativo ya que el fenómeno analizado fue medido, además que los datos recolectados fueron tratados mediante un programa estadístico. Es del tipo descriptivo ya que en este estudio el fenómeno fue mostrado tal como se desenvuelve en su medio natural, sin posibilidad de inducir cambios. Es transversal ya que la medición del fenómeno se hizo una sola vez en el tiempo (43).

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se trabajó con la población total (población finita) que estuvo conformada por jefes de hogares (padre o madre) con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca en Pasco. Un informe censal de hace unos meses reportó que había 185 hogares, ello de acuerdo con los lotes y familias identificados en dicha zona. La recolección de datos se realizó entre los meses de abril y mayo del presente año 2022. Para precisar las características específicas de los jefes de hogar participantes, se plantearon una serie de criterios de selección elaborados anticipadamente. Estos criterios se detallan a continuación:

Criterios de inclusión:

- Familias que cuenten dentro de sus integrantes por lo menos con un menor de 5 años.
- Jefes de hogar que residan en el distrito de Yanahuanca.
- Jefes de hogar (padre o madre) de 20 años a más.
- Jefes de hogar que acepten participar en el estudio de forma voluntaria.
- Jefes de hogar que luego de recibir la información suficiente sobre el estudio, den el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Jefes de hogar que no residan en el distrito de Yanahuanca.
- Jefes de hogar que no tengan dentro de su núcleo familiar algún menor de 5 años.
- Jefes de hogar menores de 20 años.
- Jefes de hogar que manifiesten no querer ser parte de la investigación.
- Jefes de hogar que manifiesten no querer brindar el consentimiento informado respectivo.

Luego de aplicar estos criterios para seleccionar a las personas que serán encuestadas, quedaron 159 participantes finales.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio tiene como variable principal el término “Riesgo familiar total”. Según su naturaleza es una variable cualitativa, de escala ordinal. Esta variable tiene como respaldo los estudios de Pilar Amaya, investigadora colombiana que publicó en un texto la forma como se cuantifica esta variable a través de un instrumento cuantitativo creado por ella (Ver detalle en la sección Instrumento).

Definición conceptual de variable principal:

Es el grado de vulnerabilidad a la que puede estar expuesta una familia y que afecta su armonía, dinámica y bienestar de sus integrantes (44).

Definición operacional de variable principal:

Es el grado de vulnerabilidad a la que puede estar expuesta una familia y que afecta su armonía, dinámica y bienestar de los integrantes de los hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca en Pasco, ello se va expresar en las dimensiones de esta variable y será valorado mediante el uso del cuestionario RFT 5:33.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En la presente investigación empleamos a la encuesta como técnica para recolectar datos, esta técnica es muy utilizada en estudios realizados en el campo de la salud por clínicos e investigadores. La encuesta es una técnica estandarizada empleada para la recopilación de datos de un grupo de individuos o población que permite describir, relacionar y explicar comportamientos de estas personas. Las encuestas están diseñadas para poder captar muchos datos en tiempos relativamente cortos. Es importante destacar que la encuesta es muy aplicada en diferentes estudios, principalmente los de tipo cuantitativos y descriptivos (45).

Instrumento de recolección de datos:

En el presente estudio se utilizó el instrumento de Riesgo Familiar Total o RFT5:33, este es un instrumento creado para valorar la salud de las familias, teniendo como característica sus buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad probadas en diferentes estudios hechos en países latinoamericanos. El cuestionario RFT5:33 es una herramienta de recopilación de información que fue desarrollada por la investigadora de Colombia Amaya Pilar en los años 1992-2000. El presente instrumento está conformado por 33 preguntas y 5 dimensiones, las cuales son las siguientes: condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores. Para calificar el RFT5:33 se tiene que tomar en cuenta sus opciones de respuesta que es una escala Likert que presenta 4 puntos y estos van desde nunca hasta casi siempre y de acuerdo a los valores finales obtenidos se van a clasificar en niveles (Familias con riesgo bajo, amenazadas y riesgo alto) (44).

Validez y confiabilidad del instrumento:

Barboza y colaborador (46) realizaron la validez de contenido del RFT, esta fue obtenida a través de la revisión de un juicio de expertos, los cuales dieron un puntaje total de 83%, lo que se encuentra dentro del rango bueno. En cuanto a la fiabilidad del instrumento, se hizo a través del alfa de Cronbach obteniendo un

puntaje de 0,810. Por lo tanto, los valores señalados demuestran que el instrumento RFT-5-33 es aplicable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

