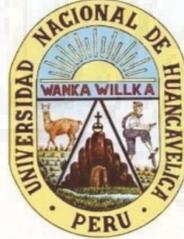


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**  
(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

---

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD  
ORCOTUNA, JUNÍN 2018.**

---

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: PROMOCION DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR: Obsta. Mateo Ortega, Claudia Liliana**

**HUANCAVELICA – PERÚ  
2019**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 02 días del mes de abril a las 11:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) egresada:  
obst. MATEO ORTEGA, CLAUDIA LILIANA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES  
Secretario : Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE  
Vocal : Mg. Ada Lizbeth LARICO LOPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

" CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SAUD OROSTUNA, JUNIN 2018"

Presentado por el (la) egresada:

obst. MATEO ORTEGA, CLAUDIA LILIANA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 020 - 2019 concluyendo a las 12:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:  
APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ninguno

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 02 de abril 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

PRESIDENTE  
Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
P.S.E. OBSTETRICIA

Obsta. Ada Lizbeth Larico López

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
P.S.E. OBSTETRICIA

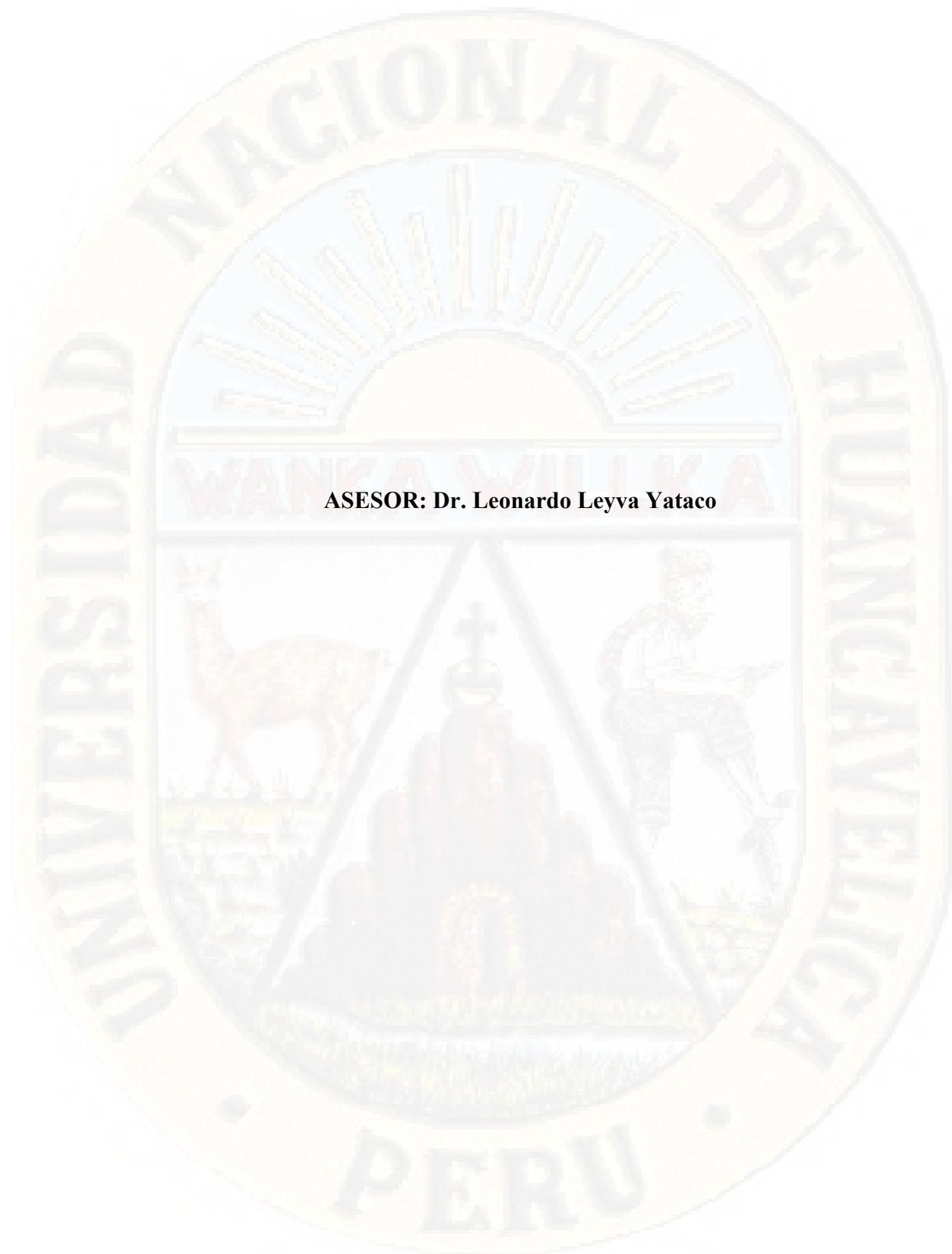
SECRETARIO  
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



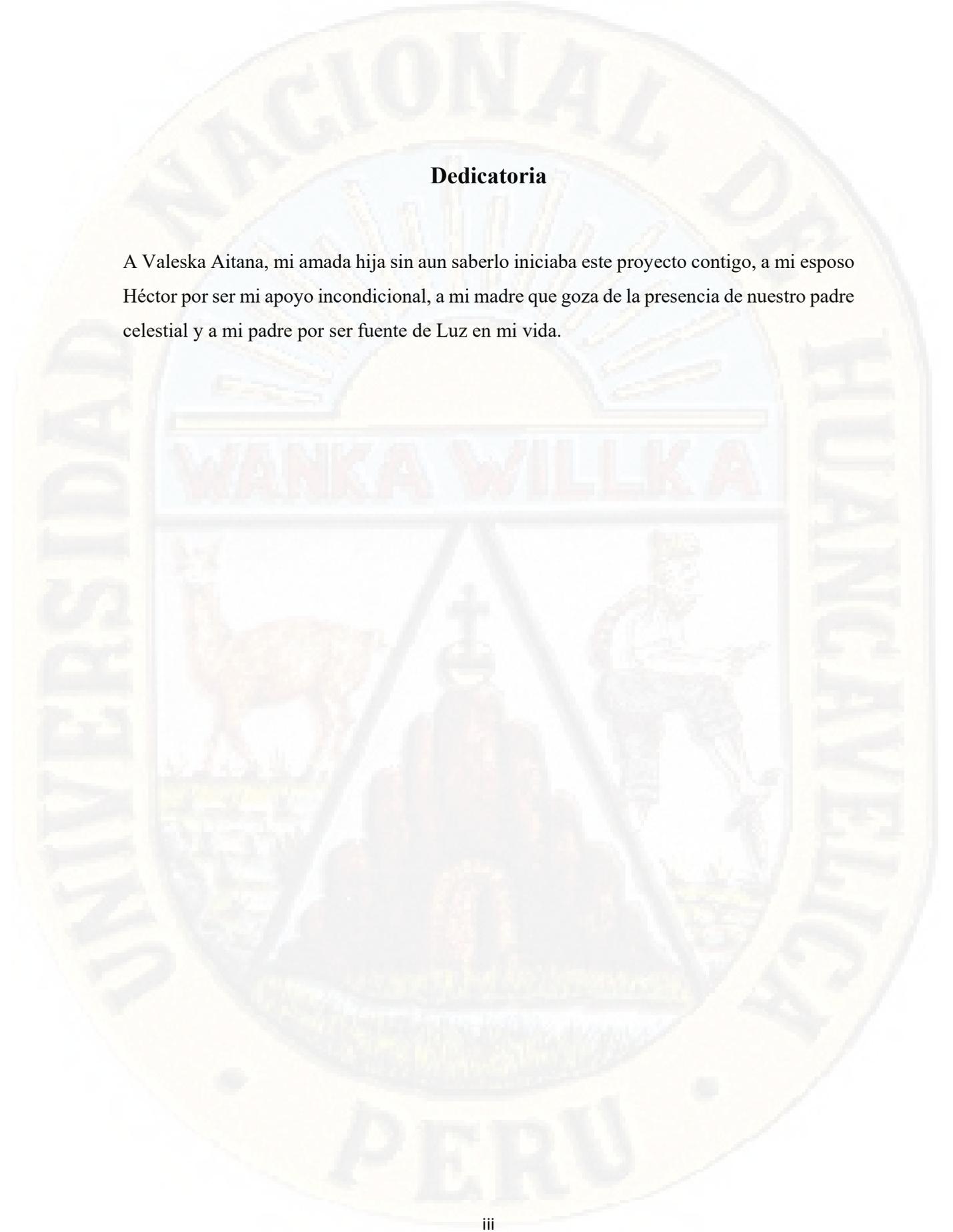
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
V. B. Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
DECANA



SECRETARIA  
OBSTETRA  
C.O.P. N° 35739



**ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco**



## **Dedicatoria**

A Valeska Aitana, mi amada hija sin aun saberlo iniciaba este proyecto contigo, a mi esposo Héctor por ser mi apoyo incondicional, a mi madre que goza de la presencia de nuestro padre celestial y a mi padre por ser fuente de Luz en mi vida.

## **Agradecimiento**

A Dios por su amor y presencia en mi vida, a mis maestros de la Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Segunda Especialidad de la Universidad Nacional de Huancavelica, que con gran sabiduría me brindaron los conocimientos y herramientas que aplicare en bien de la sociedad.

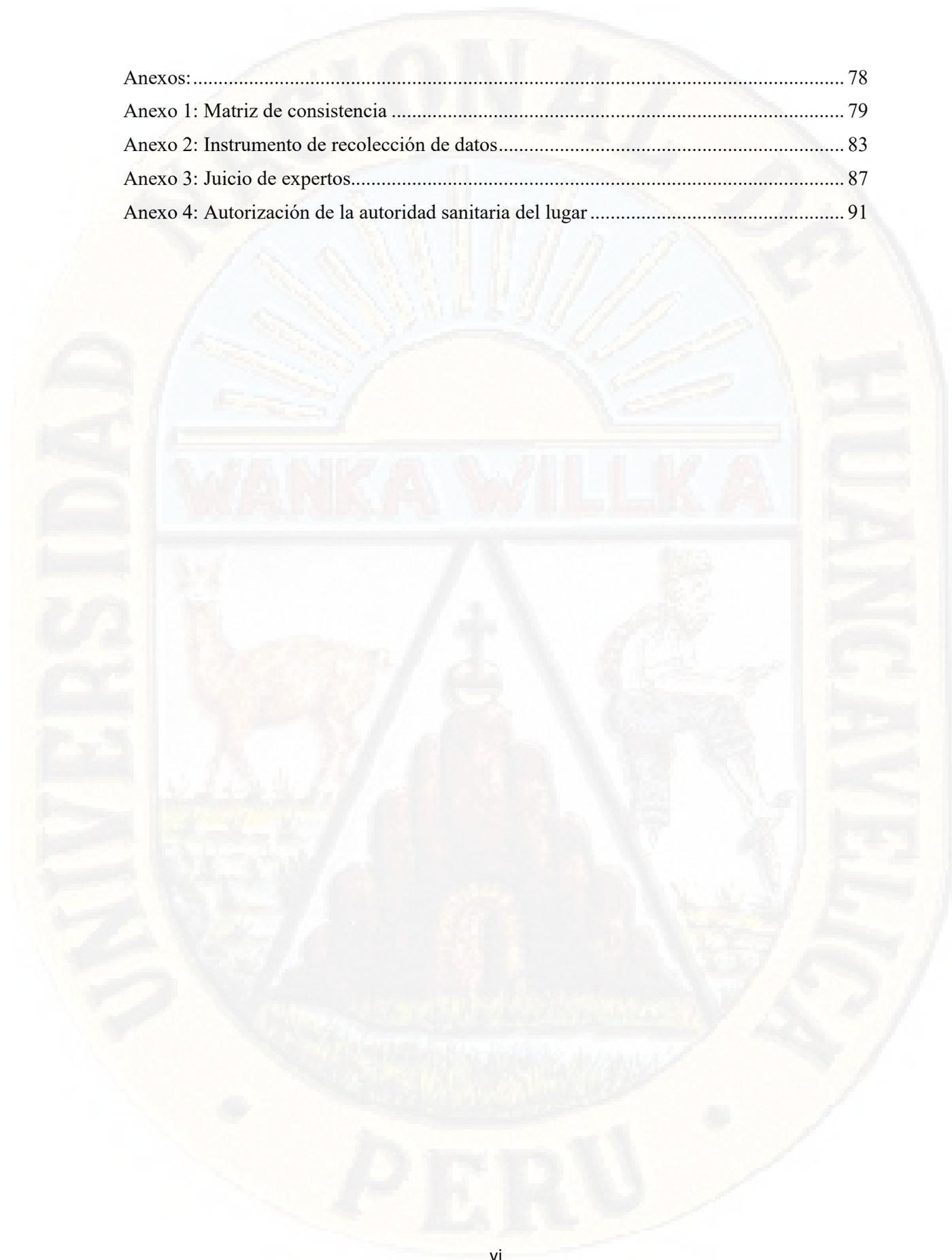
Mi eterno agradecimiento a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, su experiencia y paciencia para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Finalizo agradeciendo a mi amada familia que son mi fuente de inspiración.

## Índice

Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento .....	iv
Índice .....	v
Índice de tablas .....	vii
Resumen .....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	13
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Justificación .....	17
1.5. Limitaciones .....	17
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas .....	22
2.3. Variables de estudio .....	38
2.4. Definición de términos .....	41
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Ámbito de estudio.....	42
3.2. Tipo de investigación .....	42
3.3. Nivel de investigación .....	42
3.4. Métodos de investigación .....	43
3.5. Diseño de investigación.....	43
3.6. Población, muestra y muestreo .....	44
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	44
3.8. Procedimiento de recolección de datos .....	44
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	45
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	46
4.2. Discusión .....	65
Conclusiones.....	71
Recomendaciones .....	73
Referencias bibliográficas .....	74

Anexos:.....	78
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	79
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	83
Anexo 3: Juicio de expertos.....	87
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar .....	91



## Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	46
Tabla 2.	Nivel de instrucción de la pareja y la gestante atendida en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	47
Tabla 3.	Estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	48
Tabla 4.	Tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	49
Tabla 5.	Ingreso familiar, miembros de la familia, personas por habitación y comidas por día en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	50
Tabla 6.	Material del piso de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	51
Tabla 7.	Material de las paredes de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	52
Tabla 8.	Material del techo de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	53
Tabla 9.	Lugar de eliminación de excretas en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	54
Tabla 10.	Lugar de disposición de la basura en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	55

Tabla 11.	Servicios en los domicilios de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	56
Tabla 12.	Tipo de agua de consumo humano en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	57
Tabla 13.	Fuente abastecimiento de agua en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	58
Tabla 14.	Tipo de combustible para cocinar en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	59
Tabla 15.	Forma de conservación de alimentos en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	60
Tabla 16.	Disponibilidad de transporte propio en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	61
Tabla 17.	Presencia de vectores de transmisión de enfermedades en las viviendas de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	62
Tabla 18.	Tenencia de animales por las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	63
Tabla 19.	Espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.	64

## Resumen

**Objetivo.** Determinar las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018. **Método.** La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018; según registros estadísticos fueron un total de 100 familias. La muestra fue censal. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario.

