

COM  
19  
1



**UNAP**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VARIABLES ASOCIADAS AL RIESGO FAMILIAR EN LOS  
ASENTAMIENTOS HUMANOS 28 DE JULIO Y TRIUNFO DEL  
DISTRITO DE BELEN. 2013**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

PRESENTADO POR:

AUTORES:

Bach. Enf. LÓPEZ RÍOS Atenas  
Bach. Enf. VÁSQUEZ SOPLÍN Letty Rosana

ASESORA:

Dra. VILLANUEVA BENITES, Maritza E.

IQUITOS - PERÚ  
2013



503  
**BIBLIOTECA ESPECIALIZADA  
FACULTAD DE ENFERMERIA**

29/08/13

## **Variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén. 2013**

### **Autores:**

Bach. Enf. LÓPEZ RÍOS Atenas  
Bach. Enf. VÁSQUEZ SOPLÍN Letty Rosana

### **RESUMEN**

Se ejecutó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar las variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén, 2013. La muestra seleccionada en forma probabilística estuvo conformada por 237 familias, a quienes se aplicó instrumentos estandarizados como el test de percepción del funcionamiento familiar (validez 0,94 y confiabilidad 0,88), escala de riesgo familiar (confiabilidad 0,783), escala de Apoyo Familiar (confiabilidad 0.85 y validez 0.86). Los hallazgos mostraron que el 55,30% son familias nucleares, 62,40% en etapa de consolidación, 32,90% con hijos adolescentes. La salud percibida de las familias es calificada mayormente como “regular”, el 70% informó morbilidad sentida, especialmente los hijos. El 70% de las familias refieren moderado apoyo familiar. Los niños menores de 11 años presentan mayor riesgo familiar, en comparación con los demás grupos vitales (68,4% riesgo familiar alto), el 53,6% de los adolescentes presentan riesgo familiar moderado. Los adultos jóvenes e intermedios mostraron riesgo familiar alto (48,1% y 42,2% respectivamente), mientras que los adultos mayores en forma mayoritaria mostraron riesgo familiar moderado (86,9%). Se observó que la falta de evaluación dental es uno de los riesgos predominantes en todos los ciclos vitales, especialmente en los adultos intermedios (70,5%), seguidos de niños y adultos jóvenes. Algunos riesgos familiares se incrementan según se avanza en edad, el consumo de alcohol es informado en la adolescencia (21,1%), adulto joven (50,2%) y adulto intermedio (50%). El consumo de tabaco es reportado por adolescentes (6,8%), adultos jóvenes (31,2%) y adultos intermedios (46%). Las variables que mostraron asociación con los riesgos familiares fueron la edad del jefe de familia, remuneración económica, funcionalidad familiar y apoyo social ( $p < 0.05$ ).

Palabras clave: riesgo familiar, funcionalidad familiar.

**TESIS VARIABLES ASOCIADAS AL RIESGO FAMILIAR EN LOS  
ASENTAMIENTOS HUMANOS 28 DE JULIO Y TRIUNFO DEL  
DISTRITO DE BELÉN. 2013. APROBADA EN SUSTENTACIÓN  
PÚBLICA EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA EN LA FECHA 14  
DE AGOSTO DEL 2013 POR EL JURADO CALIFICADOR  
CONFORMADO POR:**



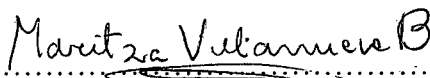
Mgr. Zulema Orbe Gaviola

Presidenta



Mgr. Elba Flores Torres

Miembro



Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites

Miembro / Asesora

## **DEDICATORIA**

- A Dios, por darme la oportunidad de crecer como persona y profesional. Por su amor y cada día de vida.
- A mi madre Arminda, mujer fuerte e inteligente, quien me ha enseñado que la vida es un continuo desafío y que se debe afrontar con fortaleza y perseverancia. A mi padre Félix Gastón, hermanos Carol Ethel y André Gastón, por creer en mí.
- A mi querida tía Charito (+); tío Homero y abuelita Wilma por los lindos momentos de infancia, apoyo y consejos.

Atenas

## DÉDICATORIA

- Agradezco en primer lugar a Jehová Dios todopoderoso y a su hijo Jesucristo, por la vida y salud que me dan, por ser mis guías y darme las fuerzas para llegar a una de mis metas, por darme su espíritu santo y las cualidades para ser una mejor persona.
- A mis amados padres Orlando Vásquez, Asteria Soplín y Gastón Vásquez, por ser mi inspiración, por el amor y apoyo incondicional que me dan, por los esfuerzos que hicieron para culminar esta hermosa carrera de salud.
- A mi esposo Gustavo Donayre, por el amor que me da en todo momento, por estar a mi lado a lo largo de esta carrera, por ser el apoyo emocional y compartir uno de tantos sueños que tenemos juntos.
- A mis hermanos: Orlando, Marco Antonio, Ivone, Iracema y Weyder por el cariño que me tienen, a todos los docentes, administrativos y amigos de esta casa de estudio y de diferentes lugares que de alguna u otra manera contribuyeron para la culminación de esta etapa de mi vida.

Letty Rosana

## RECONOCIMIENTO

Expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas que con su ayuda han aportado con nuestro desarrollo personal y profesional.

- A nuestra asesora Dra. Maritza Villanueva, por su orientación, compromiso, entrega y sobre todo por su paciencia y palabras de aliento.
- A nuestra amada Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, a cada uno de los docentes por nuestra formación científica, humana y ética.
- A las autoridades de los asentamientos humanos de Triunfo y 28 de Julio por su colaboración.
- A las 237 familias de los asentamientos humanos de Triunfo y 28 de Julio, por abrir las puertas de sus casas y participar de la investigación.

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
3. OBJETIVOS	5
<b>CAPÍTULO II</b>	
1. MARCO TEORICO	6
1.1. ANTECEDENTES	6
1.2. BASES TEORICAS	11
1.2.1 Definición de Familia	11
1.2.2. Salud Familiar	11
1.2.3. La familia y el proceso Salud- Enfermedad	13
1.2.4. Principios para la comprensión de la relación salud familia	14
1.2.5. Dimensiones de la salud familiar	16
1.2.6. Funcionalidad familiar	19
1.2.7. Evaluación de la Salud Familiar	23
2. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	27
2.1. VARIABLE DEPENDIENTE	27
2.2. VARIABLE INDEPENDIENTE	29
3. HIPÓTESIS GENERAL	33
<b>CAPITULO III</b>	
1. METODOLOGIA	34
1.1 . Método de investigación	34
1.2 . Diseño de investigación	34
1.3. Población y Muestra	36
1.4. Técnicas e Instrumentos	40
1.5. Procedimiento de Recolección de la Datos	42
1.6. Plan de Análisis e Interpretación de Datos	43
1.7. Protección de los Derechos Humanos	44
<b>CAPITULO IV</b>	
1. Resultado	46
2. Discusión	81
3. Conclusiones	87
4. Recomendaciones	89
5. Referencias bibliográficas	90
Anexos	

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
Tabla 1	Características del jefe de familia según sexo: AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio. Distrito Belén. 2013	46
Tabla 2	Tipología familiar y ciclo vital familiar según asentamientos humanos. Distrito Belén. 2013	49
Tabla 3	Estadísticos descriptivos de la composición familiar y sus dimensiones en las familias de los asentamientos humanos Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	51
Tabla 4	Salud percibida de las familias de los AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio. Distrito Belén. 2013	52
Tabla 5	Personas que enfermaron últimos seis meses, y tipo de enfermedad en las familias. AA HH 28 de Julio y Triunfo	54
Tabla 6	Estadísticos del funcionamiento familiar. AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio. Distrito Belén. 2013	57
Tabla 7	Apoyo familiar y social según AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio. Distrito Belén. 2013	58
Tabla 8	Estadísticos descriptivos del apoyo social global y sus dimensiones en las familias de los asentamientos humanos Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	60
Tabla 9	Riesgos familiares de niños menores de 11 años según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	65
Tabla 10	Riesgos familiares del adolescente según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	67
Tabla 11	Riesgos familiares del adulto joven según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	70
Tabla 12	Riesgos familiares del adulto intermedio según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	73



Tabla 13	Riesgos familiares del adulto mayor según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	75
Tabla 14	Matriz de correlación bivariada entre características de la familia y riesgos familiares por ciclo vital individual.	79

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
Gráfico 1	Procedencia del jefe de familia de los AA HH 28 de Julio y Triunfo. Distrito Belén 2013.	48
Gráfico 2	Morbilidad sentida de las familias de los AA HH 28 de Julio y Triunfo. Distrito Belén 2013.	53
Gráfico 3	Funcionalidad familiar según asentamientos humanos. Distrito Belén 2013.	55
Gráfico 4	Puntuación promedio del funcionamiento familiar según AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio. Distrito Belén. 2013	56
Gráfico 5	Riesgo familiar de niños y adolescentes de los AAHH Triunfo y 28 de Julio. Belén. 2013	61
Gráfico 6	Riesgo familiar de la población adultos de los AAHH Triunfo y 28 de Julio. Belén. 2013	62
Gráfico 7	Riesgos familiares de niños menores de 11 años. AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	64
Gráfico 8	Riesgos familiares del adolescente según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.	66
Gráfico 9	Riesgos familiares del adulto joven según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013	69
Gráfico 10	Riesgos familiares del adulto intermedio según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013	72
Gráfico 11	Riesgos familiares del adulto mayor según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013	74

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El distrito de Belén cuenta con una población de 68,806 habitantes que representa el 15.8% de la provincia de Maynas y el 7.71% del Departamento de Loreto (Censo INEI). Este distrito es uno de los más pobres del Perú de la provincia de Maynas, ubicado dentro del quintil 2 de acuerdo al mapa de pobreza (Foncodes 2006), el cual presenta una tasa de desnutrición de 26%<sup>1</sup> en niños de 6-9 años, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.5753<sup>2</sup>, lo que muestra un nivel de deterioro en la situación social de las familias.

En un estudio realizado en dos AA.HH. (Manco Inca y 27 de Noviembre) de este distrito, ambos pertenecientes a la jurisdicción del C.S. 9 de Octubre, se ha reportado alto riesgo familiar (80 % de maltrato infantil, 71.1% con hacinamiento, 56.1% no viven con el padre, 26% con embarazo adolescente, 26% con alguna gestante sin control prenatal, 22% sin Papanicolaou, 20.8% declara deserción escolar infantil, 11.1% tiene hijos sin partida de nacimiento, 6.3% con bajo conocimiento de Planificación Familiar, 4.6% reporta TBC pulmonar y 3.7% con diabetes). Respecto a la morbilidad autopercebida en los últimos tres meses, el 33% refiere antecedentes de accidentes, 16.7% con nivel de colesterol elevado, 8.3% con enfermedades de la piel, 8.3% enfermedades respiratorias, y TBC pulmonar<sup>3</sup>. Estos datos significan una vulneración del derecho a la seguridad de la persona y derecho al más alto grado de salud posible, influirá en la calidad de vida futura y por ende en la reserva productiva de las personas y del país.

Por otro lado en la familia se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud, cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, está encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en

la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético- morales y espirituales. Es decir que la familia es el componente fundamental para el desarrollo humano y comunitario, es donde los procesos de salud enfermedad tienen mayor impacto y se inician los hábitos y prácticas de una vida saludable. Así mismo la salud familiar está determinada por factores socioeconómicos (condiciones materiales de vida de la familia, total de ingresos y per cápita familiar), factores socio psicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales (nivel educacional de los miembros de la familia), el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. En las familias, se presentan cada vez más riesgos para la salud, debido a factores biológicos, psicológicos, ambientales, culturales y sociales, los cuales, por lo general, no son percibidos por sus integrantes y por consiguiente no son tratados. El mal funcionamiento familiar influye en la aparición enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud- Enfermedad.

En el año 2005, en nuestro país, se generó la Ley N°28542 de Fortalecimiento de la Familia, con el objeto de promover y fortalecer el desarrollo de la familia como fundamento de la sociedad y espacio para el desarrollo integral del ser humano, basándose en el respeto de los derechos humanos y las relaciones equitativas entre sus miembros y velando especialmente por aquellas familias que se encuentran en situación de extrema pobreza, pobreza o riesgo social. Esta ley otorga el marco legal para promover los estudios y/o investigaciones sobre la situación de la familia en el Perú. Teniendo en cuenta que el sistema

de salud en nuestro país, está sometido a un profundo proceso de transformación, cuyo objetivo expreso es mejorar el nivel de salud de toda la población, especialmente de las familias.

En una encuesta familiar realizada por la Dirección de salud de Loreto en el distrito de Belén en el año 2011, en 1554 viviendas evaluadas, el 72% de las familias presentan riesgo familiar, evidenciado por hacinamiento, mujeres sin Papanicolaou, sin conocimiento de planificación familiar. Las primeras cinco causas de morbilidad fueron la cefalea, artritis reumatoidea no específica, reumatismo, dengue y gastritis no específica<sup>4</sup>.

Esta situación conlleva a caracterizar las variables asociadas del riesgo familiar total para determinar los elementos que interactúan y contribuyen al detrimento de la salud familiar. En éste contexto la presente propuesta pretende dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén. Iquitos 2013?.

Los resultados que se obtengan del presente estudio contribuirán con datos cuantitativos que visibilicen la problemática de la salud familiar, así mismo con insumos a gestores del sector salud, educación y gobiernos regional y local para la formulación de políticas y diseño de estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de las familias, considerando el enfoque de género, interculturalidad y el ejercicio de derechos.

## **2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén. Iquitos 2013?

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las variables asociadas al riesgo familiar en las familias de los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén 2013.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar las características del jefe de familia: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, etnia, seguro de salud, remuneración económica y tiempo de residencia.
2. Identificar la tipología familiar, ciclo vital familiar, composición familiar, salud percibida, morbilidad sentida, funcionalidad familiar y apoyo familiar.
3. Identificar los riesgos familiares por ciclo vital de los miembros de la familia: sin descarte de parásitos, sin evaluación dental, deserción escolar, evaluación de crecimiento y desarrollo incompleto, vacunas incompletas, gestante sin control, madre adolescente, problemas visuales, problemas auditivos, sin evaluación nutricional, conducta sexual de riesgo, sedentarismo, sin examen de colesterol, sin evaluación de próstata, sin planificación familiar, mujer sin Papanicolaou y sin mamografía, consumo de alcohol y tabaco.
4. Establecer la asociación existente entre las variables estudiadas y los riesgos familiares identificados.

## **CAPITULO II**

### **1. MARCO TEORICO**

En el presente capítulo se abordan antecedentes y bases teóricas de importancia que han contribuido a la fundamentación de las variables en estudio.

#### **1.1. ANTECEDENTES**

En el ámbito Latinoamérica se ha encontrado varios estudios que apoyan las variables estudiadas:

Hidalgo y Scharager (Chile, 2011), en la evaluación de seguimiento de una cohorte de 84 familias de alto riesgo biopsicosocial que fueron intervenidas en un programa de salud familiar integral. Se utilizó un diseño de mediciones repetidas, con indicadores cuantitativos y cualitativos, en 57 familias reclutadas para el seguimiento. Se demuestra la eficiencia del programa y su impacto en los indicadores de calidad social, técnica, económica y eficiencia práctica. Se establecen los indicadores que se mantuvieron en el tiempo, se destacan algunos que incluso mejoraron con el tiempo y se discuten las deficiencias y las áreas que deben mejorarse junto con señalar las limitaciones del programa<sup>5</sup>

Villanueva, Cuenca, Nishio et al. (Iquitos, 2009), desarrollaron un estudio con la finalidad de identificar las familias de mayor riesgo biopsicosocial y familiar de dos asentamientos humanos del distrito de Belén, así mismo discriminar el riesgo familiar según grupo poblacional, género y área geográfica. Emplearon una ficha de riesgo familiar que contiene características demográficas, estado de salud percibido en los últimos 3 meses. Se realizó la valoración del riesgo familiar en 112 familias asentadas en dos asentamientos humanos del distrito de Belén: Manco Inca y El triunfo. La edad promedio del total de las personas fue de 21 años. En los últimos 3 meses anteriores a la encuesta, solamente 12



jefes de familias declaran morbilidad percibida entre los miembros de la familia, destacándose los siguientes aspectos: el 33% refiere antecedentes de accidentes, el 25% gestantes no controladas, el 16.7% enfermedad del colesterol, 8.3% con enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias, y TBC pulmonar. En cuanto a riesgos familiares, 56.1% no viven con el padre, 11.1% tiene hijos sin partida de nacimiento, 20.8% declara deserción escolar infantil, 20% de la población total cuenta con alguna gestante en casa, 6.3% con bajo conocimiento den PF, 22% sin Papanicolaou, 4.5% reporta TBC pulmonar, 3.7% con diabetes, 71.1% con hacinamiento, 40.2% con riesgo a ruidos 34.2% con riesgo a humos, 85.7% riesgo a inundaciones, 85.5% con riesgo de basuras frente a vivienda<sup>6</sup>.

Fajardo (Colombia, 2008), caracterizó el riesgo familiar total en términos de categorías de factores de riesgo. Este estudio descriptivo, exploratorio, transversal con enfoque cuantitativo se desarrolló en los barrios Gaviota, Arkala y Arkambuco de la Comuna 6 del municipio de Ibagué (Tolima, Colombia) muestra de 132 familias con ancianos a quienes aplicó el instrumento "Riesgo Familiar Total 7-70". Los resultados principales fueron: Tipología familiar extensa y extensa modificada; 43% de las familias pertenecían al ciclo vital familiar en plataforma de lanzamiento, seguido de familias con adolescentes. 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 %). 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. 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<sup>7</sup>.

Ortega (Cuba, 2003) realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de diagnosticar el funcionamiento en las familias pertenecientes a un consultorio médico. Al clasificar a las familias según su estructura sobresale el elevado número de familias nucleares, 39 para un 68,4 %, lo que contrasta con la existencia de solo 4 (7 %) familias ampliadas. Existe un elevado porcentaje de familias disfuncionales (41 para un 72 %), comparado con las funcionales 16 para un 28 %). Esto significa que más de la mitad de la muestra se desarrolla en ambientes familiares de tensión, desequilibrio, mala comunicación, pobre desempeño de roles y pobres estados afectivos. El porcentaje de las familias disfuncionales fue superior a las funcionales para todos los tipos de estructura familiar. Predominaron las familias ampliadas (75 %), le siguieron las nucleares (74,4 %), y en último lugar las extensas (64,3 %), todas disfuncionales. Observamos un elevado porcentaje de familias disfuncionales, lo cual predominó en todos los tipos de estructura familiar. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la clasificación estructural de la familia y el tipo de funcionamiento familiar<sup>8</sup>.

Velásquez y Amaya (Colombia, 2012) hicieron un estudio descriptivo transversal con abordaje cuantitativo caracterizando a las familias con personas mayores en el municipio de Funza (Cundinamarca) desde el enfoque de Riesgo Familiar Total. Las 71 familias estudiadas estuvieron compuestas por un total de 319 personas, más de la mitad beneficiarias del programa de Atención Integral al Adulto Mayor (59%), con un promedio de cuatro personas por familia y residentes por más de diez años en el municipio (83%). Las personas mayores corresponden a 30.4 por ciento de la población (11% hombres y 19.4% mujeres). Se encontró predominio del alto riesgo familiar total (47.9%), influido por la subcategoría de morbilidad de la familia, con promedio de 3.35.

(alto riesgo), seguida con mediano riesgo en las subcategorías del ambiente socioeconómico (2.99), servicios de salud (2.38), ambiente psicoafectivo familiar (2.38) y riesgo por grupo de edad (2.04). Las familias estudiadas superaron en más del 50 por ciento el riesgo medio y alto en siete de las subcategorías, en las que la socioeconómica ocupa el primer lugar (93%), seguida por la morbilidad (84.5%), el psicoafectivo (67.6%), grupos de edad (57.8%), estilos de vida (55%), servicios de salud (54.9%) y prácticas de salud (50.7%); estos datos sugieren los aspectos en que se debe priorizar la atención de salud<sup>9</sup>.

Mendoza y Amaya (Colombia, 2010) desarrollaron un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizó el instrumento de riesgo familiar total: RFT Mx-33, elaborado y validado en familias de estratos 1 y 2 de nivel socioeconómico medio-bajo, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-2007). Resultados: Se entrevistaron 498 familias, con antecedente heredo-familiar del 70% con diabetes, el 54% con hipertensión y el 33% con problemas de alcoholismo. El 51% fue población abierta que hace uso del Centro de Salud y/o del médico particular. Con tres dimensiones de riesgo familiar de amenaza: 1) La detección de prácticas saludables (92.2%), 2) Saneamiento y seguridad del entorno familiar (89.4%), y 3) Violencia intrafamiliar (88.1%). En cuanto a la suma global del RFT se encontró un 11% con bajo riesgo, el 78% familias amenazadas y el 11% de alto riesgo. Existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ) de mayor riesgo en las familias nucleares (60%), contrario a las familias extensas (50%). Conclusiones: 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<sup>10</sup>.

Velásquez L. (Colombia, 2012) Investigación que caracterizó 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. Las 50 familias están conformadas por 204 personas. El 40% 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. La mayoría de los integrantes de las familias se consideraron “sanos” (53%), entre los preescolares predominan los problemas de tipo respiratorio (92%), seguidos de los problemas intestinales (8%). Para el puntaje total del instrumento de Riesgo Familiar Total RFT 5-33, se definen tres categorías de calificación del riesgo familiar: familias con riesgo bajo, familias amenazadas y familias con riesgo alto, destacándose el mayor porcentaje de familias en riesgo bajo (54%) y ninguna en alto riesgo. Se destaca mayor porcentaje de familias amenazadas en las familias tipo I nucleares (56%) que duplica el porcentaje de familias extensas amenazadas (28%). 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<sup>11</sup>.

## 1.2. BASES TEORICAS

Caracterizar y abordar el riesgo familiar permite determinar los elementos que actúan y contribuyen al detrimento de la salud familiar, pues existe la posibilidad que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas, lo que las hace más vulnerables a los procesos de salud y enfermedad<sup>12</sup>. La salud, porque es la que regula y mantiene los procesos de salud-enfermedad tanto en el interior como en el exterior de sí y en relación con otros sistemas. A pesar de que este sistema está condicionado a las pautas sociales y a las políticas de desarrollo, refleja la adaptación del hombre al medio en que se mueve y por ello el proceso salud-enfermedad, está en torno y en función de la familia.