A pesar de la pandemia y las restricciones sociales impuestas en el país, se pudo gestionar el acceso al barrio Señor de los Milagros del distrito de Yanahuanca con el propósito de abordar a las familias de dicha zona.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recopilación de información se realizó en el mes abril y mayo del presente año. En primer lugar, se procedió a sensibilizar a la población sobre los alcances del estudio, luego se les pidió den el respectivo consentimiento y finalmente, se les distribuyó el cuestionario que pudo ser completado en un lapso de 15 minutos aproximadamente por participante. En todo momento se tuvo cuidado con la aplicación de los protocolos sanitarios para así evitar situaciones de contagio.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al ser un estudio cuantitativo, el análisis se centró en obtener las magnitudes de la variable principal y dimensiones que intervienen. Por ello, finalizada la etapa de recolección de los datos brindados por los participantes, estos fueron debidamente ingresados al programa estadístico SPSS en su versión 24, ahí se procedió a realizar el análisis de estos, empleándose medidas de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y las operaciones de variables que son parte del estudio. Los resultados de la investigación se presentaron en tablas con sus respectivas descripciones, después se redactó la sección de discusión y conclusiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los estudios del campo de las ciencias de la salud que incorporen como participantes a seres humanos deben ceñirse a protocolos bioéticos que permitan el respeto a las decisiones de estos, así como el respeto a su salud y

vida. La bioética aplicada en este estudio responde a documentos que fueron publicados décadas atrás, tenemos así a la Declaración de Helsinki que aparece en 1964 (47) y que enfatiza el respeto de la decisión de la persona y el uso del consentimiento informado; seguidamente tenemos al Reporte Belmont (48) que resalta la aplicación de principios bioéticos. En las posteriores líneas se detallan como fueron aplicados de cada uno de estos:

Principio de autonomía

Respalda la libre decisión del participante, la cual será respetada a través del uso del consentimiento informado (49).

Se expuso a los jefes de hogar el objetivo del estudio y luego se les solicitó el consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Señala la intención de ayudar y beneficiar al participante haciendo uso de los hallazgos del estudio, permitiendo así una mejora en su salud (49).

Los jefes de hogar participantes fueron informados de los aspectos positivos que traerá el estudio y cómo estos tendrán un efecto positivo en la salud de las familias.

Principio de no maleficencia

Resalta que se debe evitar riesgos en el participante. Resalta claramente que si los daños superan los beneficios no se deben de llevar a cabo algún procedimiento (50).

Se explicó a los jefes de hogar que el estudio no tiene riesgos que comprometan su bienestar.

Principio de justicia

Indica un trato igualitario para los participantes, independientemente de su condición (51).

Se brindó en todo momento un trato igualitario y cordial a jefes de hogar, sin ningún tipo de discriminación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Información de los participantes	Total	
	n	%
Total	159	100
Edad	Min:20 Max: 65 Media:33,42	
Sexo del participante		
Femenino	115	72,3
Masculino	44	27,7
Estado civil		
Soltero	20	12,6
Casado	85	53,5
Conviviente	53	33,3
Divorciado	1	,6
Grado de instrucción		
Primaria	3	1,9
Secundaria	75	47,2
Superior Técnico	41	25,8
Superior Universitario	39	24,5
Sin instrucción	1	,6
Condición de ocupación		
Estable	37	23,3
Eventual	66	41,5
Sin ocupación	44	27,7
Jubilada(o)	1	,6
Estudiante	11	6,9
Tipo de familia		
Nuclear	54	34,0
Monoparental	71	44,7
Extendida	14	8,8
Ampliada	11	6,9
Reconstituida	8	5,0
Persona sola	1	,6

Elaboración propia

En la tabla 1, se puede observar que la edad mínima fue 20 años, máxima 65 años y la edad media 33,42 años. Según el sexo, 115 participantes que representan el 72,3% es femenino y 44 participantes que representan el 27,7%

es masculino. Según el estado civil, 85 participantes que presentan el 53,5% es casado(a). Según el grado de instrucción, 75 participantes que representan el 47,2% tiene secundaria completa. En cuanto a la condición de ocupación, 66 participantes que representa el 41,5% trabaja eventualmente. Según el tipo de familia, 71 participantes que representa el 44,7% son de tipo monoparental.

Tabla 2. Riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia con riesgo bajo	100	62,9
Familia amenazada	32	20,1
Familia con riesgo alto	27	17,0
Total	159	100,0

En la tabla 2, se observa que 100 participantes que representa el 62,9% son familias con riesgo bajo, seguido de 32 participantes que representa el 20,1% presenta familias amenazadas, y 27 participantes que representa el 17% presenta familia con riesgo alto.

Tabla 3. Riesgo familiar total según su dimensión condiciones psicoafectivas durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia amenazada	129	81,1
Familia con riesgo alto	30	18,9
Total	159	100,0

En la tabla 3, se observa que 129 participantes que representa el 81,1% presenta familias amenazadas y 30 participantes que representa el 18,9% presenta familia con riesgo alto.

Tabla 4. Riesgo familiar total según su dimensión servicios y prácticas de salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia amenazada	128	80,5
Familia con riesgo alto	31	19,5
Total	159	100,0

En la tabla 4, se observa que 128 participantes que representa el 80,5% son familias amenazadas y 31 participantes que representa el 19,5% son familia con riesgo alto.

Tabla 5. Riesgo familiar total según su dimensión condiciones de vivienda y vecindario durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia amenazada	124	78,0
Familia con riesgo alto	35	22,0
Total	159	100,0

En la tabla 5, se observa que 124 participantes que representa el 78% son familias amenazadas, seguido de 35 participantes que representa el 22% son familias con riesgo alto.

Tabla 6. Riesgo familiar total según su dimensión condición socioeconómica durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia amenazada	116	73,0
Familia con riesgo alto	43	27,0
Total	159	100,0

En la tabla 6, se observa que 116 participantes que representan el 73% son familias amenazadas, seguido de 43 participantes que representa el 27% son familias con riesgo alto.