**Resultados.** En las gestantes la edad promedio fue de 27.09 años, el 75% tuvieron más de 22 años, el 49% tuvieron secundaria completa o mayor nivel de instrucción; en sus parejas el 68% tuvieron secundaria completa o mayor nivel de instrucción. El 70% fueron convivientes, el 20% solteras el 9% casadas. El 43% de las familias fueron nucleares, el 32% ampliadas, el 10% extendidas, el 9% reconstituidas y el 6% monoparentales. El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 1139.70 soles, la mitad tuvieron un ingreso menor o igual a S/. 975.00 soles. El promedio de miembros por familia fue de 5.5, el promedio de personas por habitación fue de 2.4, el promedio de comidas por día en la familia fue de 3.2. El 45% tuvieron en sus viviendas piso de tierra, el 34% pisos de cemento/ladrillo, el 15% pisos de loseta/cerámicos, el 5% pisos de madera, el 74% techos de madera y/o tejas; el 21% techos de material noble y el 5% techos de calamina. El 47% eliminaron sus excretas en letrinas, el 38% en red pública, el 10% al aire libre, el 4% en pozo séptico. El 66% eliminaron la basura en carro recolector, el 28% la enterraron o quemaron, el 6% la vertieron campo abierto. El 89% tuvieron servicios telefónicos y/o celular, el 21% internet, el 21% TV cable, el 70% servicio eléctrico, el 47% servicio de agua y desagüe. El 85% consumieron agua tratada, el 56% se abastecieron de agua de la red pública dentro de la vivienda. El 61% utilizaron para cocinar gas y/o electricidad, el 37% leña, el 2% carbón o bosta. El 46% conservaron sus alimentos a temperatura ambiente, el 45% no tuvo transporte propio, el 50% tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades, el 75% tuvieron perros y/o gatos, el 43% cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral animales de importancia económica, el 44% convive con animales dentro de la vivienda. El 63% no tuvieron espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos.

**Conclusiones.** Las características de las familias, las condiciones de las viviendas y los servicios básicos en las familias; no son los más adecuados, ya que exponen a los miembros de la familia y a las gestantes a diversos riesgos, sobre todo sanitarios; por lo que es necesario la intervención familiar con visitas domiciliarias integrales.

**Palabras clave:** Gestante, familia, salud familiar, características familiares.

## Abstract

**Objective.** Determine the characteristics of the families of the pregnant women attended at the Orcotuna Health Center, Junín 2018. **Method.** The investigation was observational, transversal of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all the families of the pregnant women attended in the Orcotuna Health Center, Junín 2018; according to statistical records, there were 100 families. The sample was census. The technique was the survey, the instrument was the questionnaire. **Results:** In pregnant women, the average age was 27.09 years, 75% were over 22 years old, 49% had complete high school or higher level of education; in their partners, 68% had complete high school or higher level of education. 70% were cohabiting, 20% single, 9% married. 43% of the families were nuclear, 32% extended, 10% extended, 9% reconstituted and 6% single parent. The average monthly income per family was S /. 1139.70 soles, half had an income less than or equal to S /. 975.00 soles. The average number of members per family was 5.5, the average number of people per room was 2.4, the average number of meals per day in the family was 3.2. 45% had dirt floors in their homes, 34% cement / brick floors, 15% tile / ceramic floors, 5% wood floors, 74% wood and / or tile roofs; 21% ceilings of noble material and 5% ceilings of calamine. 47% eliminated their excreta in latrines, 38% in the public network, 10% in the open air, 4% in the septic tank. 66% eliminated garbage in a collector car, 28% buried it or burned it, 6% poured it in the open field. 89% had telephone and / or cellular services, 21% Internet, 21% cable TV, 70% electric service, 47% water and sewage service. 85% consumed treated water, 56% were supplied with water from the public network inside the house. 61% used to cook gas and / or electricity, 37% firewood, 2% coal or dung. 46% kept their food at room temperature, 45% did not have their own transportation, 50% had in their homes vectors that transmit diseases, 75% had dogs and / or cats, 43% goats, rams, pigs, cow , poultry animals of economic importance, 44% live with animals inside the house. 63% did not have spaces for the storage, conservation, handling and consumption of food. **Conclusions:** The characteristics of the families, the conditions of the houses and the basic services in the families; they are not the most appropriate, since they expose family members and pregnant women to various risks, especially health risks; so family intervention is necessary with comprehensive home visits.

**Keywords:** Pregnant, family, family health, family characteristics.

## Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (1).

En las familias cubanas las transformaciones demográficas desde los noventa afectan la composición y dinámica familiar: la disminución de los niveles de fecundidad y del número de hijos, la reducción del tamaño promedio de la familia. Un 17.3% del total de familias nucleares cubanas, son monoparentales y de ellas el 84% la componen madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas (3). Según el contexto la familia puede favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general (5).

La familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer (7, 8). La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad (7).

La organización panamericana de la salud hace referencia a la salud de la familia como un campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia, la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna (9).

Una parte importante de las frustraciones y conflictos psíquicos de la población con escasos recursos económicos, se relaciona estrechamente con la insatisfacción de necesidades

materiales básicas que, por su carácter apremiante, no permiten la satisfacción de otras necesidades como el afecto, la comunicación intrafamiliar, el apoyo psicológico; la familia está más preocupada en satisfacer las necesidades más elementales para sobrevivir (10).

En el Perú, según la encuesta demográfica y de salud familiar; en el año 2017 los servicios básicos de la vivienda todavía no estaban disponibles para toda la población, no obstante, se observan avances respecto al año 2012. Las menos beneficiadas son las viviendas rurales. El 95,2% de las viviendas tuvieron acceso al servicio de energía eléctrica; el 98,9% de viviendas del área urbana, contaba con este servicio y el área rural con 83,5%. El 80,4% de viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre 83,2%; mientras que en el área rural 71,1%. El 71,3% de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública; en el área urbana 87,2% de las viviendas contaba con este tipo de servicio higiénico, en cambio en el área rural solo el 20,0% disponía de este servicio (11).

Existe escasa información sobre las características de las familias de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud especialmente en el centro de salud Orcotuna de la región Junín, no hay estudios que permitan conocer las características de las familias de las gestantes desde un enfoque socio sanitario; las condiciones de la familia, del entorno en que vive la gestante, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características permitirán un manejo integral más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (1).

El desarrollo social ha traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a nivel mundial que han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia. Problemas como el desempleo, la pobreza, el crimen, las variadas formas de violencia, las adicciones, la xenofobia, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades conforman el dramático panorama de la familia en la actualidad (2).

Estudios en las familias cubanas han documentado las transformaciones demográficas ocurridas desde la pasada década de los noventa que afectan la composición y dinámica familiar: la disminución de los niveles de fecundidad y del número de hijos, la reducción del tamaño promedio de la familia, su envejecimiento, el aumento de las uniones consensuales, de las separaciones, el incremento de la tasa de divorcio y la maternidad precoz. Un 17.3% del total de familias nucleares cubanas, son monoparentales y de ellas el 84% la componen madres solas con hijos solteros, la mayoría de ellas divorciadas o separadas (3).

La familia es la unidad básica de la sociedad, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que se alimentan de la

misma olla y que están llamados al desarrollo humano pleno. Su estructura es diversa y depende del contexto socio económico cultural en el que se ubique (4).

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general (5).

Las normas culturales, las condiciones socioeconómicas y la educación son factores determinantes de la salud de la familia. La participación activa de las familias y las comunidades en la promoción y la protección de su propia salud ha resultado eficaz, ya que las familias y comunidades cobran así mayor conciencia de lo que significa recibir servicios de salud de buena calidad y los solicitan en mayor medida (6).

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer (7, 8). La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano (7).

La organización panamericana de la salud hace referencia a la salud de la familia como un campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia, la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna (9).

Una parte importante de las frustraciones y conflictos psíquicos de la población con escasos recursos económicos, se relaciona estrechamente con la insatisfacción de necesidades materiales básicas que por su carácter apremiante, no permiten la

satisfacción de otras necesidades tales como el afecto, la comunicación intrafamiliar, el apoyo psicológico, el desarrollo de una adecuada autoestima, el ocuparse de que el miembro de la familia adquiera experiencias relacionadas con el éxito, etc., ya que deben ocupar su tiempo en desarrollar estrategias de sobrevivencia priorizando la satisfacción de las necesidades más elementales (10).

Reconocer el rol de la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor Igualdad y cooperación con ella. Las relaciones de poder tradicionales, que se basan en el saber del profesional y su posición clave para permitir el acceso a diversos servicios sociales y de salud, han de ser sustituidas por alianzas terapéuticas, en pro de la salud donde se apoye y fortalezca el rol de la familia en la salud (5).

En el Perú, según la encuesta demográfica y de salud familiar; en el año 2017 los servicios básicos de la vivienda todavía no estaban disponibles para toda la población, no obstante, se observan avances respecto al año 2012. Las menos beneficiadas son las viviendas rurales, sin embargo, estos servicios han presentado un mayor incremento porcentual que las viviendas urbanas. El servicio de energía eléctrica en las viviendas del país registró mayor cobertura en el año 2017 en comparación al 2012. El 95,2% de las viviendas tuvieron acceso a este servicio; el 98,9% de viviendas del área urbana, contaba con este servicio y el área rural, 83,5%. Sin embargo, en esta área es donde se dio el mayor incremento (13,9 puntos porcentuales) en comparación con el año 2012. El 80,4% de viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre 83,2%; mientras que en el área rural 71,1%. El 71,3% de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública, 12,0 puntos porcentuales más que en el año 2012. En el área urbana 87,2% de las viviendas contaba con este tipo de servicio higiénico, en cambio en el área rural solo el 20,0% disponía de este servicio (11).

Existe escasa información sobre las características de las familias de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud sobre todo en el centro de salud Orcotuna de la región Junín. No hay estudios que permitan conocer las características de las

familias de las gestantes desde un enfoque socio sanitario; las condiciones de la familia, del entorno en que vive la gestante, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características permitirán un manejo integral más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018?
- ¿Cuál es el tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018?
- ¿Cuáles son las características de las familias y sus viviendas, de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.
- Identificar el tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.
- Determinar las características de las familias y sus viviendas; de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

#### **1.4. Justificación**

El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna de la región Junín.

La mayoría de las gestantes desarrollan su embarazo sin problemas; pero es pertinente conocer las características familiares, en el contexto en el cual viven para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud. Esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias en las atenciones sanitarias, plantear acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para el personal de salud de establecimiento desarrollando competencias que permitan una adecuada atención de este tipo de familias.

Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características de las familias de las gestantes dentro de su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención integral a las gestantes y en las visitas domiciliarias. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la salud familiar y comunitaria para una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

#### **1.5. Limitaciones**

Los resultados encontrados no pueden ser completamente representativos en todos los contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una jurisdicción andina con predominancia urbana; pero los resultados son muy aplicables para conocer las realidades de las familias de las gestantes e implementar estrategias acordes a sus realidades para mejorar la salud materna.

Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral de las características familiares de las gestantes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### A nivel internacional.

Mendoza et al (12), realizó un Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención Primaria. Objetivo: Determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México, durante el periodo marzo 2003 – diciembre 2004, el análisis comparativo de los resultados se realizó a través de  $\chi^2$ . Resultados: Se incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontramos 52% de parejas funcionales, 39% de parejas moderadamente disfuncionales y 9% de parejas severamente disfuncionales. Los resultados del FACES III, revelaron 43% de familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de rango medio y la desplazada en las extremas ( $p= 0.0001$ ). En cuanto a los límites éstos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias extremas ( $p = 0.00251$ ). Conclusiones: La comunicación directa, y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas.

Cueva et al (13). Estudiaron las Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Objetivo: identificar las características sociales y familiares de adolescentes embarazadas. Material y métodos: estudio transversal de 74 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al módulo de alto riesgo en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero, de septiembre a noviembre del 2003. Se aplicó un cuestionario diseñado por un comité multidisciplinario de expertos. Variables estudiadas: características personales, obstétricas y familiares. Resultados: características personales: edad promedio 17 años, 38 (51 %) con secundaria, 66 (89 %) con interés en seguir estudiando, 49 (66 %) refirieron estar casadas, 66 (89 %) estaban dedicadas al hogar, 35 (47 %) indicaron que el motivo por el que se embarazaron fue para casarse y 27 (36 %) para salirse de su casa; 54 (73 %) aceptaron el embarazo y 71 (96 %) manifestaron sentimiento de responsabilidad para el cuidado infantil. Características obstétricas: promedio de inicio de vida sexual activa a los 15 años, 63 (85 %) con antecedente de madre adolescente embarazada, 63 (85 %) tenían información sobre métodos de planificación familiar y 51 (69 %) no los usaron. Familiares: 48 (65 %) con padres casados, 50 (68 %) vivían con la familia de su pareja, 26 (35 %) tenían más confianza con su madre y 68 (92 %) contaban con apoyo de su pareja durante el embarazo. Conclusiones: es indispensable desarrollar una estrategia organizacional para mejorar la atención individual, familiar y social de la adolescente embarazada, que incluya su participación activa en el proceso de educación para la salud e identifique sus necesidades y pueda tomar las mejores decisiones.

Ortiz et al (14). Investigaron en Cuba sobre la salud familiar. La caracterización en un área de salud. Su objetivo fue identificar los problemas relacionados con la Salud Familiar que inciden desfavorablemente en las familias de esta área. Se realizó un estudio en 96 hogares de la comunidad de Jaimanitas, ubicada en el Policlínico "Dr. Manuel Fajardo Rivero". El procedimiento se efectuó a través de métodos cuantitativos y descriptivos de la investigación. Se utilizó el test FF SIL que mide el funcionamiento familiar y un cuestionario elaborado al efecto. Obtuvimos como dato interesante que el 52,1 % de la disfunción familiar a expensas del divorcio, enfermedades psiquiátricas, alcoholismo y la vivencia de pérdida debido a la salida

del país de algún miembro. Se constató que el bajo nivel económico resultó ser un factor de riesgo para la disfuncionabilidad familiar.