Como señala Membrillo, la Salud Familiar (SF) está conformada por tres elementos principales: la salud individual, las condiciones materiales de vida y el funcionamiento familiar. Sus principales actores son el individuo, la familia y la sociedad<sup>13</sup>. Considerarlos en su conjunto nos llevaría a entender cómo se construye la SF, ya que cada uno de ellos es extremadamente importante.

La Salud Individual (SI) de cada uno de los miembros que conforman la familia considerando que la suma de este estado, no nos lleva a explicar o entender lo que es la SF como tal. Las Condiciones Materiales de Vida (CMV) que nos dan una perspectiva de los diferentes factores socioeconómicos que intervienen en la SF, los cuales debemos tomar en cuenta para poder dar una explicación de lo que será el proceso de salud enfermedad, individual y colectiva. El Funcionamiento Familiar (FF) es un aspecto que de considerarse en el modelo biologicista, daría una explicación más lógica acerca de la manera en que se generan los estados de salud y enfermedad en los individuos que conforman la familia.

### **1.2.1. Definición de Familia**

Según Horwitz<sup>14</sup> la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos.

Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primarios en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar.

Macías, define a la familia como un grupo de adscripción natural de seres humanos con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y que conviven habitualmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones.

Berenstein, define a la familia como una estructura de relaciones estables y continuas; que desde la perspectiva psicoterapéutica muestra distintas configuraciones que pueden ser generadas por procesos dinámicos de grupos familiares.

En general todos estos autores consideran el papel de la familia, en función de las relaciones que se establecen en este grupo familiar, valoran la importancia que tiene ella en la formación de la personalidad, y hacen referencia a su carácter sistémico.

### **1.2.2. Salud Familiar**

La salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo. La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros González (2000)

La salud familiar es un proceso único e irreplicable en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar. La salud familiar no es la suma de la salud individual. La salud familiar es un proceso dinámico que se encuentra en un continuo equilibrio y cambio. La familia siempre está retada al cambio, los acontecimientos propios del ciclo vital y aquellos hechos o situaciones accidentales producen cambios en la vida familiar; es la capacidad de adaptación, la llamada al reajuste familiar y la búsqueda del equilibrio.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud".

### **1.2.3. La familia y el proceso Salud- Enfermedad**

La familia puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud.

La Salud Familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida.

La situación de salud de la familia no es más que la situación concreta de salud que presenta el conjunto de los miembros, donde interviene, el funcionamiento familiar, la estructura, la forma de enfrentamiento a las etapas del ciclo vital, el modo de vida de la familia (factores socioeconómicos, socioculturales,

sociopsicológicos, psicosociales), las potencialidades propias de la familia (recursos protectores) y las del medio (sistema de salud, redes de apoyo). Estos elementos permitirán arribar a la conclusión de la situación específica de salud de la familia que se manifestará en el estado de salud, de riesgo o de daño de la misma.

La familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocia.

En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales. La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio<sup>15</sup>.

#### **1.2.4. Principios para la comprensión de la relación salud familia**

Según Louro Bernal<sup>16</sup>, la familia cumple una función reguladora en la salud. El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia fundamenta este principio, al incidir la familia directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones



acerca de la utilización de los servicios de salud, al tiempo que se constituye en la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad y muerte.

Las relaciones familiares constituyen el vehículo mediante el cual se produce la acción reguladora de la familia en la salud, las cuales modulan las condiciones de adversidad y otras crisis que vive la familia. Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. La comprensión de la relación familia-salud requiere una cosmovisión holística, sistémica y dialéctica de la concatenación de los hechos de la vida familiar y su implicación en la salud.

La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar y que se expresan en el modo particular en que la familia provee experiencias potencializadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocia de sus integrantes y de la vida socia.

En la salud de la familia se sintetiza el legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural del ámbito de su existencia. No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una condición que se alcanza por adición de condiciones individuales y no equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en los miembros de la familia. Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones debido a las influencias de cambio de los factores que la condicionan.

### **1.2.5. Dimensiones de la salud familiar**

**a) Contexto socioeconómico y cultural de vida familiar:** se concibe en esta dimensión aquellos aspectos pertenecientes al mundo económico-social y cultural en el cual se desarrolla la vida cotidiana de la familia. Incluye las condiciones materiales de vida, entendidas como conjunto de bienes y recursos que constituyen premisas básicas para el desarrollo de las funciones materiales, así como la inserción socio laboral, las creencias religiosas y los valores de la familia.

**b) La composición del hogar:** se refiere a la estructura del núcleo familiar que comparte un hogar, que incluye la cantidad de convivientes y el parentesco que existe entre ellos y en relación con un jefe del hogar. El hogar es la unidad residencial que reúne al grupo familiar de convivencia habitual, pero también incluye aquellas personas que aunque no tengan vínculos consanguíneos ni de parentesco compartan vínculos de convivencia y la vida de relaciones como miembros de la familia y a la vez excluye aquellos familiares que no participen de la convivencia y las relaciones cotidianas.

**c) Procesos críticos de vida familiar:** se denomina procesos críticos a la vivencia en la familia de acontecimientos familiares de diferente naturaleza que potencialmente afectan la estabilidad y el funcionamiento familiar habitual. Estos procesos encierran en sí la acción del hecho y su variada repercusión a nivel grupal y producen elevadas exigencias a la familia imponiendo cambios. Las vivencias familiares de acontecimientos normativos, para normativos y de salud provocan cambios en la dinámica familiar.

Cualquier familia puede enfrentar a la vez diferentes procesos críticos, los que se derivan del tránsito por las etapas del ciclo, los que se relacionan con la amplia gama de influencias provenientes de la vida social, los problemas situacionales, los cambios de condición económica y status social y por los

problemas de crecimiento, desarrollo y condición de salud de sus integrantes. Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo con el significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, siempre producen nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis.

**d) Las relaciones intrafamiliares:** la familia siempre desarrolla ciertas pautas o maneras relativamente estables de relacionarse entre sí. El conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento familiar va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, va a constituir el clima propicio para el equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relacionales para sus integrantes.

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico que condiciona el ajuste de la familia al medio social y al bienestar subjetivo de sus integrantes. Se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Constituye un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar:

**e) Afrontamiento familiar:** Llamamos afrontamiento familiar a la capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud, tales como cambios de comportamientos, de hábitos, ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo comunitario o profesional, cuando este sea necesario. También se expresa en el modo en que la familia cumple las tareas relativas al tránsito por las etapas del ciclo vital y tiene un buen ajuste a las exigencias de desarrollo evolutivo. Hay familias en las cuales se desarrollan mecanismos

de barreras frente a la ayuda especializada, se desestima el valor del criterio profesional, se niega el diagnóstico y se evade enfrentar las acciones propias de determinado tratamiento.

**f) Apoyo social:** Conjunto de recursos externos con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y ante determinadas situaciones que desbordan sus propios recursos y potencialidades. Se distingue entre el tipo de apoyo instrumental, material o tangible y el psicológico que incluye las relaciones de confianza, de aceptación y comprensión, ambos muy necesarios para afrontar las exigencias de la vida.

El apoyo social también se ha definido como el proceso de percepción y recepción por el cual los recursos en la estructura social (instituciones, organizaciones, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades instrumentales y expresivas de las personas y grupos en situaciones cotidianas y de crisis. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social<sup>17</sup>.

La familia es la principal fuente de apoyo social de las personas. Quienes viven en familias donde hay un alto grado de apoyo familiar y tienen buenas relaciones, tienden a ser físicamente más saludables, se recuperan más rápidamente de las enfermedades y viven más tiempo. Por ejemplo, niños con asma presentan una menor frecuencia y severidad de crisis obstructivas en la medida que sus familias tienen menores niveles de estrés. También, el grado de control de la hipertensión arterial, diabetes y depresión se relaciona con el nivel de apoyo familiar percibido por los pacientes. Además, la familia es el

ambiente central en el cual se desarrollan, mantienen y cambian los hábitos de salud. Los familiares tienden a compartir los mismos hábitos de salud, incluyendo patrones de alimentación, de actividad física y uso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas).

Los estilos de vida de un individuo se relacionan con los de su pareja y los hábitos de salud de padres influyen el tipo de conductas que los hijos adoptarán en el futuro. Por ejemplo, fumadores tienden a casarse con fumadores y ambos fuman aproximadamente la misma cantidad de cigarrillos. Además, los hijos de padres en los cuales ambos fuman tienen mayor riesgo de fumar que los hijos en los cuales sólo uno o ninguno lo hace. Lo mismo ocurre para otras condiciones relacionadas a los hábitos de salud, como la obesidad y el sedentarismo. Por otra parte, la salud de un integrante repercute en los otros miembros de la familia por vías distintas a los hábitos de salud. El tener depresión se correlaciona con un peor funcionamiento familiar. Además, se ha observado que esta enfermedad se relaciona con una mayor prevalencia de trastornos del ánimo, ansiedad y conducta en niños y otros familiares, los que tienden a recuperarse a medida que el familiar índice mejora<sup>18</sup>.

#### **1.2.6. Funcionalidad familiar**

##### **- Familia funcional y familia disfuncional**

Según Herrera<sup>19</sup> una familia es funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que

funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo. A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general se recomienda como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

**a)** Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

**b)** Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

c) Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.

Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe

existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

d) Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

e) Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de



enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).

### **1.2.7. Evaluación de la Salud Familiar**

La Salud Familiar ha sido evaluada por diferentes autores utilizando para ello diferentes categorías en cada uno de los métodos aplicados; así podemos citar el modelo Mc Máster, el modelo circunplejo de Olson, Rusell y Splinke, el modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Arés y la prueba de Funcionamiento Familiar confeccionada por Díaz, De la Cuesta y Louro<sup>20</sup>.

Para Bernal<sup>21</sup>, la valoración de la salud familiar en el análisis de la situación de salud, es fundamental, toda vez que en la familia se produce la salud y la enfermedad a escala microsocial; en ella se sintetizan las políticas públicas, los logros y las debilidades de los programas y servicios de salud y de ella misma para asumir los comportamientos saludables. La situación de salud familiar, vista como una configuración resultante de las condiciones del contexto socioeconómico y cultural, de la composición del hogar, de los procesos críticos que vive la familia, la calidad de las relaciones intrafamiliares, el estilo de afrontamiento y el apoyo social que incluye el apoyo de los servicios de salud, merece ser contemplada en el ASIS. La presencia e intensidad de características de riesgo a la salud familiar, unido a la capacidad de respuesta de la familia, la coloca en condición de vulnerabilidad psicosocial, lo que indica las necesidades de atención médica, psicológica y social.

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de aspectos que afectan la salud familiar y el vacío conceptual y metodológico existente.

En la revisión bibliografía fueron hallados diferentes métodos de evaluación familiar, básicamente destinados al diagnóstico del funcionamiento familiar, pero no están enteramente disponibles, pues en su mayoría son de origen norteamericano y no están validados

Louro ha descrito la prueba de percepción de funcionamiento intrafamiliar FF-SIL, el inventario de características familiares de riesgo y la matriz de salud familiar

#### **a) Matriz de salud familiar**

La matriz de salud familiar constituye un procedimiento resumen que permite la valoración diagnóstica de la situación de salud del grupo familiar con el objetivo de lograr la estratificación de las familias según tal condición. Se coloca en el eje de las X los resultados del inventario de características familiares de riesgo, y en el eje de las Y el resultado de la prueba de funcionamiento intrafamiliar. Los resultados de ambos instrumentos se codifican en una escala de 0 a 3 de menor a mayor gravedad. En tanto la familia se evalúa con respecto a ambos atributos, ocupa un punto (x, y) en la matriz, lo que la coloca en un cuadrante determinado, según se cruzan los resultados de los respectivos instrumentos. En el eje horizontal aparece la calificación del inventario de características familiares de riesgo a escala 0, 1, 2 y 3 en dirección creciente de criticidad, y en el eje vertical, la prueba de puntuación de la prueba FF-SIL llevada a escala de 0, 1, 2 y 3, según incremento de las disfuncionalidad. La ubicación de la familia en la matriz representa la salud de la familia.

La matriz se divide en 4 cuadrantes. En el cuadrante 1 (inferior izquierdo) se ubican las familias con buenas relaciones intrafamiliares y criticidad nula o muy baja; en el cuadrante 2 (inferior derecho) se colocan las familias con buenas relaciones intrafamiliares, pero con criticidad elevada, y este es un

tipo de familia que a pesar de las adversidades mantiene procesos relacionales funcionales. El cuadrante 3 (superior izquierdo) agrupa las familias que presentan problemas graves en las relaciones intrafamiliares, pero la criticidad es baja; y el cuarto cuadrante (superior derecho) representa la máxima o extrema afectación de salud del grupo familiar (tabla).

Tabla Matriz de salud familiar

	Criticidad leve a moderada		Criticidad severa a extrema	
	3-0	3-1	3-2	3-3
Relaciones intrafamiliares disfuncionales	2-0	2-1	2-2	2-3
	1-0	1-1	1-2	1-3
Relaciones intrafamiliares funcionales	0-0	0-1	0-2	0-3

**b) Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF - SIL)**

Involucra 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, acrónimo CRACAPA, contiene 14 afirmaciones. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

**c) Inventario de características familiares de riesgo**

Instrumento que contiene categorías, y estas a su vez en 50 características que potencialmente generan crisis familiares, el inventario es un dispositivo para identificar la presencia de estas características. Se considera que la acción combinada de tales características eleva las exigencias a la familia y la pone

en condición de sobreesfuerzo para afrontar la vida cotidiana, y por tanto, se le dificulta su capacidad de generar bienestar y potenciar el desarrollo biopsicosocial de sus integrantes. La calificación se realiza marcando el número de la característica en una plantilla que las muestra ordenadas, según dimensiones del modelo y el grado en que afectan la salud familiar (tipo I, II, III). La puntuación se obtiene por el número y tipo de característica que presenta la familia, y el resultado final provee información sobre niveles de criticidad familiar.

## **2. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

### **2.1. VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **RIESGO FAMILIAR:**

Es la variable dependiente del estudio, corresponde al grado de vulnerabilidad de la familia de acuerdo a la presencia de factores de riesgo, según ciclo vital de los miembros de la misma.

Es decir el grado estimado de daño que puede sufrir los miembros de la familia, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse de ninguno a total. Esta variable se midió según ciclo vital a través de los siguientes índices:

#### **Riesgo familiar total de niños menores de 11 años:**

- Riesgo familiar alto: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 06 a 10 puntos (menos del percentil 50).
- Riesgo familiar moderado: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 11 a 13 puntos (menos del percentil 75)
- Riesgo familiar bajo: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 14 puntos (más del percentil 75)

#### **Riesgo familiar total de adolescentes:**

- Riesgo familiar alto: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 12 a 17 puntos (menos del percentil 50).
- Riesgo familiar moderado: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 18 a 20 puntos.

- Riesgo familiar bajo: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 20 puntos.

**Riesgo familiar total de adulto joven:**

- Riesgo familiar alto: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 07 a 13 puntos (menos del percentil 50).
- Riesgo familiar moderado: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 14 a 16 puntos (menos del percentil 75)
- Riesgo familiar bajo: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 17 puntos (más del percentil 75)

**Riesgo familiar total de adulto intermedio**

- Riesgo familiar alto: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 05 a 12 puntos (menos del percentil 50).
- Riesgo familiar moderado: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 13 a 16 puntos (menos del percentil 75)
- Riesgo familiar bajo: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 17 a 19 puntos (más del percentil 75)

**Riesgo familiar total de adulto mayor**

- Riesgo familiar alto: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 05 a 15 puntos (menos del percentil 50).
- Riesgo familiar moderado: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 16 a 19 puntos (menos del percentil 75)

- Riesgo familiar bajo: Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 20 puntos (más del percentil 75)

## **2.2. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Son las condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en la salud de esta, se medirá a través de las siguientes subvariables:

### **a) Características del jefe de familia:**

- Edad: número de años cumplidos en el momento del estudio (Adulto joven, adulto intermedio, adulto mayor)
- Sexo: masculino y femenino.
- Estado civil: Soltero, casado y conviviente.
- Nivel de instrucción: Sin Estudios, primaria, secundaria, superior.
- Procedencia: Maynas, Alto Amazonas, Daten del Marañón, Loreto, Mariscal Ramón Castilla, Requena, Ucayali, No pertenece a Loreto.
- Etnia: Mestizo, cocama, bora.
- Seguro de salud: Si; No.
- Remuneración económica: Si; No.
- Tiempo de residencia: es el número de meses o años que habita la familia en el asentamiento humano en el momento del estudio.

### **b) Características de la familia**

#### **Tipo de familia:**

- Nuclear: padre, madre y uno más hijos.
- Extensa: padre, madre, hijos y otros familiares
- Monoparental: padre o madre junto a los hijos

- Mixta o Reconstituida: es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior.
- Familia con mayores: cuando existe además personas mayores de 60 años al cuidado de nietos.

**c) Ciclo Vital Familiar:**

**Etapas:**

- Formación
- Expansión
- Consolidación
- Apertura
- Post parental
- Disolución

**Fases:**

- Noviazgo
- Matrimonio sin hijos
- Pareja espera su primer hijo
- Con lactante
- Con pre-escolar
- Con escolares
- Con adolescentes
- Con salida de los hijos del hogar
- Con nido vacío
- Jubilación
- Muerte del primer cónyuge
- Muerte del segundo cónyuge

**d) Composición Familiar**

Número de personas miembros de la familia por etapa de vida.

- Número de lactantes en la familia



- Número de preescolares en la familia
- Número de escolares en la familia
- Número de adolescentes en la familia
- Número de adulto joven en la familia
- Número de adulto intermedio en la familia
- Número de adulto mayor en la familia

### **e) Funcionalidad Familiar**

- Familia funcional : Una familia es funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos, otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad y que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y estas no se vean de manera rígida . 43 – 70 puntos.
- Familia disfuncional: La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y esta se confunde con el autoritarismo, cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios y la rigidez de sus reglas impiden el desarrollo de sus miembros. 14 – 42 puntos.

### **f) Salud Percibida**

Autopercepción subjetiva de la salud familiar en general, en comparación a hace un año y en comparación con otras familias

- Buena : Cuando el miembro de la familia es consciente de la buena salud sentida.
- Regular: Cuando el miembro de la familia presenta un leve deterioro en su salud.
- Mala : El miembro de la familia reconoce categóricamente el deterioro de su salud.

### **g) Morbilidad Sentida**

Referencia de presencia o ausencia de enfermedad en el último año

- Si : El integrante de la familia afirma presencia o ausencia de enfermedad en el último año
- No : El integrante de la familia niega presencia o ausencia de enfermedad en el último año

### **h) Apoyo Familiar**

El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital. Consta de tres dimensiones instrumental, afectiva y social.

- Bajo grado de apoyo familiar : Cuando las familias presentan malas relaciones y presentan alguna enfermedad física, emocional o mental no controlada. 10 – 18 puntos.
- Moderado grado de apoyo familiar : Es la familia que presenta en leve grado de deterioro en sus relaciones. 19 – 25 puntos.
- Alto grado de apoyo familiar : Es cuando las familias tienen buenas relaciones, tienden a ser físicamente más saludables, se recuperan más rápidamente de las enfermedades y viven más tiempo. 26 – 30 puntos.

### **3. HIPÓTESIS GENERAL**

Existe relación estadísticamente significativa entre las variables: tipología familiar, ciclo vital familiar, composición familiar, salud percibida, morbilidad sentida, funcionalidad familiar, apoyo familiar y los riesgos familiares identificados.

## CAPITULO III

### 1. METODOLOGIA

#### 1.1 . Método de investigación:

En la presente investigación se empleó el método cuantitativo, porque se inicia con ideas preconcebidas acerca de las variables asociadas que predicen el riesgo familiar, permitiéndonos hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones, utilizando procedimientos estructurales e instrumentos formales para recabar la información numérica requerida mediante procedimientos estadísticos.

#### 1.2 . Diseño de investigación:

El diseño que se utilizó en el estudio fue el no experimental, transversal de tipo descriptivo y correlacional.

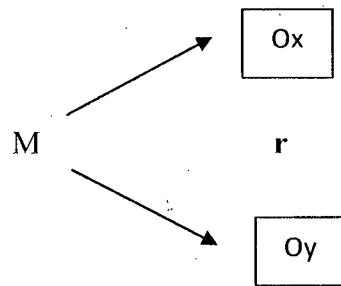
**-No Experimental.** Porque se estudia una situación dada sin incorporar elementos que varíe el comportamiento de las variables en estudio.

**-Transversal.** Porque se estudia las variables en un momento determinado de tiempo en la que se realiza el estudio.

**-Descriptivo.** Porque permite observar, describir y documentar el comportamiento de las variables en estudio: Variable independiente (Variables asociadas: la tipología familiar, ciclo vital familiar, salud percibida, morbilidad sentida, funcionalidad familiar, apoyo familiar y composición familiar) y la variable dependiente (Riesgo Familiar en los Asentamientos Humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén, 2013), de manera independiente.

- **Correlacional.** Porque permite establecer asociación entre algunas variables (la tipología familiar, ciclo vital familiar, salud percibida, morbilidad sentida, funcionalidad familiar, apoyo familiar y composición familiar) con la variable dependiente (Riesgos Familiares en los Asentamientos Humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén, 2013, sin establecer causa efecto).

El diseño consta del siguiente diagrama:



**Especificaciones:**

- M : Muestra.
- O : Observaciones.
- xy : Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables).
- r : Indica la asociación entre las variables de estudio.