Tabla 7. Riesgo familiar total según su dimensión manejo de menores durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2022 (n=159)

Valores	n	%
Familia amenazada	130	81,8
Familia con riesgo alto	29	18,2
Total	159	100,0

En la tabla 7, se observa que 130 participantes que representan el 81,8% son familias amenazadas, seguido de 29 participantes que representan el 18,2% son familias con riesgo alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

Comprender el impacto de la pandemia en el planeta es entender sus efectos nefastos en la salud, el campo social y económico. El núcleo básico social que es la familia fue severamente afectado por los confinamientos y la falta de atención en los temas de salud familiar e infantil, todo por priorizar la atención demandante que implicó el COVID-19. Las evidencias apuntan a una disminución significativa en la salud mental y las relaciones intrafamiliares, todo ello afecta el desarrollo y bienestar de cada uno de los integrantes, por ello, es fundamental valorar el riesgo familiar que en si evalúa la salud familiar en términos de factores o indicadores de salud.

En cuanto al riesgo familiar total que presentan las familias, predominó el riesgo bajo con 62,9% (n=100), seguido de familia amenazada con 20,1% (n=32) y finalmente, familia de riesgo alto con 17,0% (n=27). Los determinantes de salud y las condiciones socioeconómicas de las familias, por lo general, golpeadas por la reducción de sus ingresos hace que se expongan a mayores riesgos que afectan su bienestar. El mundo se encuentra en medio de una pandemia debido a la propagación de un nuevo coronavirus. Además de las medidas de salud, los gobiernos de los países han limitado el flujo de personas dentro y fuera de las ciudades, regiones y, en algunos casos, países mediante el cierre de ciudades, la introducción de sistemas de trabajo remoto de modo que solamente los empleados necesarios puedan estar físicamente presentes en el lugar de trabajo y el cierre de escuelas. Como resultado, la mayoría de las personas se han enfrentado a algún tipo de restricción de movimiento durante más de dos años. Esto ha llevado a las personas a pasar más tiempo con sus familias, por tanto, han aumentado los problemas relacionados con la familia, conflictos y violencia intrafamiliar. Guzman M (41) indica que el 61,6% tenían un riesgo bajo, seguido de 23,8% amenazados y el 14,6% riesgo alto. Barboza y colaboradores (39) señalaron que en cuanto al riesgo familiar predominó el nivel amenazado con 61,8%, seguido de riesgo bajo con 23,6% y alto con 14,6%. Asimismo, concluye que el riesgo familiar fue amenazado, debido que tienen un limitado acceso a los servicios de salud y sumado a ello su condición desfavorable, el

cual influye negativamente en su hogar. Palomino R (40) señaló que en cuanto al riesgo familiar predominó el nivel amenazado con 48,3%, seguido de riesgo alto con 38,3% y bajo con 13,3%. Matta L (42), señaló que en cuanto al riesgo familiar predominó amenazado con 58%, seguido de riesgo alto con 27,7% y bajo con 14,3%. Estar amenazado implica que hay riesgos a los cuales se les debe prestar atención, ya que de persistir puede socavar la dinámica y salud familiar.

En cuanto al riesgo familiar total según su dimensión condiciones psicoafectivas, predominaron las familias amenazadas con 81,1% (n=129), seguido de familias con riesgo alto con 18,9% (n=30). Es importante abordar el RFT en aquellos factores externos que pueden afectar el funcionamiento de la familia, esta dimensión está referida a la interacción entre integrantes y conflictos derivados de ello (22). El estudio que más se asemeja al nuestro es el de Barboza y colaboradores (39), señalaron que en cuanto a la dimensión condiciones psicoafectivas prevaleció el nivel amenazado con 100%. Lo mismo señala Palomino R (40), ya que en cuanto a su dimensión condiciones psicoafectivas predominó amenaza con 93,3%. Se dice que en esta pandemia el confinamiento acrecentó los conflictos intrafamiliares y violencia, producto de la frustración y carencias económicas experimentadas.

Las relaciones entre padres e hijos juegan un papel importante en el desarrollo de los niños, especialmente durante sus años preescolares. La pobreza puede generar tensiones severas en las relaciones entre padres e hijos, debido a las condiciones altamente estresantes causadas por problemas financieros y privaciones materiales, lo que genera efectos psicológicos negativos y disfunción familiar (52).

La pobreza y las dificultades económicas aumentan el conflicto entre los padres, lo que a su vez conduce a un aumento en la adopción de prácticas de crianza severas (53). Estas prácticas de crianza severas no solo perjudican las relaciones entre padres e hijos, sino que también provocan un desajuste mental y del desarrollo en los niños, lo que incluye una disminución del funcionamiento cognitivo (54).

