

# Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte

## Characterization of Total Family Risk and Family Type in a slum population in Northern Lima

Rosa Eva Pérez Siguas <sup>1,a,c</sup>, Hernán Hugo Matta Solís <sup>1,b,c</sup>, Tula Margarita Espinoza Moreno <sup>2,d</sup>, Claudia Rosibel Paredes Tafur <sup>1,e</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias y Humanidades – UCH / Facultad de Ciencias de la Salud, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Escuela Académico Profesional de Enfermería, Perú.

<sup>a</sup> Licenciada en Enfermería.

<sup>b</sup> Médico cirujano.

<sup>c</sup> Doctor.

<sup>d</sup> Magíster.

<sup>e</sup> Interna en enfermería.

### RESUMEN

**OBJETIVO:** El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la caracterización del Riesgo Familiar Total y el tipo de Familia en personas de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El método utilizado fue cuantitativo, el diseño transversal y correlacional. La población fue de 540 familias. La recolección de información se dio entre el segundo semestre de 2014 y agosto de 2015 participando estudiantes de enfermería. Se entrevistó al jefe de familia. El instrumento empleado fue el cuestionario RFT 5:33, el cual fue adaptado y validado a nuestra realidad.

**RESULTADOS:** De manera global, la mayor parte de las familias se encuentran dentro de la clase amenazada (52,4%), las familias amenazadas se encuentran predominantemente en las dimensiones "situación socioeconómica" y "manejo de menores". En la familia tipo 1, las familias amenazadas predominan en las dimensiones "situación socioeconómica" y "manejo de menores"; mientras que en la familia tipo 2, la familia amenazada se da mayormente en las dimensiones "situación socioeconómica" y "servicios y prácticas de salud". Existe asociación entre riesgo familiar total y el tipo de familia.

**CONCLUSIONES:** A pesar de que en nuestro estudio encontramos baja frecuencia de familias con riesgo alto, más de la mitad de las familias se encuentran amenazadas. Además, se pudo identificar una cifra similar de familias con riesgo bajo, los cuales justifican continuar y fortalecer la participación multidisciplinaria e interinstitucional a fin de erradicar, neutralizar o reducir los riesgos existentes en las familias.

**PALABRAS CLAVE:** Familia, relaciones familiares, núcleo familiar, grupos vulnerables, salud familiar.

### ABSTRACT

**OBJECTIVES:** This paper aims to determine the relationship between the characterization of Total Family Risk and Family Type in a slum population in northern Lima.

**MATERIALS AND METHODS:** The method used was quantitative, descriptive and cross-sectional design. The population was 540 families consisted of 540 families. Data-collection was given between the second semester of 2014 and 2015 involving nursing students. Started an interview with the head of the family. The instrument used was Questionnaire RFT 5:33, which was adapted and validated to our reality.

**RESULTS:** Globally, most families are within the vulnerable class (52.4%), vulnerable families are predominantly in the "social economic situation" and "child management" dimensions. In the family type 1, vulnerable families predominate in the dimensions "socio economic situation" and "child management, while in the family type 2 the vulnerable family is mainly in the dimensions" socio economic situation "and" health services and practices". There is an association between total family risk and family type.

**CONCLUSIONS:** It was concluded that, although in our study we found low frequency of high-risk families more than half of the families are vulnerable. Furthermore, it could identify a similar number of families with low risk, which justifies the continuation and strengthening of multidisciplinary and inter-institutional participation to eradicate, neutralize or reduce the risks in families.

**KEYWORDS:** Family, family relations, nuclear family, risk groups, family health.

Correspondencia:

Rosa Eva Pérez Siguas

Av. Universitaria 5175, Los Olivos- Lima, Perú.

+51 996826968

rosaperezunac@yahoo.es

Detalles del artículo:

Recibido: 03.10.16

Aceptado: 05.12.16

Disponible: 30.04.17

OPEN ACCESS



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que 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 la reunión convocada por la División de Desarrollo Social de la Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) sobre "Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces" se hace referencia que: la familia no es una institución aislada. Los hogares y las organizaciones familiares están ligados al mercado de trabajo y a la organización de redes sociales, por lo que ciertas tendencias tales como las tasas de fecundidad y de divorcio, o procesos de envejecimiento, son parte de procesos sociales, económicos y culturales más amplios, que están también sujetos a políticas públicas. Como institución social básica, la familia no puede estar ajena a valores culturales y a los procesos políticos y sociales (2).

Ángeles Gervilla en "Familia y educación familiar", refiere que la familia es la "unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud"(3). La OMS, en el informe sobre la salud en el mundo, considera que para proteger a la población, y ayudarla a protegerse a sí misma, los gobiernos deben ser capaces de evaluar con exactitud la magnitud de los riesgos, considerándose este como "la probabilidad de obtención de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa posibilidad". En todos los lugares, las personas están expuestas a lo largo de su vida a una serie prácticamente ilimitada de riesgos para su salud, en forma de enfermedades transmisibles o no transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales. La mayoría de los riesgos se concentran en torno a los pobres (4).

Según Pilar Amaya, se entiende por riesgo familiar a la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración. Estas características de riesgo incluyen aspectos de tipo biológico-demográfico (composición, morbilidad, mortalidad), físico, ambiental, socioeconómico, psicoafectivo de prácticas y de servicios de salud. Desde este punto de vista, una familia con menor riesgo será aquella que mediante su composición, las prácticas cotidianas de salud y el apoyo de los servicios de salud, mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención y asistencia social y de salud permanente (5).

Los estudios hacen referencia a un conjunto de factores de riesgo, que al estar presentes en los individuos o familias incrementan la probabilidad de presentar algún daño a la salud, entre los que destacan: exposiciones en el medio

ambiente (agua insalubre), comportamientos humanos (consumo de tabaco, alcohol), enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, cáncer), desigualdad socioeconómica, desventaja material y psicosocial durante los primeros años, entornos de vida y de trabajo, estilos de vida (hábitos de fumar, beber en exceso), cambio climático, desigualdad sanitaria, entre otros. Las personas también están expuestas a los factores protectores que son aquellas características o condiciones que promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo, mitigando con ello los efectos de la exposición al riesgo; entre estos destacan los factores psicológicos (visión optimista de la vida, expresiones emocionales positivas), sociales (en el hogar: relaciones padres/hijos y lazos conyugales; en el lugar de trabajo: relaciones empleador/ empleado y lazos entre colegas de trabajo) y conductuales. Los hábitos positivos para la salud (alimentación adecuada, ejercicio físico, evitar el consumo de cigarrillos, drogas, alcohol y prácticas sexuales de riesgo) también se ven influidos por factores psicosociales (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el informe "Salud en Sudamérica", hace referencia a los determinantes sociales de relevancia en salud, como son el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración. Estos factores se interrelacionan y se concentran en grupos de población con privación de condiciones de vida saludable, vulnerables y excluidos, con menos oportunidad de acceso a los servicios de salud (6). Los estudios muestran una relación directa entre el saneamiento inadecuado en la vivienda y mortalidad en menores de 5 años por enfermedades de transmisión hídrica. También existe una relación inversa entre el nivel de escolaridad de la cabeza de hogar y la mortalidad de dichos menores. Los mayores riesgos para la salud derivados del saneamiento inapropiado se dan en microregiones con gran concentración de poblaciones, que tienen condición económica humilde y bajo nivel de escolaridad. Se destacan como determinantes de la mortalidad, las condiciones generales de saneamiento, la calidad y la infraestructura de las viviendas (7). La baja condición de saneamiento está relacionada a situaciones de mayor riesgo o vulnerabilidad social, mayor morbilidad y mortalidad (8).

Las familias que registran riesgo alto y medio en mayor proporción son familias con escolares de bajo rendimiento académico (9).

Las prácticas de salud de algunas familias muestran ausencia de actividades recreativas, poco gratificantes, uso indiscriminado de tratamientos, prácticas perinatales inadecuadas en gestantes, ancianos inactivos y aislados. En los últimos años las tasas de divorcio han aumentado en la mayor parte del mundo, en consecuencia, cada vez, más niños crecen en familias monoparentales. En el mundo, especialmente en Sudamérica, la gran mayoría de los adultos creen que un niño necesita criarse en un hogar con una madre y un padre para crecer feliz (10).

En el Perú, según el censo nacional de 2007, el tipo de hogar predominante en el país es la familia nuclear (53%). La jefatura de hogar a nivel nacional recae en los varones en un 71,5% y en un 28,5% de hogares tienen por jefa a una mujer. El 64,9% de los hogares se abastece de agua potable mediante tubería por red pública dentro de la vivienda (11).

El "Informe Técnico Evolución de la Pobreza 2007-2011" del INEI, señala que una de las características de los hogares pobres es presentar mayor cantidad de integrantes, mientras el promedio de miembros de un hogar pobre es de 4,8 personas, el de un hogar no pobre es de 3,7 miembros. En el 2011, el 25,4% de los hogares del país eran conducidos por mujeres y el 74,6% por hombres. La pobreza afectó al 20% del total de hogares monoparentales con jefa sin cónyuge, mientras que en hogares similares con jefe hombre, la pobreza incidió en el 13,5%. Una de las características de la población en situación de pobreza es presentar menor capital educativo que la población no pobre (12).

La presencia de problemas como la violencia entre parejas, violencia contra la mujer y el niño, violencia juvenil y escolar, son cada vez más evidentes en el seno de las familias y de nuestra sociedad. Según la OMS, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja. Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. La violencia contra la mujer puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio. La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social (13).

Se han registrado 881 víctimas de feminicidio en el periodo enero 2009 – julio 2016. El 89,9% fue asesinada por su pareja, expareja o familiar (feminicidio íntimo) y el 10,1% fue asesinada por un conocido o desconocido (feminicidio no íntimo). La casa es el lugar más inseguro para algunas mujeres (14).

En suma, los problemas sociales y económicos que se presentan en el mundo y en nuestro país tienen repercusiones en la sociedad, en consecuencia, serán factores de riesgo que afecten a sus núcleos básicos que son las familias.

El presente trabajo es producto de la observación de la realidad del Asentamiento Humano Villa Señor de los Milagros del distrito de Comas en Lima Norte; zona que presenta múltiples problemas sociales, tales como la violencia, inseguridad, consumo de drogas, pobreza, desempleo, violencia juvenil, violencia física y psicológica contra mujeres y menores.

Ha habido una agudización de la violencia contra la mujer en Lima Norte en los últimos años, especialmente en los distritos de Carabayllo y Comas que tienen los más altos índices de violencia a nivel de Lima Norte (15). Lo señalado anteriormente son factores que se vinculan con el incremento del riesgo familiar, cuya determinación es objeto del presente estudio, para poder así, como profesionales de la salud, intervenir entre las familias más afectadas localizando los niveles de riesgo dentro del ámbito de la salud familiar y comunitaria.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Población y muestra

Se trabajó con la población total, la cual estuvo conformada por 540 familias, de un asentamiento humano del distrito de Comas, que es parte de Lima Norte.

### Instrumento

Se empleó el cuestionario Riesgo Familiar Total (RFT 5:33), propuesto por Pilar Amaya, el cual está compuesto por cinco secciones. Las cuatro primeras (identificación de la familia, composición de la familia y riesgos individuales, antecedentes de carácter familiar, instituciones de apoyo familiar) permiten caracterizar y tipificar la familia, sin embargo, no tienen peso alguno sobre el puntaje total, pero permiten identificar el tipo de familia por la relación de sus integrantes. La quinta sección corresponde a los factores de riesgo que a su vez está constituida por cinco factores (condiciones psicoafectivas, prácticas y servicios de salud, condiciones de vivienda y vecindario, situación socioeconómica y manejo de menores). Este instrumento consta de 33 ítems que evalúan en conjunto el riesgo familiar total. Cada ítem tiene una puntuación de "1", "0" y NA (el "no aplica" es exclusivo para los ítems de la categoría de manejo de menores(16).

La recolección de información estuvo comprendida entre el segundo semestre de 2014 y agosto de 2015, cuya aplicación estuvo a cargo de estudiantes de enfermería debidamente capacitadas.

### Análisis estadístico

El procesamiento de datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics v22.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Se realizó el análisis descriptivo de las características generales de las familias, como el sexo del jefe o jefa del hogar, el grupo de edad respectivamente, tipificación de la familia, la distribución del riesgo familiar según las dimensiones del instrumento y, finalmente, la distribución del riesgo familiar total.

### Aspectos éticos

Para la participación de las familias se ha requerido el consentimiento informado firmado por el jefe o jefa de familia y tomando en cuenta los principios bioéticos.

## RESULTADOS

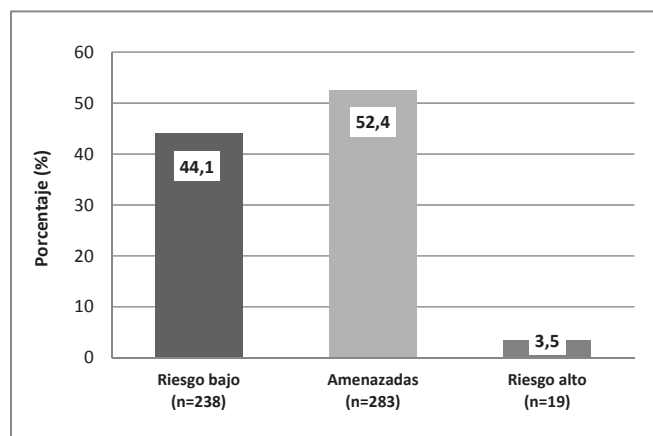
Para el análisis, la población estuvo constituida por 540 familias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En la tabla 1 se aprecia que el 77,8% (n=420) de los jefes de hogar son varones mientras que el 22,2% (n=120) son mujeres. El grupo de edad de los jefes de hogar predomina entre los 40-49 años (26,1%), de 50-59 años (24,3%) y de 30-39 años (21,3%). Según el tipo de familia, predomina la familia tipo 1 (nuclear-pareja) que representa el 65,6% y dentro de ella mayoritariamente pertenecen a la familia nuclear (44,6%) y familia nuclear modificada (12,6%). La familia tipo 2 (extensa-atípica) es la menos frecuente (34,4%), siendo más frecuente en este tipo la familia extensa (14,6%) y familia extensa modificada (14,6%).

**Tabla 1.** Caracterización del riesgo familiar total en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte.

Características	n	%
<b>Sexo del jefe de familia</b>		
Varones	420	77,8
Mujeres	120	22,2
<b>Grupo etario (años) del jefe de familia</b>		
18 - 29	30	5,6
30 - 39	115	21,3
40 - 49	141	26,1
50 - 59	131	24,3
60 - 69	47	8,7
70 - 79	41	7,6
> 80	35	6,5
<b>Tipo de familia</b>		
Tipo 1	354	65,6
Tipo 2	186	34,4
Total	540	100,0

Con relación a la distribución del riesgo familiar total según el RFT 5-33, la figura 1 muestra que la mayor parte de las familias se encuentran dentro de la clase amenazada con el 52,4%, seguido por familias con riesgo bajo con 44,1%, mientras que las familias con riesgo alto representan el 3,5%.

**Figura 1.** Caracterización del riesgo familiar total en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte.



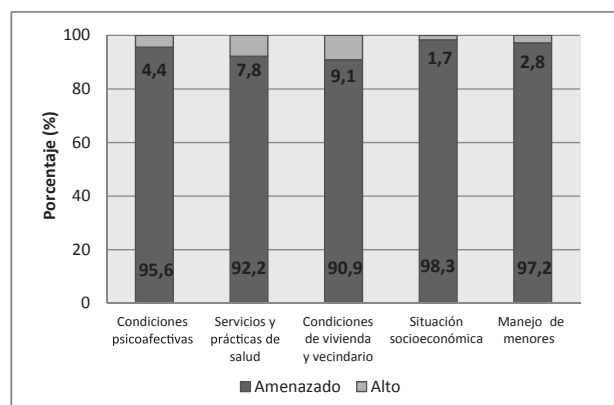
Según el tipo de familia, la tabla 2 muestra que en las familias tipo 1 en su mayoría pertenece al grupo de riesgo bajo (48,6%) y al grupo de familias amenazadas (48,6%), mientras que el 2,8% pertenecen al grupo de riesgo alto. En las familias de tipo 2, predominan las familias amenazadas (59,7%), seguido por el grupo perteneciente a la familia con bajo riesgo (35,5%) y riesgo alto con 4,8%.

**Tabla 2.** Caracterización del riesgo familiar total según tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte.

Dimensiones del riesgo familiar	Nuclear Pareja (Tipo 1)		Extensa atípica (Tipo 2)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	172	48,6	66	35,5	238	44,1
Amenazado	172	48,6	111	59,7	283	52,4
Alto	10	2,8	9	4,8	19	3,5
Total	354	100	186	100	540	100

Considerando las dimensiones del riesgo familiar, la figura 2 muestra el predominio de las familias amenazadas en la dimensión "situación socioeconómica" (98,3%) y "manejo de menores" (97,2%), muy próxima a ellas está la dimensión "condiciones psicoafectivas" (95,6%), dimensión "servicios y prácticas de salud" (92,2%) y "condiciones de vivienda y vecindario" (90,9%).

**Figura 2.** Caracterización del riesgo familiar total según dimensiones de RFT 5- 33, en familias de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte



En la familia tipo 1 (nuclear-pareja), la familia más amenazada se encuentra en la dimensión "situación económica" (98,3%) y dimensión "manejo de menores" (98,3%). Las dimensiones menos afectadas fueron "servicios y prácticas de salud" (89,5%) y la dimensión "condiciones de vivienda y vecindario" (90,4%). En la familia tipo 2 (extensa-atípica), la familia más amenazada se encuentra en la dimensión "situación socioeconómica" (98,4%) y en la dimensión "servicios y prácticas de salud" (97,3%). Las dimensiones menos afectadas fueron "condiciones de vivienda y vecindario" (91,9%) y "manejo de menores" (95,2%).

Se acepta la hipótesis de investigación, por tanto, existe relación entre el tipo de familia y el riesgo familiar (valor p=0,01; Chi Cuadrado).

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos predominantemente familias pertenecientes al tipo 1 (nuclear-pareja) en un 65,6%, mientras que las familias tipo 2 (extensa-atípica) es el menos frecuente (34,4%).

En la distribución del riesgo familiar encontramos predominio de las familias amenazadas (52,4%), familias con riesgo bajo (44,1%) y familias con riesgo alto (3,5%). Nuestro estudio concuerda con los realizados por Betancurth, donde señala que el nivel de riesgo familiar total de las familias amenazadas fue de 62%, familias con riesgo bajo 35% y familias con riesgo alto 3%. Las familias amenazadas cuentan con un apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y vecindario(16). Pertenecer a una familia con riesgo también tiene efectos en la esfera académica de los integrantes de la familia. Los resultados de un estudio en Bogotá muestran una relación inversa entre el riesgo familiar total evaluado por el instrumento RFT 7-70 y el rendimiento académico del escolar de la familia, es decir, que las familias que registraron riesgo alto y medio en mayor proporción fueron familias con escolares de bajo rendimiento académico (9).

En nuestro estudio, las familias con riesgo alto estuvieron presentes en la dimensión de "condiciones de vivienda y vecindario" (9,1%) y la dimensión "servicios y prácticas de salud" (7,8%). En la familia tipo 1, la mayor cantidad de familias amenazadas se ubicaron en la dimensión "situación socioeconómica" (98,3%) y dimensión "manejo de menores" (98,3%). En la familia tipo 2, la mayor cantidad de familias amenazadas estuvieron ubicadas en la dimensión "situación socioeconómica" (98,4%) y en la dimensión "servicios y prácticas de salud" (97,3%).

Según la literatura, las familias multiproblemáticas y en riesgo social se caracterizan por tener polisintomatología (múltiples problemas, crisis recurrentes y situación crónica de adversidades), desorganización (en estructura, dinámica y comunicación), abandono de las funciones parentales, aislamiento y pobreza (17). Teniendo en cuenta lo citado por Menéndez, lo que define a la población en situación de riesgo no es tanto o solo la pobreza ligada exclusivamente a la precariedad socioeconómica, sino a la precariedad laboral y educativa que dificulta el acceso a los derechos sociales (18).

En el análisis, según las dimensiones del RFT 5-33, la dimensión "situación económica" fue la más afectada (98,3%), seguida por la dimensión "manejo de menores" (97,2%). El manejo de los menores es uno de los puntos clave, pues en una población como la de Lima Norte que, según el INEI cuenta con varios distritos con carencias (19); por tanto, tiene las condiciones para la existencia de la violencia social e intrafamiliar (incluyendo la violencia sexual).

A pesar de que en nuestro estudio encontramos baja frecuencia de familias con riesgo alto, más de la mitad de las familias se encuentran amenazadas y menos de la mitad tienen riesgo bajo. Existen razones suficientes que ameritan iniciar, fortalecer o cambiar estrategias que estimulen la resiliencia familiar que se entiende como una fuerza que se opone a la devastación potencial de la adversidad (20), siendo necesaria la participación multidisciplinaria e interinstitucional, que permitan conseguir lo referido por Hidalgo Victoria (21), como es la satisfacción del rol de padre o madre, ampliar las redes de apoyo, adquisición de mayor conocimiento acerca de los procesos de desarrollo y educación presentes en la infancia y adolescencia, aprender nuevas formas de enfrentarse a los conflictos familiares. Existe relación entre riesgo familiar total y el tipo de familia, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación.

### Agradecimientos

A los dirigentes del asentamiento humano, a Wilmer Fuentes y a las licenciadas en enfermería Elizabeth Abrego y Elizabeth Carranza.

### Contribución de los autores

RPS, HMS y CPT participaron en la concepción y diseño de la investigación, obtención de los resultados, análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. TEM participó en la asesoría estadística, revisión del manuscrito y aprobación de la versión final del artículo. RPS y TME participaron en la revisión del manuscrito y aprobación de la versión final del artículo.

### Fuentes de financiamiento

Fondos propios de los investigadores.

### Conflictos de interés

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La Familia y la salud [Internet]. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2003. 44.º Consejo Directivo 55.a Sesión del Comité Regional: CD44/10 (Esp). Available from: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-10-s.pdf>
2. Arriagada I., Aranda V. Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2004 [acceso 1 de octubre de 2016]. Available from: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6773/1/S0412955\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6773/1/S0412955_es.pdf)
3. Gervilla A. Familia y educación familiar: Conceptos clave, situación actual y valores. Madrid - España: Narcea Ediciones; 2008.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra - Suiza: OMS; 2002.
5. Amaya P. Instrumento de Riesgo Familiar Total. Manual. Aspectos teóricos, psicométricos, de estandarización y de aplicación. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica: Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2012. Available from: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud\\_en\\_sam\\_2012\\_\(ene.13\).pdf](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sam_2012_(ene.13).pdf)
7. Bellido J., Barcellos C., Barbosa F., Bastos F. Saneamiento ambiental y mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades de transmisión hídrica en Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010;28(2):114–20. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n2/a07v28n2.pdf>
8. Tadei P., Koltermann L., Rocha K., Wolff P., Mallmann E., Rosset I. Classification of family risk in a Family Health Center. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013;21(5):1088–95. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24142217>
9. Enríquez C. Cataño N. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. *av enferm*. 2009;28(2):127–38.
10. Social Trends Institute. El dividendo demográfico sostenible: ¿Qué tienen que ver el matrimonio y la fecundidad con la economía? [Internet]. New York: Social Trends Institute; 2012. Available from: <http://sustaindemographicdividend.org/wp-content/uploads/2012/07/AF-Estudio-Social-Trends-Institute-BAJA.pdf>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Tipos y Ciclos de Vida de los Hogares 2007 [Internet]. Lima - Perú; 2010. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Tipos-y-Ciclos-de-Vida-Hogares.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza 2007-2011 [Internet]. Lima - Perú; 2012. Available from: [http://www.inei.gob.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/pobreza\\_informetecnico.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_informetecnico.pdf)
13. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” [Internet]. Ginebra - Suiza: OMS; 2013 [actualizada el 20 de junio de 2013; acceso 1 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
14. Ministerio Público - Fiscalía de la Nación. Víctimas de feminicidio en el Perú [Internet]. Lima - Perú: Observatorio de Criminalidad; 2016 [acceso 1 de octubre de 2016]. Disponible en: [file:///D:/Descargas/Estadistica-feminicidio-2016%20\(2\).pdf](file:///D:/Descargas/Estadistica-feminicidio-2016%20(2).pdf)
15. Wayranoticias. Carabayllo y Comas presentan un alto índice de violencia contra la mujer. Wayranoticias. 2016 Oct 16;Locales: Available from: <http://www.wayranoticias.com/2016/11/06/carabayllo-y-comas-presentan-un-alto-indice-de-violencia-contra-la-mujer/>
16. Betancurth D. Riesgo familiar total y salud familiar: Familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia [Tesis Maestría] [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011. Available from: [www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf)
17. Gómez E., Muñoz M., Haz A. Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e intervención. *Psykhé* [Internet]. 2007;16(2):43–54. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n2/art04.pdf>
18. Menéndez S., Hidalgo V., Jiménez L., Lorence B., Sánchez J. Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los servicios sociales comunitarios por razones de preservación familiar. *An Psicol* [Internet]. 2010;26(2):378–89. Available from: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/109381/104001>
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de prensa. N°074 - 22 de abril 2016. Cifras de pobreza [Internet]. Lima - Perú; 2015. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/nota-de-prensa-n074\\_2016-inei.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/nota-de-prensa-n074_2016-inei.pdf)
20. Gómez A., Kotliarenco M. Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Rev Psicol* [Internet]. 2011;19(2):Pág. 103-132. Available from: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17112>
21. Hidalgo V., Menéndez S., Sánchez J., Lorence B., Jiménez L. La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apunt Psicol*. 2009;27(2–3):413–26.