Travassos et al (15). Estudiaron el Uso de los servicios de salud en Brasil: género, características familiares y condición social. Objetivo. Investigar el perfil de utilización de los servicios de salud por hombres y mujeres en Brasil. Métodos. Se utilizaron los datos de la encuesta nacional por muestra de domicilios realizada en 1998. Se desarrollaron modelos de regresión logística para analizar la información relativas a hombres y mujeres con y sin restricción de actividades por motivos de salud en los 15 días anteriores a la investigación. Las variables individuales fueron: posición en el mercado de trabajo, escolaridad y raza. También se analizaron variables relativas a la familia: renta familiar per cápita, tamaño de la familia y escolaridad y posición del jefe de familia en el mercado de trabajo. En los modelos en dos niveles (variables individuales y familiares) se evidenció un efecto de familia que, sin embargo, no fue captado por las variables analizadas. Resultados. Las mujeres utilizaron más los servicios de salud, incluso cuando controlado el efecto de la restricción de actividades por motivos de salud. El uso de servicios de salud por hombres y las mujeres dependen del poder adquisitivo de las familias y de las características sociales del propio individual, definiendo un perfil de desigualdades sociales. Se observaron diferencias en el perfil de desigualdad en los géneros entre personas que mencionaron y no mencionaron restricción de actividades. Las variables familiares tuvieron mayor importancia en la explicación del consumo de servicios por personas sin restricción de actividad. Conclusiones. La formulación de políticas dirigidas a reducir las desigualdades en el consumo de servicios de salud debe considerar las diferencias entre mujeres y hombres, además de la importancia de las características familiares. Se resalta la necesidad de incluir las dimensiones género y familia en la especificación de los modelos de uso de servicios de salud.

Pérez (16), Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Este trabajo pertenece a la línea de investigación "Salud familiar, enfermería familiar", de la Universidad Nacional de Colombia. Describe las características de los factores de riesgo y grado de salud familiar de las familias con adolescentes gestantes de los municipios de Chía, Cajicá y Cota. Es un

estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. Se utilizaron dos instrumentos de salud familiar: "Riesgo familiar total 7-70" y el "ISF GES 19", elaborados y probados en familias colombianas de estratos 1 y 2, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-1998). De las 66 familias estudiadas, se encontraron riesgos que afectan la salud familiar, así: 62% en alto riesgo, 36% en riesgo medio y 2% en riesgo bajo. Las prácticas y los servicios de salud se incluyen dentro de las subcategorías de mayor riesgo. El estudio también aporta información sobre el grado de salud familiar, es decir, el nivel en que las familias se encuentran saludables y satisfechas con lo que la familia es y hace para mantener las metas de crecimiento, estabilidad y cohesión comportamental.

Se concluye que, de las familias estudiadas, las del área rural tienen mayores riesgos para la salud que las que viven en la zona urbana. Las familias estudiadas no tienen el conocimiento ni la práctica de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos hallazgos exigen a la enfermería y demás trabajadores de la salud iniciar acciones contundentes que aseguren una prestación de servicios de salud, para disminuir el riesgo familiar total y mejorar el grado de salud familiar, teniendo en cuenta a las familias de las adolescentes gestantes y previendo con ellas acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

#### **A nivel nacional.**

Cuba et al (17). Investigaron las características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el distrito de Los Olivos, Lima. Con el objetivo de describir las características familiares y la percepción de la calidad de vida en una zona urbano-marginal de Lima y determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en las familias. Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y de base poblacional, en una muestra de 120 familias, empleando instrumentos para medir la calidad de vida, las características familiares y funcionalidad familiar. Resultados: El 75% de las familias tuvo una percepción de mejor calidad de vida. El tipo más frecuente de familia fue la nuclear, el 33% de las familias se encontraban en ciclo evolutivo plataforma de despegue, seguido de familias con hijos adolescentes con 31%. El 35% de familias tenía funcionalidad inadecuada mediante el APGAR Familiar y el 3% de familias eran extremas, mediante el test de FACES III; no se encontró asociación significativa

entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar. Conclusión: La funcionalidad familiar no se relaciona a la calidad de vida percibida en este estudio.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Gestación o embarazo**

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre. Se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo. Para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito. La edad gestacional se expresa en semanas terminadas.

El inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días. La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación. La edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas. Se puede subdividir en los periodos embrionario y fetal. El periodo embrionario inicia al momento de la fertilización (edad del desarrollo) o desde la segunda hasta la décima semana de gestación. El periodo embrionario es la etapa en la que ocurre la génesis de los órganos, en esta etapa el embrión es más sensible a los teratógenos. El final del periodo embrionario y el inicio del fetal ocurre ocho semanas después de la fertilización (edad del desarrollo) o 10 semanas después del inicio de la última menstruación (18).

### **2.2.2. Atención prenatal**

La atención prenatal se puede definir como la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y también el bebé durante el embarazo. Los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo o concurrentes; y la

promoción de la educación en salud y de la salud. La atención prenatal disminuye la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, tanto de manera directa mediante la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo como indirectamente, con el reconocimiento de las mujeres y las niñas en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, con lo cual se procura la derivación hacia un nivel apropiado de atención (19).

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (20)

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas. (21)

La atención prenatal (22) comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.

- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

#### **2.2.2.1. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante (23)**

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

#### **2.2.2.2. Plan de Parto (23)**

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas. La gestante con la tercera entrevista realizada se considera gestante con plan de parto completo.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

### 2.2.3. La Familia

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (1).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia.

Según definición de Horwitz 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. La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar (24).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (25).

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios. A diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma específica de vivir la diferencia de género (que implica la sexualidad), y las obligaciones entre las generaciones (que implica el parentesco).

La familia es una relación originaria, auto producida, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales (motivos psicológicos) o colectivos (motivos económicos, políticos, o incluso religiosos), o de su mezcla.

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia) (26).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales (27).

#### **2.2.3.1. Tipología familiar (28)**

##### **En base a su ESTRUCTURA:**

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

##### **En base a su DESARROLLO:**

- Primitiva: clan u organización tribal.

- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

**En base a su INTEGRACION:**

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare)
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

**En base a su DEMOGRAFIA:**

- Urbana
- Rural
- Suburbana

**En base a su OCUPACIÓN:**

- Campesina obrera empleada
- Profesional Comerciante

**2.2.3.2. Clasificación de las familias**

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores. Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (29).

González (25) la clasifica en:

- familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
- familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
- familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
- familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
- familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
- familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
- familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual.

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad.

En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia:

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres;
- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias;
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género

dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias;

- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (1).

### **2.2.3.3. La familia como sistema**

Sistema: existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones de la práctica se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (30).

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (24).

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace.

El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la

familia será mas sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetre, mas peligro de enfermedad.

#### **2.2.3.4. Ciclo vital familiar (31)**

Los individuos experimentan trascendentales cambios psicológicos a lo largo de su vida, los cuales, además, se producen en determinadas etapas observables y predecibles. Del mismo modo, el sistema familiar entraña importantes cambios psicosociales, también observables, y predecibles etapas: la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, los años escolares, la adolescencia, el despegue de los hijos, la jubilación y la viudez. Al igual que en el ciclo vital individual, cada fase viene caracterizada por la existencia de unas tareas que la familia debe realizar; y cada transición, cada paso de un estadio a otro, supone cambio y por tanto, dificultades.

El médico de familia, desde el conocimiento de estas crisis, puede ayudar a que las familias prevean tales situaciones y se preparen para ellas. Describiremos, cómo el funcionamiento de una familia se sucede a través de una secuencia de fases con relación de continuidad, en las que las funciones y los roles, así como los mecanismos de adaptabilidad y de resolución de conflictos varían a lo largo del ciclo. También veremos que algunas situaciones se manejarán mejor tomando a la familia como un sistema. Desde esta perspectiva, veremos cómo las acciones de cada uno de los miembros afectan a otros miembros de dicha familia y a la familia en su conjunto.

Esta información nos ayudará a realizar hipótesis biopsicosociales, esto es, hipótesis sistémicas. De hecho, se han propuesto diferentes modelos del desarrollo del ciclo vital familiar, los cuales asumen la perspectiva sistémica; es decir, cuando un miembro de la familia entra en una nueva etapa del desarrollo psicosocial, todos los

miembros de la familia se verán afectados. En la mayoría de los modelos, se cree que la familia cubre importantes necesidades emocionales, las cuales varían según las diferentes etapas del ciclo vital. Al igual que en el desarrollo humano, las transiciones entre las distintas etapas del Ciclo Vital Familiar se consideran situaciones importantes y potencialmente estresantes. Cuando las tareas de una etapa no se completan de manera satisfactoria, el desarrollo se detendrá o surgirán síntomas, ocasionando problemas en fases más avanzadas.

Existen numerosos estudios sobre el Ciclo Vital Familiar empezando por Duvall quien, al igual que Erikson, describe el desarrollo de la familia en ocho fases, tomando en cuenta las edades y el número de los hijos de la pareja. La Organización Mundial de la Salud también tiene su propia clasificación. Nosotros seguiremos el modelo propuesto por Carter y McGoldrick, que divide el Ciclo Vital Familiar en seis etapas (con sus respectivas tareas), (Ver cuadro 1 y 2), con la ventaja a nuestro entender, de ser fácilmente identificables y sencillas de recordar por el médico de familia, para ser utilizadas en la práctica diaria.

El concepto de crisis vital partía del supuesto de que hay una estructura anterior, en movimiento, que será sometida a nuevas posibilidades. Esa estructura relacional, se va formando en la pareja desde el inicio entre los que la constituirán. Así es que se considera como la primera de las etapas del ciclo vital de una familia la del noviazgo de los componentes de la pareja ("etapa del galanteo" para Jay Haley).

Diversos autores agregan o quitan algunos momentos del desarrollo familiar de la categoría de ciclo vital, pero nosotros haremos una inclusión más amplia, en virtud de que esas etapas de

cambio o novedosas en la familia, pueden ser el origen de un conflicto planteado en la consulta.

Otras etapas que más tarde vendrán son: la del matrimonio en sí, la llegada del primer hijo, la escolarización, el matrimonio y sus hijos adolescentes, que generalmente encuentra a quienes deben transitar ese momento atravesando además la crisis vital individual de la edad adulta. Otras etapas críticas son el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación de alguno o de ambos miembros de la pareja, y el fallecimiento de uno de ellos.

**Cuadro 1. Varias clasificaciones del Ciclo Vital Familiar**

Etapa del Ciclo	Conferencia Nacional de la Vida Familiar (1948)	Duval (1957)	Worby (1971)	Salomón (1973)
I	Pareja sin hijos	Pareja sin hijos	Formación de la familia	Matrimonio
II	Hijo mayor: 30 meses	Hijo mayor: 30 meses	Nacimiento del primero	Nacimiento del primogénito y de los demás hijos
III	Hijo mayor: 2½-5 años	Hijo mayor: 2½-6 años	Individualización temprana del mayor	III Individualización de los miembros de la familia
IV	Hijo mayor: 5-12 años	Hijo mayor: 6-13 años	Emergencia de la sexualidad en el hijo	(IV) Verdadera partida de la familia
V	Hijo mayor: 13-19 años	Hijo mayor: 13-20 años	Adolescencia del mayor	(V) Integración de la pérdida
VI	Desde que el primero abandona hasta que se va el último	Desde que el primero abandona hasta que el último se va	(VI) Padres solos	
VII	Últimos años	Desde el nido vacío hasta la jubilación		
VIII		De la jubilación hasta la muerte de ambos cónyuges		

Adaptado de Rowe C.P. Citado por Geyman J.P. (1980)  
Tomado del libro "Salud familiar para América Latina". Autor Diego Mejía Gómez. (Pag. 54).

## Cuadro 2. Modelo propuesto por Carter y McGoldrick

Etapa I	Formación: noviazgo, matrimonio, constitución de la pareja
Etapa II	Expansión: desde que nace el primer hijo hasta que nace el último hijo
Etapa III	Consolidación: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar
Etapa IV	Apertura: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo
Etapa V	Postparental: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge. Pareja en la edad madura
Etapa VI	Disolución y ancianidad: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente

### 2.2.3.5. La unidad familiar y la comunidad

La unidad familiar es un sistema social de convivencia en el que lo que le ocurre a uno de sus miembros repercute en el resto, y viceversa. La influencia de la familia en la salud tiene componentes genéticos, es de gran importancia en el desarrollo infantil, puede asociarse a una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, es un espacio para la transmisión de enfermedades infecciosas, afecta a la morbimortalidad en adultos y es importante en la recuperación de la enfermedad. La medicina de familia asume la unidad familiar como objeto de trabajo y, por tanto, de posible valoración y tratamiento, pero también es un recurso diagnóstico y terapéutico. Además, cada médico de familia asume responsabilidad sobre una población, esto es, un conjunto de personas integradas en una determinada comunidad social. La perspectiva poblacional, orientada a asegurar que los servicios lleguen al máximo número de individuos, tiene una larga tradición en atención primaria (32).

Una atención sanitaria centrada exclusivamente en el individuo puede dejar amplias bolsas poblacionales sin atender. Por tanto, la cantidad también importa. Por eso el médico familiar asume el compromiso de identificar los principales problemas de salud de su comunidad y de desarrollar programas de intervención adecuados

(33). Así como la presión arterial en un paciente en shock es un indicador vital de respuesta al tratamiento, los indicadores poblacionales con mayor vinculación a medidas de morbimortalidad, por ejemplo, el porcentaje de hipertensos identificados y controlados, son vitales para conocer el impacto del trabajo diario en la salud de las personas.

#### **2.2.3.6. Prácticas centradas en la familia**

El trabajo centrado en la familia considera como punto central de la intervención el empowerment, es decir, fortalecer las capacidades familiares, aportándoles la formación y colaboración necesarias y apoyándoles en la búsqueda de estrategias para resolver sus necesidades (34). Se trata, por tanto, de aumentar o crear sus capacidades para fortalecer el poder y control de la familia. Otro de los conceptos implícitos en las practicas centradas en la familia es el de equipo transdisciplinar. Los profesionales de diferentes disciplinas trabajarán de manera conjunta, diacrónica, unísona y transversal, junto a la familia, durante todo el proceso de la intervención. Los profesionales adoptan entonces un rol de facilitador y consultor, con el fin de limitar su participación y guiar a las familias en su toma de decisiones. Los profesionales deben apoyar a la familia, sin hacerles creer que son incompetentes (35).

La colaboración entre los profesionales y las familias en los ambientes naturales es la clave para proporcionar la calidad de la atención centrada en la familia y, siempre que sea posible, la atención debe prestarse en los entornos naturales, con tal de poder generalizar los aprendizajes. Al incluir las rutinas de las familias en los servicios de atención primaria, estas se sienten más implicadas en los tratamientos y lo ven menos parecido a sesiones que han de añadir a su vida diaria (36).

#### **2.2.4. Características sociales**

Las características sociales son una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (37). Estas características en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (37).

##### **2.2.4.1. Edad**

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

##### **2.2.4.2. Educación de la gestante**

La educación en la gestante ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente

relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (38).

#### **2.2.4.3. Estado civil**

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (39).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos: Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (40).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (41).

## 2.3. Variables de estudio

### 2.3.1. Identificación de Variable

**Variable:** Características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.

**Subvariables:**

Edad de la gestante

Nivel de instrucción de la gestante

Nivel de instrucción de la pareja

Estado civil de la gestante

Tipo de familia de la gestante

Ingresos familiares mensual

Número de miembros de la familia

Número de personas por habitación

Numero de comidas por día en la familia

Material del piso de la vivienda

Material de las paredes de la vivienda

Material del techo de la vivienda

Lugar de eliminación de excretas

Lugar de disposición de la basura

Servicios en el domicilio

Tipo de agua de consumo

Fuente de abastecimiento de agua

Tipo de combustible para cocinar

Forma de conservación de alimentos

Disponibilidad de transporte propio

Presencia de vectores en la vivienda

Tenencia de mascotas (perro, gato)

Tenencia de animales de importancia económica

Convive con los animales dentro de la vivienda

La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos

### 2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Cuestionarios aplicados a las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.	Personal	Edad de la gestante	Edad de la gestante en años cumplidos	Numérico
				Nivel de Instrucción de la gestante	Sin instrucción	1
					Inicial	2
					Primaria incompleta	3
					Primaria completa	4
					Secundaria incompleta	5
					Secundaria completa	6
					Superior incompleta	7
					Superior completa	8
				Nivel de Instrucción de la pareja	Sin instrucción	1
					Inicial	2
					Primaria incompleta	3
					Primaria completa	4
					Secundaria incompleta	5
					Secundaria completa	6
			Superior incompleta		7	
			Superior completa		8	
			Estado civil de la gestante	Soltera	1	
				Conviviente	2	
				Casada	3	
				Viuda	4	
				Divorciada	5	
			Familiar	Tipo de familia de la gestante	Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)	1
					Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación)	2
					Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.)	3
					Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos)	4
					Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia)	5
					Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.)	6
				Ingresos familiares mensuales	Ingresos familiares mensual en soles	Numérico
				Miembros integrantes de la familia	Número de miembros de la familia	Numérico
Número de personas por habitación	Número de personas por habitación	Numérico				
Numero de comidas que consume la familia por día	Número de comidas por día en la familia	Numérico				
Material del piso de la vivienda	Madera	1				
	Parquet	2				
	Losetas/Cerámicos	3				
	Cemento/Ladrillo	4				
	Tierra	5				
	Otros	6				
Material de las paredes de la vivienda	Madera, estera	1				
	Adobe o tapia	2				
	Cemento/ladrillo	3				
	Quincha (caña con barro), piedra con barro	4				
	Otros	5				

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Cuestionarios aplicados a las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.	Familiar	Material del techo de la vivienda	Calamina	1
					Madera, Tejas	2
					Material noble	3
					Eternit o fibra de cemento	4
					Paja, hojas	5
					Caña o esteras con barro	6
				Lugar de eliminación de excretas	Aire libre	1
					Acequia, canal	2
					Red pública	3
					Letrina	4
					Pozo séptico	5
					Otros	6
				Lugar de disposición de la basura	Carro recolector	1
					A campo abierto	2
					Al río	3
					Se entierra, quema	4
					En un pozo	5
					Otros	6
				Servicios en el domicilio (puede marcar más de una opción)	Teléfono, celular	1
					Internet	2
					TV Cable	3
					Electricidad	4
					Agua, desagüe	5
					Otros	6
				Tipo de agua de consumo	Agua con tratamiento	1
					Agua sin tratamiento	2
				Fuente abastecimiento de agua	Red pública dentro de la vivienda	1
					Red pública fuera de la vivienda	2
					Pozo, cisterna	3
					Río, acequia, puquiales	4
				Tipo de combustible para cocinar	Leña	1
					Carbón	2
					Bosta	3
					Gas, electricidad	4
				Forma de conservación de alimentos	A temperatura ambiente	1
					Refrigeradora	2
					En recipiente sin tapa	3
					En recipiente con tapa	4
				Disponibilidad de transporte propio	Automóvil	1
					Bicicleta	2
Motocicleta	3					
Otros	4					
Presencia de vectores en la vivienda	Presencia de vectores en la vivienda	Si(1) /No(2)				
Tenencia de animales	Mascota: perro, gato.	Si(1) /No(2)				
	De importancia económica: cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral.	Si(1) /No(2)				
	Convive con los animales dentro de la vivienda	Si(1) /No(2)				
La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	En la vivienda existen espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	Si(1) /No(2)				

## 2.4. Definición de términos

**El embarazo** o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

**Gestante.** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

**La familia.** Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

**Características.** Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros.

**Atención prenatal.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

La investigación sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna se realizó en el distrito de Orcotuna, el cual es uno de los quince distritos que conforman la Provincia de Concepción del departamento de Junín. Limita por el norte con el distrito de Mito; por el sur con el distrito de Sicaya; por el este con el distrito de San Jerónimo de Tunán, y; por el oeste con los distritos de Manzanares y Chambará. Tiene una superficie de 44,75 km<sup>2</sup>. Se encuentra en la margen derecha del río Mantaro, a 330 km de Lima y a 15 km de la ciudad de Huancayo, capital del departamento. Siendo más exactos está situada a una altitud media de 3,250 metros sobre el nivel del mar. La capital del distrito se encuentra localizado a 11°58'32" latitud sur y 75°19'42" latitud oeste.

#### **3.2. Tipo de investigación**

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (42-44).

#### **3.3. Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (42, 45-47).

### **3.4. Métodos de investigación**

#### **3.4.1. Método general:**

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (48) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

#### **3.4.2. Método Básico**

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (48).

### **3.5. Diseño de investigación**

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (44, 46, 47).

**Donde:**

**M O**

**M:** Gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

**O:** Características de las familias

### **3.6. Población, muestra y muestreo**

#### **3.6.1. Población**

Fueron todas las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018; según registros estadísticos fueron un total de 100 familias de gestantes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (44, 46, 49, 50).

#### **3.6.2. Muestra:**

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018 (44, 46, 49, 50).

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

**La técnica** utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretendió explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (51).

**El instrumento** fue el **cuestionario** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; el cual fue elaborado en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

### **3.8. Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud. El permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del cuestionario de investigación.

Quinto: Con la debida autorización del director del Centro de Salud, se tuvo una reunión con el responsable de la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información. Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, libro de seguimiento y posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

### **3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Estadísticos	Edad de la gestante
Cantidad de gestantes	100.00
Media	27.09
Moda	24.00
Mínimo	15.00
Máximo	43.00
Percentil 25	22.00
Percentil 50	26.50
Percentil 75	32.00

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

En la tabla 1. Del total de gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. La edad promedio en las gestantes fue de 27.09 años, la edad de 24 años fue la más frecuencia en el grupo estudiado, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 43 años. El 75% tuvieron más de 22 años, el 50% tuvieron más de 26.5 años, el 25% tuvieron más de 32 años.

Tabla 2. Nivel de instrucción de la pareja y la gestante atendida en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Nivel de instrucción	Gestante		Pareja	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	4	4.0	1	1.0
Inicial	2	2.0	0	0.0
Primaria incompleta	15	15.0	8	8.0
Primaria completa	7	7.0	5	5.0
Secundaria incompleta	23	23.0	18	18.0
Secundaria completa	30	30.0	50	50.0
Superior incompleta	10	10.0	10	10.0
Superior completa	9	9.0	8	8.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 2. Del 100% (100) de gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 4% no tuvo nivel de instrucción, el 2% tuvo inicial, el 15% tuvieron primaria incompleta, el 7% tuvieron primaria completa, el 23% tuvieron secundaria incompleta, el 30% tuvieron secundaria completa, el 10% tuvieron superior incompleto y el 9% tuvieron superior completa. En sus parejas; El 1% no tuvo nivel de instrucción, el 0% tuvo inicial, el 8% tuvieron primaria incompleta, el 5% tuvieron primaria completa, el 18% tuvieron secundaria incompleta, el 50% tuvieron secundaria completa, el 10% tuvieron superior incompleto y el 8% tuvieron superior completa. Encontrando una mayor proporción de secundaria completa y superior en las parejas de las gestantes.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	70	70.0	70.0
Soltera	20	20.0	90.0
Casada	9	9.0	99.0
Viuda	1	1.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 3. Del 100% (100) de gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 70% fueron convivientes, el 20% fueron solteras el 9% casadas y el 1% viudas. El 79% fueron convivientes o casadas.

Tabla 4. Tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tipo de familia de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Familia nuclear	43	43.0	43.0
Familia ampliada	32	32.0	75.0
Familia extendida	10	10.0	85.0
Familia Reconstituida	9	9.0	94.0
Familia Monoparental	6	6.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 4. Del 100% (100) de gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 43% tuvieron familias nucleares, el 32% tuvieron familias ampliadas, el 10% tuvieron familias extendidas, 9% tuvieron familias reconstituidas y el 6% tuvieron familias monoparentales. El 75% tuvieron familias nucleares o ampliadas.

Tabla 5. Ingreso familiar, miembros de la familia, personas por habitación y comidas por día en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Estadísticos	Ingreso familiar mensual	Número de miembros de la familia	Número de personas por habitación	Numero de comidas que consume la familia por día
Cantidad de familias	100.0	100.0	100.0	100.0
Media	1139.70	5.5	2.4	3.2
Mediana	975.00	5.0	2.0	3.0
Moda	1000.00	5.0	2.0	3.0
Mínimo	400.00	2.0	1.0	2.0
Máximo	2900.00	13.0	6.0	4.0
Percentil 25	850.00	4.0	2.0	3.0
Percentil 50	975.00	5.0	2.0	3.0
Percentil 75	1340.00	7.0	3.0	3.0

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 5. El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 1139.70 soles, la mitad de las familias tienen un ingreso mensual menor o igual a S/. 975.00 soles, el ingreso mensual más frecuente por familia fue de S/. 1000.00 soles, el ingreso mensual mínimo por familia fue de S/. 400.00 y el máximo de S/. 2900.00 soles; El 25% tuvieron un ingreso familiar mensual menor o igual a S/. 850.00 soles, el 75% tuvieron un ingreso familiar mensual menor o igual a S/. 1340.00 soles.

El número promedio de miembros de la familia fue de 5.5, la mitad de las familias tienen 5 o menos miembros por familia, el número de miembros por familia más frecuente fue 5, el mínimo número de miembros por familia fue de 2 y el máximo de 13; el 25% tuvieron 4 o menos miembros por familia, el 75% tuvieron 7 o menos miembros por familia.

El número promedio de personas por habitación fue de 2.4, la mitad de las familias tienen 2 o menos personas por habitación, el número de personas por habitación más frecuente fue 2, el mínimo número de personas por habitación fue de 1 y el máximo de 6; el 25% tuvieron 2 o menos personas por habitación, el 75% tuvieron 3 o menos personas por habitación.

El número promedio de comidas por día en la familia fue de 3.2, la mitad de las familias consumen 3 o menos comidas por día, el número de comidas por día más frecuente en las familias fue de 3, el mínimo número de comidas por día en las

familias fue de 2 y el máximo de 4; el 75% de las familias consumieron 3 o más comidas por día, el 25% de las familias consumieron 3 o menos comidas por día.

Tabla 6. Material del piso de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Material del piso de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tierra	45	45.0	45.0
Cemento/ladrillo	34	34.0	79.0
Losetas/cerámicos	15	15.0	94.0
Madera	5	5.0	99.0
Parquet	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 6. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 45% tuvieron en sus viviendas piso de tierra, el 34% tuvieron en sus viviendas piso de cemento/ladrillo, el 15% tuvieron en sus viviendas piso de loseta/cerámicos, el 5% tuvieron en sus viviendas piso de madera, el 1% tuvieron en sus viviendas piso de parquet. El 55% no tuvieron pisos de tierra.

Tabla 7. Material de las paredes de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Material de las paredes de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adobe o tapia	63	63.0	63.0
Cemento/ladrillo	37	37.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 7. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 63% tuvieron en sus viviendas paredes de adobe o tapia y el 37% paredes de cemento/ladrillo.

Tabla 8. Material del techo de la vivienda de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Material del techo de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madera, Tejas	74	74.0	74.0
Material noble	21	21.0	95.0
Calamina	5	5.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 8. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 74% tuvieron en sus viviendas techos de madera y/o tejas; el 21% tuvieron en sus viviendas techos de material noble y el 5% tuvieron en sus viviendas techos de calamina. El 95% tuvieron en sus viviendas techos de madera, tejas o material noble.

Tabla 9. Lugar de eliminación de excretas en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Lugar de eliminación de excretas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Letrina	47	47.0	47.0
Red pública	38	38.0	85.0
Aire libre	10	10.0	95.0
Pozo séptico	4	4.0	99.0
Acequia, canal	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 9. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 47% eliminaron sus excretas en las letrinas, el 38% eliminaron sus excretas por la red pública, el 10% al aire libre, el 4% por pozo séptico y el 1% por acequia o canal. El 85% eliminaron sus excretas en las letrinas o red pública.

Tabla 10. Lugar de disposición de la basura en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Lugar de disposición de la basura	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Carro recolector	66	66.0	66.0
Se entierra, quema	28	28.0	94.0
A campo abierto	6	6.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 10. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 66% eliminaron la basura en carro recolector, el 28% eliminaron la basura enterrándola o quemándola y el 6% colocaron la basura en campo abierto.

Tabla 11. Servicios en los domicilios de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Servicios en el domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Cuenta con teléfono y/o celular	89	89.0
Cuenta con internet	21	21.0
Cuenta con TV Cable	21	21.0
Cuenta con servicio eléctrico	70	70.0
Cuenta con agua y desagüe	47	47.0

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 11. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 89% contaron con servicio telefónico y/o celular, el 21% contaron con servicios de internet, el 21% contaron con servicios de TV cable, el 70% contaron con servicio eléctrico en sus domicilios, el 47% contaron con el servicio de agua y desagüe.

Tabla 12. Tipo de agua de consumo humano en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tipo de agua de consumo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Agua con tratamiento	85	85.0	85.0
Agua sin tratamiento	15	15.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 12. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 85% de las familias consumieron agua con tratamiento y el 15% de las familias consumieron agua sin tratamiento.

Tabla 13. Fuente abastecimiento de agua en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Fuente abastecimiento de agua	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Red pública dentro de la vivienda	56	56.0	56.0
Red pública fuera de la vivienda	32	32.0	88.0
Pozo, cisterna	11	11.0	99.0
Rio, acequia, puquiales	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 13. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 56% se abastecieron de agua de la red pública dentro de la vivienda, el 32% se abastecieron de agua de la red pública fuera de la vivienda, el 11% se abastecieron de agua de pozo y/o cisterna, el 1% se abastecieron de agua de rio, acequia o puquiales.

Tabla 14. Tipo de combustible para cocinar en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tipo de combustible para cocinar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Gas, electricidad	61	61.0	61.0
Leña	37	37.0	98.0
Carbón	1	1.0	99.0
Bosta	1	1.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 14. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 61% utilizaron como combustible para cocinar gas y/o electricidad, el 37% utilizaron como combustible para cocinar leña, el 1% utilizaron como combustible para cocinar carbón y el 1% utilizaron como combustible para cocinar la bosta.

Tabla 15. Forma de conservación de alimentos en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Forma de conservación de alimentos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A temperatura ambiente	46	46.0	46.0
Refrigeradora	24	24.0	70.0
En recipiente con tapa	17	17.0	87.0
En recipiente sin tapa	13	13.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 15. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 46% de las familias conservaron sus alimentos a temperatura ambiente, el 24% de las familias conservaron sus alimentos en refrigeradora, el 17% de las familias conservaron sus alimentos en recipiente con tapa y el 13% de las familias conservaron sus alimentos en recipiente sin tapa.

Tabla 16. Disponibilidad de transporte propio en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Disponibilidad de transporte propio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin transporte propio	45	45.0	45.0
Bicicleta	23	23.0	68.0
Motocicleta	17	17.0	85.0
Automóvil	15	15.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 16. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 45% de las familias no tuvo transporte propio, el 23% de las familias tuvieron como transporte la bicicleta, el 17% de las familias tuvieron como transporte la motocicleta y el 15% de las familias tuvieron como transporte el automóvil.

Tabla 17. Presencia de vectores de transmisión de enfermedades en las viviendas de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Presencia de vectores en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	50	50.0	50.0
No	50	50.0	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018

Tabla 17. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 50% de las familias tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades y el otros 50% de las familias no tuvieron en sus domicilios vectores que transmitan enfermedades.

Tabla 18. Tenencia de animales por las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tenencia de animales	Frecuencia	Porcentaje
Tiene perro y/o gato	75	75.0
Tiene cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral de importancia económica	43	43.0
Convive con los animales dentro de la vivienda	44	44.0

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 18. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 75% de las familias tuvo perros y/o gatos, el 43% de las familias tuvieron cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral animales de importancia económica, el 44% de las familias convive con los animales dentro de la vivienda.

Tabla 19. Espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos en las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	63	63.0	63.0
Si	37	37.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Tabla 19. Del 100% (100) de familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna. El 63% de las familias no tuvieron espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos y el 37% de las familias tuvieron espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos.

## 4.2. Discusión

La edad promedio en las gestantes fue de 27.09 años, la edad de 24 años fue la más frecuencia en el grupo estudiado, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 43 años. El 75% tuvieron más de 22 años, el 50% tuvieron más de 26.5 años, el 25% tuvieron más de 32 años. No se encontró estudios para contrastar estos resultados. Es importante considerar que tres de cada cuatro gestantes tuvieron más de 22 años, a partir de esta edad la mujer presenta una maduración fisiológica adecuada para el embarazo, esto aunado a buenas intervenciones en promoción de la salud, salud familiar y visitas domiciliarias contribuirían a una buena salud materna neonatal.

En las gestantes el 4% no tuvo nivel de instrucción, el 2% tuvo inicial, el 15% tuvieron primaria incompleta, el 7% tuvieron primaria completa, el 23% tuvieron secundaria incompleta, el 30% tuvieron secundaria completa, el 10% tuvieron superior incompleto y el 9% tuvieron superior completa. En sus parejas; el 1% no tuvo nivel de instrucción, el 0% tuvo inicial, el 8% tuvieron primaria incompleta, el 5% tuvieron primaria completa, el 18% tuvieron secundaria incompleta, el 50% tuvieron secundaria completa, el 10% tuvieron superior incompleto y el 8% tuvieron superior completa. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. En las gestantes tres de cada diez tuvieron secundaria completa, en la pareja cinco de cada diez tuvieron secundaria completa. Estos resultados reflejan que aún existe un limitado acceso a la educación por diversos factores, por lo cual es importante que el sector correspondiente implemente estrategias integrales que mejores el acceso a la educación de la población en el ámbito de estudio; ya que esto permite que la población tenga una mejor comprensión a la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud, estilos de vida saludable, promoción de la salud y prevención de riesgos.

El 70% de las gestantes fueron convivientes, el 20% fueron solteras el 9% casadas y el 1% viudas. El 79% fueron convivientes o casadas. Estos resultados difieren de lo hallado por Ortiz et al (14). En este contexto socio cultural andino el ser convivientes es una relación un tanto estable, muy similar a la de estar casados; esto explica la mayor proporción de parejas convivientes. Es importante que las visitas domiciliarias

en la atención primaria fortalezcan esta relación familiar con intervenciones integrales.

El 43% de las familias fueron nucleares, el 32% fueron familias ampliadas, el 10% fueron familias extendidas, el 9% fueron familias reconstituidas y el 6% fueron familias monoparentales. El 75% fueron familias nucleares o ampliadas. Los resultados difieren de Mendoza et al (12), Cuba et al (17), quienes encontraron el doble de proporción de familias nucleares o una mayor proporción respectivamente. Probablemente esto se deba a la diferencia del contexto socio cultural donde se realizaron las investigaciones. La menor proporción de familias nucleares se explican por el estado civil encontrado en el estudio, por el contexto andino en el cual las familias incorporan a los abuelos, tíos, primos; también existen parejas separadas, la madre o padre tienen nuevos compromisos o parejas y además las familias recién constituidas en su mayoría viven con la familia de su pareja lo que concuerda con lo hallado por Cueva et al (13). El que exista una menor proporción de familias nucleares puede disminuir la privacidad con cada miembro de la familia, la comunicación puede ser poca o menos fluida y el gasto familiar mayor. Por otra parte, el contar con más miembros en la familia, puede contribuir cuando la mujer está embarazada a tener más apoyo, cuidados y acompañamiento en su estado de gestación, siempre y cuando la familia haya recibido educación para la salud; ya que particularmente la pareja trabaja la mayor parte del día.

El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 1139.70 soles, la mitad de las familias tienen un ingreso mensual menor o igual a S/. 975.00 soles, el ingreso mensual más frecuente por familia fue de S/. 1000.00 soles, el ingreso mensual mínimo por familia fue de S/. 400.00 y el máximo de S/. 2900.00 soles; El 25% tuvieron un ingreso familiar mensual menor o igual a S/. 850.00 soles, el 75% tuvieron un ingreso familiar mensual menor o igual a S/. 1340.00 soles. El 50% de la población tiene aproximadamente un sueldo mínimo o menos lo cual puede traer problemas económicos como lo menciona Ortiz et al (14) y puede ocasionar disfuncionalidad familiar, generando riesgos para la salud familiar y de la gestante específicamente. Por otra parte según Travassos et al (15), el uso de los servicios de salud por parte de la familia va depender de su situación económica.

El número promedio de miembros de la familia fue de 5.5, la mitad de las familias tienen 5 o menos miembros por familia, el número de miembros por familia más frecuente fue 5, el mínimo número de miembros por familia fue de 2 y el máximo de 13; el 25% tuvieron 4 o menos miembros por familia, el 75% tuvieron 7 o menos miembros por familia. El número promedio de personas por habitación fue de 2.4, la mitad de las familias tienen 2 o menos personas por habitación, el número de personas por habitación más frecuente fue 2, el mínimo número de personas por habitación fue de 1 y el máximo de 6; el 25% tuvieron 2 o menos personas por habitación, el 75% tuvieron 3 o menos personas por habitación. El número promedio de comidas por día en la familia fue de 3.2, el número de comidas por día más frecuente en las familias fue de 3, el mínimo número de comidas por día en las familias fue de 2 y el máximo de 4; el 75% de las familias consumieron 3 o más comidas por día, el 25% de las familias consumieron 3 o menos comidas por día. No se encontró estudios para contrastar estos resultados.

Que la gestante tenga familias con 5 o más miembros y con ingresos menores al sueldo mínimo, puede ocasionar problemas económicos ya que los jefes de familia enfrentarán gastos mayores en relación a las familias con un número menor de hijos; los problemas económicos y las preocupaciones familiares pueden convertirse en una carga pesada, que influirá en la salud mental, desarrollo de los miembros de la familia e integridad familiar. En relación al número de personas por habitación, es importante que las familias tengan orientaciones a fin de evitar el hacinamiento y que las familias tengan comodidad, seguridad e higiene. A pesar de que siete de cada diez familias consuman 3 o más comidas por día es importante que estas comidas sean balanceadas y saludables, que conlleven a una buena nutrición aunadas a una rutina de ejercicios.

El 45% de las familias tuvieron en sus viviendas piso de tierra, el 34% tuvieron en sus viviendas piso de cemento/ladrillo, el 15% tuvieron en sus viviendas piso de loseta/cerámicos, el 5% tuvieron en sus viviendas piso de madera, el 1% tuvieron en sus viviendas piso de parquet. El 63% tuvieron en sus viviendas paredes de adobe o tapia y el 37% paredes de cemento/ladrillo. El 74% tuvieron en sus viviendas techos de madera y/o tejas; el 21% tuvieron en sus viviendas techos de material noble y el 5% tuvieron en sus viviendas techos de calamina. El 47% de las familias eliminaron

sus excretas en las letrinas, el 38% eliminaron sus excretas por la red pública, el 10% al aire libre, el 4% por pozo séptico y el 1% por acequia o canal. El 85% eliminaron sus excretas en las letrinas o red pública. El 66% eliminaron la basura en carro recolector, el 28% eliminaron la basura enterrándola o quemándola y el 6% colocaron la basura en campo abierto. El 89% de las familias contaron con servicio telefónico y/o celular, el 21% contaron con servicios de internet, el 21% contaron con servicios de TV cable, el 70% contaron con servicio eléctrico en sus domicilios, el 47% contaron con el servicio de agua y desagüe. El 85% de las familias consumieron agua con tratamiento y el 15% de las familias consumieron agua sin tratamiento. El 56% se abastecieron de agua de la red pública dentro de la vivienda, el 32% se abastecieron de agua de la red pública fuera de la vivienda, el 11% se abastecieron de agua de pozo y/o cisterna, el 1% se abastecieron de agua de río, acequia o puquiales. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados.

Las condiciones de las viviendas y los servicios básicos que reciben las familias; son insuficientes o no son las más adecuadas en la población estudiada, ya que exponen a los miembros de su familia a diversos riesgos, sobre todo sanitarios; los pisos de tierra se humedecen, se contaminan, la falta de servicios básicos, disposición inadecuada de excretas y basura; pueden ser medios para tener algunas enfermedades: Es importante mencionar que la precariedad de algunas viviendas está relacionada con el escaso ingreso familiar, lo cual limita que las familias tengan una vivienda mejor; así mismo la precariedad de los servicios básicos están más relacionados a las gestiones de los gobiernos regionales, locales y el estado. Ante esta situación es importante promover en la familia, comunidad, gobiernos locales la promoción de la salud; la generación de políticas públicas saludables.

El 61% de las familias utilizaron como combustible para cocinar gas y/o electricidad, el 37% utilizaron como combustible para cocinar leña, el 1% utilizaron como combustible para cocinar carbón y el 1% utilizaron como combustible para cocinar la bosta. El 46% de las familias conservaron sus alimentos a temperatura ambiente, el 24% de las familias conservaron sus alimentos en refrigeradora, el 17% de las familias conservaron sus alimentos en recipiente con tapa y el 13% de las familias conservaron sus alimentos en recipiente sin tapa. El 63% de las familias no tuvieron espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de

alimentos y el 37% de las familias tuvieron espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos.

No se encontró estudios similares para contrastar lo hallado. Estos resultados indican que, por la condición económica, las familias tratan de buscar la alternativa más económica, para cocinar y conservar sus alimentos; ante estas limitaciones es pertinente que los establecimientos de salud, en las visitas domiciliarias integrales, brinde capacitación y las orientaciones pertinentes a las familias sobre los posibles riesgos a la salud y los cuidados necesarios.