En cuanto al riesgo familiar total según su dimensión servicios y prácticas de salud, predominaron las familias amenazadas con 80,5% (n=128), seguido de familias con riesgo alto con 19,5% (n=31). Esta dimensión está referida a las barreras que encuentra la población para acceder a atención de salud de calidad (32). Uno de los estudios que más se asemeja es el de Barboza y colaboradores (39), quienes señalaron que en cuanto a la dimensión servicios y prácticas de salud predominó las familias amenazadas con 80,9%. También el estudio de Palomino R (40) señaló que en cuanto a su dimensión condiciones psicoafectivas predominó el nivel amenaza con 93,3%, en prácticas y servicios de salud prevaleció amenaza con 60%. Asimismo, concluye que el riesgo familiar fue amenazado, debido a la presencia de desequilibrios emocionales y afectivos que complican la convivencia y la crianza adecuada de los hijos. El estudio de Guzmán M (41) señaló en condiciones psicoafectivas que en el 87,8% predominó amenazado, en servicios y prácticas de salud el 81,3% prevaleció amenazado. El estudio realizado por Matta L (42) señaló que el riesgo familiar fue amenazado, debido que las familias presentan dificultades para el acceso a los servicios de salud por la pandemia. Las familias que residen en lugares más vulnerables tienen mayor cantidad de barreras que limitan el asistir a los servicios de salud básicos, aquello pone en riesgo su salud y bienestar. Su cultura y nivel educativo hace que prioricen otros aspectos, dejando de lado su salud y cuidados que debe tener.

En cuanto al riesgo familiar total según su dimensión condiciones de vivienda y vecindario, predominaron las familias amenazadas con 78,0% (n=124), seguido de familias con riesgo alto con 22,0% (n=35). Resultados similares obtuvo Barboza y colaboradores (39) quienes señalaron que en cuanto a la dimensión condiciones de vivienda y vecindario predominó el nivel amenazadas con 93,3%. Lo mismo sucedió en el estudio de Palomino R (40), ya que en cuanto a esta dimensión predominó las amenazadas con 70%. Guzmán M (41) señaló que según esta dimensión el 87,2% predominaron familias amenazadas. El lugar donde se vive debe ser seguro y cálido, además el vecindario debe tener también estas características además de ser limpio y que permita el óptimo desarrollo de la familia. El hogar físico y el vecindario deben ser un factor protector para la salud y bienestar de la familia.

En cuanto al riesgo familiar total según su dimensión condición socioeconómica, predominaron las familias amenazadas con 73% (n=116), seguido de familias con riesgo alto con 27% (n=43). Los ingresos económicos en general se vieron afectados en esta pandemia, ello afectó a las familias y a la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y salud.

En cuanto al riesgo familiar según su dimensión manejo de menores, predominaron las familias amenazadas con 81,8% (n=130), seguido de familias con riesgo alto con 18,2% (n=29). Los menores de edad requieren de atención y cuidados de parte de los padres, el entorno familiar es fundamental para su desarrollo y salud. La cantidad del ingreso familiar mensual para cubrir sus requerimientos básicos familiares y finalmente, el manejo de menores que comprende el control de los riesgos que presenta la familia ante la presencia de niños menos son factores que requieren mayor atención (33). Barboza y colaboradores (39) señalaron que en cuanto a la dimensión situación socioeconómica prevaleció el nivel amenazadas con 86,5% y en manejo de menores predominó amenazadas con 85,4%. También el estudio de Palomino R (40) señaló que en cuanto a su dimensión situación socioeconómica prevaleció amenazadas con 80,8% y en manejo de menores predominó amenazadas con 61,7%. Guzmán M (41) señaló que según su dimensión situación socioeconómica en el 73,8% predominó amenazadas y en manejo de menores el 87,5% prevaleció amenazadas. Concluyó que el riesgo familiar fue bajo, debido a los determinantes sociales y su condición desfavorable que afecta negativamente la dinámica y la salud familiar. Finalmente, en el estudio de Morán y colaboradores (38) indicaron que el nivel de pobreza es alto en las familias y por lo tanto, esta condición se asocia con un mayor riesgo y daño familiar, especialmente por desnutrición y problemas de salud mental de los miembros de las familias, no obstante, los niños menores de 5 años son los más afectados en este problema. Las intervenciones deben tener un contenido sanitario y social de ser necesarios. Asimismo, Herrera y colaboradores (37) indican que las condiciones socioeconómicas son un determinante clave en las familias con riesgo, porque presentan múltiples problemas y uno de los más importantes es el estado nutricional de sus miembros y la seguridad alimentaria de estos hogares. Los ingresos bajos de estos hogares generan una inseguridad

alimentaria severa debido a las condiciones inadecuadas en las que viven y la falta de acceso a alimentos para cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de cada miembro de la familia.

Los riesgos socioeconómicos como la baja educación de los padres, el bajo estatus ocupacional o el desempleo no aparecen de forma aislada, sino que coexisten con una gama más amplia de otras dificultades familiares como la maternidad joven, las familias monoparentales, el tamaño de la familia numerosa, la baja vivienda de calidad, hacinamiento, mala salud mental y física (55).

Los determinantes sociales de la salud son circunstancias sociales en las que las personas viven y trabajan e influyen poderosamente en la salud y el desarrollo, en particular para los niños que crecen en la pobreza. Los niños que viven en la pobreza corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento y de desarrollo en comparación con sus pares de familias de mayores ingresos (56)(57).