### 1.3. Población y Muestra

La población para el siguiente trabajo de investigación estuvo conformada por todas las familias que residen en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén, que corresponden a 1004 familias (AAHH 28 de Julio: 437 familias y AAHH Triunfo: 567 familias). El cuadro 1 muestra la distribución de estas según el número de manzanas

**Cuadro 1:** Número de familias del AAHH 28 de Julio y AAHH Triunfo

28 De Julio		Triunfo		Total familias
Manzanas	Familias	Manzanas	Familias	
A	20	A	41	61
B	6	B	39	45
C	10	C	56	66
D	4	D	52	56
E	44	E	51	95
F	40	F	34	74
G	23	G	40	63
H	50	H	49	99
I	69	I	36	105
J	79	J	0	79
K	32	K	33	65
L	32	L	1	33
M	28	M	32	61
		N	16	16
		O	1	1
		P	23	23
		Q	18	18
		R	21	21
		S	23	23
<b>Total</b>	<b>437</b>		<b>567</b>	<b>1004</b>

La muestra estuvo constituida por 237 familias que residen en los asentamientos humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el método probabilístico haciendo uso de la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, nivel precisión 5%, los valores de p y q serán de 0.50.

$$n = \left( \frac{z}{e} \right)^2 \times p \times q$$

**Especificaciones:**

n = Muestra que está sujeto a estudio.

z = 1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95 %)

p = proporción de ocurrencia del fenómeno en estudio (0.72)

q = proporción de no ocurrencia del fenómeno de estudio (0.28)

e = error absoluto, precisión o nivel de tolerancia (0.05)

n= 237 (población de estudio).

**Reemplazo de la fórmula:**

$$n = \left[ \frac{1.96}{0.05} \right] \times 0.5 \times 0.5 \quad \boxed{n= 309.78}$$

**Ajustando:**

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{309.78}{1 + \frac{309.78}{237}} = \frac{309.78}{1.308} = \boxed{237}$$

## Muestra Probabilística Estratificada

La fórmula es la siguiente:

$$Fh = \frac{n}{N} = KSh$$

### *Especificaciones:*

Fh = Es la fracción del estrato.

n = El tamaño de la muestra.

N = El tamaño de la población.

Sh = Es la desviación estándar de cada elemento en el estrato h.

K = Es una proporción constante que nos dará como resultado una n óptima para cada estrato.

### *Reemplazo de la fórmula:*

$$Fh = \frac{237}{1004} = 0.24$$

*La fracción para cada estrato fue:*

$Fh = 0.24$
-------------



De manera que el total de la sub-población se multiplicó por ésta fracción constante a fin de obtener el tamaño de la muestra para cada estrato.

Sustituyendo, se construyó el **Cuadro 1** para la selección de los sujetos de estudio según estratos:

**Cuadro 2:** Muestra probabilística estratificada de familias del AAHH 28 de Julio y AAHH Triunfo,

28 De Julio		Triunfo		Total
Manzanas	Familias	Manzanas	Familias	
A	06	A	09	15
B	03	B	09	12
C	05	C	12	17
D	03	D	11	14
E	13	E	11	24
F	12	F	07	19
G	08	G	09	17
H	12	H	11	23
I	16	I	08	24
J	18	J	0	18
K	08	K	07	15
L	08	L	0	08
M	07	M	07	14
		N	03	03
		O	0	0
		P	05	05
		Q	05	05
		R	02	02
		S	02	02
Total	119		118	237

### **Criterios de Inclusión:**

- Jefe/a de familia que deseen participar libre y voluntariamente en la investigación.
- Familia con residencia habitual mínima de 6 meses en los lugares seleccionados del distrito de Belén.

### **Diseño Muestral**

El diseño de muestreo que se usó fue el muestreo por conglomerados, este método permite identificar estratos de la población y establecer la proporción de elementos necesarios a partir de los distintos segmentos estratificados, de esta manera se asegura que los diversos segmentos o sectores estén representados en la muestra en la misma proporción en que se presenta en la población.

### **1.4. Técnicas e Instrumentos**

Las técnicas que se emplearon fueron la entrevista para aplicar el cuestionario a los jefes de familias seleccionadas y la revisión documentaria para recolectar los datos de la ficha familiar.

Se utilizó una batería que contiene los siguientes instrumentos a utilizar:

- a) Cuestionario de Salud Familiar:** Contiene datos generales de la familia, composición familiar, la tipología familiar, ciclo vital familiar.
- b) Escala de Salud Autopercebida:** Cuenta con tres ítems de la salud autopercebida del integrante de la familia con tres respuestas, fue sometida a prueba piloto.
- c) Test de Morbilidad Sentida:** El miembro de la familia responde si en su familia algún miembro enfermo durante los últimos seis meses y lo específica, fue sometida a prueba piloto.

**d) Test de Percepción del Funcionamiento Familiar:** Instrumento estandarizado elaborado por Tersa Ortega y Dolores de la Cuesta Freijomilpora evalúa cuan-cualitativamente la funcionalidad familiar, consta de 14 ítems las cuales miden las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Este instrumento fue sometido en el año 1994 y en el año 2000 en Cuba a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad con un total de 94% y validez, mediante juicio de expertos. En la Región Loreto en el año 2007, el instrumento tiene una validez de 94.3% y confiabilidad de 0.88.

**e) Escala de Riesgo Familiar:** Contiene los factores de riesgo por etapa de vida con respuestas dicotómicas, consta 91 ítems, 14 para niño, 20 para adolescente, 18 para adulto joven, 19 para adulto intermedio y 20 para adulto mayor. Tiene un nivel de confiabilidad de 0.783 y fue sometida a prueba piloto.

**f) Escala de Apoyo Familiar;** instrumento elaborado por Leitón (1997)<sup>22</sup> en base a los conceptos descritos en la tipología de Antonucci's (Fawcett, 1991) y Kane (Fawcett, 1991). Mide la variable apoyo familiar del adulto mayor, con una confiabilidad dada por la autora de 0.85 y una validez de 0.86. Consta de 3 partes: apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental, está elaborado con 10 ítems. Cada ítem tiene un valor mínimo de 1 punto y un valor máximo de 3 puntos, la escala tiene un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles.

**Validez y Confiabilidad de los Instrumentos:** Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a prueba de validez y confiabilidad, los cuales se realizaron de la siguiente manera:

- **Validez:** Para determinar la validez de los instrumentos se empleó la técnica del Juicio de Expertos, para lo cual participaron expertos, profesionales de reconocida trayectoria profesional y de investigación. Posteriormente se sometió a la aplicación del Coeficiente de correlación de Pearson. El nivel aceptable de validez será de 70% a más, o según la unidad de 0.7 a más.

- **Confiabilidad:** Para determinar la confiabilidad de los instrumentos se empleó la Prueba Piloto con el  $\pm 10\%$  de la muestra definitiva del estudio, Posteriormente se sometió la aplicación del Coeficiente Alfa de Crombach. El nivel aceptable de confiabilidad será de 70% a más o según la unidad de 0.7 a más.

### **1.5. Procedimiento de Recolección de la Datos**

Para la recolección de la información se ejecutaron las siguientes etapas:

- a) Se estableció coordinación con las responsables de participación ciudadana del gobierno local de Belén y operadores de salud del Centro salud 9 de octubre.
- b) La captación de las familias se creó a partir de los conglomerados seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión pre establecidos, hasta completar el número reclutado.
- c) Se realizó una reunión de sensibilización a los líderes comunitarios de los sectores seleccionados (secretarios generales y presidentes de juntas vecinales) para obtener el consentimiento informado de las familias seleccionadas.
- d) Se solicitó la participación voluntaria de las familias, aplicando el consentimiento informado.

- e) Una vez seleccionada la familia se realizó una visita domiciliaria con el objetivo de solicitar la participación y proceder a la aplicación de la batería de instrumentos.
- f) La visita domiciliaria fue realizada por las tesistas que se presentaron con el uniforme de salud pública, con una duración de 60 minutos aproximadamente por cada familia, de lunes a viernes, en las mañanas de 7am a 12pm y por las tardes de 2pm a 6pm. en los Asentamientos Humanos 28 de Julio y Triunfo del distrito de Belén.

#### **1.6. Análisis de Datos**

La información obtenida fue codificada y procesada a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. El análisis se realizó en tres etapas, en la primera etapa considera la descripción de los participantes usándose medidas de tendencia central y de dispersión, para organizar los datos procedentes del estudio se manejó tablas de distribución de frecuencias. En la segunda etapa que corresponde al análisis inferencial se aplicó la prueba t student para comprobar las diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones medias de la tipología familiar, ciclo vital familiar, funcionalidad familiar, morbilidad y salud percibida según las variables estudiadas. Posteriormente se aplicó la prueba  $X^2$  y el coeficiente de contingencia para establecer la relación entre las variables independientes (Riesgo Familiar) con la variable dependiente (Variables Asociadas: tipología familiar, ciclo vital, funcionalidad familiar, morbilidad sentida, salud percibida y apoyo familiar).

En la tercera etapa se aplicó el análisis de correlación bivariada  $r$  de Pearson con la finalidad de determinar cómo se correlacionan las variables asociadas de tipología familiar, ciclo vital, funcionalidad familiar, morbilidad y salud

percibida con el riesgo familiar de los participantes de la muestra, se construyó una matriz de correlación para mostrar los hallazgos en la muestra total (en todos los casos la variable dependiente estará conformada por el riesgo familiar).

### **1.7. Protección de los Derechos Humanos**

De acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre los principios éticos para las investigaciones Médicas en seres humanos realizadas en Seúl, Corea, Octubre 2008, en sus 35 artículos se asume que:

- La participación de las unidades de estudio fue en forma voluntaria, mediante la firma de la hoja de Consentimiento Informado. Previa información de los objetivos del presente estudio, fueron tratados con respeto, manteniéndose el anonimato y confidencialidad de la información vertida, considerándose la individualidad, brindando privacidad y respetándose la integridad física y moral, por lo que se logró un ambiente adecuado para la interacción investigadora – participante, respetando de ese modo los derechos humanos de las unidades de estudio. Se adjunta en Anexo.
- En todo momento se respetó la decisión del jefe de familia de retirarse del estudio si así lo desea.
- Es necesario indicar que el jefe de familia recibió la información acerca de su participación, incluyendo de manera concreta las actividades que se realizaron, es decir: el propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, beneficios de la investigación, incentivos por su participación, y a quien contactar en caso para preguntas acerca de la investigación.
- Las preguntas e ítems de los instrumentos no alteraron la integridad física, psicológica y social de las unidades de estudio.

- Los beneficios potenciales para las familias que participen en el estudio, se fundamenta en la relación terapéutica investigador/a- familia a ser establecida a través de la visita domiciliaria. De otra parte, se pudo realizar intervención en aquellas familias en los que se determinó riesgos familiares recibiendo la consejería respectiva y referencia al establecimiento de salud.
- Los resultados que se obtuvieron fueron confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio, en todo momento se tuvo en cuenta la ética y la bioética en salud. Los instrumentos de recolección de datos fueron manejados en forma anónima, se codificaron en la misma ficha y luego se creó una base de datos en el paquete estadístico SSPS. Solo tuvieron acceso a la base de datos los investigadores responsables del tratamiento estadístico, los datos fueron analizados en forma agrupada. Una copia del consentimiento informado fue colocada conjuntamente con los instrumentos de recolección de datos. Luego del procesamiento de los datos, los instrumentos utilizados fueron destruidos.

## CAPITULO IV

### 1. RESULTADOS

#### 1.1.1 Características del jefe de familia

Tabla 1.  
Características del jefe de familia según sexo. AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio.  
Distrito Belén. 2013

	Femenino		Masculino		Total		p
<b>Edad</b>							
Adulto joven	22	9,30	114	48,10	136	57,40	$X^2= 2,682$
Adulto intermedio	20	8,40	61	25,70	81	34,20	gl= 2
Adulto mayor	5	2,10	15	6,30	20	8,40	p= 0,262
Total	47	19,80	190	80,20	237	100,00	
<b>Estado civil</b>							
Conviviente	17	7,20	137	57,80	154	65,00	CC= 0,446
Casado	4	1,70	37	15,60	41	17,30	p= 0,000
Soltero (a)	24	10,10	16	6,80	40	16,90	
Total	47	19,80	190	80,20	237	100,00	
<b>Instrucción</b>							
Sin Estudios	2	0,8	1	0,4	3	1,3	CC= 0,277
Primaria	27	11,4	54	22,8	81	34,2	p= 0,000
Secundaria	16	6,8	120	50,6	136	57,4	
Superior	2	0,8	15	6,3	17	7,2	
Total	47	19,80	190	80,20	237	100,00	
<b>Etnia</b>							
Mestizo	47	19,80	187	78,90	234	98,70	CC= 0,056
Cocama	0	0,00	2	0,80	2	0,80	p= 0,687
Bora	0	0,00	1	0,40	1	0,40	
Total	47	19,80	190	80,20	237	100,00	
<b>Seguro de Salud</b>							
No	7	3,00	12	5,10	19	8,00	$X^2= 3,760$
Si	40	16,90	178	75,10	218	92,00	gl= 1
Total	47	19,80	190	80,20	237	100,00	p= 0,053



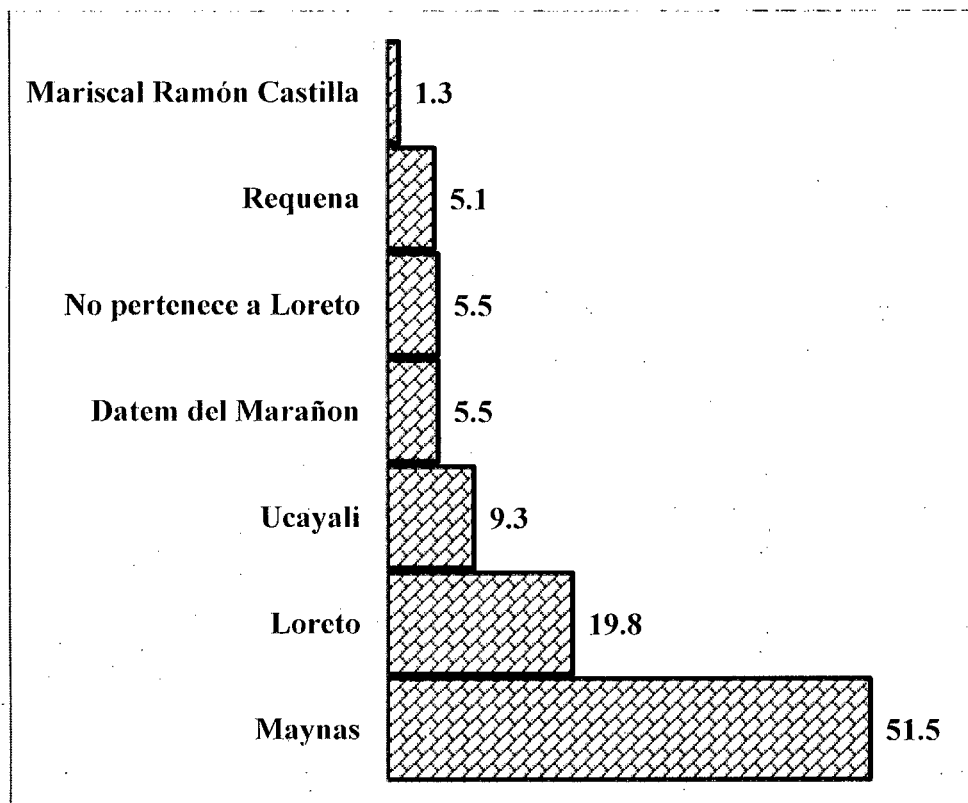
La tabla 1 muestra las características del jefe de familia entrevistado de acuerdo al sexo, observándose que el 57,4% de los jefes de familia fueron adultos jóvenes entre 20 a 44 años, predominando los varones con el 48,1% frente al grupo de mujeres con 9,3%; una tercera parte de jefes de familia (34,20%) fueron adultos intermedios con edad comprendidas entre los 45 a 59 años y solamente el 8,4% fueron adultos mayores de 60 años a más.

Respecto al estado civil, el 65% declararon estado civil conviviente, 17,3% casados y un 16,9% solteros, observándose mayor porcentaje de mujeres jefes de familia que declararon ser solteras (10,1%) en comparación a los varones (6,8%)

En cuanto al grado de instrucción, el 57,4% informaron haber cursado la secundaria y el 34,2% primaria: observándose que las mujeres están en desventaja frente a los varones con menor acceso a la educación, pues solo el 11,4% tiene primaria, 6,8% secundaria y el 0,8% superior.

De otra parte, se encontró que en forma mayoritaria los jefes de familia son mestizos y el 92% tiene acceso al seguro de salud.

Gráfico 1.  
Procedencia del jefe de familia de los AA HH 28 de Julio y Triunfo.  
Distrito Belén. 2013



En el gráfico 1, se aprecia la procedencia de los jefes de familia de los asentamientos humanos entrevistados, observándose que la mitad informa que proceden de la provincia de Maynas (51,5%), seguido de Loreto (19,8%), Ucayali (9,3%), comparten una similar incidencia la provincia de Datem de Marañón y los no pertenecientes a Loreto (5,5%), finalmente las provincias de Requena (5,1%) y Mariscal Ramón Castilla (1,35%).

## 1.1.2. Características de la familia

### 1.1.2.1. Tipología y ciclo vital familiar

Tabla 2.  
Tipología familiar y ciclo vital familiar según asentamientos humanos.  
Distrito Belén. 2013

	Triunfo	28 de Julio	Total	P
<b>Tipología familiar</b>				
Nuclear	58(24,50)	73(30,80)	131(55,30)	CC= 0,183
Extensa	44(18,60)	41(17,30)	85(35,90)	p= 0,042
Monoparental	15(6,30)	4(1,70)	19(8,00)	
Otros	1(0,40)	1(0,40)	2(0,80)	
<b>Total</b>	<b>118(49,80)</b>	<b>119(50,20)</b>	<b>237(100,00)</b>	
<b>Ciclo vital familiar</b>				
Etapa	1(0,40)	0(0,00)	1(0,40)	CC=0,093
Expansión	12(5,10)	15(6,30)	27(11,40)	p=0,721
Consolidación	77(32,50)	71(30,00)	148(62,40)	
Apertura	22(9,30)	27(11,40)	49(20,70)	
PostParental	6(2,50)	6(2,50)	12(5,10)	
<b>Total</b>	<b>118(49,80)</b>	<b>119(50,20)</b>	<b>237(100,00)</b>	
<b>Fases</b>				
Noviazgo	1(0,40)	0(0,00)	1(0,40)	CC= 0,151
Con lactante	2(0,80)	0(0,00)	2(0,80)	p= 0,600
Con pre-escolar	11(4,60)	18(7,60)	29(12,20)	
Con escolar	34(14,30)	33(13,90)	67(28,30)	
Con adolescentes	42(17,70)	36(15,20)	78(32,90)	
Con salida de los hijos	22(9,30)	26(11,00)	48(20,30)	
Con nido vacío	5(2,10)	5(2,10)	10(4,20)	
Jubilación	1(0,40)	1(0,40)	2(0,80)	
<b>Total</b>	<b>118(49,80)</b>	<b>119(50,20)</b>	<b>237(100,00)</b>	

En la tabla 2 se observa las características de las familias de la muestra estudiada según la tipología familia. El (55,30%) de las familias son de tipología nuclear, el (24,50%) en AA HH Triunfo y el (30,80%) en AA HH 28 de Julio. Con respecto al ciclo vital familiar el (62,40%) se encuentran en la etapa de consolidación, el (32,50%) en AA HH Triunfo y el (30,00%) en AA HH 28 de Julio, le siguió en el orden de importancia el (32,90%) la fase familiar de familias con adolescentes, de estos el (17,70%) pertenecen al AA HH de Triunfo y el (15,20%) del AA HH 28 de Julio.

### 1.1.2.2. Composicion familiar

Tabla 3.  
Estadísticos descriptivos de la composición familiar en los asentamientos humanos  
Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

	Lactante	Menor de 5 años	Escolar	Adolescente	Adulto joven	Adulto intermedio	Adulto mayor
N Válidos	54	130	152	113	157	206	32
Media	1,11	1,45	1,50	1,33	1,87	1,86	1,34
Mediana	10,0	10,0	10,0	10,0	20,0	20,0	10,0
Desv. típ.	0,4	0,6	0,7	0,6	1,2	0,8	0,4
Mínimo	1,00	1,00	,00	,00	0,00	1,00	1,00
Máximo	3,00	4,00	4,00	4,00	9,00	9,00	2,00

En la tabla 3 se muestra los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de la composición familiar, en las familias de los dos asentamientos humanos estudiados.

Se encontró 54 familias con lactantes, la puntuación promedio de lactantes por familias es de  $1,11 \pm 0,4$ . También se identificó 130 familias con menores de 5 años mostrando como promedio de  $1,45 \pm 0,6$ . Hubieron 152 familias con escolares dando una puntuación promedio de  $1,50 \pm 0,7$ . 113 familias tienen adolescentes con una puntuación promedio de  $1,33 \pm 0,6$ . En 157 familias tuvieron adultos jóvenes con una puntuación promedio de  $1,87 \pm 1,2$ . En 206 familias se detectó adultos intermedios con una puntuación promedio de  $1,86 \pm 0,8$ . Por último se identificó adultos mayores en 32 familias, con puntuación promedio de  $1,34 \pm 0,4$ .

### 1.1.2.3. Salud Percibida

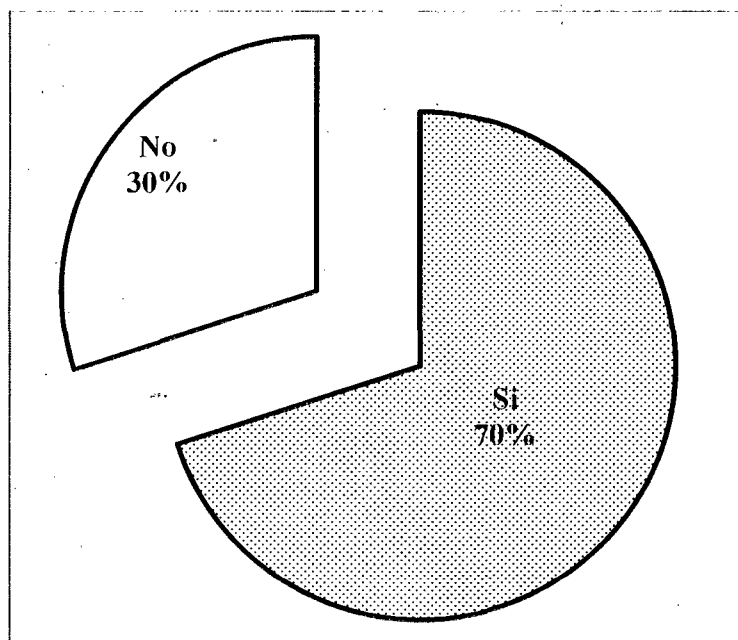
Tabla 4.  
Salud percibida de las familias de los AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio.  
Distrito Belén. 2013

	n	%
<b>Salud en general</b>		
Mala	19	8,0
Regular	115	48,5
Buena	103	43,5
Total	237	100,0
<b>En comparación con personas de su edad</b>		
Mala	8	3,4
Regular	151	63,7
Buena	78	32,9
Total	237	100,0
<b>Comparación hace 01 año</b>		
Mala	31	13,1
Regular	111	46,8
Buena	95	40,1
Total	237	100,0

En la tabla 4, se presenta la salud percibida de las familias en los AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio, observándose que en los tres ítems de valoración, la salud es especialmente calificada como “regular”; siendo mayor en el ítem en “comparación con personas de su edad” (63.7%), seguido de “salud en general” (48,5%) y en “comparación hace 1 año” (46,8%).

#### 1.1.2.4. Morbilidad sentida

Gráfico 2.  
Morbilidad sentida de las familias de los AA HH 28 de Julio y Triunfo.  
Distrito Belén. 2013



El gráfico 2 muestra que el 70% de las familias encuestadas de los AA HH 28 de Julio y Triunfo refirió que algún miembro de su familia ha enfermado durante estos últimos seis meses y solamente el (30%) manifestó no haber enfermado.

La tabla 5 muestra que las personas que enfermaron en los últimos seis meses, fueron en mayor proporción los hijos (42,6%), seguido de las parejas (13,5%) y los nietos (12,2%).

También se observa que la enfermedad con mayor incidencia en la familias de los AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio, fueron Infección Respiratoria Aguda IRA (26,6%) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA (26,2%), siguiendo en el orden de importancia el síndrome febril (8,9%).

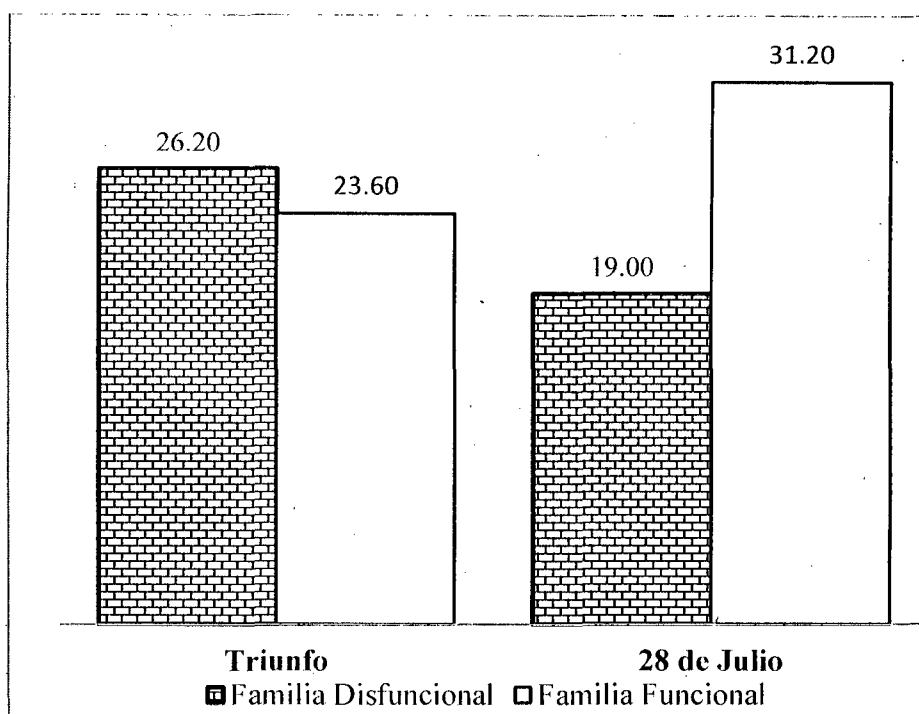
Tabla 5.  
Personas que enfermaron últimos seis meses, y tipo de enfermedad  
en las familias. AA HH 28 de Julio y Triunfo

	Triunfo		28 de Julio		Total		p
<b>Persona que enfermó</b>							
Hijo	36	15,2	65	27,4	101	42,6	CC=0,351 p=0,000
Pareja	15	6,3	17	7,2	32	13,5	
Nietos	12	5,1	17	7,2	29	12,2	
Sobrino	3	1,3	0	0,0	3	1,3	
Abuelo	0	0,0	3	1,3	3	1,3	
Hermano(a)	1	0,4	0	0,0	1	0,4	
Ninguno	51	21,5	17	7,2	68	28,7	
Total	118	49,8	119	50,2	237	100,0	
<b>Tipo de enfermedad</b>							
Ninguno	51	21,5	17	7,2	68	28,7	CC=0,368 p= 0,000
IRA	25	10,5	38	16,0	63	26,6	
EDA	16	6,8	46	19,4	62	26,2	
Síndrome Febril	14	5,9	7	3,0	21	8,9	
Enfermedades Metaxénicas	5	2,1	6	2,5	11	4,6	
Otras	5	2,1	3	1,3	8	3,4	
Leptospirosis	2	0,8	2	0,8	4	1,7	
Total	118	49,8	119	50,2	237	100,0	



### 1.1.2.5. Funcionamiento familiar

Gráfico 3.  
Funcionalidad familiar según asentamientos humanos. Distrito Belén. 2013



En el gráfico 3 se expone funcionalidad familiar según asentamientos humanos, en cuanto al AA HH 28 de Julio muestra mayor funcionabilidad familiar (31,20%) que las familias del AA HH Triunfo (23,60%)

Respecto a la disfuncionalidad familiar muestra una mayor prevalencia las familias entrevistadas del AA HH Triunfo (26,20%), frente al (19,00%) de las familias del AA HH 28 de Julio.

Cuando se discrimina el funcionamiento familiar según asentamiento humano, se observa que la puntuación promedio del test de percepción

familiar es mayor en las familias del asentamiento humano 28 de Julio ( $46,4 \pm 9,3$ ) en comparación con las familias del asentamiento humano Triunfo ( $42,29 \pm 8,78$ ). (gráfico 4).

La prueba t para igualdad de medias demostró que existe diferencias estadísticas altamente significativas en la percepción del funcionamiento familiar por asentamiento humano ( $t= -3,500$ ,  $gl= 234,422$ ,  $p= 0, 001$ ) (tabla 6).

Gráfico 4.  
Puntuación promedio del funcionamiento familiar  
según AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio.  
Distrito Belén. 2013

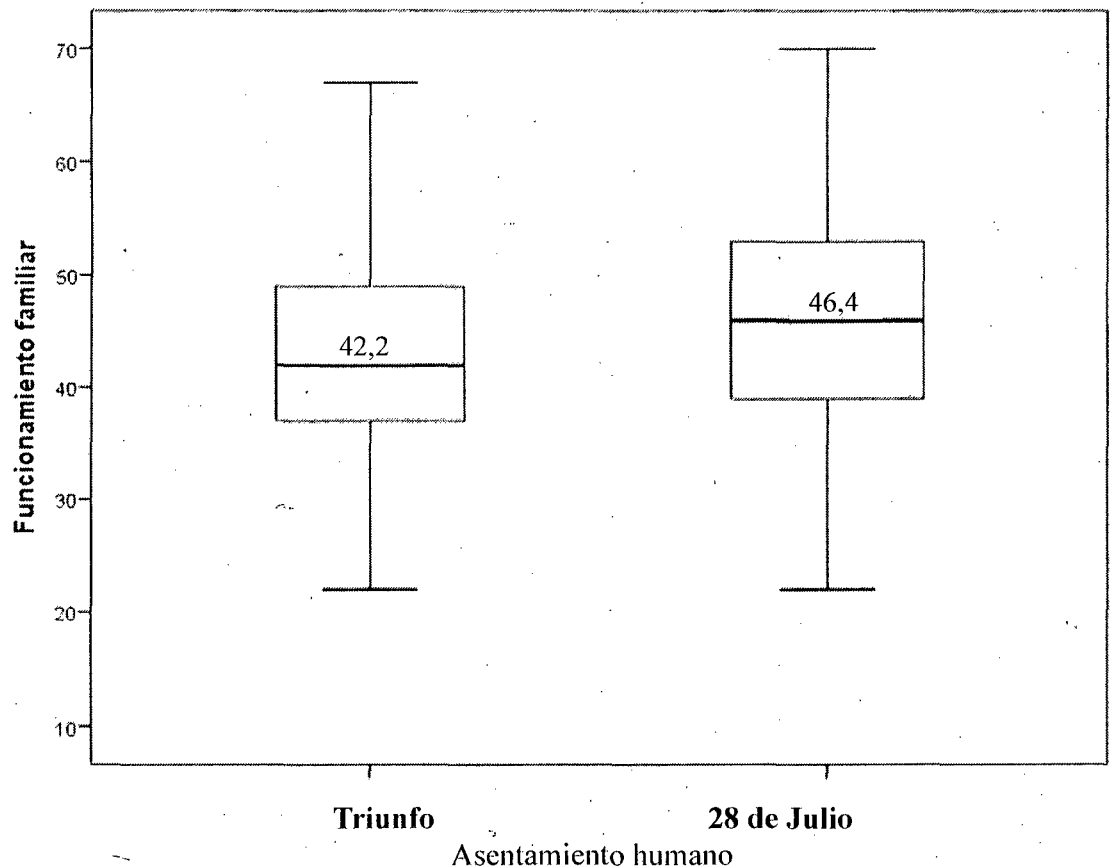


Tabla 6.  
 Estadísticos del funcionamiento familiar.  
 AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio.  
 Distrito Belén. 2013

Estadísticos descriptivos	funcionamiento familiar	AA.HH	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
		Triunfo	118	42,29	8,784	0,809
	28 de Julio	119	46,40	9,310	0,853	
Prueba T para la igualdad de medias						
t	gl	p	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	IC 95%	
					Inferior	Superior
-3,5	234,422	0,001	-4,115	1,176	-6,432	-1,799

### 1.1.2.6. Apoyo Familiar

En la tabla 7 se aprecia que en ambos asentamientos, el 70% de las familias evaluadas refieren moderado apoyo familiar, siendo ligeramente superior en 28 de Julio en comparación con las familias del asentamiento humano Triunfo (37,1% y 32,9% respectivamente).

De otra parte, el 18,1% de las familias presenta alto grado de apoyo familiar y social, siendo ligeramente mayor en Triunfo (10,5% y 7,6 %respectivamente).

El 11,8% presenta bajo apoyo familiar siendo más frecuente en las familias del asentamiento humano Triunfo (6,3% y 5,5%).

Sin embargo la prueba  $X^2$  demostró que no existen diferencias en apoyo familiar entre los dos asentamientos humanos, es decir que se trata de una población homogénea.

Tabla 7.  
Apoyo familiar y social según AA HH Triunfo y AA HH 28 de Julio.  
Distrito Belén. 2013

Apoyo familiar y social	Triunfo		28 de Julio		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo Apoyo Familiar	15	6,3	13	5,5	28	11,8
Moderado Apoyo Familiar	78	32,9	88	37,1	166	70,0
Alto Grado de Apoyo Familiar	25	10,5	18	7,6	43	18,1
Total	118	49,8	119	50,2	237	100,0

En la tabla 8 se presenta los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del apoyo social medido mediante la escala de apoyo de Leiton, en las familias de los dos asentamientos humanos entrevistados.

Se encontró que la puntuación promedio del apoyo social global es similar para las familias del asentamientos humanos de Triunfo y 28 de Julio ( $X=22,18$  y  $X=21,34$  respectivamente). La prueba t de student confirmo que no existe diferencias entre ambos promedios ( $t=1,75$ ,  $p=0,08$ ). Sin embargo se observó diferencias significativas en las dimensiones del apoyo social.

En la dimensión apoyo afectivo se encontró que las familias del asentamiento humano Triunfo informan mejores puntuaciones promedios de apoyo social que las familias del asentamiento humano de 28 de Julio ( $X=9,21$  y  $X=8,67$  respectivamente). La prueba t de student demostró que existe diferencias significativas ( $t= 2,13$  y  $p= 0,03$ ). Similar situación se encontró en la dimensión de apoyo a la estima, las familias de Triunfo también muestran valores promedios superiores a las familias de 28 de Julio ( $X=9,34$  y  $X=8,87$  respectivamente), ( $t=2,31$  y  $p= 0,02$ ).

Tabla 8.  
Estadísticos descriptivos del apoyo social global y sus dimensiones en las familias de los asentamientos humanos Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

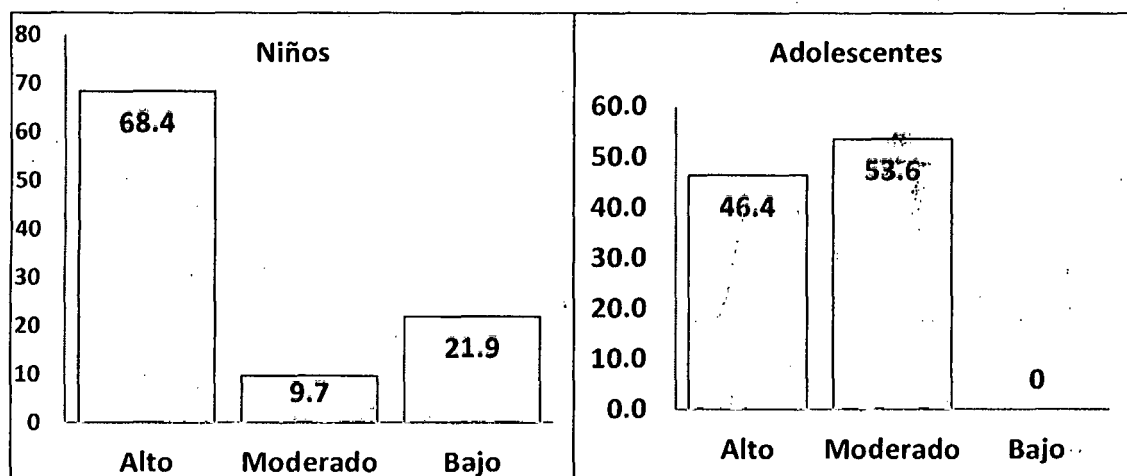
Estadísticos Descriptivos	Apoyo social global		Apoyo afectivo		Apoyo instrumental		Apoyo a la estima		
	Triunfo	28 de Julio	Triunfo	28 de Julio	Triunfo	28 de Julio	Triunfo	28 de Julio	
Media	22,18	21,34	9,21	8,67	3,63	3,79	9,34	8,87	
IC 95%	Li	21,46	20,71	8,82	8,36	3,45	3,62	9,05	8,60
	Ls	22,90	21,96	9,60	8,98	3,81	3,96	9,63	9,15
Mediana	21,00	20,00	9,00	8,00	4,00	4,00	9,00	8,00	
D.S	3,95	3,42	2,15	1,72	0,99	0,96	1,58	1,52	
Mínimo	11,00	14,00	4,00	5,00	2,00	2,00	5,00	5,00	
Máximo	30,00	30,00	12,00	12,00	6,00	6,00	12,00	12,00	
Rango	19,00	16,00	8,00	7,00	4,00	4,00	7,00	7,00	
t		1,75		2,13		-1,29		2,31	
p		0,08		<b>0,03</b>		0,20		<b>0,02</b>	

IC: intervalo de confianza; Li: límite inferior; Ls: límite superior; DS: desviación estándar;  
t: t de student.

### 1.1.3 Riesgos familiares:

Gráfico 5.

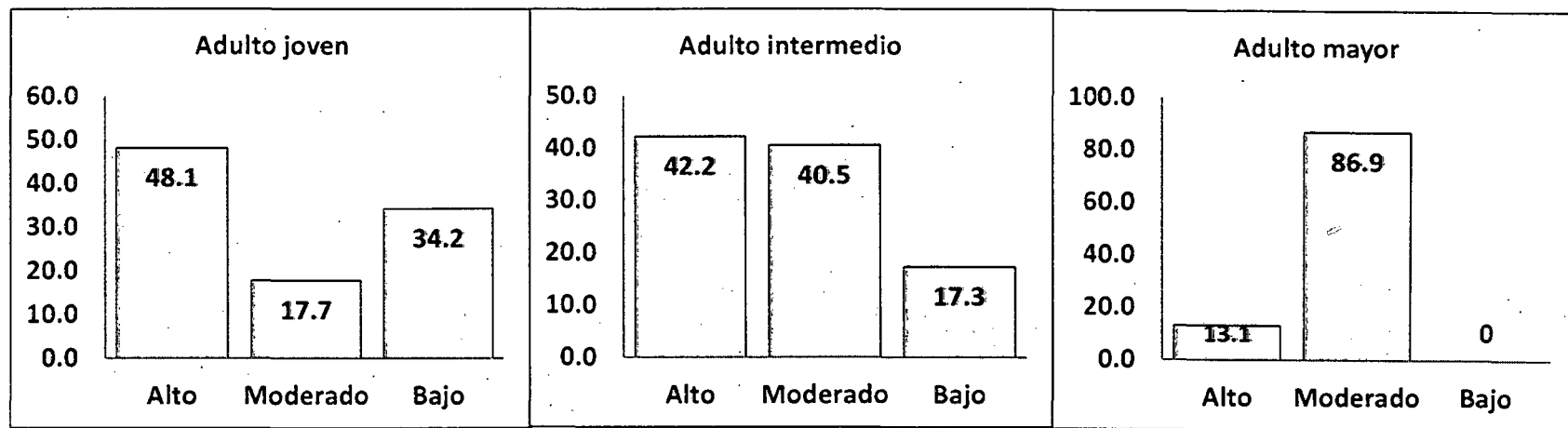
Riesgo familiar de niños y adolescentes de los AAHH Triunfo y 28 de Julio. Belen. 2013



El gráfico 5 expone el grado de riesgo familiar de niños y adolescentes de las familias en estudio, observándose que los niños menores de 11 años presentan mayor riesgo familiar, alcanzando niveles porcentuales más elevados especialmente en riesgo familiar alto (68,4%); mientras que los adolescentes presentan principalmente riesgo familiar moderado (53,6%), seguido de riesgo familiar alto (46,4%).

Respecto al riesgo familiar en la población adulta, se encontró que son los adultos jóvenes quienes presentan mayor riesgo familiar (48,1%), seguido de los adultos de edad intermedia (42,2%) y los adultos mayores en su mayoría presentan riesgo familiar moderado (86,9%) (Gráfico 6)

Gráfico 6.  
Riesgo familiar de la población adulta de los AAHH Triunfo y 28 de Julio. Belen. 2013





El 48,1% de los adultos jóvenes también presentaron riesgo familiar alto, 17,7% riesgo familiar moderado y un 34,2% riesgo familiar bajo.

Observando en forma puntualizada el riesgo familiar de los adultos intermedios, se encontró que el 42,2% presentan riesgo familiar alto, 17,3% riesgo familiar bajo y el 40,5% riesgo familiar moderado.

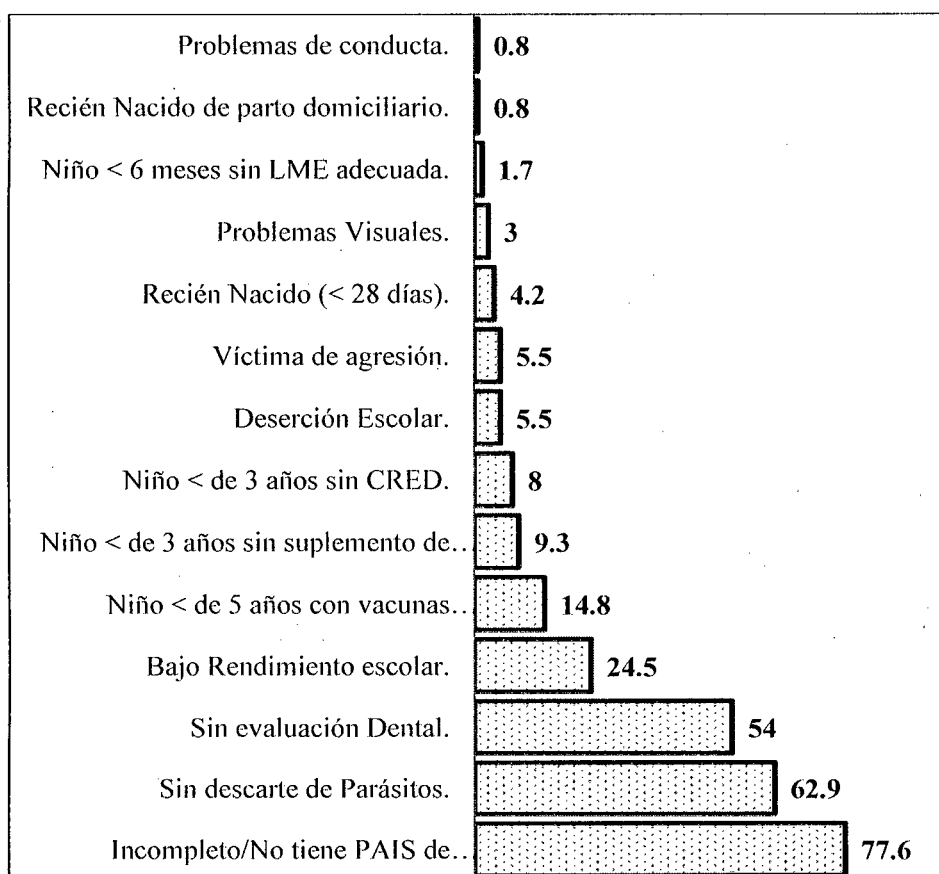
Relación al riesgo familiar en la población de los adultos mayores, se encontró que el 86,9% tiene riesgo familiar moderado y el 13,1% riesgo familiar alto.

El gráfico 7 presenta en forma global los principales riesgos que afectan a los niños entre 0 a 11 años, en dos asentamientos evaluados; cabe señalar que 77,6% de los niños no cuenta con paquete de atención integral de salud PAIS.

El 62,9% no tiene descarte de parásitos, 54% sin evaluación dental, el 24,5% con bajo rendimiento escolar, el 14,8% de los niños menores de cinco años, el 9,3% de los niños menores de 3 años sin crecimiento y desarrollo CREDE, 5,5% con deserción escolar y víctimas de agresión.

### 1.1.3.1. Riesgos familiares de niño menores de 11 años

Gráfico 7.  
Riesgos familiares de niños menores de 11 años. AA HH Triunfo y 28 de Julio.  
Belén 2013.



PAIS: Paquete de atención integral de salud; LME: lactancia materna exclusiva; CREDE: crecimiento y desarrollo; Vit: vitamina A

Tabla 9.  
Riesgos familiares de niños menores de 11 años  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

Riesgo Niño (0- 11 años)	Triunfo		AA.HH 28 de Julio		Total	
	Incompleto/No tiene PAIS de acuerdo a su edad.	85	35,9	99	41,8	184
Sin descarte de Parásitos.	60	25,3	89	37,6	149	62,9
Sin evaluación Dental.	53	22,4	75	31,6	128	54,0
Bajo Rendimiento escolar.	33	13,9	25	10,5	58	24,5
Niño < de 5 años con vacunas incompletas.	17	7,2	18	7,6	35	14,8
Niño < de 3 años sin suplemento de Hierro/ Vit A	11	4,6	11	4,6	22	9,3
Niño < de 3 años sin CRED.	14	5,9	5	2,1	19	8,0
Víctima de agresión.	1	0,4	12	5,1	13	5,5
Deserción Escolar.	7	3,0	6	2,5	13	5,5
Recién Nacido (< 28 días).	7	3,0	3	1,3	10	4,2
Problemas Visuales.	3	1,3	4	1,7	7	3,0
Niño < 6 meses sin LME adecuada.	3	1,3	1	0,4	4	1,7
Recién Nacido de parto domiciliario	1	0,4	1	0,4	2	0,8
Problemas de conducta.	1	0,4	1	0,4	2	0,8

PAIS: Paquete de atención integral de salud; CREDE: crecimiento y desarrollo; Vit: vitamina A; LME: lactancia materna exclusiva.

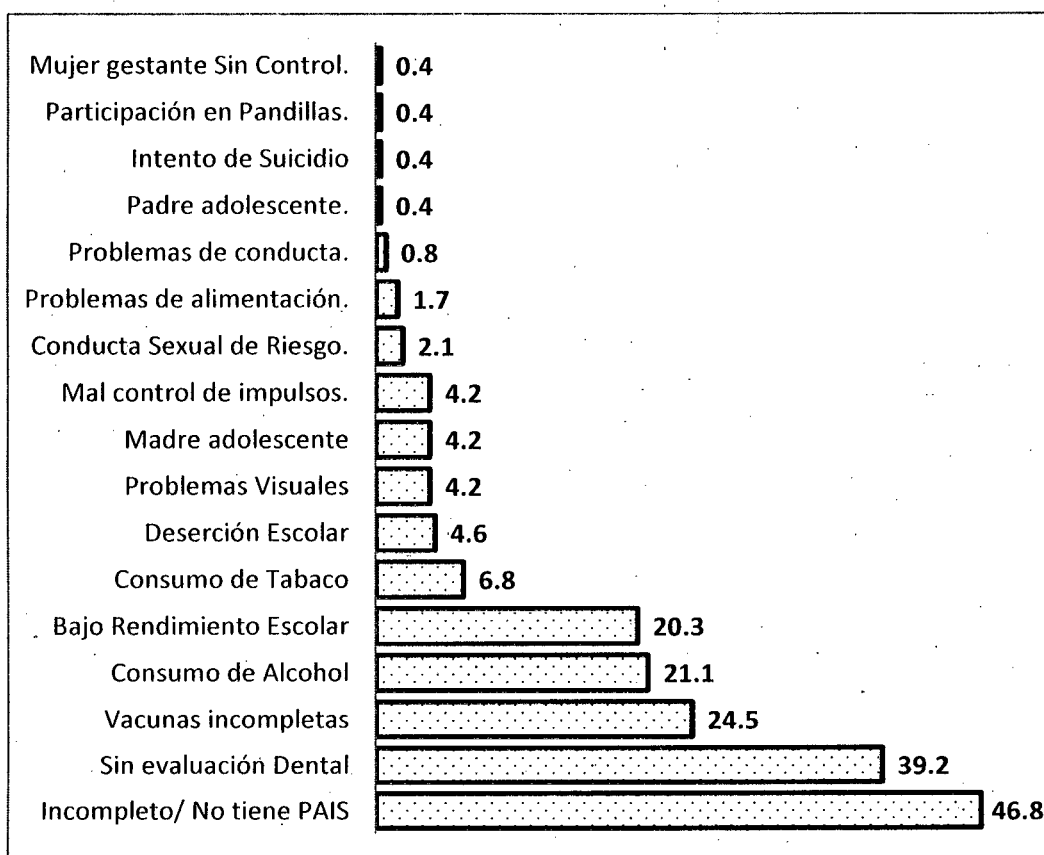
En la tabla 9 se presenta los riesgos familiares de los niños menores de 11 años según cada asentamiento humano, observándose que los niños del asentamiento humano 28 de Julio, exhiben mayor proporción de riesgos familiares que los niños del AAHH Triunfo especialmente en: sin descarte de parásitos, sin evaluación dental y víctimas de agresión (37,6%, 31,6% y 5,1% respectivamente); mientras que, los niños del asentamiento humano Triunfo, tienen mayor proporción de bajo rendimiento escolar y niños menores de 3 años sin CRED (13,9% y 5,9% respectivamente), en comparación con los niños del AA HH 28 de Julio.

29/08/13



### 1.1.3.2. Riesgos familiares de adolescentes

Gráfico 8.  
Riesgos familiares del adolescente  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.



*PAIS: Paquete de atención integral de salud.*

El gráfico 8 muestra de manera global los principales riesgos que afectan a los adolescentes, en los asentamientos evaluados; cabe indicar que 46,8% de los adolescentes no cuenta con paquete de atención integral de salud PAIS.

Mientras que el 39,2% sin evaluación dental, el 24,5% con vacunas incompletas, el 21,1% con consumo de alcohol, el 20,3% con bajo rendimiento escolar, el 6,8% con consumo de tabaco, el 4,6% con deserción escolar, el 4,2% con problemas visuales, madre adolescente y mal control de impulsos.

Tabla 10.  
Riesgos familiares del adolescente  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

Riesgo Adolescente	Triunfo		AA.HH 28 de Julio		Total	
Incompleto/ No tiene PAIS	60	25,3	51	21,5	111	46,8
Sin evaluación Dental.	50	21,1	43	18,1	93	39,2
Vacunas incompletas.	33	13,9	25	10,5	58	24,5
Consumo de Alcohol.	25	10,5	25	10,5	50	21,1
Bajo Rendimiento Escolar.	24	10,1	24	10,1	48	20,3
Consumo de Tabaco.	5	2,1	11	4,6	16	6,8
Deserción Escolar.	6	2,5	5	2,1	11	4,6
Problemas Visuales.	7	3,0	3	1,3	10	4,2
Madre adolescente.	2	,8	8	3,4	10	4,2
Mal control de impulsos.	4	1,7	6	2,5	10	4,2
Conducta Sexual de Riesgo.	4	1,7	1	0,4	5	2,1
Problemas de alimentación.	4	1,7	0	0,0	4	1,7
Problemas de conducta.	1	0,4	1	0,4	2	0,8
Padre adolescente.	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Intento de Suicidio	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Participación en Pandillas.	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Mujer gestante Sin Control.	1	0,4	0	0,0	1	0,4

*PAIS: Paquete de atención integral de salud*

En la tabla 10 se aprecia los riesgos familiares de los adolescentes según cada asentamiento humano, indicando que los adolescentes del asentamiento humano Triunfo, presentan mayor proporción de riesgos familiares que los adolescentes del AAHH 28 de Julio especialmente en: sin evaluación dental, vacunas incompletas y problemas de agresión (21,1%, 13,9% y 3,0% respectivamente); frente a los adolescentes del asentamiento humano 28 de Julio, tienen mayor proporción de

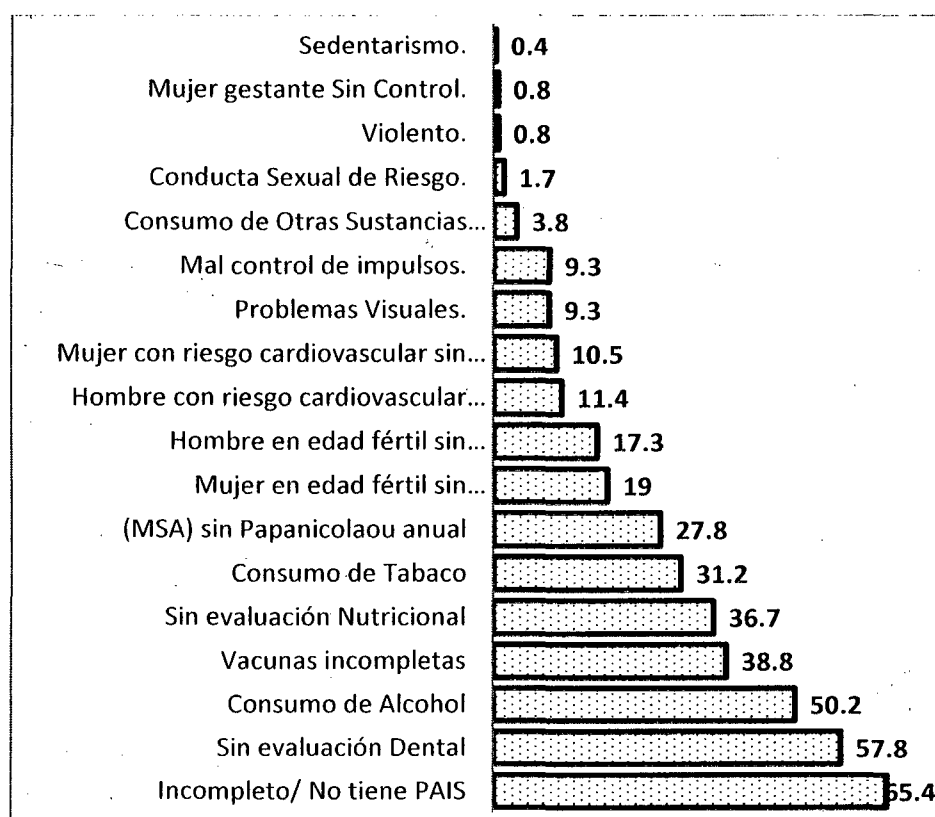
consumo de tabaco y madre adolescente (4,6% y 3,4% respectivamente), en comparación con los adolescentes del AA HH Triunfo.

El gráfico 9 se observa de manera integral los principales riesgos que afectan a los adultos jóvenes, en los asentamientos valorados; cabe mostrar que 65,4% de los adultos jóvenes no cuenta con paquete de atención integral de salud PAIS.

Enfatizando que el 57,8% sin evaluación dental, 50,2% con consumo de alcohol, el 38,8% con vacunas incompletas, en tanto que el 36,7% sin evaluación nutricional, el 31,2% con consumo de tabaco, el 27,8% (MSA) sin Papanicolaou, el 19% mujer en edad fértil sin planificación familiar, frente a un 17,3% de hombres en edad fértil sin planificación familiar, seguido de un 11,4%, de hombres con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol, frente a un 10,5%, de mujeres con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol y con 9,3%, con problemas visuales y mal control de impulsos.

### 1.1.3.3. Riesgos familiares de adulto joven

Gráfico 9.  
Riesgos familiares del adulto joven  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio, Belén 2013



PAIS: Paquete de atención integral de salud; MSA: Mujer sexualmente activa.

En la tabla 11 se observa los riesgos familiares del adulto joven según cada asentamiento humano, mostrando que los adultos jóvenes del asentamiento humano 28 de Julio, muestran mayor proporción de riesgos familiares que los adultos jóvenes del AAHH Triunfo especialmente en: sin evaluación dental, consumo de alcohol y consumo de tabaco (30,8%, 27,4% y 19,4% respectivamente); en contraste a los adultos jóvenes del asentamiento

humano de Triunfo, tienen mayor porcentaje de vacunas incompletas, (MSA) sin Papanicolaou anual y Mujer en edad fértil sin planificación familiar (20,3%, 17,3% y 14,3% respectivamente), en comparación con los adultos jóvenes del AA HH Triunfo.

Tabla 11.  
Riesgos familiares del adulto joven  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

Riesgo Joven	AA.HH					
	Triunfo	28 de Julio	Total			
Incompleto/ No tiene PAIS.	73	30,8	82	34,6	155	65,4
Sin evaluación Dental.	64	27,0	73	30,8	137	57,8
Consumo de Alcohol.	54	22,8	65	27,4	119	50,2
Vacunas incompletas.	48	20,3	44	18,6	92	38,8
Sin evaluación Nutricional.	44	18,6	43	18,1	87	36,7
Consumo de Tabaco.	28	11,8	46	19,4	74	31,2
(MSA) sin Papanicolaou anual.	41	17,3	25	10,5	66	27,8
Mujer en edad fértil sin planificación familiar.	34	14,3	11	4,6	45	19,0
Hombre en edad fértil sin planificación familiar.	29	12,2	12	5,1	41	17,3
Hombre con RCV sin examen de colesterol.	26	11,0	1	0,4	27	11,4
Mujer con RCV sin examen de colesterol.	23	9,7	2	0,8	25	10,5
Problemas Visuales.	15	6,3	7	3,0	22	9,3
Mal control de impulsos.	10	4,2	12	5,1	22	9,3
Consumo de Otras Sustancias Ilícitas.	6	2,5	3	1,3	9	3,8
Conducta Sexual de Riesgo.	4	1,7	0	0,0	4	1,7
Violento.	0	0,0	2	0,8	2	0,8
Mujer gestante Sin Control.	1	0,4	1	0,4	2	0,8
Sedentarismo.	1	0,4	0	0,0	1	0,4

PAIS: Paquete de atención integral de salud; MSA: mujer sexualmente activa;  
RCV: Riesgo cardiovascular

El gráfico 10 se muestra de manera general los principales riesgos que afectan a los adultos intermedios, en los asentamientos valorados; cabe expresar que 84,4% de los adultos intermedios no cuenta con paquete de atención integral de salud PAIS.

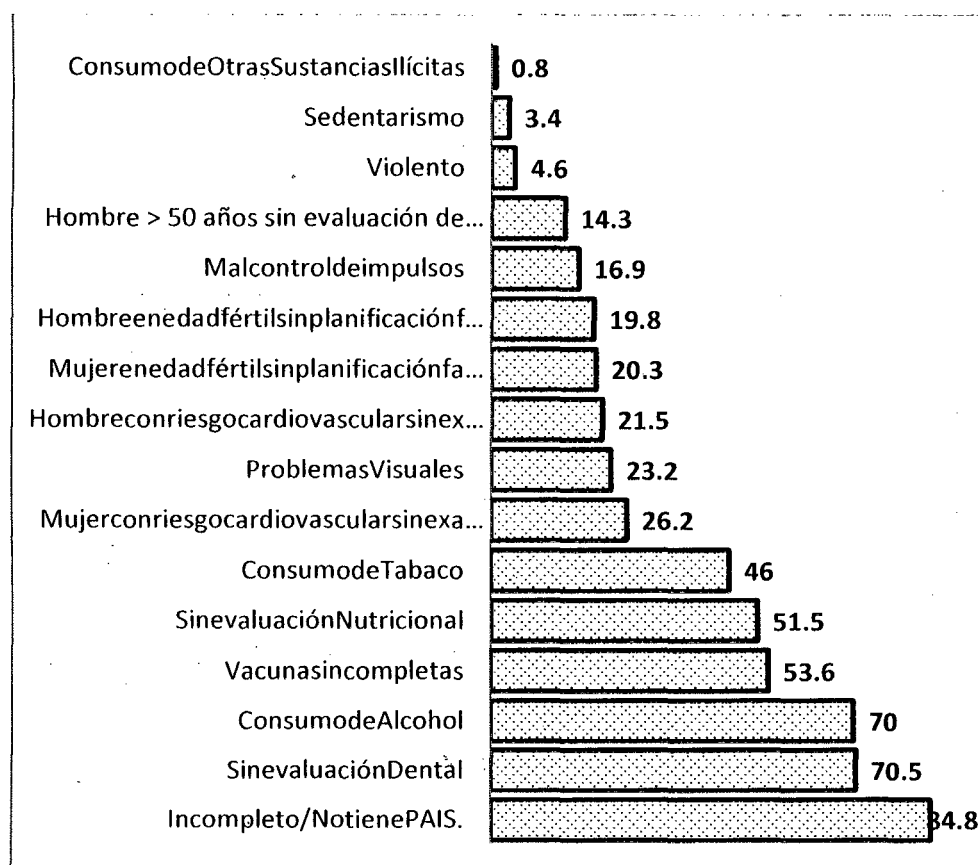
Destacando que el 70,5% sin evaluación dental, 70,0% con consumo de alcohol, el 53,6% con vacunas incompletas, el 51,5% sin evaluación



nutricional , el 46,0% con consumo de tabaco, el 26,2% de mujeres con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol, en tanto el 23,2%, con problemas visuales, el 21,5% de hombres con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol, seguido de un 20,3% de mujeres en edad fértil sin planificación familiar, frente a un 19,8 de hombres en edad fértil sin planificación familiar, el 16,9% con mal control de impulsos y un 14,3% de hombres > 50 años sin evaluación de Próstata.

#### 1.1.3.4. Riesgos familiares de adulto intermedio

Gráfico 10.  
Riesgos familiares del adulto intermedio  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013



PAIS: Paquete de atención integral de salud

En la tabla 12 se muestran los riesgos familiares del adulto intermedios según cada asentamiento humano, revelando que los adultos intermedios del asentamiento humano Triunfo, muestran mayor proporción de riesgos familiares que los adultos intermedios del AAHH 28 de Julio especialmente en: vacunas incompletas, sin evaluación dental y mujer con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol (29,5%, 27,0% y 23,6% respectivamente); a diferencia de los adultos intermedios del asentamiento

humano de Triunfo, tienen mayor porcentaje de consumo de tabaco y mal control de impulsos (28,3% y 13,5% respectivamente), en comparación con los adultos intermedios del AA 28 de Julio.

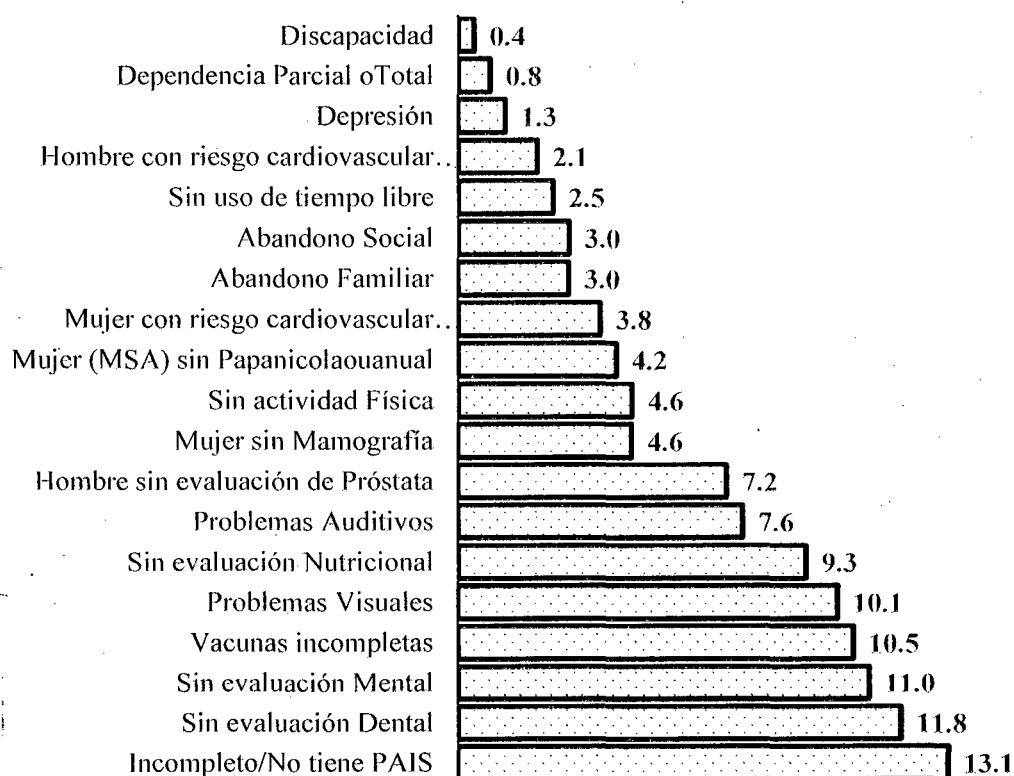
Tabla 12.  
Riesgos familiares del adulto intermedio  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

Riesgo Adulto	AA.HH				Total	
	Triunfo		28 de Julio			
Incompleto/No tiene PAIS.	101	42,6	100	42,2	201	84,8
Sin evaluación Dental	84	35,4	83	35,0	167	70,5
Consumo de Alcohol	82	34,6	84	35,4	166	70,0
Vacunas incompletas	70	29,5	57	24,1	127	53,6
Sin evaluación Nutricional	64	27,0	58	24,5	122	51,5
Consumo de Tabaco	42	17,7	67	28,3	109	46,0
Mujer con RCV sin examen de colesterol	56	23,6	6	2,5	62	26,2
Problemas Visuales	38	16,0	17	7,2	55	23,2
Hombre con RCV sin examen de colesterol	45	19,0	6	2,5	51	21,5
Mujer en edad fértil sin planificación familiar	45	19,0	3	1,3	48	20,3
Hombre en edad fértil sin planificación familiar	41	17,3	6	2,5	47	19,8
Mál control de impulsos	8	3,4	32	13,5	40	16,9
Hombre > 50 años sin evaluación de Próstata.	21	8,9	13	5,5	34	14,3
Violento	7	3,0	4	1,7	11	4,6
Sedentarismo	4	1,7	4	1,7	8	3,4
Consumo de Otras Sustancias Ilícitas	2	,8	0	0,0	2	,8

PAIS: Paquete de atención integral de salud; RCV: Riesgo cardiovascular.

### 1.1.3.5. Riesgos familiares de adulto mayor

Gráfico 11.  
Riesgos familiares del adulto mayor  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013



PAIS: Paquete de atención integral de salud, MSA: Mujer sexualmente activa.

El gráfico 11 se observa de manera general los principales riesgos que afectan a los adultos mayores, en los asentamientos valorados; cabe pronunciar que 13,1% de los adultos intermedios no cuenta con paquete de atención integral de salud PAIS.

Enfatizando que el 11,8% sin evaluación dental, 11,0% sin evaluación mental, el 10,5% con vacunas incompletas, el 9,3% sin evaluación

nutricional , el 7,6% con problemas auditivos, 7,2% de hombres sin evaluación de Próstata y el 4,6% mujer sin mamografía y sin actividad física.

Tabla 13.  
Riesgos familiares del adulto mayor  
según AA HH Triunfo y 28 de Julio. Belén 2013.

Riesgo Adulto Mayor	AA.HH				Total	
	Triunfo	6,8	28 de Julio	6,3		
Incompleto/No tiene PAIS	16	6,8	15	6,3	31	13,1
Sin evaluación Dental	13	5,5	15	6,3	28	11,8
Sin evaluación Mental	13	5,5	13	5,5	26	11,0
Vacunas incompletas	14	5,9	11	4,6	25	10,5
Problemas Visuales	14	5,9	10	4,2	24	10,1
Sin evaluación Nutricional	12	5,1	10	4,2	22	9,3
Problemas Auditivos	9	3,8	9	3,8	18	7,6
Hombre sin evaluación de Próstata	5	2,1	12	5,1	17	7,2
Mujer sin Mamografía	11	4,6	0	0,0	11	4,6
Sin actividad Física	7	3,0	4	1,7	11	4,6
Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual	6	2,5	4	1,7	10	4,2
Mujer con RCV sin examen de colesterol	8	3,4	1	,4	9	3,8
Abandono Familiar	4	1,7	3	1,3	7	3,0
Abandono Social	2	,8	5	2,1	7	3,0
Sin uso de tiempo libre	3	1,3	3	1,3	6	2,5
Hombre con RCV sin examen de colesterol	3	1,3	2	,8	5	2,1
Depresión	3	1,3	0	0,0	3	1,3
Dependencia Parcial o Total	2	,8	0	0,0	2	,8
Discapacidad	1	,4	0	0,0	1	,4

PAIS: Paquete de atención integral de salud; MSA: mujer sexualmente activa; RCV: Riesgo cardiovascular.

En la tabla 13 se muestran los riesgos familiares del adulto mayor según cada asentamiento humano, dejando ver que los adultos mayores del asentamiento humano 28 de Julio, muestran mayor proporción de riesgos familiares que los adultos intermedios del AAHH Triunfo especialmente en: sin evaluación dental y hombre sin evaluación de próstata (6,3% y 5,1% respectivamente); a diferencia de los adultos mayor del asentamiento humano de Triunfo, tienen mayor proporción de problemas visuales y sin

evaluación mental (respectivamente), en comparación con los adultos mayores del AA 28 de Julio.

#### **1.1.4. Asociación existente entre las variables estudiadas y los riesgos familiares identificados.**

Con la finalidad de determinar la asociación existente entre las variables estudiadas y los riesgos familiares identificados según ciclo vital individual en las familias participantes de la muestra, se aplicó el análisis de correlación bivariada R de Pearson; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables.

La tabla 14 muestra a través de una matriz de correlación las variables que mostraron asociación con los riesgos familiares de cada ciclo vital:

En cuanto a los niños entre 0 a 11 años, se observó que, las variables que mostraron asociación directa con los riesgos familiares fueron: número de lactantes ( $r = ,288$ ,  $p = <0.01$ ), número de menores de 5 años ( $r = ,435$ ,  $p = <0.01$ ) número de escolares ( $r = ,448$ ,  $p = <0.01$ ) y número de adultos jóvenes por familia ( $r = ,183$ ,  $p = <0.01$ ). Esto significa que, a mayor número de lactantes, menores de 5 años, escolares y adultos jóvenes presentes en las familias, mayor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

Por otro lado, las variables que mostraron asociación inversa con los riesgos en niños de 0 a 11 años fueron: edad del jefe de familia ( $r = -,261$ ,  $p < 0.01$ ) y remuneración económica familiar ( $r = -,261$ ,  $p < 0.01$ ). Esto quiere decir que, a mayor edad del jefe de familia y mayor remuneración económica, menor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

Las variables que mostraron asociación inversa con el riesgo de adolescente fueron: morbilidad ( $r=-,128$   $p<0.01$ ), esto expresa que, las familias que reportan menos episodios de enfermedad(mejor salud), presentan menos riesgos familiares, edad de jefe de familia ( $r= -,213$   $p<0.01$ ), número de adulto intermedio ( $r= -,218$   $p<0.01$ ), funcionalidad familiar ( $r= -,132$ ,  $p= <0.05$ ) y apoyo familiar y social ( $r= -,221$ ,  $p= <0.05$ ). Esto significa que, a mayor edad del jefe de familia, mayor número de adultos intermedios presentes en la familia, y la familias que reportan mayor funcionalidad y mayor apoyo social, presentan menor número de riesgos familiares en los adolescentes.

En relación a los adultos jóvenes, se observó que, las variables que mostraron asociación directa con el riesgo en adultos jóvenes fueron: remuneración económica ( $r= ,232$ ,  $p<0.01$ ), funcionalidad familiar ( $r= ,200$ ,  $p<0.01$ ). Esto representa que, a mayor remuneración económica y funcionalidad familiar, menor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

En proporción al adulto joven, se observó que, las variables que mostraron asociación inversa con el riesgo del adulto joven fueron: número de menores de 5 años ( $r= -,215$   $p<0.01$ ), número de adultos jóvenes ( $r= -,619$   $p<0.01$ ). Esto simboliza que, a mayor número de menores de 5 años y mayor número de adultos jóvenes, mayor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

En razón a los adultos intermedios, se percibió que, las variables que mostraron asociación directa con el riesgo de adulto intermedio fueron: Nivel de instrucción ( $r= ,164$   $p<0.05$ ), funcionalidad familiar ( $r= -,166$   $p<0.05$ ).

Esto representa que, a mayor nivel de instrucción y funcionalidad familiar menor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

Con proporción a las variables que mostraron asociación inversa con el riesgo en adulto intermedio fueron: edad de jefe de familia ( $r = -.220$ ,  $p < 0.01$ ). Esto quiere decir que, a mayor edad del jefe de familia, menor riesgos familiares; morbilidad ( $r = -.198$ ,  $p < 0.01$ ); de forma similar esto manifiesta que, las familias que reportan menos episodios de enfermedad (mejor salud), muestran menos riesgos familiares en este ciclo vital.

Con relación a los adultos mayor, se percibió que, las variables que mostraron asociación directa con el riesgo de adulto mayor fueron: nivel de instrucción ( $r = .233$ ,  $p < 0.01$ ), salud general ( $r = -.184$ ,  $p < 0.01$ ). Esto quiere enunciar que, a mayor nivel de instrucción y mayor salud general percibida, menor número de riesgos familiares en este ciclo vital.

A razón a las variables que mostraron asociación inversa con el riesgo del adulto mayor fueron: remuneración económica ( $r = -.338$ ,  $p < 0.01$ ), riesgo del adulto intermedio ( $r = -.142$ ,  $p < 0.05$ ). Esto quiere indicar que, a mayor remuneración económica y riesgo del adulto intermedio, menor número de riesgos familiares en este ciclo vital.



Tabla 14. Matriz de correlación bivariada entre características de la familia y riesgos familiares por ciclo vital individual.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 AA.HH	-											
2 Edad	<u>-.148</u>	-										
3 Nivel de instrucción	<u>-.067</u>	<b>-,349</b>	-									
4 Tiempo de residencia	<u>-.163</u>	.010	.084	-								
5 Seguro de salud	.079	.102	-.117	-.092	-							
6 Remuneración económica	<u>-.131</u>	<b>,263</b>	.025	-.013	.003	-						
7 Lactante	.015	-.006	-.112	.037	-.006	-.047	-					
8 Menor de 5 años	.108	<b>-,203</b>	-.041	.007	.056	<u>-.157</u>	<b>,184</b>	-				
9 Escolar	.054	<b>-,181</b>	.005	-.011	.023	-.110	.063	<u>.142</u>	-			
10 Adolescente	.002	<u>.167</u>	-.012	.092	.080	.040	.092	-.003	.114	-		
11 Adulto joven	.075	-.106	-.108	.085	.066	<b>-,184</b>	<b>,247</b>	<b>,409</b>	.064	-.083	-	
12 Adulto intermedio	-.095	<b>,232</b>	-.105	.039	.044	-.039	<b>,204</b>	<u>.141</u>	.122	<b>,220</b>	.075	-
13 Adulto mayor	-.045	<b>,512</b>	<b>-,284</b>	.102	.046	<b>,326</b>	-.066	<u>-.132</u>	-.106	.028	<u>-.165</u>	<b>-,179</b>
14 Salud en general	.025	<b>-,187</b>	<b>,207</b>	.027	<u>-.131</u>	-.107	-.070	-.093	-.008	-.064	-.023	-.071
15 Comparación c/ personas de su edad	<u>-.147</u>	-.057	<b>,205</b>	-.018	.018	.006	<u>-.154</u>	<b>-,184</b>	-.126	-.056	<b>-,176</b>	-.070
16 Comparación hace un año	.048	<b>-,228</b>	.090	<u>-.162</u>	<u>-.135</u>	-.123	-.101	-.029	<u>-.159</u>	-.053	-.120	<u>-.137</u>
17 Morbilidad	<b>-,307</b>	.014	.015	.005	-.078	-.036	-.018	<u>-.155</u>	.043	-.084	-.079	-.077
18 Funcionalidad familiar	<b>,223</b>	-.117	.091	-.062	<u>.134</u>	.043	<b>-,321</b>	<b>-,172</b>	-.124	<u>-.161</u>	<b>-,232</b>	<b>-,183</b>
19 Apoyo familiar y social	-.114	<u>-.129</u>	.111	.011	<u>-.129</u>	-.049	<b>-,275</b>	<u>-.165</u>	-.100	<u>-.144</u>	-.105	<b>-,179</b>
20 RFT niños	-.126	<b>-,261</b>	-.039	.025	-.043	<b>-,209</b>	<b>,288</b>	<b>,435</b>	<b>,448</b>	.090	<b>,183</b>	.099
21 RFT adolescente	.055	<b>-,213</b>	.079	-.077	-.100	-.011	-.069	-.015	-.108	<b>-,752</b>	.052	<b>-,218</b>
22 RFT joven	.098	<u>.132</u>	.049	-.066	.026	<b>,232</b>	-.118	<b>-,215</b>	.017	.107	<b>-,619</b>	.082
23 RFT intermedio	<b>,260</b>	<b>-,220</b>	<u>.164</u>	.025	.009	-.048	.015	.009	-.107	-.042	.067	<b>-,382</b>
24 RFT mayor	.042	<b>-,383</b>	<b>,233</b>	-.094	-.063	<b>-,338</b>	.071	<u>.138</u>	.094	.020	<b>,172</b>	<u>.162</u>

RFT: riesgo familiar total

Continuación matriz de correlación bivariada entre características de la familia y riesgos familiares por ciclo vital individual.

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1 AA.HH												
2 Edad												
3 instrucción recodificada												
4 Tiempo de residencia												
5 Seguro de salud												
6 Remuneración económica												
7 Lactante												
8 Menor de 5 años												
9 Escolar												
10 Adolescente												
11 Adulto joven												
12 Adulto intermedio												
13 Adulto mayor	-											
14 Salud en general	<u>-.155</u>	-										
15 Comparación c/ personas de su edad	-.110	<b>,350</b>	-									
16 Comparación hace un año	<b>-,223</b>	<b>,283</b>	<b>,286</b>	-								
17 Morbilidad	-.017	.057	.071	-.030	-							
18 Funcionalidad familiar	-.041	.107	.105	.113	<u>-.158</u>	-						
19 Apoyo familiar y social	-.105	<b>,180</b>	<b>,239</b>	<u>.131</u>	<b>,416</b>	<b>,335</b>	-					
20 RFT niños	.116	.078	<u>-.158</u>	.110	.105	<b>-,198</b>	<u>-.153</u>	-				
21 RFT adolescente	-.015	.071	.101	-.036	<u>-.128</u>	<u>.132</u>	<b>,221</b>	.098	-			
22 RFT joven	<u>-.133</u>	-.003	.085	.082	-.049	<b>-,200</b>	.048	<b>-,186</b>	-.065	-		
23 RFT intermedio	-.021	.029	-.072	.077	<b>,198</b>	<u>-.166</u>	.070	.031	<u>-.132</u>	-.007	-	
24 RFT mayor	<b>-,867</b>	<b>,184</b>	.074	<b>,248</b>	-.016	.005	.038	-.090	-.052	<u>-.142</u>	.099	-

RFT: riesgo familiar total

## DISCUSIÓN

La familia es el elemento básico de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano, y constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana, sintetiza la producción de la salud a escala microsocia; en este sentido, la presente investigación muestra los resultados del riesgo familiar en población vulnerable del distrito de Belén.

Se analizó el riesgo familiar total según ciclos vitales individuales, observándose que son los niños menores de 11 años quienes presentan mayor riesgo familiar, en comparación con las demás grupos vitales. El 68,4% de ellos presenta riesgo familiar alto, mientras que el 53,6% de los adolescentes presentan riesgo familiar moderado. En cuanto a la población adulta los hallazgos mostraron que los adultos jóvenes e intermedios mostraron riesgo familiar alto (48,1% y 42,2% respectivamente), mientras que los adultos mayores en forma mayoritaria mostraron riesgo familiar moderado (86,9%).

Las cifras citadas son importantes, en la medida en que la familia, en el contexto de prestación de servicios salud tiene como prioridad la condición de salud de sus integrantes y la efectividad de organización (funcionamiento) de la misma como unidad, es decir, es el resultado de la interacción de la salud física y psicosocial, no sólo en función del individuo, sino en relación con el resto de los miembros y con el manejo familiar de los riesgos o problemas.

En el contexto nacional no se ha encontrado estudios similares que permita establecer comparaciones, por lo que los datos son analizados a la luz de la teoría y publicaciones internacionales, considerando que, la salud familiar no es un estadio, es un proceso continuo, que se construye a diario, en la propia dinámica que

establecen los miembros en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación (González, 2000).

Los hallazgos mostraron que existen riesgos familiares que son comunes en todos los ciclos vitales individuales, y riesgos que son específicos por cada ciclo vital de sus miembros que la componen, los cuales se analizan a continuación en el contexto del sistema de salud familiar.

Respecto a los riesgos familiares comunes, se observó que la falta de evaluación dental es uno de los predominantes, especialmente en los adultos intermedios (70,5%), seguido de niños (54%), adultos jóvenes (50,2%) adolescentes (39,2%) y adultos mayores (11,8%). El riesgo familiar vacunas incompletas también es común en los adultos intermedios (53,6%), seguido de los adultos jóvenes (38,8%), adolescentes (24,5%), niños (14,8%) y adultos mayores (10,5%).

También es importante mencionar que algunos riesgos familiares solamente fueron informados en ciertos ciclos vitales, como el riesgo sin descarte de parásitos que afecta principalmente a los niños (62,9%). De otra parte, el riesgo sin evaluación nutricional es informado esencialmente por los adultos jóvenes (36,7%) y adultos intermedios (51,5%). El bajo rendimiento escolar es más frecuente en niños y adolescentes (24,5% y 20,3% respectivamente).

De otro lado, los hallazgos mostraron que algunos riesgos familiares se incrementan según se avanza en edad, como, el consumo de alcohol que es informado en la adolescencia (21,1%), incrementándose en el adulto joven (50,2%) y adulto intermedio (50%). Así mismo, el riesgo familiar consumo de tabaco es reportado en forma ascendente por adolescentes (6,8%), adultos jóvenes (31,2%) y adultos intermedios (46%).

Cuando se analiza el riesgo familiar, es necesario reconocer que en la familia se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. La identificación de riesgos familiares, implica la descripción de características averiguables de una persona o grupo de personas que se saben asociadas con la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido o estar especialmente afectados de manera adversa en la familia. Los resultados son preocupantes en el sentido de que durante su proceso de desarrollo, la familia cursa por etapas consecutivas, las cuales tienen condiciones y características específicas que generan situaciones que ponen en riesgo al grupo familiar.

En las familias estudiadas se detectó que más de la mitad de ellas, son familias nucleares (55,3%), una tercera parte son familias extensas (35,9%). Ortiz y García<sup>23</sup> describen que los principales conflictos entre las familias nucleares se establecen entre los padres y los adolescentes, los asociados a la adolescencia de los hijos se les ha denominado coyunturales como son los relacionados a los cambios físicos, psíquicos y sociales, como las formas de ser, del tratar al padre y madre, a los amigos, las lealtades, normas, practicas, modas y gustos. Cuando la familia está en la etapa de la adolescencia, tanto los padres como los hijos están en momentos vitales diferentes y objetivos incompatibles, así como una resistencia a aceptar el crecimiento de sus hijos. Los adolescentes en esta etapa confrontan a los padres, cuestionan las normas, el ejercicio de la autoridad y las relaciones parento filiales propias de la infancia, además buscan la autonomía e individuación y quieren llevar a cabo un proceso de identidad que les permita sentirse diferentes y reconocidos.

Así mismo más de dos terceras partes son familias en consolidación (62,40%), más de una tercera parte con menores de 11 años (41,3%) y otra tercera parte con adolescentes (32,9%). La consolidación tiene como etapa más importante a la

adolescencia, en esta etapa se incrementan los conflictos entre padres e hijos, por el cuestionamiento de las normas, por las expectativas ante su futuro, por la predilección a sus amigos, ya que el adolescente está en búsqueda de su independencia y libertad.

Por otra parte, cabe indicar que como describen varios autores (Amaya, Velásquez, Louro, Membrillo), la familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados, la mayor parte de los mismos que requieren los diferentes miembros de la unidad familiar se proporcionan en el seno de la misma, otros estudios informan que en América Latina predomina la familia nuclear seguido de la extensa y que el mal funcionamiento familiar influye en la mayoría de trastornos, en aparición y descompensación de enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso salud enfermedad.

El riesgo familiar total es definido como la suma global de las probabilidades de consecuencias adversas o hechos individuales o familiares (enfermedad, desorganización o disfunción), debido a la presencia de características biológicas demográficas, ambientales, socioeconómicas, psicoafectivas, prácticas de salud y de servicios de salud. En la población estudio, los hallazgos mostraron que la mayor edad del jefe de familia y mayor remuneración económica familiar actúa como factor protector ( $p < 0.05$ ), entonces es notorio que una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales.

Las consideraciones antes expuestas hacen reflexionar respecto a los factores que inciden en los riesgos familiares, en el estudio además se encontró que a menor

referencia de morbilidad, menos riesgos familiares tanto en población adolescente como en adultos intermedios ( $p < 0.05$ ). Al parecer el estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influye en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia, y reciben, a su vez, influencia de estos mecanismos.

Los datos anteriores confirman lo señalado por Herrera y Amaya, el nexo entre los miembros de la familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia, tal es así, que la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

La funcionalidad familiar y apoyo social se torna en factor protector cuando encontramos que a mayor funcionalidad familiar y mayor apoyo social, menos riesgos familiares en la mayoría de ciclos vitales ( $p < 0.05$ ). Según Amaya, la salud familiar se refiere tanto al estado de salud de los integrantes de la familia como a la efectividad o funcionalidad de la familia como unidad, se considera la salud familiar como el funcionamiento familiar asintomático, en ausencia de síntomas, disfunción o sicopatología en los miembros individuales, además que muestra procesos familiares transaccionales basados en la integración, mantenimiento y el crecimiento del sistema familiar que satisface las demandas internas y externas de la sociedad y de la época (Velásquez, 2012).

Los riesgos familiares identificados a través del estudio, son susceptibles de evaluación y muestran evidencia científica para el diseño de programas de salud familiar, y así planear intervenciones anticipatorias para disminuir riesgos. En este sentido, es importante destacar lo descrito por Amaya en la teoría del Riesgo

familiar total, en el que los riesgos son verificables, medibles, cuantificables y algunos modificables, los riesgos se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto<sup>24</sup>.

Finalmente señalar que los hallazgos muestran que en la familia se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. Bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la salud enfermedad. Los hábitos de vida de la comunidad están determinados por los hábitos de vida de la familia, por lo que identificar los factores que se asocian a ella permitirá promover la salud de la comunidad, especialmente en las familias estudiadas.



## CONCLUSIONES

- El perfil del jefe de familia de los asentamientos humanos estudiados son: adultos jóvenes (57,4%), sexo masculino (48,1%), conviviente (65%), estudios secundarios (57,4%), proceden de Maynas (51,5%), acceso al seguro de salud (92%), no cuentan con remuneración económica (77,2%) y tiempo de residencia de 8,5 años.
- El 55,30% de las familias son nucleares, 62,40% se encuentran en la etapa de consolidación, el 32,90% son familias con hijos adolescentes. La salud percibida de las familias es calificada como “regular”, el 70% de las familias reportó morbilidad sentida en los últimos seis meses, especialmente los hijos (42,6%). El 70% de las familias presentan moderado apoyo familiar
- Los niños menores de 11 años son quienes presentan mayor riesgo familiar, en comparación con las demás grupos vitales. El 68,4% de ellos presenta riesgo familiar alto, mientras que el 53,6% de los adolescentes presentan riesgo familiar moderado. En cuanto a la población adulta los hallazgos mostraron que los adultos jóvenes e intermedios mostraron riesgo familiar alto (48,1% y 42,2% respectivamente), mientras que los adultos mayores en forma mayoritaria mostraron riesgo familiar moderado (86,9%).
- Los riesgos familiares comunes, se observó que la falta de evaluación dental es uno de los predominantes, especialmente en los adultos intermedios (70,5%), seguido de niños (54%), adultos jóvenes (50,2%) adolescentes (39,2%), y adultos mayores (11,8%). El riesgo familiar vacunas incompletas también es común en los adultos intermedios (53,6%), seguido de los adultos jóvenes (38,8%), adolescentes (24,5%), niños (14,8%) y adultos mayores (10,5%).

- Algunos riesgos familiares se incrementan según se avanza en edad, como, el consumo de alcohol que es informado en la adolescencia (21,1%), incrementándose en el adulto joven (50,2%) y adulto intermedio (50%). Así mismo, el riesgo familiar consumo de tabaco es reportado en forma ascendente por adolescentes (6,8%), adultos jóvenes (31,2%) y adultos intermedios (46%).
- Las variables que mostraron asociación con los riesgos familiares fueron la edad del jefe de familia, remuneración económica, funcionalidad familiar, apoyo social ( $p < 0.05$ )

## **RECOMENDACIONES**

- Desarrollar estudios con metodologías cualitativas que expliquen las relaciones causales de los factores de riesgo familiar, analizar las concepciones y valores que atribuye la familia a la salud y riesgo de enfermar.
- Desarrollar estudios cuantitativos multivariados con mayor horizonte temporal que midan las variables predictoras de los riesgos familiares.
- Considerar en la entrevista a la mujer jefe de familia, que posibilite recoger la información de morbilidad y factores de riesgo de la familia en general.
- Diseñar intervenciones familiares que posibilite el mejoramiento del acceso a los servicios de salud considerando los factores de riesgo familiar identificados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> [www.foncodes.gob.pe](http://www.foncodes.gob.pe)
- <sup>2</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD; Presidencia del Consejo de Ministros del Perú (2006). En la búsqueda del Desarrollo Humano. Lima. 109 pags.
- <sup>3</sup> Villanueva M. y Cuenca L. Morbilidad familiar percibida en el distrito de Belén Área de Promoción de la Salud del Centro de Salud 9 de Octubre. CLAS 9 de octubre. 2009.
- <sup>4</sup> Dirección Regional de Salud de Loreto. Resultados de aplicación de fichas familiares en el centro 6 de octubre. Estrategia Salud familiar.
- <sup>5</sup> Hidalgo CG y Scharager J. (Chile, 2011) Seguimiento de una Cohorte de Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial Atendidas con un Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria. Psike. 10 (2). <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/370>
- <sup>6</sup> Villanueva, Cuenca, Nishio et al. (Iquitos, 2009). Determinación del riesgo familiar de 112 familias de un asentamiento humano de Belén. Trabajo aplicativo en Diplomado de Formulación de proyectos de inversión pública. Iquitos. 2010.

- 
- <sup>7</sup> Fajardo E. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24 (2): 248-257.
- <sup>8</sup> Ortega AlvelayAnagalys, Osorio Pagola Marcos Félix, Fernández Vidal Ana Teresa: Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2003. Abr [citado 2012 Abr27]; 19(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864125200300020004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864125200300020004&lng=es).
- <sup>9</sup> Velásquez Gutiérrez y Amaya Rey. (2012). Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza. Cundinamarca, Colombia 2012.
- <sup>10</sup> Mendoza F., Amaya R., García M., Et al (2010). Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Colombia, 2010.
- <sup>11</sup> Velásquez L. (2012) Riesgo Familiar Total y Grado de Salud Familiar en Familias con Preescolares Enfermos Pereira, Risaralda. Colombia, 2012.
- <sup>12</sup> Amaya de Peña P. Investigación salud familiar. Caracterización de riesgo familiar total y salud familiar [Maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Promoción Centroamérica y el Caribe; 2004.

- 
- <sup>13</sup> Membrillo A. Situación de la salud familiar en México. Salud Familiar en las Américas. Medwave 2013 Ene/Feb; 13(1):e5616 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5616.
- <sup>14</sup> González I. Reflexiones en salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(5):508-12
- <sup>15</sup> Louro Bernal I. la familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(1):48-51.
- <sup>16</sup> Louro Bernal. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública v.31 n.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005.
- <sup>17</sup> Lauro Bernal I. la familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(1):48-51.
- <sup>18</sup> García- Huidobro D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Departamento de medicina familiar. La pontificia universidad católica de chile. Revista médica de Chile 2010; 138: 1463- 1464.
- <sup>19</sup> Herrera Santí1.P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1997
- <sup>20</sup> Ortiz M. Salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):439-45.
- <sup>21</sup> Bernal. Editorial. Enfoque familiar en el análisis de la situación de salud. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49(2):151-153

- 
- <sup>22</sup> Leiton, Z. 1997. Adaptación a los Cambios del Adulto Mayor y su Relación con Independencia, Participación social y Apoyo Familiar. Tesis para optar el grado de Maestría en Enfermería. Mención en Salud del Adulto y Anciano. Trujillo – Perú. Pág.: 42 – 43.
- <sup>23</sup> Ortiz C. Ciclo vital familiar. En: Ortiz C. y García M. Familia- aspectos claves. Editorial CIB. Colombia. 2013.
- <sup>24</sup> Amaya P. Instrumento Riesgo Familiar Total RFT: manual aspectos teóricos, psicométricos de estandarización y aplicación. Edición Universidad nacional de Colombia. 2004: 19, 20, 38,64, 65.

# **ANEXOS**





**UNAP**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN.**

Srta, Sra, Sr, tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, el motivo de este acercamiento hacia su persona es para solicitarle su valiosa información que me servirá para identificar las variables asociadas al riesgo familiar en los asentamientos humanos 28 de julio y triunfo del distrito de Belén. 2013. Su participación en el estudio es voluntaria, Ud. No recibirá ningún tipo de beneficio económico si acepta colaborar con el estudio.

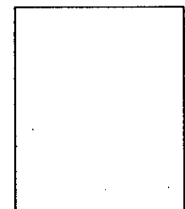
Todos los datos que se obtengan de Ud. Serán en forma anónima y se respetara la confidencialidad. Los datos obtenidos del presente estudio solo serán utilizados por los investigadores con fines de investigación.

Si Ud. Tiene alguna pregunta o duda, gustosamente serán absueltas o si desea algún tipo de información adicional se puede acercar a mi persona en cualquier momento. Por favor coloque su firma y su huella digital al final de este formato, con lo cual Ud. Está dando la autorización para la participación en este estudio.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Huella digital**

DNI N°:-----



**¡Muchas Gracias!**



**UNAP**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**VARIABLES ASOCIADAS AL RIESGO FAMILIAR EN LOS  
ASENTAMIENTOS HUMANOS 28 DE JULIO Y TRIUNFO DEL DISTRITO  
DE BELEN. 2013**

**INSTRUCCIONES**

Estimado (a) señor (a) la presente encuesta es de carácter confidencial anónima. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que pueden estar presentes en su vida. Responda con sinceridad a cada una de las preguntas que le haremos a continuación. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

Muchas Gracias

n1. Ficha Familiar.....

**I. DATOS GENERALES (jefe de familia)**

- Nombre:.....  
Dirección:.....n2.AA.HH:.....n3.Mz.....  
n4.JJ.VV..... n5. N° de familias en vivienda:..... n6. Edad:.....  
n7. Sexo:..... n8. Estado Civil:.....  
n9. Nivel de Instrucción: n9.1. Sin estudios ( ) n9.2. Primaria incompleta ( ) n9.3. Primaria Completa ( ) n9.4. Secundaria incompleta ( ) n9.5. Secundaria completa ( ) n9.6. Superior universitaria ( ) n9.7. Superior no Universitaria ( )  
n10. Tiempo de residencia en domicilio actual:..... n11. Idioma predominante de la familia:..... n12.Etnia:..... n13.Donde vivieron antes:..... n14.Tiempo que demora en llegar al EE.SS.:.....  
n15. ¿Cuenta con algún seguro de salud?..... n16. ¿Cuál?.....  
n17. Percibe remuneración económica:.....  
n18. ¿De quién depende económicamente?.....  
n19.Lugar de Procedencia..... n20. Religión:.....

## II. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

A. ¿CON QUIENES CONVIVE?		B. TIPOLOGÍA FAMILIAR		C. CICLO VITAL FAMILIAR			
		n22. Tipología Familiar		n23. Etapa	x	n24. Fases	x
n21. Convivencia	Nº	Nuclear		Formación		Noviazgo	
n21.1. Lactante		Extensa				Matrimonio sin hijos	
n21.2. < 5 años		Monoparental (mujer cabeza de familia)		Expansión		Pareja espera su primer hijo	
n21.3. Escolar		Mixta o Reconstituida				Con lactante	
n21.4. Adolescente		Familia con mayores				Con pre-escolar	
n21.5. Adulto joven		Otros		Consolidación		Con escolares	
n21.6. Adulto intermedio						Con adolescentes	
n21.7. Adulto mayor				Apertura		Con salida de los hijos del hogar	
				Post parental		Con nido vacío	
						Jubilación	
				Disolución		Muerte del primer cónyuge	
						Muerte del segundo cónyuge	

**D. n26. SALUD AUTOPERCIBIDA**

Ítems	Buena	Regular	Mala
n26.1. ¿Cómo siente su estado de salud en general?	2	1	0
n26.2. ¿En comparación con personas de su edad?	2	1	0
n26.3. ¿Si la compara con su estado hace un año?	2	1	0

**E. TEST DE MORBILIDAD SENTIDA**

n27. ¿Algún miembro de su familia ha enfermado durante estos últimos seis meses?

Sí 0 No 1

n27.1. ¿Quiénes?	n27.2. Especificar

**F. n25. TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

SITUACIONES	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi Siempre
	1	2	3	4	5
n25.1. Se toman decisiones en conjunto para cosas importantes de la familia.					
n25.2. En mi casa predomina la armonía.					
n25.3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.					
n25.4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
n25.5. En mi familia cuando discutimos lo hacemos sin la presencia de los niños.					
n25.6. Podemos aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
n25.7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
n25.8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
n25.9. Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
n25.10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
n25.11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
n25.12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
n25.13. Los intereses y necesidad de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
n25.14. Nos demostramos el cariño que tenemos.					

**G. ESCALA DE APOYO FAMILIAR**

SITUACIONES	Siempre	A veces	Nunca
	3	2	1
<b>n28. APOYO AFECTIVO</b>			
n28.1. Recibe caricias, besos, abrazos, o palabras cariñosas por parte de sus familiares.			
n28.2. Sus familiares le escucha cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.			
n28.3. Se siente comprendido por sus familiares.			
n28.4. Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.			
<b>n29. APOYO A LA ESTIMA</b>			
n29.1. Recibe respeto y consideración de parte de sus familiares.			
n29.2. Cuando hay que tomar decisiones importantes las toman juntos.			
n29.3. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
n29.4. Las decisiones importantes para su vida la toma usted sola.			
<b>n30. APOYO INSTRUMENTAL</b>			
n30.1. Recibe de sus familiares algún apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos, vivienda, otros			
n30.2. Recibe apoyo o compañía de sus familiares en todo momento (sano o enfermo).			
<b>TOTAL</b>			

### III. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA.

n31. NIÑO (0 - 11 años)		n32. ADOLESCENTE (12 a 17 años)		n33. JOVEN (18 a 29 años)	
RIESGOS		RIESGOS		RIESGOS	
n31.1 Incompleto/No tiene PAIS de acuerdo a su edad.	X	n32.1 Incompleto/ No tiene PAIS		n33.1 Incompleto/ No tiene PAIS.	
n31.2 Recién Nacido de parto domiciliario.		n32.2 Vacunas incompletas.		n33.2 Vacunas incompletas.	
n31.3 Recién Nacido (< 28 días).		n32.3 Problemas Visuales.		n33.3 Sin evaluación Dental.	
n31.4 Niño < 6 meses sin LME adecuada.		n32.4 Sin evaluación Dental.		n33.4 Problemas Visuales.	
n31.5 Niño < de 5 años con vacunas incompletas.		n32.5 Madre adolescente.		n33.5 Sin evaluación Nutricional.	
n31.6 Niño < de 3 años sin CRED.		n32.6 Padre adolescente.		n33.6 Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual.	
n31.7 Niño < de 3 años si suplemento de Hierro/ Vit A		n32.7 Problemas de conducta.		n33.7 Mujer gestante Sin Control.	
n31.8 Sin descartar de Parásitos.		n32.8 Problemas de alimentación.		n33.8 Mujer con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n31.9 Problemas Visuales.		n32.9 Mal control de impulsos.		n33.9 Hombre con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n31.10 Sin evaluación Dental.		n32.10 Deserción Escolar.		n33.10 Mujer en edad fértil sin planificación familiar.	
n31.11 Deserción Escolar.		n32.11 Bajo Rendimiento Escolar.		n33.11 Hombre en edad fértil sin planificación familiar.	
n31.12 Bajo Rendimiento escolar.		n32.12 Intento de Suicidio		n33.12 Consumo de Alcohol.	
n31.13 Problemas de conducta.		n32.13 Sedentarismo.		n33.13 Consumo de Tabaco.	
n31.14 Víctima de agresión.		n32.14 Consumo de Alcohol.		n33.14 Consumo de Otras Sustancias Ilícitas.	
		n32.15 Consumo de Tabaco.		n33.15 Sedentarismo.	
		n32.16 Consumo de Otras Sustancias Ilícitas.		n33.16 Mal control de impulsos.	
		n32.17 Conducta Sexual de Riesgo.		n33.17 Violento.	
		n32.18 Participación en Pandillas.		n33.18 Conducta Sexual de Riesgo.	
		n32.19 Delincuencias.			
		n32.20 Mujer gestante Sin Control.			

n34. ADULTO ( 30 a 59 años)	
RIESGOS	X
n34.1 Incompleto/ No tiene PAIS.	
n34.2 Vacunas incompletas.	
n34.3 Sin evaluación Dental.	
n34.4 Problemas Visuales.	
n34.5 Sin evaluación Nutricional.	
n34.6 Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual.	
n34.7 Mujer > 50 años sin Mamografía.	
n34.8 Mujer con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n34.9 Hombre con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n34.10 Hombre > 50 años sin evaluación de Próstata.	
n34.11 Mujer en edad fértil sin planificación familiar.	
n34.12 Hombre en edad fértil sin planificación familiar.	
n34.13 Consumo de Alcohol.	
n34.14 Consumo de Tabaco.	
n34.15 Consumo de Otras Sustancias Ilicitas.	
n34.16 Sedentarismo.	
n34.17 Mal control de impulsos.	
n34.18 Violento.	
n34.19 Conducta Sexual de Riesgo.	

n35. ADULTO MAYOR ( > de 60 años)	
RIESGOS	X
n35.1 Incompleto/ No tiene PAIS.	
n35.2 Vacunas incompletas.	
n35.3 Sin evaluación Dental.	
n35.4 Sin evaluación Mental.	
n35.5 Problemas Visuales.	
n35.6 Problemas Auditivos.	
n35.7 Sin evaluación Nutricional.	
n35.8 Dependencia Parcial o Total.	
n35.9 Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual.	
n35.10 Mujer sin Mamografía.	
n35.11 Mujer con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n35.12 Hombre con riesgo cardiovascular sin examen de colesterol.	
n35.13 Hombre sin evaluación de Próstata.	
n35.14 Sin actividad Física.	
n35.15 Sin uso de tiempo libre.	
n35.16 Conducta Sexual de Riesgo.	
n35.17 Abandono Familiar.	
n35.18 Abandono Social.	
n35.19 Depresión.	
n35.20 Discapacidad.	

n36. SI ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE		
RIESGOS	X	¿Quien la padece?
n36.1 Tos más de 14 días/ Fiebre/Pérdida de peso.		
n36.2 Hipertensión Arterial Alta.		
n36.3 Diabetes Mellitus.		
n36.4 Tuberculosis.		
n36.5 VIH.		
n36.6 Otras Enfermedades.		

N37. GESTANTE	
RIESGOS	X
n37.1 Sin/ incompleto PAIS	
n37.2 Gestante Adolescente	
n37.3 Vacunas incompletas	
n37.4 Sin/ incompletos Control Prenatal	
n37.5 Sin evaluación Dental	
n37.6 Sin Psicoprofilaxis	
n37.7 Sin Plan de Parto	
n37.8 Con Violencia Familiar	

n38. FAMILIA	
RIESGOS	X
n38.1 Familia Monoparental.	
n38.2 Mala comunicación intrafamiliar.	
n38.3 Conflictos Familiares.	
n38.4 Integrante víctima de violencia.	
n38.5 Con malas pautas de crianza o convivencia.	
n38.6 Intento de Suicidio de algún miembro de la Familia.	
n38.7 Presencia de un miembro de Familia con discapacidad.	
n38.8 Presencia de un miembro de Familia con enfermedad crónica.	

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
Riesgo Familiar Total	Es la variable dependiente del estudio, corresponde al grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo a factores de riesgo. Es decir el grado estimado de daño que puede sufrir un individuo, familia, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse de ninguno a total. Es un estado continuo a través del ciclo vital, se encuentra en cambio permanente, es decir disminuye, aumenta o desaparece.	Riesgo familiar total de niños menores de 11 años:	<p>- <b>Riesgo familiar alto:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 06 a 10 puntos (menos del percentil 50).</p> <p>- <b>Riesgo familiar moderado:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 11 a 13 puntos (menos del percentil 75).</p> <p>- <b>Riesgo familiar bajo:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 14 puntos (más del percentil 75).</p>	Razón	Escala de riesgos familiares total.



### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Riesgo familiar total de adolescentes:	<p>- <b>Riesgo familiar alto:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 12 a 17 puntos (menos del percentil 50).</p> <p>- <b>Riesgo familiar moderado:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 18 a 20 puntos.</p> <p>- <b>Riesgo familiar bajo:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 20 puntos.</p>	Razón	

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Riesgo familiar total de adulto joven:	<p>- <b>Riesgo familiar alto:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 07 a 13 puntos (menos del percentil 50).</p> <p>- <b>Riesgo familiar moderado:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 14 a 16 puntos (menos del percentil 75).</p> <p>- <b>Riesgo familiar bajo:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 17 puntos (más del percentil 75).</p>	Razón	

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Riesgo familiar total de adulto intermedio	<p>- <b>Riesgo familiar alto:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 05 a 12 puntos (menos del percentil 50).</p> <p>- <b>Riesgo familiar moderado:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 13 a 16 puntos (menos del percentil 75).</p> <p>- <b>Riesgo familiar bajo:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 17 a 19 puntos (más del percentil 75)</p>	Razón	

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Riesgo familiar total de adulto mayor	<p>- <b>Riesgo familiar alto:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 05 a 15 puntos (menos del percentil 50).</p> <p>- <b>Riesgo familiar moderado:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 16 a 19 puntos (menos del percentil 75).</p> <p>- <b>Riesgo familiar bajo:</b> Cuando las respuestas a las preguntas sobre riesgo familiar corresponden a un total de 20 puntos (más del percentil 75).</p>	Razón	

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas										
Características de la familia	Variable independiente, son las condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.	Tipo de familia	<p>-Nuclear: padre, madre y uno más hijos.</p> <p>-Extensa: padre, madre, hijos y otros familiares</p> <p>-Monoparental: padre o madre junto a los hijos</p> <p>-Mixta: padres que aportan hijos a la nueva situación de vida en común procedentes de relaciones previas.</p> <p>-Familia con mayores: cuando existe además personas mayores de 60 años al cuidado de nietos.</p>	Nominal	<p>Tipología familiar</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Nuclear</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extensa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monoparental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mixta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Familia con mayores</td> <td></td> </tr> </table>	Nuclear		Extensa		Monoparental		Mixta		Familia con mayores	
Nuclear															
Extensa															
Monoparental															
Mixta															
Familia con mayores															

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Ciclo vital familiar:	Etapa: - Formación - Expansión - Etapa de consolidación - Etapa de apertura - Etapa post parental - Etapa de disolución: Fases: - Noviazgo o matrimonio sin hijos Pareja que espera su primer hijo - Con lactante - Con pre-escolar - Con escolares - Con hijos adolescentes - Con salida de los hijos del hogar - Con nido vacío y Jubilación - Muerte del primer cónyuge - Muerte del segundo cónyuge.	Nominal	Ciclo vital familiar: etapa y fase.

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala</b>	<b>Preguntas</b>
		Salud Percibida	Autopercepción de la salud en general, en comparación a hace un año y en comparación con otras familias  - Buena - Regular - Mala	Nominal	Escala de Salud Percibida

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Morbilidad sentida	Referencia de presencia o ausencia de enfermedad durante los últimos seis meses y lo específica.  - Si  - No	Nominal	Test de Morbilidad Sentida



### MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala</b>	<b>Preguntas</b>
		Funcionalidad familiar	- Familia funcional : 43 – 70 puntos. - Familia disfuncional : 14 – 42 puntos.	Razón	Test de Percepción de Funcionamiento Familiar

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
		Apoyo Familiar	- Bajo grado de apoyo familiar :: 10 – 18 puntos. - Moderado grado de apoyo familiar: 19 – 25 puntos. - Alto grado de apoyo familiar :: 26 – 30 puntos.	Razón	Escala De Apoyo Familiar

Riesgos familiares de niños según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin descarte de parásitos			Sin evaluación dental			Bajo rendimiento escolar		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Tipología*** n(%)</b>									
Nuclear	73(30,8)	58(24,5)	131(55,3)	61(25,7)	70(29,5)	131(55,3)	25(10,5)	106(44,7)	131(55,3)
Extensa	64(27,0)	21(8,9)	85(35,9)	54(22,8)	31(13,1)	85(35,9)	27(11,4)	58(24,5)	85(35,9)
monoparental	11(4,6)	8(3,4)	19(8,0)	12(5,1)	7(3,0)	19(8,0)	6(2,5)	13(5,5)	19(8,0)
otros	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	149(62,9)	88(38,1)	237(100,0)	128(54,0)	109(46,0)	237(100,0)	58(24,5)	179(75,5)	237(100,0)
	<i>CC=0,190</i>	<i>p=0,032</i>		<i>CC=0,166</i>	<i>p=0,083</i>		<i>CC=0,153</i>	<i>p=0,129</i>	
<b>Ciclo Vital Familiar</b>									
<b>Etapa</b>									
Formación	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Expansión	21(8,9)	6(2,5)	27(11,4)	14(5,9)	13(5,5)	27(11,4)	3(1,3)	24(10,1)	27(11,4)
Consolidación	102(43,0)	46(19,4)	148(62,4)	93(39,2)	55(23,2)	148(62,4)	44(18,6)	104(43,9)	148(62,4)
Apertura	25(10,5)	24(10,1)	49(20,7)	21(8,9)	28(11,8)	49(20,7)	11(4,6)	38(16,0)	49(20,7)
Post parental	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)	0(0,0)	12(5,1)	12(5,1)	0(0,0)	12(5,1)	12(5,1)
total	149(62,9)	88(37,1)	237(100,0)	128(54,0)	109(46,0)	237(100,0)	58(24,5)	179(75,5)	237(100,0)
	<i>CC=0,308</i>	<i>p=0,000</i>		<i>CC=0,294</i>	<i>p=0,000</i>		<i>CC=0,193</i>	<i>p=0,058</i>	

Riesgos familiares de niños según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin descarte de parásitos			Sin evaluación dental			Bajo rendimiento escolar		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Fases</b>									
Noviazgo	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Con lactante	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
Con pre-escolar	22(9,3)	7(3,0)	29(12,2)	16(6,8)	13(5,5)	29(12,2)	3(1,3)	26(11,0)	29(12,2)
Con escolar	48(20,3)	19(8,0)	67(28,3)	43(18,1)	24(10,1)	67(28,3)	20(8,4)	47(19,8)	67(28,3)
Con adolescentes	53(22,4)	25(10,5)	78(32,9)	49(20,7)	29(12,2)	78(32,9)	24(10,1)	54(22,8)	78(32,9)
Con salida de los hijos	24(10,1)	24(10,1)	48(20,3)	20(8,4)	28(11,8)	48(20,3)	11(4,6)	37(15,6)	48(20,3)
Con nido vacío	1(0,4)	9(3,8)	10(4,2)	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)
Jubilación	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	149(62,9)	88(37,1)	237(100,0)	128(54,0)	109(46,0)	237(100,0)	58(24,5)	179(75,5)	237(100,0)
	CC=0,313	p=0,001		CC=0,313	p=0,001		CC=0,209	p=0,149	
<b>Funcionalidad</b>									
Familia Disfuncional	74(31,2)	33(13,9)	107(45,1)	71(30,0)	36(15,2)	107(45,1)	30(12,7)	77(32,5)	107(45,1)
Familia Funcional	75(31,6)	55(23,2)	130(54,9)	57(24,1)	73(30,8)	130(54,9)	28(11,8)	102(43,0)	130(54,9)
total	149(62,9)	88(37,1)	237(100,0)	128(54,0)	109(46,0)	237(100,0)	58(24,5)	179(75,5)	237(100,0)
	X2=3,306	gl=1	p=0,069	X2=11,972	gl=1	p=0,001	X2=1,341	gl=1	p=0,247
<b>Apoyo</b>									
Bajo	16(6,8)	12(5,1)	28(11,8)	15(6,3)	13(5,5)	28(11,8)	6(2,5)	22(9,3)	28(11,8)
Moderado	108(45,6)	58(24,5)	166(70,0)	86(36,3)	80(33,8)	166(70,0)	44(18,6)	122(51,5)	166(70,0)
Alto	25(10,5)	18(7,6)	43(18,1)	27(11,4)	16(6,8)	43(18,1)	8(3,4)	35(14,8)	43(18,1)
Total	149(62,9)	88(37,1)	237(100,0)	128(54,0)	109(46,0)	237(100,0)	58(24,5)	179(75,5)	237(100,0)
	X2=1,147	gl=2	p=0,564	X2=1,661	gl=2	p=0,436	X2=1,313	gl=2	p=0,519

Riesgos familiares de adolescentes según características familiares. AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			Bajo rendimiento			consumo alcohol		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Tipología*** n(%)</b>									
Nuclear	47(19,8)	84(35,4)	131(55,3)	24(10,1)	107(45,1)	131(55,3)	23(9,7)	108(45,6)	131(55,3)
Extensa	37(15,6)	48(20,3)	85(35,9)	21(8,9)	64(27,0)	85(35,9)	22(9,3)	63(26,6)	85(35,9)
monoparental	9(3,8)	10(4,2)	19(8,0)	3(1,3)	16(6,8)	19(8,0)	5(2,1)	14(5,9)	19(8,0)
otros	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	93(39,2)	144(60,8)	237(100,0)	48(20,3)	189(79,7)	237(100,0)	50(21,1)	187(78,9)	237(100,0)
	CC=0,114	p=0,377		CC=0,093	p=0,554		CC=0,112	p=0,391	
<b>Ciclo Vital</b>									
<b>Etapas</b>									
Formación	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Expansión	1(0,4)	26(11,0)	27(11,4)	0(0,0)	27(11,4)	27(11,4)	1(0,4)	26(11,0)	27(11,4)
Consolidación	75(31,6)	73(30,8)	148(62,4)	37(15,6)	111(46,8)	148(62,4)	36(15,2)	112(47,3)	148(62,4)
Apertura	16(6,8)	33(13,9)	49(20,7)	10(4,2)	3(16,5)a	49(20,7)	12(5,1)	37(15,6)	49(20,7)
Post parental	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)
total	93(39,2)	144(60,8)	237(100,0)	48(20,3)	189(79,7)	237(100,0)	50(21,1)	187(78,9)	237(100,0)
	CC=0,329	p=0,000		CC=0,203	p=0,037		CC=0,176	p=0,107	

Riesgos familiares de adolescentes según características familiares. AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			Bajo rendimiento			consumo alcohol		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Fase</b>									
Noviazgo	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Con lactante	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
Con pre-escolar	3(1,3)	26(11,0)	29(12,2)	1(0,4)	28(11,8)	29(12,2)	2(0,8)	27(11,4)	29(12,2)
Con escolar	18(7,6)	49(20,7)	67(28,3)	10(4,2)	57(24,1)	67(28,3)	8(3,4)	59(24,9)	67(28,3)
Con adolescentes	56(23,6)	22(9,3)	78(32,9)	27(11,4)	51(21,5)	78(32,9)	28(11,8)	50(21,1)	78(32,9)
Con salida de los hijos	15(6,3)	33(13,9)	48(20,3)	9(3,8)	39(16,5)	48(20,3)	11(4,6)	37(15,6)	48(20,3)
Con nido vacío	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)
Jubilación	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)
total	93(39,2)	144(60,8)	237(100,0)	48(20,3)	189(79,7)	237(100,0)	50(21,1)	187(78,9)	237(100,0)
	CC=0,446	p=0,000		CC=0,283	p=0,004		CC=0,290	p=0,003	
<b>Funcionalidad</b>									
Familia Disfuncional	44(18,6)	63(26,6)	107(45,1)	24(10,1)	83(35,0)	107(45,1)	21(8,9)	86(36,3)	107(45,1)
Familia Funcional	49(20,7)	81(34,2)	130(54,9)	24(10,1)	106(44,7)	130(54,9)	29(12,2)	101(42,6)	130(54,9)
total	93(39,2)	144(60,8)	237(100,0)	48(20,3)	189(79,7)	237(100,0)	50(21,1)	187(78,9)	237(100,0)
	X2=0,289	gl=1	p=0,591	X2=0,72	gl=1	p=0,449	X2=0,254	gl=1	p=0,615
<b>Apoyo</b>									
Bajo	9(3,8)	19(8,0)	28(11,8)	5(2,1)	23(9,7)	28(11,8)	5(2,1)	23(9,7)	28(11,8)
Moderado	73(30,8)	93(39,2)	166(70,0)	41(17,3)	125(52,7)	166(70,0)	41(17,3)	125(52,7)	166(70,0)
Alto	11(4,6)	32(13,5)	43(18,1)	2(0,8)	41(17,3)	43(18,1)	4(1,7)	39(16,5)	43(18,1)
Total	93(39,2)	144(60,8)	237(100,0)	48(20,3)	189(79,7)	237(100,0)	50(21,1)	187(78,9)	237(100,0)
	X2=5,518	gl=2	p=0,063	CC=0,187	p=0,013		CC=0,145	p=0,080	

Riesgos familiares de adulto joven según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			(MSA)sin Papanicolaou anual			consumo de alcohol		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Tipología*** n(%)</b>									
Nuclear	64(27,0)	67(28,3)	131(55,3)	54(22,8)	77(32,5)	131(55,3)	32(13,5)	99(41,8)	131(55,3)
Extensa	61(25,7)	24(10,1)	85(35,9)	57(24,1)	28(11,8)	85(35,9)	36(15,2)	49(20,7)	85(35,9)
monoparental	12(5,1)	7(3,0)	19(8,0)	8(3,4)	11(4,6)	19(8,0)	6(2,5)	13(5,5)	19(8,0)
otros	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	137(57,8)	100(42,2)	237(100,0)	119(50,2)	118(49,8)	237(100,0)	74(31,2)	163(68,8)	237(100,0)
	CC=0,237	p=0,003		CC=0,90	p=0,032		CC=0,254	p=0,01	
<b>Ciclo Vital</b>									
<b>Etapas</b>									
Formación	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Expansión	18(7,6)	9(3,8)	27(11,4)	16(6,8)	11(4,6)	27(11,4)	7(3,0)	20(8,4)	27(11,4)
Consolidación	78(32,9)	70(29,5)	148(62,4)	65(27,4)	83(35,0)	148(62,4)	37(15,6)	111(46,8)	148(62,4)
Apertura	40(16,9)	9(3,8)	49(20,7)	37(15,6)	12(5,1)	49(20,7)	30(12,7)	19(8,0)	49(20,7)
Post parental	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)	1(0,4)	11(4,6)	12(5,1)	0(0,0)	12(5,1)	12(5,1)
total	137(57,8)	100(42,2)	237(100,0)	119(50,2)	118(49,8)	237(100,0)	74(31,2)	163(68,8)	237(100,0)
	CC=0,321	p=0,000		CC=0,141	p=0,309		CC=0,310	p=0,000	

Riesgos familiares de adulto joven según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			(MSA)sin Papanicolaou anual			consumo de alcohol		Total
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	
<b>Fases</b>									
Noviazgo	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Con lactante	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
Con pre-escolar	21(8,9)	8(3,4)	29(12,2)	17(7,2)	12(5,1)	29(12,2)	7(3,0)	22(9,3)	29(12,2)
Con escolar	34(14,3)	33(13,9)	67(28,3)	30(12,7)	37(15,6)	67(28,3)	20(8,4)	47(19,8)	67(28,3)
Con adolescentes	39(16,5)	39(16,5)	78(32,9)	32(13,5)	46(19,4)	78(32,9)	17(7,2)	61(25,7)	78(32,9)
Con salida de los hijos	40(16,9)	8(3,4)	48(20,3)	37(15,6)	11(4,6)	48(20,3)	30(12,7)	18(7,6)	48(20,3)
Con nido vacío	1(0,4)	9(3,8)	10(4,2)	1(0,4)	9(3,8)	10(4,2)	0(0,0)	10(4,2)	10(4,2)
Jubilación	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	137(57,8)	100(42,2)	237(100,0)	119(50,2)	118(49,8)	237(100,0)	74(31,2)	163(68,8)	237(100,0)
	CC=0,352	p=0,000		CC=0,225	p=0,081		CC=0,333	p=0,000	
<b>Funcionalidad</b>									
Familia Disfuncional	71(30,0)	36(15,2)	107(45,1)	60(25,3)	47(19,8)	107(45,1)	36(15,2)	71(30,0)	107(45,1)
Familia Funcional	66(27,8)	64(27,0)	130(54,9)	59(24,9)	71(30,0)	130(54,9)	38(16,0)	92(38,8)	130(54,9)
total	137(57,8)	100(42,2)	237(100,0)	119(50,2)	118(49,8)	237(100,0)	74(31,2)	163(68,8)	237(100,0)
	X2=5,045	gl=1	p=0,016	X2=0,70	gl=1	p=0,351	X2=2,683	gl=1	p=0,101
<b>Apoyo</b>									
Bajo	22(9,3)	6(2,5)	28(11,8)	18(7,6)	10(4,2)	28(11,8)	18(7,6)	10(4,2)	28(11,8)
Moderado	90(38,0)	76(32,1)	166(70,0)	80(33,8)	86(36,3)	166(70,0)	51(21,5)	115(48,5)	166(70,0)
Alto	25(10,5)	18(7,6)	43(18,1)	21(8,9)	22(9,3)	43(18,1)	5(2,1)	38(16,0)	43(18,1)
Total	137(57,8)	100(42,2)	237(100,0)	119(50,2)	118(49,8)	237(100,0)	74(31,2)	163(68,8)	237(100,0)
	X2=05,829	gl=2	p=0,054	X2=2,848	gl=2	p=0,241	X2=2,522	gl=2	p=0,283



Riesgos familiares de adulto intermedio según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			(MSA)sin Papanicolaou anual			consumo de alcohol		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Tipología*** n(%)</b>									
Nuclear	86(36,3)	45(19,0)	131(55,3)	45(19,0)	86(36,3)	131(55,3)	82(34,6)	49(20,7)	131(55,3)
Extensa	64(27,0)	21(8,9)	85(35,9)	38(16,0)	47(19,8)	85(35,9)	67(28,3)	18(7,6)	85(35,9)
monoparental	15(6,3)	4(1,7)	19(8,0)	10(4,2)	9(3,8)	19(8,0)	15(6,3)	4(1,7)	19(8,0)
otros	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)
total	167(70,5)	70(29,5)	237(100,0)	94(39,7)	143(60,3)	237(100,0)	166(70,0)	71(30,0)	237(100,0)
	CC=0,127	p=0,271		CC=0,127	p=0,276		CC=0,182	p=0,043	
<b>Ciclo Vital</b>									
<b>Etapas</b>									
Formación	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)
Expansión	14(5,9)	13(5,5)	27(11,4)	7(3,0)	20(8,4)	27(11,4)	15(6,3)	12(5,1)	27(11,4)
Consolidación	108(45,6)	40(1,9)	148(62,4)	59(24,9)	89(37,6)	148(62,4)	106(44,7)	42(17,7)	148(62,4)
Apertura	36(15,2)	13(5,5)	49(20,7)	23(9,7)	26(11,0)	49(20,7)	37(15,6)	12(5,1)	49(20,7)
Post parental	8(3,4)	4(1,7)	12(5,1)	4(1,7)	8(3,4)	12(5,1)	7(3,0)	5(2,1)	12(5,1)
total	167(70,5)	70(29,5)	237(100,0)	94(39,7)	143(60,3)	237(100,0)	166(70,0)	71(30,0)	237(100,0)
	CC=0,153	p=0,226		CC=0,143	p=0,294		CC=0,141	p=0,310	

Riesgos familiares de adulto intermedio según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación dental			(MSA)sin Papanicolaou anual			consumo de alcohol		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
<b>Fases</b>									
Noviazgo	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)
Con lactante	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
Con pre-escolar	16(6,8)	13(5,5)	29(12,2)	9(3,8)	20(8,4)	29(12,2)	17(7,2)	12(5,1)	29(12,2)
Con escolar	47(19,8)	20(8,4)	67(28,3)	23(9,7)	44(18,6)	67(28,3)	42(17,7)	25(10,5)	67(28,3)
Con adolescentes	60(25,3)	18(7,6)	78(32,9)	34(14,3)	44(18,6)	78(32,9)	63(26,6)	15(6,3)	78(32,9)
Con salida de los hijos	35(14,8)	13(5,5)	48(20,3)	23(9,7)	25(10,5)	48(20,3)	36(15,2)	12(5,1)	48(20,3)
Con nido vacío	8(3,4)	2(0,8)	10(4,2)	4(1,7)	6(2,5)	10(4,2)	7(3,0)	3(1,3)	10(4,2)
Jubilación	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
total	167(70,5)	70(29,5)	237(100,0)	94(39,7)	143(60,3)	237(100,0)	166(70,0)	71(30,0)	237(100,0)
	CC=0,247	p=0,032		CC=0,178	p=0,358		CC=0,333	p=0,000	
<b>Funcionalidad</b>									
Familia Disfuncional	80(33,8)	27(11,4)	107(45,1)	42(17,7)	65(27,4)	107(45,1)	82(34,6)	25(10,5)	107(45,1)
Familia Funcional	87(36,7)	43(18,1)	130(54,9)	52(21,9)	78(32,9)	130(54,9)	84(35,4)	46(19,4)	130(54,9)
total	167(70,5)	70(29,5)	237(100,0)	94(39,7)	143(60,3)	237(100,0)	166(70,0)	71(30,0)	237(100,0)
	X2=1,735	gl=1	p=0,188	X2=0,014	gl=1	p=0,907	X2=4,041	gl=1	p=0,044
<b>Apoyo</b>									
Bajo	20(8,4)	8(3,4)	28(11,8)	13(5,5)	15(6,3)	28(11,8)	23(9,7)	5(2,1)	28(11,8)
Moderado	114(48,1)	52(21,9)	166(70,0)	69(29,1)	97(40,9)	166(70,0)	109(46,0)	57(2,1)	166(70,0)
Alto	33(13,9)	10(4,2)	43(18,1)	12(5,1)	31(13,1)	43(18,1)	34(14,3)	9(3,8)	43(18,1)
Total	167(70,5)	70(29,5)	237(100,0)	94(39,7)	143(60,3)	237(100,0)	166(70,0)	71(30,0)	237(100,0)
	X2=1,083	gl=2	p=0,582	X2=3,270	gl=2	p=0,195	X2=5,141	gl=2	p=0,076

Riesgos familiares de adulto mayor según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación Dental			Sin evaluación Mental			Total	Vacunas incompletas		Total
	Sí	No	Total	Sí	No	Sí		No		
<b>Tipología*** n(%)</b>										
Nuclear	8(3,4)	123(51,9)	131(55,3)	7(3,0)	124(52,3)	131(55,3)	9(3,8)	122(51,5)	131(55,3)	
Extensa	18(7,6)	67(28,3)	85(35,9)	17(7,2)	68(28,7)	85(35,9)	14(5,9)	71(30,0)	85(35,9)	
Monoparental	1(0,4)	18(7,6)	19(8,0)	1(0,4)	18(7,6)	19(8,0)	1(0,4)	18(7,6)	19(8,0)	
Otros	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	10(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	
Total	28(11,28)	209(88,2)	237(100,0)	26(11,0)	211(89,0)	237(100,0)	25(10,5)	212(89,5)	237(100,0)	
	<i>CC=0,243</i>	<i>p=0,002</i>		<i>CC=0,245</i>	<i>p=0,002</i>		<i>CC=0,190</i>	<i>p=0,031</i>		
<b>Ciclo Vital Familiar</b>										
<b>Etapas</b>										
Formación	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	
Expansión	1(0,4)	26(11,0)	27(11,4)	1(0,4)	26(11,0)	27(11,4)	1(0,4)	26(11,0)	27(11,4)	
Consolidación	13(5,5)	135(57,0)	148(62,4)	12(5,1)	136(57,4)	148(62,4)	11(4,6)	137(57,8)	148(62,4)	
Apertura	9(3,8)	40(16,9)	49(20,7)	8(3,4)	41(17,3)	49(20,7)	7(3,0)	42(17,7)	49(20,7)	
Post Parental	5(2,1)	7(3,0)	12(5,1)	5(2,1)	7(3,0)	12(5,1)	6(2,5)	6(6,5)	12(5,1)	
Total	28(11,8)	209(88,2)	237(100,0)	26(11,0)	211(89,0)	237(100,0)	25(10,5)	212(89,5)	237(100,0)	
	<i>CC=0,247</i>	<i>CC=0,004</i>		<i>CC=0,250</i>	<i>p=0,003</i>		<i>CC=0,300</i>	<i>p=0,000</i>		

Riesgos familiares de adulto mayor según características familiares AA HH Triunfo y 28 de Julio 2013

	Sin evaluación Dental			Sin evaluación Mental			Vacunas incompletas		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total
<b>Fases</b>									
Noviazgo	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,4)	1(0,4)
Familia con lactante	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)	0(0,0)	2(0,8)	2(0,8)
Familia con pre-escolar	1(0,4)	28(11,8)	29(12,2)	1(0,4)	28(11,8)	29(12,2)	1(0,4)	28(11,8)	29(12,2)
Familia con escolar	4(1,7)	63(26,6)	67(28,3)	4(1,7)	63(26,6)	67(28,3)	4(1,7)	63(26,6)	67(28,3)
Familia con adolescentes	9(3,8)	69(29,1)	78(32,9)	8(3,4)	70(29,5)	78(32,9)	7(3,0)	71(30,0)	78(32,9)
Familia con salida de los hijos del hogar	9(3,8)	39(16,5)	48(20,3)	8(3,4)	40(16,9)	48(20,3)	7(3,0)	41(17,3)	48(20,3)
Familia con nido vacío	4(1,7)	6(2,5)	10(4,2)	4(1,7)	6(2,5)	10(4,2)	5(2,1)	5(2,1)	10(4,2)
Jubilación	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)	1(0,4)	1(0,4)	2(0,8)
Total	28(11,8)	209(88,2)	237(100,0)	26(11,0)	211(89,0)	237(100,0)	25(10,5)	212(89,5)	237(100,0)
	<i>CC=0,260</i>	<i>p=0,016</i>		<i>CC=0,260</i>	<i>p=0,016</i>		<i>CC=0,304</i>	<i>p=0,001</i>	
<b>funcionamiento Familiar</b>									
Familia Disfuncional	13(5,5)	94(39,7)	107(45,1)	12(5,1)	95(40,1)	107(45,1)	12(5,1)	95(40,1)	107(45,1)
Familia Funcional	15(6,3)	115(48,5)	130(54,9)	14(5,9)	116(48,9)	130(54,9)	13(5,5)	117(49,4)	130(54,9)
Total	28(11,8)	209(88,2)	237(100,0)	26(11,0)	211(89,0)	237(100,0)	25(10,5)	212(89,5)	237(100,0)
	<i>x2=0,021</i>	<i>gl=1</i>	<i>p=0,885</i>	<i>x2=0,012</i>	<i>gl=1</i>	<i>p=0,913</i>	<i>x2=0,092</i>	<i>gl=1</i>	<i>p=0,762</i>
<b>Apoyo familiar y social</b>									
Bajo Apoyo	5(2,1)	23(9,7)	28(11,8)	4(1,7)	24(10,1)	28(11,8)	5(2,1)	23(9,7)	28(11,8)
Moderado Apoyo	19(8,0)	147(62,0)	166(70,0)	19(8,0)	147(62,0)	166(70,0)	16(6,8)	150(63,3)	166(70,0)
Alto Apoyo	4(1,7)	39(16,5)	43(18,1)	3(1,3)	40(16,9)	43(18,1)	4(1,7)	39(16,5)	43(18,1)
Total	28(11,8)	209(88,2)	237(100,0)	26(11,0)	211(89,0)	237(100,0)	25(10,5)	212(89,5)	237(100,0)
	<i>CC=0,073</i>	<i>p=0,532</i>		<i>CC=0,067</i>	<i>p=0,590</i>		<i>CC=0,087</i>	<i>p=0,406</i>	