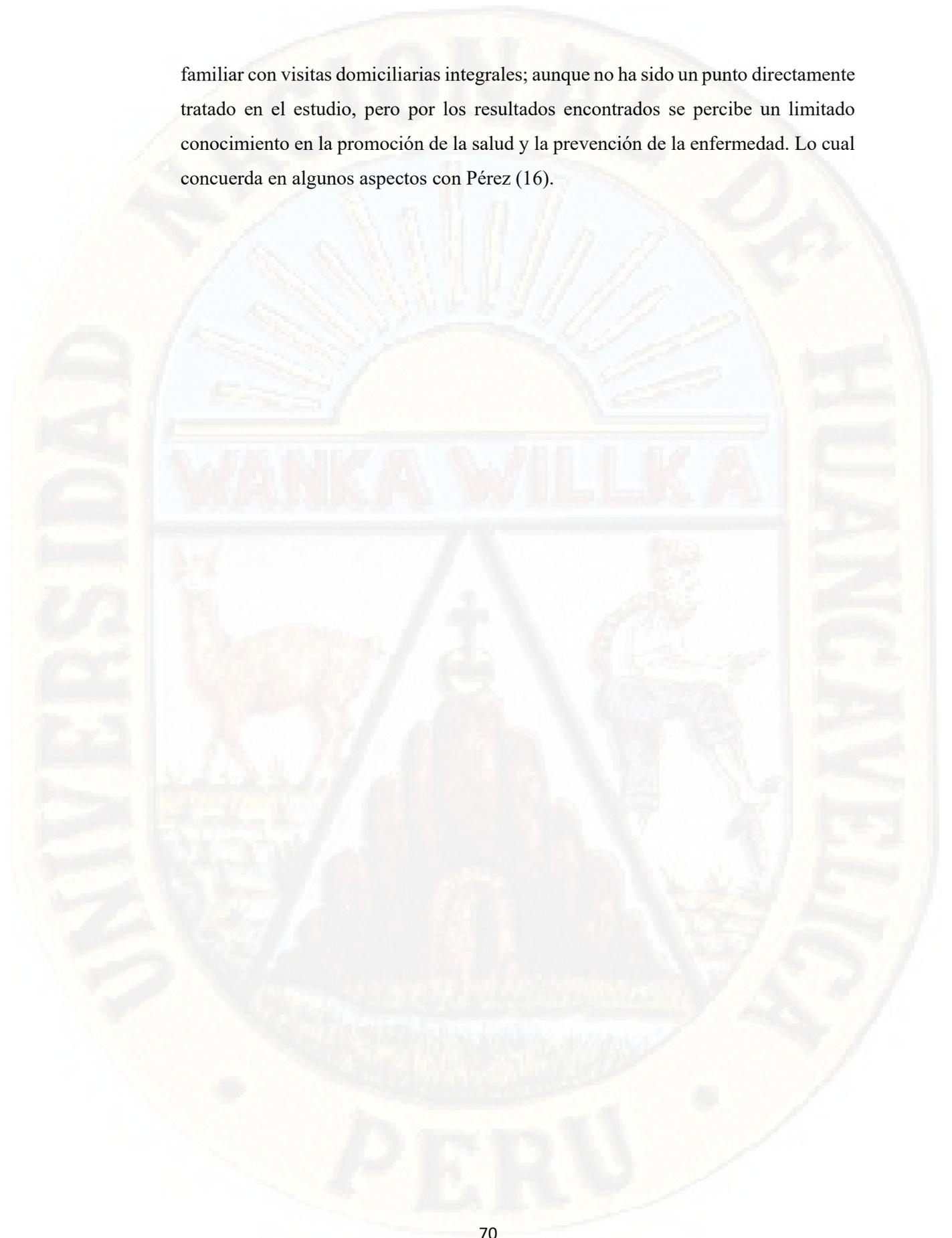
El 45% de las familias no tuvo transporte propio, el 23% de las familias tuvieron como transporte la bicicleta, el 17% de las familias tuvieron como transporte la motocicleta y el 15% de las familias tuvieron como transporte el automóvil. En el ámbito donde se realizó el estudio es bueno considerar las posibles ventajas de usar el transporte público para trasladarse a lugares distantes y caminar a los lugares cercanos.

El 50% de las familias tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades y el otros 50% de las familias no tuvieron en sus domicilios vectores que transmitan enfermedades. Es importante que las familias soliciten el apoyo pertinente al sector salud para la eliminación y control de los vectores con la participación del gobierno local; así mismo cumplir con las recomendaciones sanitarias para preservar la salud.

El 75% de las familias tuvo perros y/o gatos, el 43% de las familias tuvieron cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral animales de importancia económica, el 44% de las familias convive con los animales dentro de la vivienda. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado. Pero es necesario que cuando la familia tenga animales, estos deben de tener un control sanitario por un médico veterinario y evitar posibles enfermedades zoonóticas que se transmitan a los seres humanos; deben recibir orientaciones al respecto por el sistema de salud, específicamente en la prevención de enfermedades zoonóticas.

De las familias estudiadas, se ha encontrado que existen riesgos para la salud de sus miembros de manera individual y colectiva por lo que es necesario la intervención

familiar con visitas domiciliarias integrales; aunque no ha sido un punto directamente tratado en el estudio, pero por los resultados encontrados se percibe un limitado conocimiento en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Lo cual concuerda en algunos aspectos con Pérez (16).



## Conclusiones

- Primero. La edad promedio en las gestantes fue de 27.09 años, tres de cada cuatro gestantes tuvieron más de 22 años.
- Segundo. En las gestantes estudiadas cinco de cada diez tuvieron secundaria completa o mayor nivel de instrucción y en sus parejas siete de cada diez tuvieron secundaria completa o mayor nivel de instrucción, reflejando un mayor nivel de instrucción en la pareja de la gestante y la persistencia de limitaciones en el acceso a la educación por diversos factores, por lo cual es importante que el sector correspondiente implemente estrategias integrales que mejoren el acceso a la educación.
- Tercero. Ocho de cada diez gestante fueron convivientes o casadas.
- Cuarto. En los tipos de familia en su mayoría cuatro de cada diez fueron familias nucleares y tres de cada diez fueron familias ampliadas.
- Quinto. El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 1139.70 soles, la mitad de las familias tienen aproximadamente un sueldo mínimo o menos lo cual puede traer problemas económicos que puede ocasionar disfuncionalidad familiar, generando riesgos para la salud familiar y de la gestante específicamente.
- Sexto. La mitad de las familias tienen 5 o más miembros, tienen 2 o más personas por habitación y tres de cada cuatro familias consumieron 3 o más comidas por día.
- Séptimo. Las familias con 5 o más miembros y con ingresos aproximados o menores al sueldo mínimo, puede tener problemas económicos ya que los jefes familia tendrán mayores gastos en relación a las familias con un número menor de hijos; los problemas económicos y las preocupaciones familiares pueden convertirse en un problema en la salud familiar.
- Octavo. Las características de las familias, las condiciones de las viviendas y los servicios básicos que reciben las familias; no son los más adecuados, ya que exponen a los miembros de la familia y a las gestantes a diversos riesgos, sobre todo sanitarios; los pisos de tierra se humedecen, se contaminan, la falta de servicios básicos, disposición inadecuada de excretas y basura; pueden ser medios para tener algunas enfermedades.

- Noveno. La precariedad de algunas viviendas está relacionada con el escaso ingreso familiar, lo cual limita que las familias tengan una vivienda mejor; así mismo la precariedad de los servicios básicos están más relacionados a las gestiones de los gobiernos regionales, locales y el estado.
- Décimo. La mitad de las familias tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades.
- Undécimo. Tres de cada cuatro familias tuvieron perros y/o gatos, cuatro de cada diez familias tuvieron animales de crianza de importancia económica y cuatro de cada diez familias convive con los animales dentro de la vivienda.
- Duodécimo. En familias estudiadas existen riesgos para la salud de sus miembros de manera individual y colectiva por lo que es necesario la intervención familiar con visitas domiciliarias integrales.

## **Recomendaciones**

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas integrales, que incorporen la promoción de la salud, salud familiar y visitas domiciliarias integrales para una buena salud materna neonatal. Seguir fortaleciendo el acceso a la educación, para una mejor comprensión de la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud, estilos de vida saludable, promoción de la salud y prevención de riesgos. Es importante que el gobierno regional y local implementen proyectos de desarrollo económico y social que permitan el desarrollo integral de la familia, mejores condiciones de sus viviendas, acceso pleno a los servicios básicos; a fin de que tengan una vida digna y saludable.

Al sector salud reorientar las acciones sanitarias o intervenciones según el contexto con estrategias integrales en salud familiar y comunitaria que permitan fortalecer la oferta fija y móvil, con personal profesional capacitado y con una actitud positiva hacia la salud familiar de la población. Es importante que los establecimientos de salud en las visitas domiciliarias de la atención primaria fortalezcan la relación familiar con intervenciones integrales, educación sanitaria, charlas, capacitaciones u orientaciones a las familias y sus miembros en promoción de la salud, estilos de vida saludable, prevención de riesgos, alimentación saludable y balanceada, participación de la familia en los cuidados de la gestante; con el fin de contribuir a una salud materno neonatal.

Las familias y la comunidad deben coordinar con la autoridad sanitaria pertinente el apoyo para la eliminación y control de los vectores con la participación del gobierno local; así mismo cumplir con las recomendaciones sanitarias para preservar la salud. En cuanto a la tenencia de animales las familias deben cumplir con las normas emanadas por los gobiernos locales en salud pública y la buena convivencia en la comunidad; así mismo las familias deben de tener un control sanitario de sus animales, por un médico veterinario y evitar posibles enfermedades zoonóticas que se transmitan a los seres humanos; deben recibir orientaciones al respecto por el sistema de salud, específicamente en la prevención de enfermedades zoonóticas.

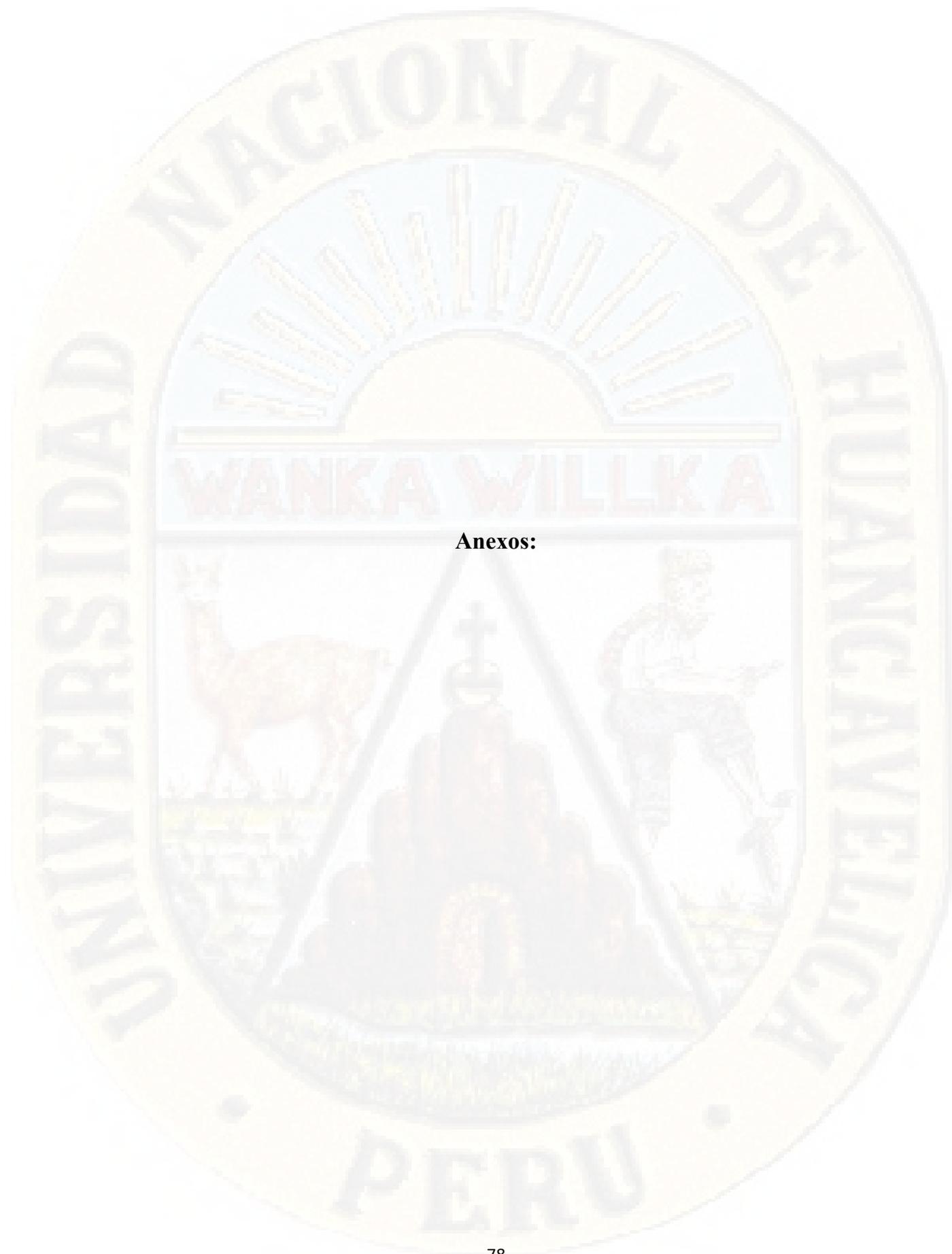
## Referencias bibliográficas

1. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
2. Kaslow FW. Families and family psychology at the millennium: Intersecting crossroads. *American Psychologist*. 2001;56(1):37.
3. Benítez M. Dinámica sociodemográfica de la población y la familia cubana. Benítez ME La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales. 2003:56-9.
4. Dirección Regional de Salud Cusco. GUIA PARA EL LLENADO DE LA FICHA FAMILIAR (RM. N° 204-2015/MINSA). Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Cusco: DIRESA Cusco; 2016.
5. De la Cuesta Benjumea C. Familia y salud. *Revista ROL de Enfermería*. 1995(203-204):21.
6. Asamblea Mundial de la Salud. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2004.
7. Florenzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y familia en Chile. *Creces*. 1992;7:24-34.
8. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 7 ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000. 103-40 p.
9. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para el periodo 1999-2002. Washington, D.C: OPS; 1998. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20963/doc305.pdf?sequence=1>.
10. Jadue G. Características familiares de los hogares pobres que contribuyen al bajo rendimiento o al fracaso escolar de los niños. *Revista de Psicología*. 1996;14(1):35-45.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2017. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mayo; 2018.