El personal de enfermería tiene desafíos importantes en el cuidado de la salud familiar, para formular estrategias debe tener en cuenta la cultura y dinámica social de familias de las zonas rurales. El trabajo de campo y visitas familiares son fundamentales en este grupo de familias, en especial, las que están expuestas a riesgos y tienen menores de edad.

4.2 CONCLUSIONES

En cuanto al riesgo familiar total predominó el nivel bajo, seguido de amenazado y alto.

En cuanto a la dimensión condiciones psicoafectivas predominó el nivel amenazado, seguido de riesgo alto.

En cuanto a la dimensión servicios y prácticas de salud predominó el nivel amenazado, seguido de riesgo alto.

En cuanto a la dimensión condiciones de vivienda y vecindario predominó el nivel amenazado, seguido de riesgo alto.

En cuanto a la dimensión situación socioeconómica predominó el nivel amenazado, seguido de riesgo alto.

En cuanto a la dimensión manejo de menores predominó el nivel amenazado, seguido de riesgo alto.

4.3 RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal de salud enfermero del establecimiento de atención primaria en salud de la zona, aumentar sus esfuerzos en brindar un seguimiento a las familias que se encuentran amenazas o riesgo alto, ya que estos hogares están más expuestos a problemas que pueden afectar su dinámica y salud, además, presentan múltiples problemas familiares muchas veces asociados a la condición socioeconómica en las que viven. Las familias de riesgos representan un grave problema para la salud pública y ante esta adversidad las autoridades y los profesionales sanitarios deben de llevar a cabo estrategias de promoción de la salud integral y trabajos extramurales para ayudar a identificar sus factores de riesgo y trabajar en base a ello para mejorar su salud y dinámica familiar.

Se sugiere a los enfermeros realizar un mayor control y evaluación de los niños que pertenecen a familias disfuncionales o de riesgo y ayudarlos a superar dichos problemas bajo la guía y apoyo de los profesionales de la salud, para favorecer un crecimiento y desarrollo exitoso de estos menores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereda N, Díaz-Faes D. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];14(1):1-7. Disponible en: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00347-1>
2. Bullinger LR, Marcus S, Reuben K, Whitaker D, Self-Brown S. Evaluating child maltreatment and family violence risk during the COVID-19 Pandemic: Using a telehealth home visiting program as a conduit to families. *Infant Ment Health J.* [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2021];43(1):143-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34969151/>
3. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, et al. Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];17(22):1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7696524/>
4. Ugarte E, Narea M, Aldoney D, Weissman D, Hastings P. Family Risk and Externalizing Problems in Chilean Children: Mediation by Harsh Parenting and Emotional Support. *Child Development* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];2020:1-18. Disponible en: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdev.13464>
5. Bright T, Felix L, Kuper H, Polack S. A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2017 [citado 2 de noviembre de 2021];17(1):1-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29473273/>
6. Morán-Mariños C, Alarcon-Ruiz C, Alva-Diaz C. Poverty and its influence on risk and family damage in a district of Lima, Peru: results by sector analysis and Primary Health Care. *Semergen* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];45(4):225-231. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30910367/>

7. World Health Organization. Nurturing care for early childhood development A global framework for action and results [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021]. p. 26. Disponible en: [https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-draft.pdf?file:///V:/HALO/HALO Staff/Longmuir/New Literature B/Nurturing Care Framework for First Consultation.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-draft.pdf?file:///V:/HALO/HALO%20Staff/Longmuir/New%20Literature%20B/Nurturing%20Care%20Framework%20for%20First%20Consultation.pdf)
8. Adjei N, Schlüter D, Straatmann V, Melis G, Fleming K, McGovern R. Impact of poverty and family adversity on adolescent health: a multi-trajectory analysis using the UK Millennium Cohort Study. *The Lancet Regional Health - Europe* [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021];13:1-13. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762\(21\)00265-9/fulltext#](https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762(21)00265-9/fulltext#)
9. Reeves A, Loopstra R, Tarasuk V. Family policy and food insecurity: an observational analysis in 142 countries. *The Lancet Planetary Health* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];5(8):1-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2542519621001510>
10. Nolen E, Cubbin C, Brewer M. The effect of maternal food insecurity transitions on housing insecurity in a population-based sample of mothers of young children. *AIMS Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];9(1):1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8755969/>
11. Hearst M, Hughey L, Magoon J, Mubukwanu E, Ndonji M, Ngulube E. Rapid health impact assessment of COVID-19 on families with children with disabilities living in low-income communities in Lusaka, Zambia. *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021];16:1-12. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260486>
12. Ahmad K, Erqou S, Shah N, Nazir U, Morrison A, Choudhary G. Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de

- 2021];15(11):1-13. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241327>
13. Nasir A, Zimmer A, Taylor D, Santo J. Psychosocial assessment of the family in the clinical setting. *BMC Psychology* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];7(1):1-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6329152/>
 14. Morelli M, Cattelino E, Baiocco R, Trumello C, Babore A, Candelori C. Parents and Children During the COVID-19 Lockdown: The Influence of Parenting Distress and Parenting Self-Efficacy on Children's Emotional Well-Being. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021];11:1-10. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.584645/full>
 15. Berger L, Font S. The Role of the Family and Family-Centered Programs and Policies. *Niño Futuro* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];25(1):1-21. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342196/>
 16. Sánchez D, Cataño N. Factores de riesgo total en familias migrantes en Soledad, Atlántico. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2016 [citado 15 de diciembre de 2020];7(1):1152-1162. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a03.pdf>
 17. Soto A, Velasquez V. Riesgo familiar total de familias desplazadas residentes en el Municipio de Bugalagrande (Valle del Cauca, Colombia). *Hacia la promoción de la salud* [Internet]. 2015 [citado 12 de noviembre de 2021];20(1):126-139. Disponible en: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15821>
 18. Valoración del riesgo familiar en familias con niños con anemia en una población marginal en Lima Norte. *Ágora Rev Cient* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];7(1):133-138. Disponible en:
<https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/129>

19. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An. Fac. med.* [Internet]. 2020 [citado 30 de abril de 2022];81(3):337-341. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300337
20. Sharma R. The Family and Family Structure Classification Redefined for the Current Times. *J Family Med Prim Care.* [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2022];2(4):306–310. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4649868/>
21. Weiss N, Crandall A, Hughes M, Riley A. Families as a Cornerstone in 21st Century Public Health: Recommendations for Research, Education, Policy, and Practice. *Front Public Health.* [Internet]. 2020 [citado 1 de marzo de 2022];8:1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7530559/>
22. Sticca F, Wustmann C, Gasser O. Familial Risk Factors and Emotional Problems in Early Childhood: The Promotive and Protective Role of Children’s Self-Efficacy and Self-Concept. *Front Psychol.* [Internet]. 2020 [citado 28 de febrero de 2022];11:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33329179/>
23. Hanson C, Crandall A, Barnes M, Magnusson R, Novilla M, King J. Family-Focused Public Health: Supporting Homes and Families in Policy and Practice. *Front Public Health.* [Internet]. 2019 [citado 10 de setiembre de 2022];7(1):1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30949468/>
24. Novilla M, Barnes M, Cruz N, Williams P, Rogers J. Public health perspectives on the family: an ecological approach to promoting health in the family and community. *Fam Community Health.* [Internet]. 2006 [citado 27 de setiembre de 2022];29(1):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16340676/>

25. Bzostek S, Berger L. Family Structure Experiences and Child Socioemotional Development During the First Nine Years of Life: Examining Heterogeneity by Family Structure at Birth. *Demography*. [Internet]. 2017 [citado 1 de marzo de 2022];54(2):513–540. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5948107/>

26. Bettencourt J, Mulligan N, Sbodio M, Segrave J, Williams R, Lopez V, et al. Discovering New Social Determinants of Health Concepts from Unstructured Data: Framework and Evaluation. *Stud Health Technol Inform*. [Internet]. 2020 [citado 28 de febrero de 2022];270:173-177. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32570369/>

27. Alderwick H, Gottlieb L. Meanings and Misunderstandings: A Social Determinants of Health Lexicon for Health Care Systems. *Milbank Q* [Internet]. 2019 [citado 1 de marzo de 2022];97(2):407-419. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554506/>

28. Baloch S, Ali M, Zheng T, Pei X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Tohoku J Exp Med*. [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2022];250(4):271-278. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321874/>

29. Sevelius J, Gutierrez L, Zamudio S, McCree B, Ngo A, Jackson A, et al. Research with Marginalized Communities: Challenges to Continuity During the COVID-19 Pandemic. *AIDS Behav* [Internet]. 2020 [citado 28 de febrero de 2022];24(7):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321874/>

30. Charrys N. Total family risk in families with women diagnosed with breast cancer. *Rev.cienc.care*. [Internet]. 2017 [citado 28 de febrero de 2022];14(2):8-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6052709>

31. Gomes N, Alexandrino L, Costa C, Cavalcanti J, Martins V, Venícios M. Anxiety and depression: a study of psychoaffective, family-related, and daily-life factors in celiac individuals. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020

- [citado 28 de febrero de 2022];73(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965317/>
32. Scutchfield E, Mays G, Lurie N. Applying Health Services Research to Public Health Practice: An Emerging Priority. *Health Serv Res.* [Internet] 2009 [citado 28 de febrero de 2022];44(2):1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758405/>
 33. Janofsky J, Starfield B. Assessment of risk in research on children. *J Pediatr.* [Internet]. 1981 [citado 28 de febrero de 2022];98(5):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7229775/>
 34. Dandicourt C. Nursing models related to the community and the family oriented to preventive care. *Cuban Journal of Nursing* [Internet]. 2018 [citado 28 de febrero de 2022];34(4):1-11. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318/406>
 35. Rutherford M, Dockerty J, Jasseh M, Howie S, Herbison P, Jeffries D, et al. Access to health care and mortality of children under 5 years of age in the Gambia: a case-control study. *Bull World Health Organ.* 2009 [Internet] 2009 [citado 27 de setiembre de 2022];87(3):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19377718/>
 36. Esposit S, Principi N, Cornaglia C. Barriers to the vaccination of children and adolescents and possible solutions. *Clin Microbiol Infect.* [Internet] 2014 [citado 27 de setiembre de 2022];5(1):25-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24354949/>
 37. Herrera M, Maribel A, Villagomez V, Pozo L, Villar M, Castro N, et al. Food insecurity and malnutrition in vulnerable households with children under 5 years on the Ecuadorian coast: a post-earthquake analysis. *Rural Remote Health.* [Internet]. 2020 [citado 27 de setiembre de 2022];20(1):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31937106/>
 38. Morán C, Alarcon C, Alva C. Poverty and its influence on risk and family damage in a district of Lima, Peru: results by sector analysis and Primary Health Care. *Family medicine. Semergen* [Internet]. 2018 [citado 27 de

setiembre de 2022];15(1):1-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-pobreza-su-influencia-el-riesgo-S1138359319300528>

39. Barboza E, Prado L, Vega P. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del asentamiento humano 19 de mayo, Los Olivos - 2018 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018 [citado 27 de setiembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/217/Barboza_EL_Prado_LI_Vega_P_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Palomino R. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 3 años con anemia del Asentamiento Humano Vista Alegre, III Zona de Collique - 2018 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/256/Palomino_RM_enfermeria_tesis_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Guzman M. Total family risk during the coronavirus pandemic in families receiving food assistance in Carabayllo. *Ágora Rev. Cient.* [Internet]. 2021 [citado 27 de febrero de 2022];8(2):40-46. Disponible en: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/191/142>
42. Matta L. Risk and family dynamics in families with children under 5 years of age in a vulnerable area of Comas. *Scientific Rev. Care and Public Health.* [Internet]. 2021 [citado 27 de febrero de 2022];1(1):52-58. Disponible en: <http://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/13>
43. Polit D, Tatano CH. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la practica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.

44. Amaya P. Instrumento de riesgo familiar total: RFT:5-33: manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación del instrumento. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004. 77 p.
45. Mar Orozco C. Metodología de la investigación. Métodos y técnicas. Mexico: Editorial Patria; 2020. 228 p.
46. Barboza E, Prado L, Vega P. Riesgo familiar total en familias de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano 19 de mayo, Los Olivos - 2018 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018 [citado 27 de setiembre de 2022]. Disponible en: http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/217/Barboza_EL_Prado_LI_Vega_P_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2022];20(59):1-15. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
48. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. J Law Med Ethics [Internet]. 2019 [citado 30 de agosto de 2022];47(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
49. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. Healthcare Management Forum [revista en Internet] 2014 [citado 21 de mayo de 2022];27(2):105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
50. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. Int J Prev Med [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];5(9):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>

51. Cantu P. Bioetica e investigacion en salud. 4^a ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
52. Conger R, Conger K, Martin M. Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *J Marriage Fam.* [Internet]. 2010 [citado 12 de setiembre de 2022];72(3):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20676350/>
53. Barnett M. Economic disadvantage in complex family systems: expansion of family stress models. *Clin Child Fam Psychol Rev.* [Internet]. 2008 [citado 12 de setiembre de 2022];11(3):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18491229/>
54. Gershoff E, Aber J, Raver C, Lennon M. Income is not enough: incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Dev* [Internet]. 2007 [citado 12 de setiembre de 2022];11(3):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17328694/>
55. Jobe-Shields L, Andrews A, Parra G, Williams N. Person-Centered Approaches to Understanding Early Family Risk. *Journal of Family Theory & Review* [Internet]. 2015 [citado 10 de julio de 2022];7(4):432-451. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jftr.12118>
56. Brooks J, Duncan S. The effects of poverty on children. *Future Child.* [Internet]. 1997 [citado 27 de setiembre de 2022];7(2):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9299837/>
57. Rosenberg S, Zhang D, Robinson C. Prevalence of developmental delays and participation in early intervention services for young children. *Pediatrics.* [Internet]. 2008 [citado 27 de setiembre de 2022];121(6):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18504295/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Riesgo familiar total	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es el grado de vulnerabilidad a la que puede estar expuesta una familia y que afecta su armonía, dinámica y bienestar de sus integrantes (44).	Es el grado de vulnerabilidad a la que puede estar expuesta una familia y que afecta su armonía, dinámica y bienestar de los integrantes los hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca en Pasco, ello se va expresar en las dimensiones de esta variable y será valorado mediante el uso del cuestionario RFT 5.33.	Condiciones psicoafectivas	Desarmonía o riñas de parejas, privación afectiva y dificultades relacionadas como ansiedad, uso de psicoactivos y roles no gratificantes.	10 (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)	Familias con bajo riesgo	1 a 4 riesgos
				Servicios y prácticas de salud	Disponibilidad, accesibilidad y uso de servicios de salud.	6 (11,12,13,14,5,16)		
				Condiciones de vivienda y vecindario	Características ambientales de la vivienda y vecindario	5 (17,18,19,20,21)	Familias Amenazadas	5 a 12 riesgos
				Situación socioeconómica	Ingresos familiares en relación con las necesidades básicas, las necesidades de salud, educación y recreación.	6 (22,23,24,25,26,27)		
				Manejo de menores	Presencia de niños menores y manejos de riesgos biológicos y psicosociales individuales de los mismos.	6 (28,29,30,31,32,33)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO RFT 5-33

I.- PRESENTACIÓN

Soy egresado(a) de enfermería y estoy realizando un estudio, sobre el riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Solicitamos su colaboración en brindarnos una serie de datos para desarrollar el estudio.

II. DATOS GENERALES

Edad en años:

Sexo: () Femenino () Masculino

Estado Civil

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

Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria () Superior Técnico () Superior Universitario ()

Sin instrucción ()

Condición de ocupación:

Estable () Eventual () Sin ocupación () Jubilada(o) () Estudiante ()

Tipo de familia:

Nuclear () Monoparental () Extendida () Ampliada () Reconstituida () Persona sola ()

Evaluación del riesgo familiar total: A continuación, se presentan enunciados. Si (1) existe riesgo y no (0) si hay riesgo.

N°	A. Condiciones psicoafectivas	Si	No
1	Desarmonía conyugal (infidelidad o riñas permanentes de pareja)		
2	Desarmonía entre padres e hijos o entre hijos.		
3	Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
4	La familia o algún integrante tiene ansiedad permanente por problemas familiares		
5	Privación afectiva (falta afecto), desprotección		
6	Roles no gratificantes o roles sustitutos de padres, hijos o ancianos		
7	Divorcio o separación conyugal		
8	Fuga de menores o abandono de hogar (padre o madre)		
9	Enfermedad mental (intento de suicidio, depresión, etc.)		
10	Ingesta de alcohol o psicoactivos (tabaco, drogas, otros)		
	B. Prácticas y servicios de salud		
11	Subutilización de servicios de salud disponibles (frente a un problema no acude a la farmacia, acude a la abuela, alguna familiar)		
12	Ausencia de información sobre servicios de salud		
13	Manejo inapropiado de cuidado perinatal y salud de la mujer		
14	Manejo inapropiado de control médico general/nutricional		
15	No detección de riesgo familiar (no percibe los riesgos)		
16	Manejo inapropiado de salud dental		
	C. Condiciones de vivienda y vecindario		
17	Falta de uso de saneamiento ambiental (No utiliza medios de saneamiento ambiental pese a que pasa el recolector de basura no lo bota)		
18	Condiciones insalubres del vecindario		
19	Higiene y organización deficiente del hogar		
20	Ausencia de servicios públicos (agua, recojo de basura, electricidad, desagüé, inadecuada iluminación)		
21	Problemas de ventilación iluminación o almacenamiento de alimentos (inadecuada ventilación natural e iluminación)		
	D. Situación socioeconómica		
22	Ingreso escaso para cubrir necesidades de salud		
23	Pobreza: Ingreso menor que el ingreso mínimo vital		
24	Falta de recreación de la familia		
25	Vagancia o sobrecarga de trabajo de algún miembro de la familia		
26	Problemas de salud no resueltos ni controlados		
27	Inaccesibilidad a servicios de salud		
	E. Manejo de menores		
28	Tiene más de cuatro hijos menores de 12 años		
29	No escolaridad de menores de 12 años		
30	Manejo inapropiado de EDA, IRA		
31	Falta de seguridad en actividad de menores		
32	Presencia de riesgo en niños de 1 a 12 años (problemas de conducta y adicción)		
33	Dificultad en orientación y disciplina de escolar y adolescente		

Gracias por su participación.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a ser parte del estudio. Antes de decidir debe conocer los alcances de este documento.

Título del proyecto: Riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2021.

Nombre de los investigadores principales:

-Gabino Atala Maria Goretta

-Soto Vento Tania Luz

Propósito del estudio: Determinar el riesgo familiar total durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en hogares con niños menores de 5 años del distrito de Yanahuanca, Pasco-2021.

Beneficios por participar: Tiene derecho a conocer los resultados de este estudio, por los medios virtuales.

Inconvenientes y riesgos: Este estudio es no experimental, por lo tanto, no tiene riesgos.

Costo por participar: El participante no hará gasto alguno.

Confidencialidad: La información que brinde será confidencial.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio, cuando lo decida.

Consultas posteriores: Si tiene consultas sobre el estudio, dirigirse al coordinador responsable: Soto Vento Tania Luz, cuyo email: sotoventotania Luz@gmail.com y teléfono: 957270412

Contacto con el Comité de Ética: Si tiene preguntas sobre sus derechos como voluntario, dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, presidente del Comité de Ética de la Universidad, teléfono: 7151533 anexo 1254.

Participación voluntaria:

Su participación es voluntaria en el estudio y tiene derecho de retirarse.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber comprendido este documento y no he sido influido indebidamente a participar en el trabajo y que finalmente acepto participar voluntariamente.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Gabino Atala Maria Goretta	
Nº de DNI	
47702509	
Nº teléfono	
957270412	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, mayo d 2022

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

Firma del participante

Anexo D. Acta del Comité de Ética



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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ACTA CEI N.º 016	09 de mayo de 2022
------------------	--------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 09 del mes de mayo del año dos mil veintidos, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"RIESGO FAMILIAR TOTAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19, EN HOGARES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE YANAHUANCA, PASCO-2022"** con Código-017-22, presentado por el(los) autor(es): GABINO ATALA MARIA GORETTA Y SOTO VENTO TANIA LUZ.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"RIESGO FAMILIAR TOTAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19, EN HOGARES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE YANAHUANCA, PASCO-2022"**

Código-017-22

MPC Benigno Bertrán Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMG/RAC

www.uch.edu.pe

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

Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo