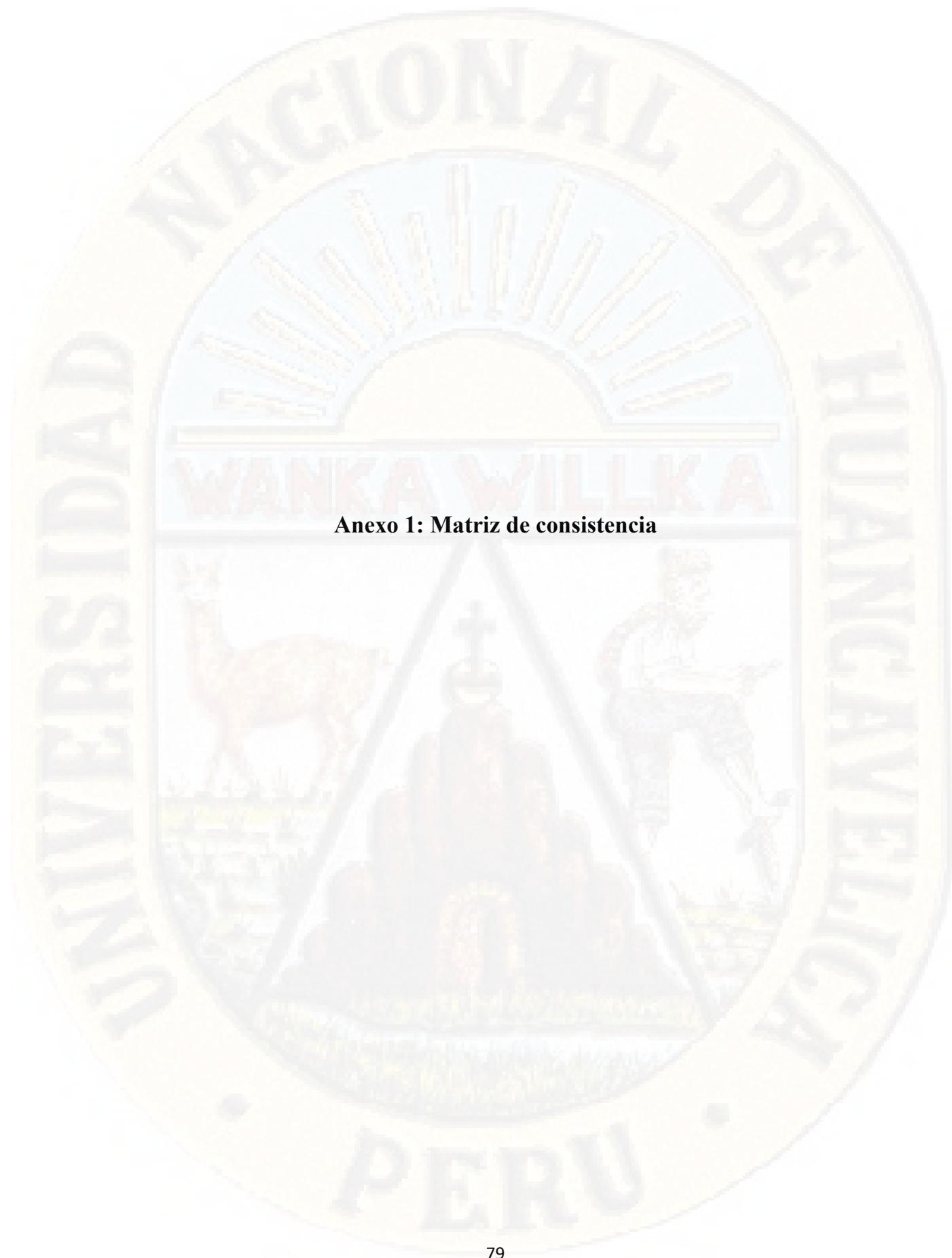
12. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en medicina familiar*. 2006;8(1):27-32.
13. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF, Chumacera López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2005;43(3):267-71.
14. Ortiz Gómez MT, Louro Bernal I, Jiménez Cangas L, Silva Ayzaguer LC. La salud familiar: caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999;15:303-9.
15. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11:365-73.
16. Pérez Giraldo B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes: Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. *Aquichan*. 2003;3(1):21-31.
17. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Medica Herediana*. 2013;24(1):12-6.
18. De Cherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos*. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
20. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
21. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
22. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
23. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. NTS N° 105 - MINS/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINS, R.M. N° 159-2014/MINS. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.

24. Ortiz Gómez MT. La salud familiar. Revista cubana de medicina general integral. 1999;15(4):439-45.
25. Gonzalez E. Psicología del ciclo vital. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.
26. Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Italia: Gius. Laterza & Figli Spa; 2014.
27. López EM. Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia: Ediciones Rialp; 2000.
28. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ª. Edición Editorial Medicina familiar Mexicana México. 2006.
29. De la Revilla L, Muñoz EB. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma 1994.
30. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y principios de medicina familiar: enfoque sistémico y la medicina familiar. Colombia: Ministerio de Salud de Colombia; 1995.
31. Arias Castillo L, Domingo Alarcón J, Ruiz Puyana CE, Mora Villa-Roel SL, Dallos Arenales MI, Erazo Caicedo CA, et al. Fundamentos en Salud Familiar. ASCOFAME-FUPADS. Bogota: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2008. 360 p.
32. McWhinney IR. Primary care: core values Core values in a changing world. Bmj. 1998;316(7147):1807-9.
33. Green LA, Graham R, Bagley B, Kilo C, Spann S, Bogdewic S, et al. Task Force 1. Report of the Task Force on patient expectations, core values, reintegration, and the new model of family medicine. Annals of Family Medicine. 2004;2(Suppl 1):s33-s50.
34. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. Mental retardation and developmental disabilities research reviews. 2007;13(4):370-8.
35. Shelden MLL, Dathan RD. The Early Intervention Teaming Handbook: The Primary Service Provider Approach: ERIC; 2013.
36. Pérez MC, Mora CTE, Rico GM, Martín MA, Blázquez VA, Varea MD, et al. Atención temprana y prácticas centradas en la familia: a propósito de un caso. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2016;36(4):185-94.
37. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
38. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.

39. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
40. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
41. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
42. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
43. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
44. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
45. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
46. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
47. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
48. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
49. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
50. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
51. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.



**Anexos:**



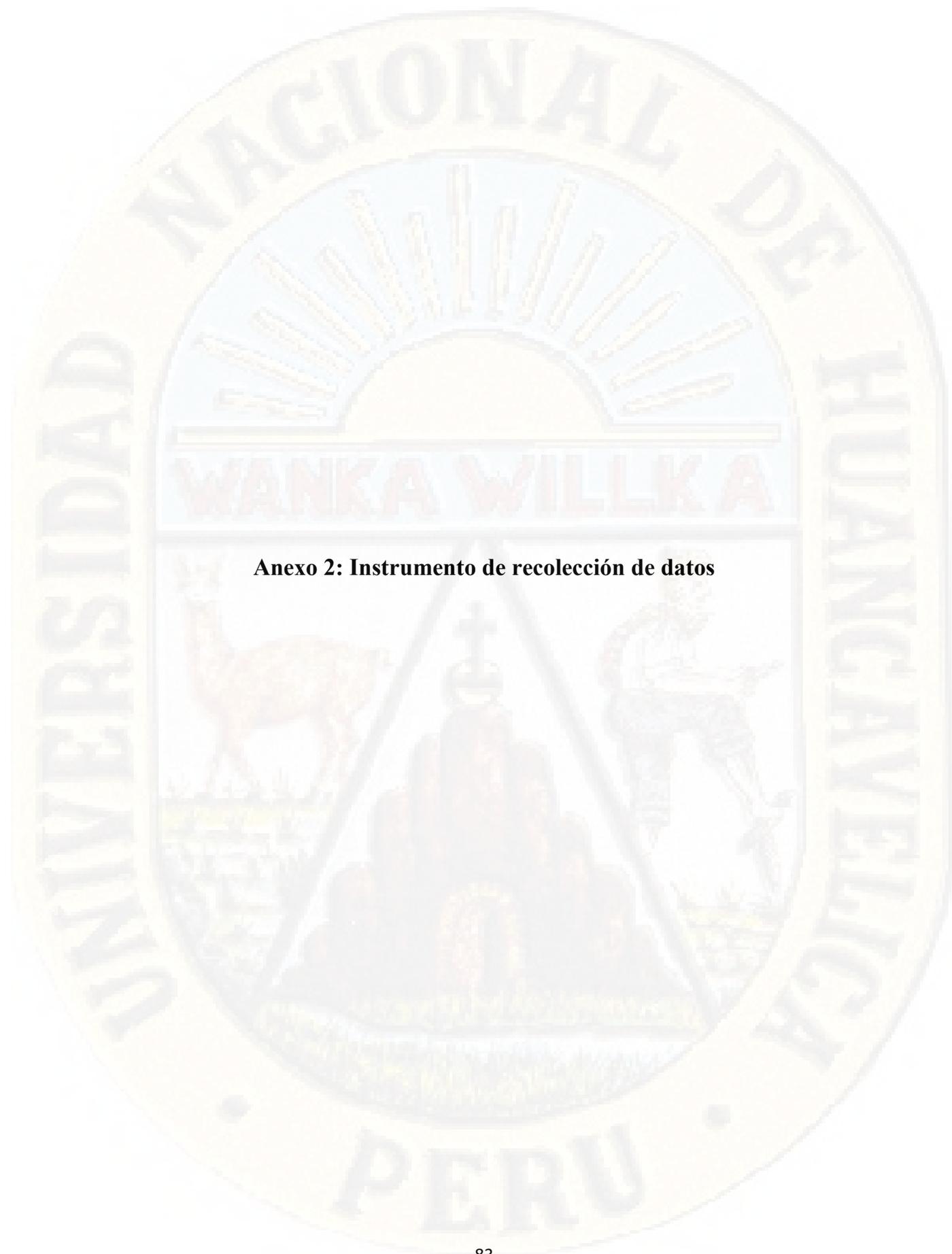
**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ORCOTUNA, JUNIN 2018**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018?</p> <p>¿Cuál es el tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características de las familias y sus viviendas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018.</p> <p>Identificar el tipo de familia de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018.</p> <p>Determinar las características de las familias y sus viviendas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018.</p>	<p>El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna de la región Junin.</p> <p>La mayoría de las gestantes desarrollan su embarazo sin problemas; pero es pertinente conocer las características familiares, en el contexto en el cual viven para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud. Esta información permitirá recomendar las intervenciones sanitarias en las acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para el personal de salud de establecimiento desarrollando competencias que permitan una adecuada atención de este tipo de familias.</p> <p>Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características de las familias de las gestantes dentro de su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención integral a las gestantes y en las visitas domiciliarias. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la salud familiar y comunitaria para una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	<p>Características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna.</p>	<p>Personal</p>	<p>Edad de la gestante</p> <p>Nivel de instrucción de la gestante</p> <p>Nivel de instrucción de la pareja</p> <p>Estado civil de la gestante</p>	<p>Edad de la gestante en años cumplidos</p> <p>Sin instrucción</p> <p>Inicial</p> <p>Primaria incompleta</p> <p>Primaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Superior incompleta</p> <p>Superior completa</p> <p>Sin instrucción</p> <p>Inicial</p> <p>Primaria incompleta</p> <p>Primaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Superior incompleta</p> <p>Superior completa</p> <p>Soltera</p> <p>Conviviente</p> <p>Casada</p> <p>Viuda</p> <p>Divorciada</p>	<p>Numérico</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p><b>Nivel de investigación</b> El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p><b>Tipo de investigación</b> investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: <b>M O</b></p> <p>M: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018</p> <p>O: Características de las familias</p> <p><b>Población, muestra, muestreo</b> <b>La población:</b> las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junin 2018, según registros estadísticos son un total de 65 familias de gestantes.</p> <p><b>Muestra:</b> El estudio fue censal, por lo que no fue necesario una muestra.</p>
				Familiar	<p>Tipo de familia de la gestante</p> <p>Ingresos familiares mensuales</p> <p>Miembros integrantes de la familia</p> <p>Número de personas por habitación</p> <p>Número de comidas que consume la familia por día</p> <p>Material del piso de la vivienda</p>	<p>Familia Nuclear</p> <p>Familia Extendida</p> <p>Familia Ampliada)</p> <p>Familia Monoparental</p> <p>Familia Reconstituida</p> <p>Equivalente familiar</p> <p>Ingresos familiares mensual en soles</p> <p>Número de miembros de la familia</p> <p>Número de personas por habitación</p> <p>Número de comidas por día en la familia</p> <p>Madera</p> <p>Parquet</p> <p>Losetas/Cerámicos</p> <p>Cemento/Ladrillo</p> <p>Tierra</p> <p>Otros</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
					Material de las paredes de la vivienda	Madera, estera Adobe o tapia Cemento/ladrillo Quincha (caña con barro), piedra con barro Otros	1 2 3 4 5	
					Material del techo de la vivienda	Madera, Tejas Material noble Eternit o fibra de cemento Paja, hojas	1 2 3 4	
					Lugar de eliminación de excretas	Caña o esteros con barro Aire libre Acequia, canal Red pública Letrina Pozo séptico Otros	1 2 3 4 5 6	
					Lugar de disposición de la basura	Carro recolector A campo abierto Al río Se entierra, quema En un pozo Otros	1 2 3 4 5 6	
					Servicios en el domicilio (puede marcar más de una opción)	Teléfono, celular Internet Cable Electricidad Agua, desagüe Otros	1 2 3 4 5 6	
					Tipo de agua de consumo	Agua con tratamiento Agua sin tratamiento	1 2	
					Fuente abastecimiento de agua	Red pública dentro de la vivienda Red pública fuera de la vivienda Pozo, cisterna	1 2 3	
					Tipo de combustible para cocinar	Río, acequia, poquiales Leña Carbón Bosta	1 2 3 4	
					Forma de conservación de alimentos	Gas, electricidad A temperatura ambiente Refrigeradora En recipiente sin tapa En recipiente con tapa	1 2 3 4	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
					<p>Disponibilidad de transporte propio</p> <p>Presencia de vectores en la vivienda Tenencia de animales</p> <p>La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos</p>	<p>Automóvil</p> <p>Bicicleta</p> <p>Motocicleta</p> <p>Otros</p> <p>Presencia de vectores en la vivienda</p> <p>Mascota: perro, gato.</p> <p>De importancia económica: cabras, cerrosos, cerdos, vaca, aves de corral.</p> <p>Convive con los animales dentro de la vivienda</p> <p>En la vivienda existen espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>SI(1) /No(2)</p> <p>SI(1) /No(2)</p> <p>SI(1) /No(2)</p> <p>SI(1) /No(2)</p> <p>SI(1) /No(2)</p>	



**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**FORMATO N° 01**

**CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES**

**Investigación: CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ORCOTUNA, JUNÍN 2018.**

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención, informes de visita domiciliaria y encuestas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. Ficha N° 

--	--	--	--	--	--	--	--
- 1.2. Responsable del llenado: \_\_\_\_\_
- 1.3. Fecha del llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_\_. Hora del llenado: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas
- 1.4. Provincia: \_\_\_\_\_
- 1.5. Distrito: \_\_\_\_\_
- 1.6. N° de historia clínica: \_\_\_\_\_
- 1.7. Edad de la gestante: \_\_\_\_ años.
- 1.8. Nivel de Instrucción de la gestante:
  - 1.8.1. Sin instrucción (1)
  - 1.8.2. Inicial (2)
  - 1.8.3. Primaria incompleta (3)
  - 1.8.4. Primaria completa (4)
  - 1.8.5. Secundaria incompleta (5)
  - 1.8.6. Secundaria completa (6)
  - 1.8.7. Superior incompleta (7)
  - 1.8.8. Superior completa (8)
- 1.9. Nivel de Instrucción de la pareja:
  - 1.9.1. Sin instrucción (1)
  - 1.9.2. Inicial (2)
  - 1.9.3. Primaria incompleta (3)
  - 1.9.4. Primaria completa (4)
  - 1.9.5. Secundaria incompleta (5)
  - 1.9.6. Secundaria completa (6)
  - 1.9.7. Superior incompleta (7)
  - 1.9.8. Superior completa (8)

1.10. Estado Civil:

- 1.10.1. Soltera (1)
- 1.10.2. Conviviente (2)
- 1.10.3. Casada (3)
- 1.10.4. Viuda (4)
- 1.10.5. Divorciada (5)

**II. DATOS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)**

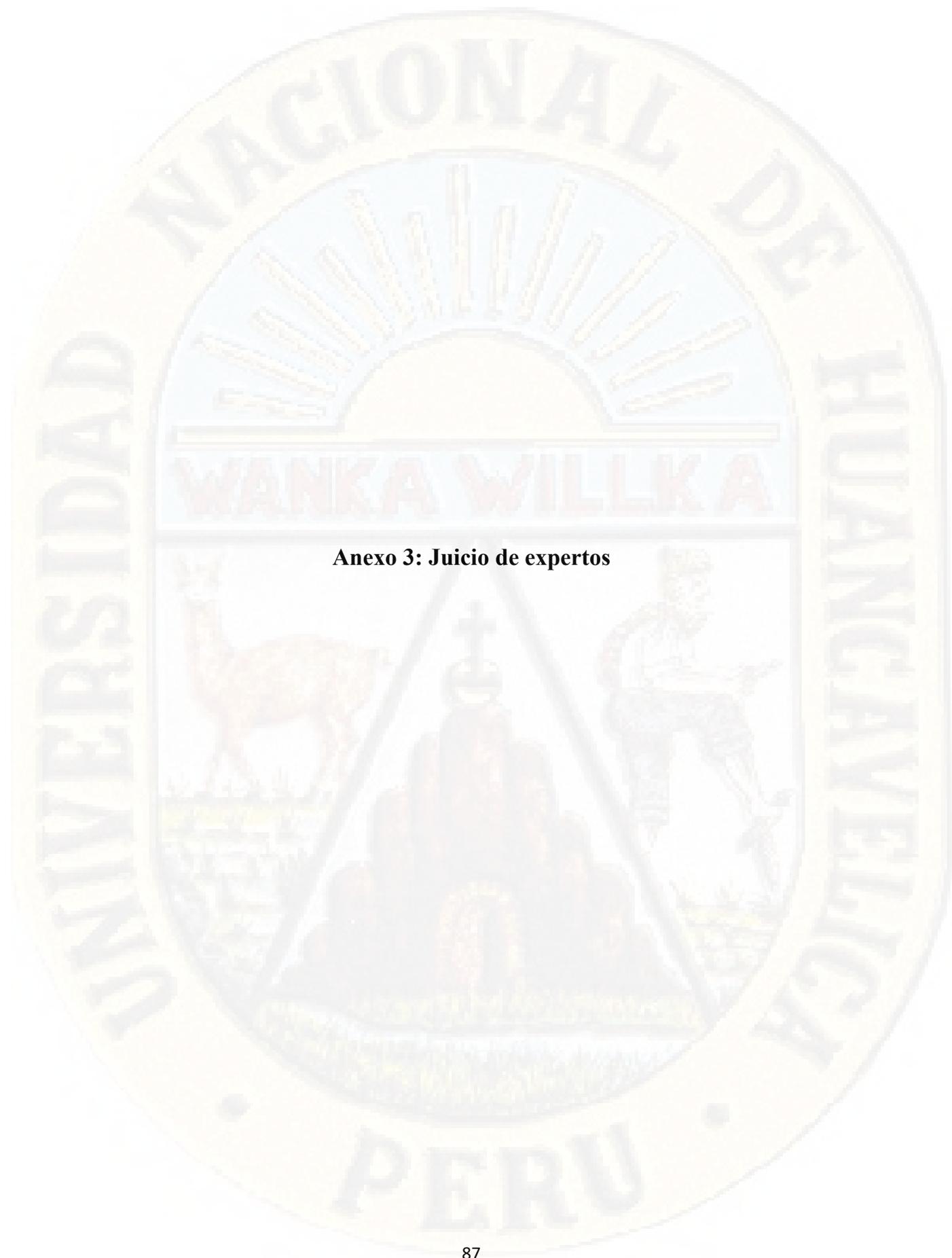
**2.1. TIPO DE FAMILIA DE LA GESTANTE:**

- 2.1.1. Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
- 2.1.2. Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)
- 2.1.3. Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)
- 2.1.4. Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
- 2.1.5. Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)
- 2.1.6. Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)

**2.2. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA.**

- 2.2.1. Ingresos familiares mensual S/. \_\_\_\_\_
- 2.2.2. Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_
- 2.2.3. Número de personas por habitación: \_\_\_\_\_
- 2.2.4. Numero de comidas que consume la familia por día: \_\_\_\_\_
- 2.2.5. Material del piso de la vivienda:
  - Madera (1) Parquet (2)
  - Losetas/cerámicos (3) Cemento/ladrillo (4)
  - Tierra (5)
  - Otros (6) Detalle \_\_\_\_\_
- 2.2.6. Material de las paredes de la vivienda:
  - Madera, estera (1) Adobe o tapia (2) Cemento/ladrillo (3)
  - Quincha (caña con barro), piedra con barro (4)
  - Otros (5) Detalle \_\_\_\_\_
- 2.2.7. Material del techo de la vivienda:
  - Calamina (1) Madera, Tejas (2) Material noble (3)
  - Eternit o fibra de cemento (4) Paja, hojas (5)
  - Caña o esteras con barro (6)
- 2.2.8. Lugar de eliminación de excretas:
  - Aire libre (1) Acequia, canal (2) Red pública (3) Letrina (4)
  - Pozo séptico (5) Otros (6) Detalle \_\_\_\_\_
- 2.2.9. Lugar de disposición de la basura:
  - Carro recolector (1) A campo abierto (2) Al rio (3)
  - Se entierra, quema (4) En un pozo (5)
  - Otros (6) Detalle \_\_\_\_\_

- 2.2.10. Servicios en el domicilio (puede marcar más de una opción):  
 Teléfono, celular (1) Internet (2) TV Cable (3) Electricidad (4)  
 Agua, desagüe (5)  
 Otros (6) Detalle \_\_\_\_\_
- 2.2.11. Tipo de agua de consumo:  
 Agua con tratamiento (1) Agua sin tratamiento (2)
- 2.2.12. Fuente abastecimiento de agua:  
 Red pública dentro de la vivienda (1) Red pública fuera de la vivienda (2)  
 Pozo, cisterna (3) Rio, acequia, puquiales (4)
- 2.2.13. Tipo de combustible para cocinar:  
 Leña (1) Carbón (2) Bosta (3) Gas, electricidad (4)
- 2.2.14. Forma de conservación de alimentos:  
 A temperatura ambiente (1) Refrigeradora (2) En recipiente sin tapa (3)  
 En recipiente con tapa (4)
- 2.2.15. Disponibilidad de transporte propio:  
 Automóvil (1) Bicicleta (2) Motocicleta (3)  
 Otros (4) Detalle \_\_\_\_\_
- 2.2.16. Presencia de vectores en la vivienda:  
 Si (1) No (2)
- 2.2.17. Tenencia de animales:
- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| Mascota: perro, gato.  | Si (1) | No (2) |
| De importancia económica: cabras, carneros,<br>cerdos, vaca, aves de corral. | Si (1) | No (2) |
| Convive con los animales dentro de la vivienda                               | Si (1) | No (2) |
- 2.2.18. En la vivienda existen espacios destinados al almacenamiento, conservación,  
 manipulación y consumo de alimentos.  
 Si (1) No (2)



**Anexo 3: Juicio de expertos**

## Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ORCOTUNA, JUNÍN 2018.

Investigador: *Obsta. Mateo Ortega, Claudia Liliana*

**Indicación:** Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del “CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**NOTA:** Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

### INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables: Características de las familias de las gestantes atendidas en el centro de salud Orcotuna		1	2	3	4	5
Sub variable						
1	Edad de la gestante					
2	Nivel de instrucción de la gestante					
3	Nivel de instrucción de la pareja					
4	Estado civil de la gestante					
5	Tipo de familia de la gestante					
6	Ingresos familiares mensual					
7	Número de miembros de la familia					
8	Número de personas por habitación					
9	Numero de comidas por día en la familia					
10	Material del piso de la vivienda					
11	Material de las paredes de la vivienda					
12	Material del techo de la vivienda					
13	Lugar de eliminación de excretas					
14	Lugar de disposición de la basura					
15	Servicios en el domicilio					
16	Tipo de agua de consumo					
17	Fuente de abastecimiento de agua					
18	Tipo de combustible para cocinar					
19	Forma de conservación de alimentos					
20	Disponibilidad de transporte propio					
21	Presencia de vectores en la vivienda					
22	Tenencia de mascotas (perro, gato)					
23	Tenencia de animales de importancia económica					
24	Convive con los animales dentro de la vivienda					
25	La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos					

**Recomendaciones:**

.....  
 .....  
 .....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente    b) Deficiente    c) Regular    d) Buena, para mejorar    e) Muy buena, para aplicar

<b>Nombres y Apellidos:</b>		<b>DNI N°</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono/Celular:</b>	
<b>Título Profesional:</b>			
<b>Grado Académico:</b>			
<b>Mención:</b>			

\_\_\_\_\_ Firma

Lugar y Fecha .....

**Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez**

**Instrumento: Cuestionario sobre características de las familias de las gestantes**

**Investigación: CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ORCOTUNA, JUNÍN 2018.**

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : \_\_\_\_\_
- 1.2. Grado académico : \_\_\_\_\_
- 1.3. Mención : \_\_\_\_\_
- 1.4. DNI/ Celular : \_\_\_\_\_
- 1.5. Cargo e institución donde labora : \_\_\_\_\_
- 1.6. Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50} = \text{-----}$

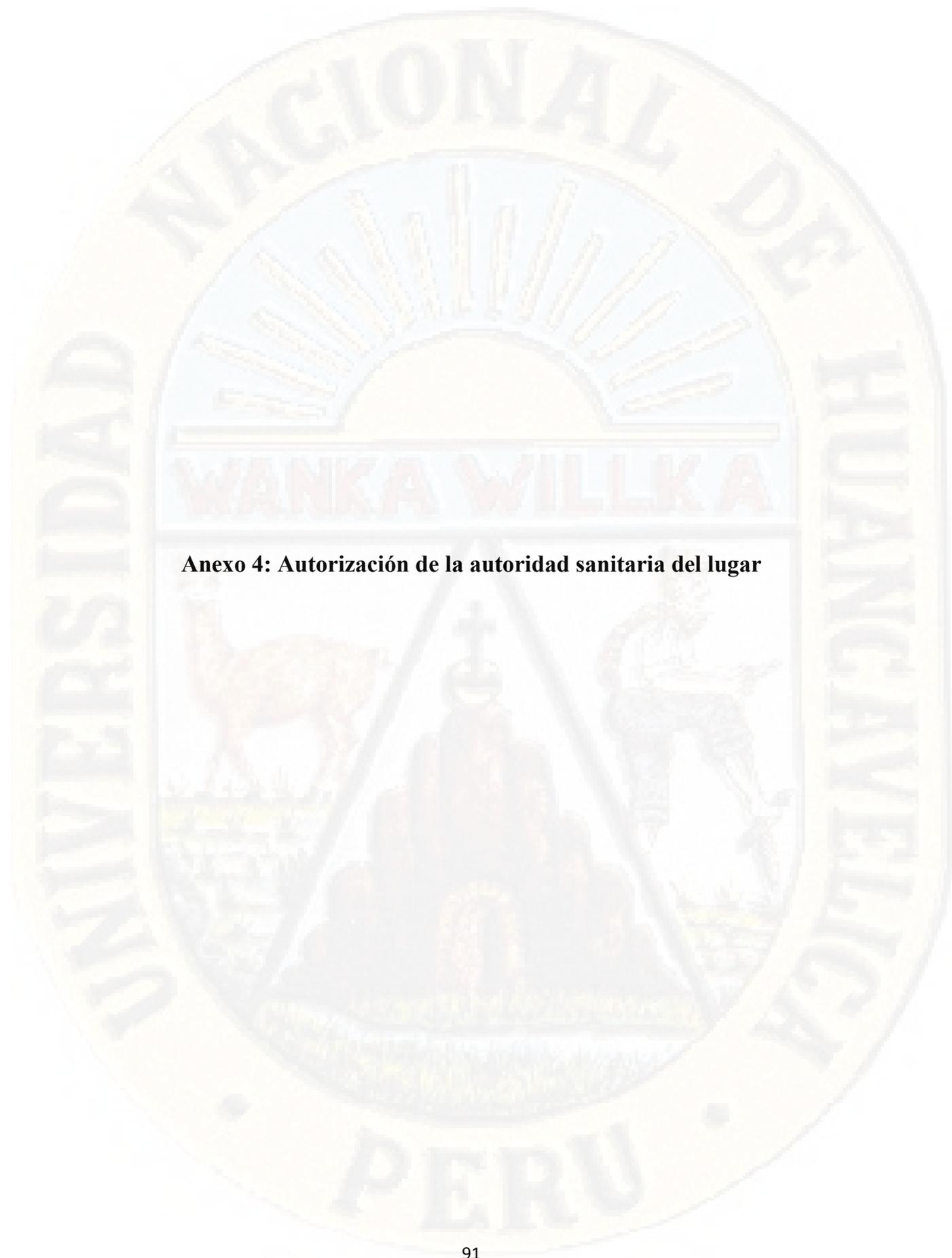
**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....  
.....

.....  
Firma del Juez



**Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....  
**DIRECTOR**  
**CENTRO DE SALUD ORCOTUNA - JUNÍN**

SD.

Yo, Obsta. Mateo Ortega Claudia Liliana identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las características de las familias de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Orcotuna, Junín 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 07 de Enero del 2019.

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado