

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y CUIDADO DE LA
SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE
GENERO. DISTRITO VICTOR LARCO, 2007”**

TESIS

Para optar el título de:

LINCENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Br. BULNES GOICOCHEA, Lady Joanna.

Br. CALLIRGOS PINEDO, Obdulia Ofelia.

ASESOR:

Dr. CARLOS ALBERTO TELLO POMPA.

TRUJILLO – PERÚ

2007

Un agradecimiento especial a nuestro asesor:

Dr. Carlos Alberto Tello Pompa

Por su asesoramiento, dedicación y valiosa orientación que contribuyó a realizar el presente trabajo; por ser un docente que además de contribuir notablemente en nuestra formación profesional, nos brinda día a día su amistad sincera y confianza.

A nuestros profesores:

Por haber influido notable y positivamente en el proceso de nuestra formación profesional, confiando en nuestras capacidades, habilidades y destrezas, guiándonos en el continuo aprendizaje de convertirnos en entes del cuidado de la salud del ser humano.

LADY Y OFELIA

A mis queridos padres:

Wilson y Marlene

Por su amor y cariño en los momentos difíciles, por guiarme con sabios consejos y brindarme su apoyo incondicional de llegar a concretar sus más vivas y claras ilusiones de verme profesional significando para ello un sacrificio. Por incentivar en mi persona, el anhelo de luchar por metas y principios; llegando a ser un humano con sentimientos llenos de amor, humildad y sencillez de los que se sienten orgullosos por haberlo logrado. Doy gracias a Dios sobre todo por ser mis padres.

A mis queridas hermanas:

Iveth y Cyntia

Por ayudarme a guiar mi vida profesional y a enseñarme que lo más importante es confiar en uno mismo. Las cuales mantengo presente en cada momento; haciendo hincapié, de seguir el mismo camino y forjarse un futuro hacia sus metas trazadas. Por brindarme su cariño y aliento constante, ayudando a concretar mi más anhelado sueño.

A mí estimada tía:

Iris

Por brindarme su cariño y apoyo incondicional, por apoyarme en los momentos difíciles y acompañarme en todo momento en el continuar de mis días para concretar mi sueño de verme profesional, doy gracias por tenerla a mi lado.

LADY

A mis queridos padres:

Luis y Guisela

Por su incondicional amor, comprensión, apoyo en todos los momentos de mi vida y durante el proceso de mi desarrollo profesional. Agradezco a Dios, que mis padres con su ejemplo me enseñaron a vencer obstáculos y luchar contra las adversidades manteniendo en mí el deseo de llegar a cumplir mis metas trazadas y seguir avanzando con perseverancia hacia el logro de objetivos futuros.

A mis amados:

Esposo: Omar e Hijo: Gerardo José

Por brindarme la motivación de continuar con mi desarrollo profesional y ser el motor que me da fuerza para seguir mi camino en la constante lucha de mi desarrollo personal como madre y esposa y como profesional de enfermería.

A mi querida abuelita:

María Ofelia

Por sus sabios consejos y grata compañía y que ahora desde el cielo puede sentirse feliz de verme convertida en una profesional.

A mis estimadas hermanas:

Isela, Sheila y Kely

Por brindarme su constante apoyo y ayuda durante toda mi vida. Por ser mis amigas y consejeras en todo momento de mi desarrollo personal y académico.

OFELIA

Sumario

RESUMEN	PÁG.
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	24
III. RESULTADOS	36
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES	69
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
VIII. ANEXOS	

“FACTORES SOCIOCULTURALES Y CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO. DISTRITO VICTOR LARCO, 2007”

Br. Lady J. Bulnes Goicochea¹

Br. Obdulia O. Callirgos Pinedo²

Dr. Carlos A. Tello Pompa³

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, se realizó en el sector poblacional de Vista Alegre, distrito de Víctor Larco, durante los meses de Agosto - Octubre del 2007, con la finalidad de determinar la relación de algunos factores socioculturales en el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género. La muestra estuvo constituida por 135 familias que cumplieron con los criterios de inclusión, el universo muestral estuvo conformado por todas las familias pertenecientes al sector de Vista Alegre. La información que se obtuvo fue a través del instrumento Escala del cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, el cual se basó en las teorías de género de Scott. La prueba de confiabilidad del Alpha de Cronbach fue de 0.672. Para el análisis de los datos se empleó la prueba de chi cuadrada (X^2) y la prueba estadística Eta. Los resultados muestran que en el 36.3% de las familias si existe la perspectiva de genero en el cuidado de la salud, y en un 63.7% no existe perspectiva de genero para el cuidado de la salud de la familia; además, existe relación significativa entre los factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación y parentesco con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género y que no existe relación significativa entre los factores socioculturales: tipo de familia, tamaño de familia e ingreso económico con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género.

Palabras claves: cuidado en salud familiar, salud familiar, perspectiva de género, enfermería en salud familiar

¹ *Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo*

² *Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo*

³ *Doctor en Enfermería. Profesor Principal a dedicación exclusiva adscrito al Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo*

“SOCIO - CULTURAL FACTORS AND HEALTHCARE OF THE FAMILY SINCE THE GENRE PERSPECTIVE. DISTRICT VICTOR LARCO, 2007”

BS. Lady J. Bulnes Goicochea¹

BS. Obdulia O. Callirgos Pinedo²

DR. Carlos A. Tello Pompa³

ABSTRACT

This quantitative, descriptive, and transverse research work was done in Vista Alegre neighborhood, Victor Larco district during the months of August through October 2007; it had the purpose of determining the relation of some social – cultural factors about the family healthcare since the genre perspective. The sample was formed by 135 families with fulfilled the inclusion criterions, the entire sample was formed by all the families who live in Vista Alegre neighborhood. The information that we got was through the scale instrument about the family healthcare since the genre perspective, which was based on Scott genre theories. The trustworthy test of Cronbach Alpha was 0.672. The chi-square (X^2) and the statistical text Eta were used to analyze the data. The scores show that there is the genre perspective about the healthcare in 36.3% and there is not genre perspective about the family healthcare in 63.7%. Moreover there is a relation among the social – cultural factors: family life cycle, education grade, married status, occupation and relation with the family healthcare since the genre perspective and there is not significative relation among the social – cultural factors: kind of family, size of family and family incomes with the family healthcare since the genre perspective.

Key words: family health care, family health, gender, family health nursing

¹ *Bachelor of Nursing from The National University of Trujillo*

² *Bachelor of Nursing from The National University of Trujillo*

³ *Doctor of Nursing. Professor Principal dedicated seconded to the Department of Academic Family and Community Health. School of Nursing. Universidad Nacional de Trujillo*

I. INTRODUCCIÓN

La cuestión que nos motivó a definir como objeto de estudio de nuestra tesis se relaciona con los factores socioculturales y el cuidado de la salud de la familia -desde la perspectiva de género-, esa manera de abordar dicho objeto permitió enfocar el primer aspecto relacionado con la concepción de salud, la perspectiva de género, para continuar con el tema de la salud en la familia y uno de los aspectos más relevantes -el cuidado de la salud dentro de la familia- en ese sentido abordaremos el desarrollo de la presente introducción.

La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 2005). Esta definición de salud dado por la OMS, en su tiempo, marcó una honda diferencia en la concepción social y sanitaria que se tenía, no obstante en la actualidad, dicha definición se la considera clásica dentro de un plano tradicional.

La salud en la actualidad no solo es un estado completo de bienestar físico, mental, social, no es simplemente ausencia de enfermedad, significa el estado de equilibrio de la persona o del conjunto de la sociedad, en donde los aspectos psicológicos y espirituales son tomados cada vez más en cuenta. La salud depende del cuidado que se dé el individuo a sí mismo y de la prevención y tratamiento de los problemas que pueden afectarla. Pero la salud depende de sistemas sociales de apoyo positivo y cambio o adaptación del medio que nos rodea (Santagostino, 2003).

El género corresponde al conjunto de determinantes socioculturales e históricos que se establecen para las categorías de feminidad y masculinidad a

diferencia del sexo, que es el conjunto de características biológicas heredadas que colocan al individuo en algún punto de un continuo que tiene en los extremos a individuos reproductivamente complementarios. Tradicionalmente se impone la feminidad a la mujer y la masculinidad al varón (OMS, 2005).

El género es la forma social que adopta cada sexo, toda vez que se le adjudican connotaciones específicas de valores, funciones y normas, o lo que se llama también, no muy felizmente, roles sociales. No está vinculado a lo biológico, sino a lo cultural, a lo social. Eliminar la discriminación de género implica poder lograr, primero, que en el conjunto del propio movimiento de mujeres o de las mujeres que estamos activas, tengamos claro que ello está determinando los roles que la sociedad nos dio a varones y mujeres (OMS, 2005).

Se ha definido el «género» como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos. Puede ser utilizado para analizar y entender mejor los determinantes y las condiciones de vida de mujeres y varones a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo (Rohlf, 2000).

Según Scott (1990), género parece haberse convertido en una palabra particularmente útil a medida que los estudios, sobre el sexo y la sexualidad han proliferado, porque ofrece un modo de diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a mujeres y varones. Si bien los estudiosos reconocen la conexión entre sexo y (lo que los sociólogos de la familia llamaron "roles sexuales"), no asumen una relación sencilla y directa. El uso de género pone de relieve un sistema completo de relaciones que puede incluir el sexo, pero no

está directamente determinado por el sexo o es directamente determinante de la sexualidad. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Además el Género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder.

La noción de género de vida se presenta como una combinación de técnicas, cuyos rasgos pueden ser creadores, estabilizadores o limitativos. Esas técnicas influyen en las concepciones del grupo y, en un sentido amplio de la sociología, en su manera de vivir y en el lenguaje común (Grawitz, 1990).

La OMS ha definido la salud como ya se indicó en el rubro anterior y esta afirmación pone de manifiesto que las relaciones de sociedad y el ser humano tienen efectos directos en la salud. Por tanto, estos factores desempeñan una función importante para la dispensación y la dirección de los cuidados de salud.

Si tomamos en cuenta que la salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud, en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante (Grawitz, 1990), entonces, las conductas relacionadas con la salud son diferentes en las mujeres y en los varones; aunque son cambiantes con el tiempo, tradicionalmente los varones han desarrollado conductas de riesgo físico (abuso de sustancias adictivas, velocidad en la conducción de automóviles, etc.) con mayor frecuencia que las mujeres. Estos factores de riesgo para la salud, producen con mayor frecuencia enfermedades o accidentes que se manifiestan en la etapa media de la vida y que pueden

conducir a la muerte prematura. Por el contrario, en la mujer son sus roles sociales los que tienen una marcada influencia en la salud, y suelen generar problemas crónicos, físicos y mentales, que se extienden a lo largo de toda la vida sin producir la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración (Gispert, 1997).

En la perspectiva de género se toman en cuenta las diferencias socialmente creadas y las relaciones de poder entre el varón y la mujer como determinantes de la salud. Se examina la diferencia entre varones y mujeres en el acceso a la información, a la tecnología, a las ventajas y a los recursos de la atención de salud, para eliminar las disparidades. La perspectiva del género trata de dar a la mujer una participación plena e igual en la planificación, aplicación y evaluación de todos los programas (CIE, 2007); es una óptica utilizada para dar cuenta de diferencias biológicas, económicas, sociales, demográficas, políticas y culturales que se expresan a través de *relaciones de poder y subordinación* entre mujeres y varones. El género se manifiesta en roles prescritos, actividades, valores, atribuciones, símbolos, significados, reconocimientos, estándares y normas de comportamiento socialmente determinados que, casi universalmente y a través de la historia, han puesto a las mujeres en situaciones de desventaja relativa en relación con la disponibilidad y el control de recursos (García, 2000).

La perspectiva de género en salud demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres y una parte de la vida de los varones, como un espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo donde tienen

lugar las practicas de socialización, de salud y de reproducción social. Asimismo, intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su vida. Todo esto, fundamentado en la necesidad de que la práctica en salud reconozca el saber de la mujer, su hacer y su papel como ser social y ciudadana; el derecho al respeto mutuo en la socialización de varones y mujeres dentro de la familia, constituye desde la salud, un principio que conduce a abordar las diferencias no desde el plano de la desigualdad o la discriminación, sino desde las especificidades de cada uno de los sexos (OPS, 1993).

Respecto a la familia, se da un acuerdo universal del género humano que se explica por el mismo carácter de la institución familiar. No hay institución más cercana a la naturaleza. Sociedad simple, apoyada de manera muy inmediata en ciertos instintos primordiales, la familia nace espontáneamente del mero desarrollo de la vida humana (Gomez, 2000; Leclard, 1979).

Según Vidal Taquini (2000), familia es el grupo de personas unidas por vínculos jurídicos, en la medida y extensión determinada por la ley, que surgen del matrimonio y de la filiación legítima, ilegítima y adoptiva. La familia es una institución social. La ley impone la regulación no sólo al matrimonio, sino también a la filiación y a la adopción. La calidad de miembro de la familia depende de la ley y no de la voluntad de las personas. La familia es una institución jurídica pero no una persona jurídica. En esta materia no cabe aceptar figuras que sean nítidamente patrimoniales. La familia es una organización que acepta la individualidad de sus miembros, posee la capacidad

de conocer, usufructuar y enfrentar sus derechos, pidiendo y dando apoyo a dichos miembros. Pero también, puede someter a las individualidades, originar crisis, conflictos y contradicciones, excluir o anular algunos de los miembros para asistir a los otros (Szymanski, 2000). En este sentido, es que se encuentra vinculación de la perspectiva de género desde la perspectiva de la familia y por ende, también con la salud de la familia y su cuidado. No obstante, para entender esta concepción debemos de argumentar de algunos aspectos fundamentales, que iremos desarrollando a continuación.

En este sentido se puede considerar los principios de la Familia dentro de esta perspectiva, considerando singularidad e identidad de familias, solidaridad, amor y conversación, que son explicados desde una perspectiva coloquial y dialógica en un marco de las implicancias en la dinámica familiar. (Bustamante, 2000). En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Cuando resulta adecuada y flexible es funcional, entonces contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar (Ares, 2002).

En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se ha planteado que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las

generaciones y son observados los valores culturales. (Ferrari, 1997; Anderson, 1998). Como bien se ha reconocido, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, es el escenario privilegiado donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. La familia constituye un espacio de vivencias de primer orden, ahí es donde el sujeto tiene sus primeras experiencias y donde adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto donde se dan las condiciones para su desarrollo, favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario el foco principal de sus trastornos emocionales.

Por otro lado, hay que considerar que la salud familiar es el resultado de la interacción entre diversas situaciones que un grupo familiar enfrenta y que determinan su reacción frente a los fenómenos de su proceso de vida incluida la condición de sano y enfermo. También es concebida como el conjunto de situaciones de salud de los individuos que componen una familia dada, o bien como totalidad supra – individual, en lo que se considera a la familia como un sistema de características grupales propias.

Los componentes de salud familiar dependerán de:

- La experiencia humana de salud de cada integrante de la familia y de esta como un todo.
- La dinámica psicosocial, representada por las interacciones interfamiliares y su grado de funcionalidad.
- Las características ecológicas (socioeconómicas, demográficas y culturales) del ambiente en el que la familia se inserta determinarán en alguna medida

la respuesta familiar frente a la crisis que originan los problemas en la familia.

El cuidado de la salud de la familia ha sido explorado principalmente por la antropología médica, según Menéndez (1992) habla del modelo de autoatención, que tiene por centro a la mujer, y constituye el primer nivel real de atención a la salud. Zolla (1998) sostiene que para el cuidado de la salud de la familia existe un sistema real de salud, en contraste del sistema formal, autodenominado nacional, integrado por tres subsistemas o modelos: el de la medicina académica, el de la medicina tradicional y el de la medicina doméstica o casera. El modelo del cuidado de la salud de la familia ha sido poco investigado.

Menéndez (1992) y Zolla (1998) entre otras características señalan que este modelo está estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas a los estados de desequilibrio en general y al proceso salud enfermedad/atención en particular. Como modelo de atención, su quehacer no se limita al área médica (preventiva o curativa) sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda.

Cada vez más, un proceso de colaboración en el que la familia participa activamente en el mantenimiento de su estado de salud, sustituye al planteamiento tradicional de la atención de salud, en el que se considera que los médicos y las enfermeras son expertos que deciden lo que conviene a la familia y a sus miembros. Las familias desean participar y los consumidores

informados piden un control cada vez mayor de los cuidados que reciben (CIE, 2007).

La medida en que la familia participa en la atención de salud puede variar en función de la situación o del problema de salud. En las situaciones en que se trata de problemas menores de baja gravedad, las enfermeras se centran generalmente en el paciente. En cambio, en los casos de enfermedades crónicas, problemas graves o cuestiones de estilo de vida, las enfermeras han de implicar a toda la familia en la prestación de los cuidados. Las enfermeras que prestan cuidados a las familias se fundan en principios básicos que orientan sus intervenciones y les ayudan a comprender la relación dinámica y compleja que existe entre la salud de la familia y la salud de cada uno de sus miembros.

Las enfermeras que trabajan con las familias desempeñan múltiples funciones, según las necesidades de la familia y los contextos en que se prestan los cuidados. La enfermera de familia se vale de varias de estas funciones para identificar riesgos sanitarios y problemas o necesidades de salud, y para abordar la situación, ella sola o en colaboración con las familias, con otros profesionales de salud o con grupos. La enfermería de familia es un conjunto de cuidados a todo lo largo de la vida: servicios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, de atención, de cuidados, de curación y de rehabilitación. Este continuo de cuidados constituye la capacidad de la enfermería para mejorar la salud de la familia (CIE, 2007).

Es en este punto donde debemos referir algunos trabajos de investigación que nos refuercen el marco teórico presentado, para tener una idea de la evidencia de los antecedentes sobre el tema en estudio.

Izabella Rohlf (2000) en España, trata sobre “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”, quien refiere que al estudiar la salud bajo la perspectiva de género es necesario tener presentes las diferencias biológicas entre mujeres y varones y las desigualdades en la socialización y en las normas, según el género de quien las aplica y del sujeto a quien son aplicadas. También es necesaria una mayor interdisciplinariedad en los enfoques de género y salud, que implican por un lado el conocimiento epidemiológico y de salud pública y por otro el marco teórico-conceptual de las ciencias sociales.

Liuba Kogan (1997) en Perú, presenta “Relaciones de género en las familias de sectores altos de Lima”. Quedando claro que el sistema de género que se construye es el de la femineidad y la masculinidad como dos esferas sin gran contacto entre sí. Este sistema fomenta la incomunicación entre géneros, definidos como constructos polares. Además, las mujeres tienen un papel formalmente subordinado al de los varones, debido a que construyen su femineidad en torno a los roles de esposa y madre, teniendo muy poca motivación para construir intereses propios. Los varones, por otra parte, detentan el poder formal en tanto autoridad y representante de la familia, a partir del rol de proveedor económico. La iglesia, el sistema educativo tradicional, y las familias como instituciones que sustentan las relaciones sociales en este sector socioeconómico, y que construyen un marco contextual

para las relaciones de género, parecen ser entes muy sólidos, por lo que se sospecha que los procesos de modificación a nivel de estereotipos de la femineidad y masculinidad serán relativamente lentos.

Michelle Zimbalist Rosaldo (2002) en México, relaciona “Mujer, cultura y sociedad: Una visión teórica”, concluye que la sociedad norteamericana está organizada de forma que crea y fomenta una distancia radical entre lo privado y lo público, lo doméstico y lo social, mujeres y varones. Sugiere la idea de que los varones, que en el pasado han dedicado sus vidas a una acción pública, únicamente admitirán que las mujeres son realmente iguales a ellos cuando ellos ayuden a criar nuevas generaciones asignándose las responsabilidades domésticas.

Adriana Alves Nery (2006), en Brazil investigó “Necesidades de salud en la estrategia de Salud de la Familia en la municipalidad de Jequié – Bahía”. Donde concluye que se debe ofrecer herramientas para el trabajo y, en este caso, la taxonomía de las necesidades propuesta por Matsumoto (1999) puede llevar a los gestores y al equipo a reflexionar sobre una lógica para el trabajo en salud que los aproxime de los usuarios, favoreciendo los procesos de participación social, posibilitando el “escuchar” con la comprensión de las necesidades de salud y con la premisa de la integralidad del cuidado a la salud.

Craco Dout Priscila (2006), en Brazil, trata sobre “Acción Comunicativa en el cuidado de la salud de la familia: encuentros y desencuentros entre los profesionales de la salud y usuarios”; donde resalta la dimensión de comunicación del encuentro de los profesionales de la salud y usuarios, como en un proceso de diálogo, que les dé garantía y estimule una creciente

integración entre las finalidades técnicas del trabajo y los proyectos de vida del usuario.

Rosana Tupinambá Viana Frazili (2006) en Brazil presenta “Necesidades de perfeccionamiento de las enfermeras que trabajan en unidades de la salud del programa de la familia”. El análisis de los resultados señala con respecto a dos sedes de las categorías: sabiendo y haciendo, observándolo la presencia de una red compleja entre estas categorías, resultado del trabajo se convirtió para estas enfermeras. Las consideraciones, al final de la investigación, indican la escasez en la formación académica de la enfermera en subvencionar las familias de la atención, y que no son llevados con cursos de perfeccionamiento, muchas veces, en vigilancia con la práctica de la enfermera en las familias. Reconocen la importancia de la intervención de la enfermera en la práctica social en la salud y, las necesidades de las evidencias de perfeccionamiento de la enfermera para llevar cuidado de esta práctica.

Algunos avances se pueden referir en este sentido, por la participación de la mujer en el cuidado de la salud, norma estatuida por la sociedad como obligación; pero, no reconocida en el ámbito o foros de discusión oficialmente, no obstante, hay acontecimientos notables al respecto como La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada el 10 de diciembre de 1948; la Primera Conferencia sobre la Mujer se llevó a cabo en 1975 (en México); el decenio 1975-1985 fue declarado por la ONU como La Década de la Mujer; el 18 de diciembre de 1979 fue adoptada la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; en 1980 se celebró la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer (Copenhague); en 1990 se

celebró la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer (Nairobi); el 20 de diciembre de 1993 se redactó el documento Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; en ese mismo año la ONU declaró que la violencia contra las mujeres supone una violación a los Derechos Humanos; el 9 de junio de 1994 fue suscrita la Comisión Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la última Conferencia Mundial sobre la Mujer tuvo lugar en 1995 en Beijing. Evidentemente, la firma de un documento o su aceptación, no garantiza su aplicación (OMS, 2005).

La Convención de 1979 sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció que la discriminación por motivos de género tiene efectos gravemente perjudiciales para la salud de la mujer y estableció una carta internacional de derechos de la mujer. Esta Convención, ratificada por 161 países hasta enero de 1998, obliga jurídicamente a los signatarios a eliminar la discriminación contra la mujer en el respeto de todos los derechos civiles políticos, económicos y culturales. Su artículo 12 se refiere expresamente a la salud y a la eliminación de la discriminación y fomento de la equidad para la mujer en los cuidados de salud (CIE, 2007).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de 1995, En este evento quedó establecido que la religión, la cultura y la tradición no pueden utilizarse para privar a la mujer del ejercicio de sus derechos humanos. La mujer tiene el derecho de controlar todos los aspectos de su salud, incluida la fertilidad (OMS, 2005).

- Las mujeres son el 70% de las personas que viven hoy en absoluta pobreza.
- Los 2/3 de los analfabetos adultos de más de 15 años de edad son mujeres.
- La tasa de mortalidad de las niñas es entre una y cuatro veces mayor que la de los niños en 43 de los 45 países de un estudio.
- El 43% de las mujeres sufren de carencia de hierro.
- El 35% de las mujeres de los países en desarrollo no reciben atención durante el embarazo; casi el 50% dan a luz sin la asistencia de una persona capacitada; el 70% no recibe atención después del parto.
- Un estudio de una región remota de la India meridional halló que el 58% de las muertes de bebés niñas eran infanticidios cometidos generalmente dentro de los siete días siguientes al nacimiento.
- Casi 80 000 mujeres mueren cada año por abortos en precario.

En Perú la estadística de género del año 2000 se basa en población por grupos decenales de edad, en donde se puede apreciar que los grupos mayoritarios de mujeres se encuentran entre las de edades de 20 a 80 a + años respectivamente, mientras que los grupos mayoritarios de varones se encuentran entre los 0 a 19 años (PROMUDHE, 1999) (Anexo 01). Esto llevó a detallar algunos índices como los que a continuación se detallan.

El índice de desarrollo humano relativo al género (IDG) es un indicador social similar al IDH (Índice de Desarrollo Humano) y que mide las desigualdades sociales y económicas entre varones y mujeres. Es elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y se basa en los siguientes tres componentes e indicadores:

- Vida larga y saludable (medido por la esperanza de vida al nacer de cada sexo)
- Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y terciaria por sexo)
- Nivel de vida digno (medido por la estimación de ingresos percibidos por sexo)

El Índice de Potenciación de Género (IPG), se concentra en tres variables:

- En lo relativo al poder sobre los recursos económicos basado en la participación en el ingreso proveniente del trabajo. El ingreso, como fuente de poder económico que faculta a quien gana un ingreso para que elija en un conjunto más amplio de posibilidades y ejerza una gama más amplia de opciones.
- El lo que respecta a las oportunidades profesionales y la participación en la adopción de decisiones económicas, la variable elegida es la participación en empleos clasificados como profesionales y técnicos, y como ejecutivos y de gerencia. Los empleos de gerencia y ejecutivos están mas cerca de la adopción de decisiones, en cambio las actividades profesionales y técnicas representan oportunidades de tener perspectivas de carrera.
- El acceso a las oportunidades políticas y la participación en la adopción de decisiones políticas. En este caso uno de los mejores indicadores es la participación femenina en los órganos representativos locales como alcaldesas y regidoras municipales, provinciales y distritales elegidas.

El resultado varía entre 0 y 1. Un valor de 1 indica participación equitativa de ambos géneros en la vida económica como política o profesional (PROMUDHE, 1999).

Al estimarse el IPG para el año 1997, se observa un ligero incremento de 1.4 % respecto del año 1995, al pasar del valor de 0.460 en 1995 a 0.466 en 1997. Estos bajos valores demuestran claramente que, para aumentar las oportunidades económicas y políticas de la mujer peruana se tiene que avanzar mucho mas que la distancia ya recorrida para aumentar la capacidad básica de la mujer.

En lo que concierne en la participación de la mujer en puesto de profesionales y técnicos, se observa que en las últimas décadas un importante sector de las mujeres peruanas adquiere es educación superior especializada. Así, en 1997 del total de puestos de trabajo de profesionales y técnicos, el 47.6% es ocupado por mujeres. La mayor proporcione de mujeres en empleos profesionales y técnicos se encuentran en los departamentos de Arequipa, Callao, Lambayeque y Tacna, donde mas del 50% de esos puestos es ocupado por mujeres.

En puestos de gerencia y ejecutivos, la participación de las mujeres es menor, pues solo el 19.4% de estos puestos es ocupado por las mujeres. En Ayacucho solo el 8%, en Pazco el 9%, en Tumbes el 9.3% y en la Libertad el 11.3%, de los puestos de gerente o ejecutivo es ocupado por las mujeres. En cambio, en Huanuco el 32.8 %, en Lambayeque el 29.6%, en Ucayali 28.5%, en Loreto el 27.5%, en el Callao 24.7% y en Tacna 24.2% es desempeñado por las mujeres.

Esta baja participación de la mujer en puestos de gerencia o ejecutivos, demuestra que en nuestra sociedad existen escasas oportunidades de empleo en cargos altos para las mujeres.

En lo que respecta al acceso de la mujeres en puestos de decisión y en política, su participación es aun mas baja que en materia económica. Solo el 7.7 % de los puestos de alcaldes y regidores son ocupados por las mujeres en 1997. En 1998 producto de la aplicación de la denominada “Ley de Cuotas” en todos los comicios electorales la participación de las mujeres en los gobiernos locales como alcaldesas y regidoras ascendió al 22%.

La provincia constitucional del Callao y el departamento de Lima, clasifican en los primeros lugares según el IPG, y les siguen a cierta distancia Tacna y Madre de Dios. Esto significa que en estos departamentos no solo se ha avanzado en la capacidad básica de la mujer si no que además se han abierto a oportunidades para que las mujeres participen en las esferas económicas y política.

Según la clasificación del IPG, se encuentra que algunos departamentos de la Selva (Madre de Dios, Loreto, Tumbes Y Ucayali) que superan en cuanto a la igualdad de género en las actividades económicas y políticas a otros departamentos mas desarrollados ubicados en la Costa (Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque). Esto demuestra que la creación de oportunidades para la mujer no depende necesariamente del nivel de ingreso ni del nivel de desarrollo alcanzado.

Departamentos mejor ubicados por el Índice de Desarrollo Relativo al Género que por Potenciación del Género (1997): los departamentos de Arequipa, La Libertad, Junín, Ancash y Pasco han logrado una mejor ubicación en el IDG, en cambio en el IPG obtiene ubicaciones bajas. Es decir, no existen brechas significativas entre varones y mujeres en acceso a los beneficios de la educación, salud e ingresos. Sin embargo, existe disparidades significativas en la participación activa de varones y mujeres en la vida económica, política y en la adopción de decisiones

Acceso de mujeres y varones a servicio de salud: la encuesta nacional de hogares del segundo trimestre de 1998 proporciona los siguientes datos: el 84.3% de mujeres y el 84.1 % de varones que necesitaban recibir atención en salud accedieron a algún tipo de servicio de salud sea público o privado.

Sin embargo, la extensión de la cobertura no ha logrado eliminar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud entre los residentes del área urbana y rural. El acceso a los servicios de salud entre mujeres y varones es desigual en el área rural, donde las mujeres muestran desventajas, con respecto a los varones. Otro factor que aumenta los riesgos de salud de las mujeres es la pobreza. Así, las mujeres en situación de pobreza extrema del área urbana como del área rural acceden en menor medida a los servicios de salud en comparación con los varones de similar situación.

Si bien una proporción importante tanto de mujeres como de varones que necesitan atención accedieron a los servicios de salud, el número de veces de acceso a la consulta varía entre mujeres y varones. De acuerdo a la

información proporcionada por el MINSA para la provincia de Lima, los varones consultan mas veces que las mujeres (2.3 versus 1.9). Sin embargo en las edades más tempranas la frecuencia de las consultas tanto para las mujeres como los varones es igual, diferenciándose a partir de los 15 años, con ventajas para los varones (PROMUDHE, 1999).

Durante nuestra experiencia como internas de enfermería, las autoras del presente estudio realizamos un trabajo continuo con familias urbano – marginales, periodo en el cual pudimos observar y evaluar sus características y la forma en que cada familia cuidaba su salud, identificando notables diferencias que brindaban la madre y el padre a los integrantes de la familia.

Es innegable que la importancia de la familia en la sociedad es muy significativa. La sociedad precia mucho la contribución de elementos que componente su desarrollo, por ello es que la familia se la considera célula básica, porque proporciona “los soldados” que van a alimentar a la colectividad para su defensa, control y otras actividades que crea necesarias.

También es reconocido que las funciones básicas de la familia, son las que se desarrollan en su interior y que de alguna manera son comunes, aunque difieran en términos de contexto y/o cultura; sin embargo, se ha resaltado mucho la importancia y trascendencia de la función del cuidado de la salud, por cada uno de sus miembros, aunque la sociedad atribuye roles mucho mayores y responsabilidades muy importantes a las madres, y por extensión a las mujeres.

Es en este sentido es que, la perspectiva de género, emerge en esta concepción social para el cuidado de la salud de la familia; sin embargo, para los otros miembros la sociedad atribuye otros roles y otras funciones a cumplir, por ejemplo, en el caso del padre, los hijos y otros integrantes.

Desde esta perspectiva, sin embargo, se nota la distinción o más bien la discriminación que se le hace a la mujer que tiene que desarrollar múltiples actividades, roles y funciones, como responsabilidades inherentes –si la comparamos con otros miembros de la familia-, y la sociedad ve con malos ojos, cuando estas responsabilidades atribuidas no las cumple ni menos, las lleva a cabo.

En este plano de discusión cabe también considerar algunos otros factores que en el presente proyecto de investigación se están considerando, como los demográficos, los educativos, los familiares y otros que podrían coadyuvar o potenciar esta relación o influencia en el logro y cumplimiento de estas responsabilidades atribuidas o que la misma mujer las asume.

Nuestro propósito es identificar qué factores socioculturales se relacionan con el cuidado de la salud de la familia teniendo en cuenta la perspectiva de género; en el cual la promoción y protección de la salud familiar, mejora y preserva la salud de la comunidad. La familia es entonces un cliente importante en el cual el cuidado de su salud es indispensable, donde la perspectiva de género relacionada con el ser, el tener, el hacer, y el estar de las mujeres y los varones, tienden a satisfacer de manera diferente las necesidades axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad; constituyendo un aporte para

enriquecer no solo las propuestas con respecto a la mujer sino las alternativas de pensar, fomentar y poner en practica la redistribución de responsabilidades y poder entre mujeres y varones con el fin de mejorar el bienestar físico, psicológico y social de la familiar y por ende de la comunidad.

Por otro lado, teniendo en cuenta la perspectiva de los sistemas de salud y para que estos funcionen eficazmente con una orientación sensible al género, las enfermeras y todo el personal de este sector han de conocer a fondo la importancia que tienen las cuestiones del género en la atención de la salud y en consecuencia el cuidado de la salud de todos los miembros de la familia.

Los profesionales de la salud han de identificar y abordar las diferencias entre varones y mujeres y las estructuras de poder que influyen en la salud, para subsanar el desequilibrio existente.

En consecuencia, el conocimiento de los determinantes de la salud de las mujeres uno de los grupos cuyas características específicas son frecuentemente olvidadas en las políticas de salud pública más allá de los factores ligados a la salud reproductiva (embarazo, parto, menopausia, etc.) es fundamental para la visualización global de las desigualdades en salud según género y ésta visión a su vez puede ser muy útil para la investigación del cuidado de salud de la familia.

El presente trabajo de investigación pretende determinar la relación existente entre los factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco, ingreso económico, con el cuidado de la salud de la familia desde

la perspectiva de género, para lo cual nos hemos formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre algunos factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco, ingreso económico, con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, en el sector poblacional de Vista Alegre, distrito de Víctor Larco, 2007?

OBJETIVOS:

- Determinar el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, en el sector poblacional de Vista Alegre. Distrito Víctor Larco, 2007.
- Identificar algunos factores socioculturales como: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco, ingreso económico en el sector poblacional de Vista Alegre. Distrito Víctor Larco, 2007.
- Establecer la relación existente entre algunos factores socioculturales como: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco, ingreso económico con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género en el sector poblacional de Vista Alegre. Distrito Víctor Larco, 2007.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, exploratorio y de corte transversal (Polit y Hungler, 1997). Se llevó a cabo en el sector poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, en los meses de Agosto – Septiembre del 2007.

2.2. POBLACIÓN:

2.2.1. UNIVERSO MUESTRAL:

El presente estudio tendrá como universo muestral a las familias existentes en el sector poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, Provincia de Trujillo, Departamento de La Libertad, que suman un total de 21080 familias, según información manejada por la Oficina de Estadística e Informática del Centro de Salud Materno Infantil Vista Alegre.

- **Criterio de Inclusión:**

- Familias jóvenes a familias maduras residentes en el sector mencionado por lo menos un año atrás.
- Que acepten participar en la investigación.

- **Criterios de Exclusión**

- Familias u otros miembros o parentela que estén “de visita” en el sector a investigar.

2.2.2. MUESTRA:

Tomando en cuenta un porcentaje estimado de la muestra $p= 0.90$, y una confiabilidad del trabajo al 95% con un error máximo aceptable del 5%, se aplicó utilizando la prueba de tamaño de la muestra del software estadístico Stats, v. 01.0, según los resultados la población que es adecuada para la presente investigación es de 135 familias. Las cuales fueron seleccionadas mediante la metodología de muestreo por conglomerados.

2.2.3. UNIDAD DE MUESTREO:

Viene a ser la vivienda donde moran las familias en el sector de Vista Alegre.

2.2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Es el miembro de la familia que en ese momento de la entrevista dé la información requerida y que esté comprendido entre los 15 años a más de edad.

2.3. TÉCNICAS O INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó un instrumento, el cual se describe a continuación:

A. ESCALA DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO:

Es una escala elaborada por Bulnes y Callirgos (2007); esta diseñada para medir índice de potenciación de género con respecto al cuidado de la salud de la familia, consta de 24 ítems, y se utiliza un escala dicotómica con las opciones "Si existe"

(ambos padres realizan el cuidado de la familia) y “No existe” (solo uno u otra persona realiza el cuidado de la familia).

En la parte inicial de la escala se ha agregado 8 ítems destinados a conocer los factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco e ingreso económico (ANEXO 02).

2.4. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

2.4.1. PRUEBA PILOTO:

El instrumento: Escala del Cuidado de la Salud de la familia desde la Perspectiva de Género, utiliza en el presente trabajo de investigación fue aplicado a 10 familias pertenecientes al Distrito La Esperanza, quienes no formaron parte de la muestra. La aplicación del instrumento se realizó con la finalidad de conocer su comprensión y practicidad, así mismo proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

2.4.2. VALIDEZ:

Se considera que la presente investigación requiera una validez empírica que devendrá posteriormente.

2.4.3. CONFIABILIDAD:

El análisis de confiabilidad del instrumento: Escala del Cuidado de la Salud de la Familia desde la Perspectiva de Género (ANEXO 02) en donde se empleará la prueba estadística del Alpha de Cronbach del software SPSS v.15.0.

INSTRUMENTO	ITEMS	ALPHA DE CRONBACH
Escala del Cuidado de la Salud de la Familia desde la Perspectiva de Género	24	0.672

Por lo que por los valores obtenidos se pueden considerar adecuados para el presente trabajo de investigación.

2.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

La aplicación de la encuestas se realizó en un plazo de una semana y en forma colectiva a las familias de los diferentes sectores de Vista Alegre, las cuales fueron elegidas al azar y aquellas que aceptaron participar en la investigación realizada.

2.6. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE DATOS:

El presente estudio se realizó previa coordinación con la Jefe Enfermera del Módulo de Atención Integral de Salud del C.S.M.I. "Vista Alegre" obteniendo la autorización y el apoyo respectivo para la realización del presente estudio de investigación, así como el plano de dicho sector.

Luego se procedió a la recolección de los datos, para ello, como se especificó en la parte de muestra, se hizo el muestreo por conglomerados, haciendo hincapié inicialmente en la sectorización del escenario de investigación, para posteriormente asignar códigos a las viviendas, por manzana y por sector.

Seguidamente con dicha información se procedió a la elección de la manzana, con un sorteo aleatorio simple, por

sector, después de elegidas las manzanas, por sector; se procedió a la elección de la vivienda con un muestreo sistemático estableciendo la relación entre el número promedio de viviendas por manzana y el número real de viviendas encontradas.

Posteriormente se hizo la entrevista casa por casa, con un intervalo de tres casas por medio, en el sentido de las agujas del reloj en cada manzana.

La aplicación de las encuestas elaboradas se realizó teniendo en cuenta los criterios de inclusión ya mencionados. Los instrumentos se aplicaron en un tiempo promedio de 15 minutos en cada miembro de la familia que participó en la entrevista, finalizando con la verificación del llenado correcto y completo de los mismos.

En todo momento se respetó los principios éticos de consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y no maleficencia. Finalmente se calificaron los instrumentos de acuerdo a los resultados establecidos.

2.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos recolectados se procesaron empleando el programa SPSS v.15. La prueba estadística empleada fue la chi cuadrada (X^2) para el caso de la relación de dependencia de criterios entre variables nominales y ordinales y de nominales con ordinales, para el caso de variables de intervalo con variables nominales se empleó la prueba estadística Eta.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable principal: se refiere a la condición de cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género.

Variables secundarias: factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tamaño de la familia, tipo de familia, parentesco, ingreso económico.

A- Variable Principal:

Cuidado de la Salud de la Familia desde la Perspectiva de Género:

Definición Conceptual: Son los conceptos y prácticas relativos a nutrición, higiene, educación, recreación, sexualidad, reproducción, religiosidad, normas sociales, trabajo y vivienda; que se realizan dentro del ámbito familiar, teniendo en cuenta los principios de familia: solidaridad, singularidad e identidad, amor y conversación; con democracia y participación del varón y la mujer en el cuidado de la familia revirtiendo las relaciones de subordinación que puedan existir, donde la perspectiva de género constituye la alternativa de pensar, fomentar y poner en práctica la redistribución de responsabilidades y poder entre mujeres y varones con el fin de mejorar el bienestar físico, psicológico y social de la familia y por ende de la comunidad (Klamberg, 2000).

Definición Operacional: Para la medición se empleará la escala de Cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género elaborada por las autoras en base a las ideas de potenciación de género aplicadas a la

dinámica familiar. Los ítems serán valorados de 1 hasta 2, en las siguientes categorías:

Si existe: Cuando corresponde al valor de 1 de todas las valoraciones de los ítems propuestos en la escala y que corresponden a la perspectiva de género compartida.

No existe: Cuando corresponde al valor de 2 en todas las valoraciones de los ítems propuestos en la escala y que corresponden a la perspectiva de género no compartida, o en todo caso, solamente ejercida por la mujer o madre.

B.- Variables Secundarias:

Factores Socioculturales:

Definición Conceptual: Son las características sociales y culturales que diferencian al ser humano (Long, 1998).

Definición Operacional: Para efecto de la presente investigación se determinó nuevos indicadores:

a) Ciclo de vida familiar:

Definición Conceptual: Es el ciclo que estudia la estructura y la función de las familias a lo largo de las distintas etapas que surgen en el desarrollo de las familias (Hall, 1995).

Definición Operacional: Esta variable se clasifica con fines de manejo estadístico en rango de:

- Familias tipo II (pareja con lactantes).
- Familias tipo III (pareja con preescolares)
- Familias tipo IV (pareja con escolares)
- Familia tipo V (pareja con adolescentes)
- Familia tipo VI (pareja con hijos adultos jóvenes)

b) Grado de Instrucción:

Definición Conceptual: Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (Mafessoli, 1998).

Definición Operacional: Para el caso de la investigación se tendrá en cuenta el grado de instrucción de la pareja en forma combinada, en las siguientes categorías:

- **Baja:** Cuando ambos tienen solamente primaria completa o incompleta, son analfabetos o uno tiene primaria y el otro secundaria: o uno secundaria y el otro analfabeto, o finalmente uno tiene primaria o es analfabeto y el otro tiene superior.
- **Media:** Cuando ambos tienen secundaria completa o incompleta, o uno superior y el otro secundaria completa o incompleta.
- **Alta:** cuando ambos tienen la educación superior universitaria o técnica completa o incompleta.

c) Estado Civil:

Definición Conceptual: Es la situación en que se encuentra una persona en relación a la vida conyugal o marital (Cortina, 2002).

Definición Operacional: Esta variable se categorizó en:

- Casada /o; cuando tiene vida conyugal en pareja y matrimonio civil.
- Conviviente; cuando tiene vida conyugal en pareja sin matrimonio civil.

d) Ocupación:

Definición Conceptual: Es la situación en la cual el individuo desempeña parcial o totalmente una actividad determinada y por la cual recibe una remuneración o de lo contrario se encuentra fuera de actividad laboral (Goleman, 1997).

Definición Operacional: esta variable se categorizó en:

- Ambos cónyuges trabajan. Cuando ambos declaran tener una actividad económica complementaria.
- Uno de los cónyuges trabaja. Cuando ambos reconocen que uno de los miembros de la pareja trabaja

e) Tamaño de la Familia:

Definición Conceptual: Numero de miembros que integran la familia (Vera, 1997).

Definición Operacional: esta variable se clasificó en:

- Pequeña: 3 o menos
- Mediana: 4 a 6
- Grande: 7 a mas

f) Tipo de familia:

Definición Conceptual: Formas de organización familiar y de parentesco (Ares, 2002).

Definición Operacional: esta variable se clasificó en

- Nuclear (solo padres e hijos)
- Extensa (padres, hijos y otros parientes)

g) Parentesco:

Definición Conceptual: La existencia de relaciones jurídicas derivadas de la consanguinidad, la afinidad o la adopción determina el parentesco (Klamberg, 2000).

Definición Operacional: esta variable se clasificó en

- Cabeza de familia (el / la que aporta dinero en casa)
- Esposo/a o pareja
- Hija/o
- Padre / Madre. Suegra / suegro
- Abuela / Abuelo
- Nieta / Nieto
- Hermana / Hermano

- Otros familiares
- Otros no familiares

h) Ingreso económico:

Definición Conceptual: condición de generar ingreso monetario a la familia (Breilh, 1991).

Definición Operacional: esta variable se clasificó en:

- Menos de s/.400
- Entre s/. 400 a s/. 800
- Mayor de s/. 800

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

**CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO	Nº	%
Si Existe	49	36.3
No Existe	86	63.7
TOTAL	135	100.0

n = 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla N° 1 se observa que el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, existe en menor porcentaje con un 36.3% a diferencia de un 63.7% en donde no existe perspectiva de género para el cuidado de la salud de la familia.

TABLA Nº 2

FACTORES SOCIOCULTURALES: CICLO DE VIDA FAMILIAR, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL, OCUPACION, TAMAÑO DE LA FAMILIA, TIPO DE FAMILIA, PARENTESCO E INGRESO ECONOMICO.

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

FACTORES SOCIOCULTURALES		Nº	%
CICLO DE VIDA FAMILIAR	Tipo II	8	5.9
	Tipo III	9	6.7
	Tipo IV	23	17.1
	Tipo V	43	31.8
	Tipo VI	52	38.5
	Total	135	100.0
GRADO DE INSTRUCCION	Baja	30	22.2
	Media	52	38.5
	Alta	53	39.2
	Total	135	100.0
ESTADO CIVIL	Casado	83	61.4
	Conviviente	52	38.6
	Total	135	100.0
OCUPACION	Ambos trabajan	63	46.6
	Uno trabaja	72	53.4
	Total	135	100.0
TAMAÑO DE FAMILIA	Pequeña	21	15.6
	Mediana	91	67.4
	Grande	23	17
	Total	135	100.0
TIPO DE FAMILIA	Nuclear	82	60.7
	Extensa	53	39.3
	Total	135	100.0
PARENTESCO	Cabeza de familia	28	20.8
	Esposo/pareja	65	48.2
	Hijo (a)	36	26.8
	Padre/Madre	1	0.7
	Abuelo (a)	2	1.4
	Hermano (a)	2	1.4
	Otro familiar	1	0.7
	Total	135	100.0
INGRESO ECONOMICO	Menor de s/.400	10	7.4
	Entre s/.400 a s/.800	64	47.4
	Mayor de s/.800	61	45.2
Total		135	100.0

n = 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla N° 2 se observan los factores socioculturales que se han considerado en la investigación como:

Ciclo de vida familiar, se obtuvo mayor porcentaje en un 38.5% con familia tipo VI (familia con adultos jóvenes) y 31.8% con familia tipo V (familia con adolescentes) y en menor porcentaje en un 5.9% con familia tipo II (familia con lactantes).

Grado de instrucción, en donde un 39.3% de familias tienen un grado de instrucción alta, un 38.5% de familias tiene grado de instrucción medio y un 22.2% de familias tienen grado de instrucción baja.

Estado civil, se obtuvo que un 61.4% de familias son casadas y un 38.6% de familias son convivientes.

Ocupación, cuyo resultado fue 53.4% en familias en donde solo un cónyuge trabaja y en 46.6% en familias en donde ambos cónyuges trabajan.

Tamaño de la familia, se obtuvo que un 15.6% de familias son pequeñas, un 67.4% de familias son medianas y que un 17% de familias son grandes.

Tipo de familia, en donde un 60.7% de familias son nucleares y que un 39.3% de familias son extensas.

Parentesco, el resultado al responder la encuestas fue de un 20.8% en cabeza de familia, un 48.2% en esposa o pareja y un 26.8% en hijo (a).

Ingreso económico, en donde un 45.2% de familias tienen un ingreso mayo a s/.800, un 47.4% de familias tienen un ingreso entre s/.400 y s/.800 y un 7.4% de familias tienen un ingreso menor a s/.400.

TABLA N° 3

RELACION EXISTENTE ENTRE EL CICLO DE VIDA FAMILIAR Y EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA
PERSPECTIVA DE GÉNERO

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	CICLO DE VIDA FAMILIAR											
	Tipo II		Tipo III		Tipo IV		Tipo V		Tipo VI		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	4	50.0	6	66.7	11	47.8	19	44.2	9	17.3	49	36.3
No Existe	4	50.0	3	33.3	12	52.2	24	55.8	43	82.7	86	63.7
Total	8	100.0	9	100.0	23	100.0	43	100.0	52	100.0	135	100.0

$X^2 = 14,829$ $p = < 0.05$

n= 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En el tabla N° 3 se observa que en el tipo de familia en donde existe mayor porcentaje de perspectiva de género es en la familia de tipo III con 66.7%, a diferencia de la familia de tipo VI en donde no existe perspectiva de género con 82.7% en el cuidado de la salud de la familia. Asimismo, la diferencia en el cuidado de la familia no es tan marcada en las familias de tipo II, IV y V.

La prueba estadística del X^2 demuestra relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el ciclo de vida familiar tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA Nº 4

**RELACION EXISTENTE ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCION Y EL
CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	GRADO DE INSTRUCCIÓN							
	Baja		Media		Alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	2	6.7	16	30.8	31	58.5	49	36.3
No Existe	28	93.3	36	69.2	22	41.5	86	63.7
Total	30	100.0	52	100.0	53	100.0	135	100.0

$X^2 = 23,369$ $p = < 0.05$

$n = 135$

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla Nº 4 se observa que en las familias con grado de instrucción baja y media no existe la perspectiva de género en un 93.3% y 69.2% respectivamente. A diferencia de las familias con alto grado de instrucción donde si existe perspectiva de género en un 58.5%.

La prueba estadística del X^2 demuestra relación estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo que podemos afirmar que existe relación entre el grado de instrucción con el cuidado de la salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA Nº 5

**RELACION EXISTENTE ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CUIDADO DE LA
SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	ESTADO CIVIL					
	Casado		Conviviente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	36	43.4	13	25	49	36.3
No Existe	47	56.6	39	75	86	63.7
Total	83	100.0	52	100.0	135	100.0

$X^2 = 4.668$ $p = < 0.05$

$n = 135$

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla Nº 5 se observa que en familias casadas un 43.4% si existe perspectiva de género y en cambio en las familias convivientes solo existe en un 25%. Asimismo, en las familias convivientes un 75% no existe perspectiva de género así como un 56.6% en las familias casadas.

La prueba estadística del X^2 demuestra relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el estado civil tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA Nº 6

**RELACION EXISTENTE ENTRE OCUPACION Y EL CUIDADO DE LA
SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO	OCUPACION					
	Ambos Trabajan		Uno Trabaja		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	31	49.2	18	25	49	36.3
No Existe	32	50.8	54	75	86	63.7
Total	65	100.0	72	100.0	135	100.0

$X^2 = 8.515$ $p = < 0.05$

$n = 135$

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla Nº 6 se puede evidenciar que un 49.2% de las familias en las que ambos cónyuges trabajan existe perspectiva de género y solo en un 25% en las familias en donde solo un cónyuge trabaja. Asimismo, en un 75% de las familias en las que solo un cónyuge trabaja no existe perspectiva de género y un 50.8% en aquellas familias en donde ambos cónyuges trabajan.

La prueba estadística del X^2 demuestra relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que la ocupación tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA Nº 7

**RELACION EXISTENTE ENTRE EL TAMAÑO DE FAMILIA Y EL CUIDADO
DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	TAMAÑO DE FAMILIA							
	Pequeña		Mediana		Grande		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	8	38.1	34	37.4	7	30.4	49	36.3
No Existe	13	61.9	57	62.6	16	69.6	86	63.7
Total	21	100.0	91	100.0	23	100.0	135	100.0

$X^2 = 0.416$ $p = >0.05$ N. S.

n = 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla Nº 7 se puede apreciar que no existe perspectiva de género en los diferentes tamaños de familias y que existe en mayor porcentaje en las familias pequeñas.

La prueba estadística del X^2 demuestra que no existe relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el tamaño de familia no tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA N° 8

**RELACION EXISTENTE ENTRE EL TIPO DE FAMILIA Y EL CUIDADO DE
LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO	TIPO DE FAMILIA					
	Nuclear		Extensa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	32	39	17	32.1	49	36.3
No Existe	50	61	36	67.9	86	63.7
Total	82	100.0	53	100.0	135	100.0

$X^2 = 0.672$ $p = > 0.05$ N.S.

n = 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla N° 8 se observa que en las familias nucleares como en las familias extensas no existe perspectiva de género con un porcentaje de 61% y 67.9% respectivamente. Asimismo, solo en un 39% y 32.1% si existe perspectiva de género.

La prueba estadística del X^2 demuestra que no existe relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el tipo de familia no tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA Nº 9

RELACION EXISTENTE ENTRE PARENTESCO Y EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO	PARENTESCO															
	Cabeza de Familia		Esposo (a)		Hijo (a)		Padre / Madre		Abuelo (a)		Hermano (a)		Otros familiares		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	17	60.7	19	29.2	10	27.8	1	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	49	36.3
No Existe	11	39.3	46	70.8	26	72.2	0	0.0	2	100.0	0	0.0	1	100.0	86	63.7
Total	28	100.0	65	100.0	36	100.0	1	100.0	2	100.0	2	100.0	1	100.0	135	100.0

$X^2 = 16.728$ $p = < 0.05$

$n = 135$

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla N° 9 se observa que según parentesco por las respuestas brindadas el esposo (a) / hijo (a) / abuelo (a) y otros familiares no existe perspectiva de género, en cambio cuando la respuesta fue dada por la cabeza de familia / padre / madre y hermano(a) si existe perspectiva de género en el cuidado de la salud de la familia.

La prueba estadística del X^2 demuestra relación altamente estadística significativa entre ambas variables, por lo que podemos afirmar que existe relación entre el parentesco con el cuidado de la salud de la familia, desde la perspectiva de género.

TABLA N° 10

RELACION EXISTENTE ENTRE INGRESO ECONOMICO Y EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007

CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA SEGÚN PERSPECTIVA DE GÉNERO	INGRESO ECONOMICO							
	Menor de s/.400		Entre s/.400 a s/.800		Mayor de s/.800		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Existe	1	10	15	23.4	33	54.1	49	36.3
No Existe	9	90	49	76.6	28	45.9	86	63.7
Total	10	100.0	64	100.0	61	100.0	135	100.0

Eta = 0.343/0.336 p = > 0.05 N.S.

n = 135

FUENTE: Encuesta aplicada a familias del Sector Poblacional de Vista Alegre, Distrito Víctor Larco, 2007.

En la tabla N° 10 se observa en que las familias con ingreso menor de s/.400 y aquellas que tienen ingreso económico entre s/.400 a s/.800 no existe perspectiva de género en un 90% y 76.6%, respectivamente. En cambio en las familias con ingreso económico mayor de s/.800 si hay perspectiva de género en un 54.1%.

La prueba estadística Eta demuestra que no existe relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el ingreso económico no tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al analizar el cuadro N° 1 se muestra el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, variable principal considerada en el presente estudio. Se observa que en un 36.3% de las familias si existe la perspectiva de género en el cuidado de la salud, y un 63.7% en donde no existe perspectiva de género para el cuidado de la salud de la familia. Es decir, el mayor porcentaje encontrado obedece mayormente a la actividad de la mujer como madre y/o como esposa.

Esta situación se puede atribuir a que el cuidado de la salud de la familia tiene por centro a la mujer, y constituye el primer nivel real de atención a la salud. Para el cuidado de la salud de la familia existe un sistema real de salud, en contraste del sistema formal, autodenominado nacional, integrado por tres subsistemas o modelos: el de la medicina académica, el de la medicina tradicional y el de la medicina doméstica o casera; entre otras características señalan que este modelo esta estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas a los estados de desequilibrio en general y al proceso salud enfermedad/atención en particular. Como modelo de atención, su quehacer no se limita al área médica (preventiva o curativa) sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda (Menéndez, 1992; Zolla, 1998). Respecto a la familia, se da un acuerdo universal del género humano que se explica por el mismo carácter de la institución familiar. No hay institución más cercana a la naturaleza, en donde la

perspectiva de género toma en cuenta las diferencias socialmente creadas y las relaciones de poder entre el varón y la mujer como determinantes de la salud. Todo esto, fundamentado en la necesidad de que la práctica en salud reconozca el saber de la mujer, su hacer y su papel como ser social y ciudadana; el derecho al respeto mutuo en la socialización de varones y mujeres dentro de la familia, constituye desde la salud, un principio que conduce a abordar las diferencias no desde el plano de la desigualdad o la discriminación, sino desde las especificidades de cada uno de los sexos (OPS, 1993).

Según Scott (1990), el uso de género pone de relieve un sistema completo de relaciones que puede incluir el sexo, pero no está directamente determinado por el sexo o es directamente determinante de la sexualidad. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Además el Género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Los resultados encontrados concuerdan con el estudio cualitativo de Liuba Kogan (1997) en Lima - Perú, en donde afirma que las mujeres tienen un papel formalmente subordinado al de los varones. Ellas se encuentran poco individuadas, debido a que construyen su femineidad en torno a los roles de esposa y madre, teniendo muy poca motivación para construir intereses propios. Los varones, por otra parte, detentan el poder formal en tanto autoridad y representante de la familia, a partir del rol de proveedor económico. También concuerdan con el estudio cualitativo de Michelle Zimbalist Rosaldo

(2002) en México D.F, concluye que los varones, que en el pasado han dedicado sus vidas a una acción pública y únicamente admitirán que las mujeres son realmente iguales a ellos cuando ellos ayuden a criar nuevas generaciones asignándose las responsabilidades domésticas.

Todo esto se respalda en el modelo sociocultural de la definición de género, este nivel, más antropológico y sociológico, se preocupa de estudiar los "contenidos específicos" que configuran los *modelos de masculinidad y feminidad* presentes en la sociedad, se analizan los atributos, roles y estereotipos prescritos cultural e históricamente a uno y otro sexo. El nivel psicosocial o interpersonal interpreta la división sexual del trabajo, los espacios y tareas diferencialmente asignadas en función del sexo, al poder asimétricamente atribuido a varones y mujeres. Esclareciendo las vulnerabilidades y los riesgos diferenciales que confrontan las mujeres y los varones, sobre las estrategias rutinarias que adoptan para preservar y mejorar el cuidado de la salud de la familia. Ya que la salud de la familia va mas 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, el donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud.

En el cuadro N° 2 se observan los factores socioculturales que se han considerado en la investigación como:

Ciclo de vida familiar, se obtuvo mayor porcentaje en un 38.5% con familia tipo VI (familia con adultos jóvenes) y 31.8% con familia tipo V (familia

con adolescentes) y en menor porcentaje en un 5.9% con familia tipo II (familia con lactantes).

Grado de instrucción, en donde un 39.3% de familias tienen un grado de instrucción alta, un 38.5% de familias tiene grado de instrucción medio y un 22.2% de familias tienen grado de instrucción baja.

Estado civil, se obtuvo que un 61.4% de familias son casadas y un 38.6% de familias son convivientes.

Ocupación, cuyo resultado fue 53.4% en familias en donde solo un cónyuge trabaja y en 46.6% en familias en donde ambos cónyuges trabajan.

Tamaño de la familia, se obtuvo que un 15.6% de familias son pequeñas, un 67.4% de familias son medianas y que un 17% de familias son grandes.

Tipo de familia, en donde un 60.7% de familias son nucleares y que un 39.3% de familias son extensas.

Parentesco, el resultado al responder la encuestas fue de un 20.8% en cabeza de familia, un 48.2% en esposa o pareja y un 26.8% en hijo (a).

Ingreso económico, en donde un 45.2% de familias tienen un ingreso mayo a s/.800, un 47.4% de familias tienen un ingreso entre s/.400 y s/.800 y un 7.4% de familias tienen un ingreso menor a s/.400.

En el cuadro N° 3 presenta la relación existente entre el factor sociocultural: ciclo de vida familiar con el cuidado de la salud de la familia

desde la perspectiva de género, obteniendo un grado de significancia estadística de $p = 0.05$.

Se observa que en el tipo de familia en donde existe mayor porcentaje de perspectiva de género es en la familia de tipo III con 66.7%, a diferencia de la familia de tipo VI en donde no existe perspectiva de género con 82.7% en el cuidado de la salud de la familia. Asimismo, la diferencia en el cuidado de la familia no es tan marcada en las familias de tipo II, IV y V.

El ciclo de vida familiar, basada en la Teoría del Desarrollo, estudia la estructura y la función de las familias a lo largo de las distintas etapas que surgen en el desarrollo de la familia. El enfoque de desarrollo más ampliamente conocido es el de Duvall, la que divide el ciclo vital de la familia en ocho etapas cronológicas: Familia que se inicia, familia en la que hay parto y lactantes, familia con niños preescolares, familia con niños escolares, familia con hijos adolescentes, familia centro de lanzamiento – adultos jóvenes, familia de padres en la edad madura y familia de ancianos y la jubilación. Dentro de cada una de estas etapas de desarrollo existen tareas que son fundamentales para que la familia funcione. El manejo exitoso de las tareas sucesivas dentro de cada etapa es indispensable para progresar a la siguiente etapa de desarrollo. Duvall ha identificado ocho tareas básicas:

- Proveer a las necesidades básicas como: alimento, techo, vestido y cuidado de salud.
- Hacer frente a las necesidades financieras y distribuir los recursos como bienes materiales, espacio, respeto y afecto, de acuerdo con las necesidades familiares e individuales.

- División de trabajo como las tareas de la casa y el cuidado de los niños.
- Socialización de los miembros de la familia a las normas y valores de la sociedad.
- Reproducción y crianza de los hijos.
- Establecer modos de comunicación e interacción que sean aceptables a la sociedad.
- Encargarse de la interacción con otros sistemas sociales como escuelas, iglesias y empleadores.
- Mantener la motivación y la habilidad para enfrentar las crisis.

Para cualquier etapa dada de desarrollo, la prioridad de estas tareas básicas puede ser diferente, dependiendo de las necesidades de crecimiento y desarrollo de una familia en particular (Hall, 1995).

De la misma manera Duran clasifica las tareas del espacio doméstico en: tareas de reproducción (biológica), tareas de ejecución (tales como las: limpieza, alimentación, vestido), tareas de gestión (administración, representación, mercadeo) y tareas de socialización y atención afectiva (como las de cuidado de enfermos, ancianos y niños) (Breilh, 1991).

Durante el ciclo de vida familiar el cuidado de la salud de la familia se va desarrollando y va adquiriendo resistencia, atributo importante en las familias contemporáneas, que es la capacidad para controlar los factores estresantes esperados e inesperados. La capacidad de la familia para adaptarse a los cambios de rol, los hitos en el desarrollo y las crisis refleja resistencia. El objetivo de la familia es no sólo sobrevivir al “desafío” sino también prosperar y

crecer debido al recién adquirido conocimiento para el cuidado de la salud de la misma.

Todo esto implica que las familias, al igual que los individuos, cambian y crecen con el paso del tiempo. Cada etapa del desarrollo tiene sus propios retos, necesidades y recursos e incluye tareas que deben realizarse antes de que la familia pueda pasar con éxito a la siguiente etapa. Para lograr esto los cambios requeridos en el estado familiar en la etapa con hijos en lanzamiento son: renegociación del sistema matrimonial como pareja, desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos mayores y los padres, reajuste de las relaciones para incluir familia política y nietos. La salud de la familia esta influida por su posición relativa en la sociedad, la familia influye considerablemente en las conductas sanitarias de sus miembros; a su vez, el estado de salud de cada individuo influye en el funcionamiento de la unidad familiar y en su capacidad para conseguir los objetivos. Cuando la familia funciona satisfactoriamente para cumplir sus objetivos, los miembros tienden a sentirse positivos consigo mismos y con su familia. Recíprocamente, cuando no se cumplen los objetivos, las familias se sienten incompetentes.

En el cuadro N° 4 presenta la relación existente entre el factor sociocultural: grado de instrucción con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, obteniendo una alta significancia estadística $p < 0.00$

Se observa que en las familias con grado de instrucción baja y media no existe la perspectiva de género en un 93.3% y 69.2% respectivamente. A

diferencia de las familias con alto grado de instrucción donde si existe perspectiva de género en un 58.5%.

El grado de instrucción, la educación es uno de los mejores medios de promoción de la salud. Las enfermeras deben pedir y participar en programas que impulsen la educación de la mujer. Varios estudios de países en desarrollo han constatado que la educación de la mujer reduce en medida significativa la mortalidad infantil, aumenta la esperanza de vida de las futuras generaciones y mejora la crianza y el desarrollo de los niños. El diagrama siguiente muestra cómo la educación puede influir en la salud de los niños, las familias y la sociedad en su conjunto (Mafessoli, 1998; Vera, 1997) (Anexo 03).

La educación es el principal mecanismo de movilidad social, integración y superación de la pobreza así como un espacio privilegiado para promover cambios culturales que faciliten el logro de la equidad de género. A su vez, la inserción en el mercado de trabajo de las personas define muchos de los ámbitos de la vida tanto de varones como de las mujeres, que van desde su propia independencia económica y la capacidad de decisión que ello conlleva, hasta la posibilidad de tener una vejez al abrigo de los sistemas formales, ya sean públicos o privados, de salud y pensiones.

Con carácter general se pueden hacer algunas precisiones sobre las disparidades de género relativas a la educación. A nivel de educación primaria se puede aceptar que no hay sesgos significativos y se ha logrado un gran avance en la extensión de la educación primaria, donde además las calificaciones de las niñas son ligeramente superiores a la de los niños. Sin embargo, no es menos cierta la existencia de una “inflación educativa” por la

que la educación primaria no sería suficiente para tener una buena inserción en el sistema productivo. Cada vez son más los años y la calificación necesaria para conseguir igual posición o ingreso. Además, los avances tecnológicos requieren mayores niveles de habilidades y calificación.

Respecto a la educación secundaria aparecen ya diferencias. Se registra una mayor tasa de abandono por parte de las niñas, asociada a embarazos precoces, mayor impacto de las crisis económicas, necesidad de trabajar, etc., operando como un mecanismo de reproducción de la pobreza. La formación técnica es también inferior para el colectivo femenino. El 80% de la población entre 25 y 59 años no dispone de ella, aunque si bien es cierto que se ha dado un mayor incremento entre las mujeres (un 8,7% para estas, frente al 6,4% de los varones en la década de los noventa).

Sin duda es todavía en la educación universitaria donde las diferencias son mayores pese a los importantes avances registrados en las últimas décadas, en particular, en cuando a las tasas de matrícula. Sin embargo, el reto se encuentra en la gran segregación a la hora de la elección de los estudios, con una tendencia fuerte hacia estudios ligados a actividades productivas menos valoradas y peor remuneradas. (Mafessoli, 1998; Vera, 1997)

Todo esto implica que una buena salud en la familia puede no valorarse favorablemente; de hecho, pueden aceptarse prácticas perjudiciales cuando un miembro (cabeza de familia) con bajo grado de instrucción proporciona mensajes contradictorios sobre la salud. Además, el entorno familiar es crucial,

ya que una conducta sanitaria estimulada precozmente tiene una gran influencia en las prácticas sanitarias tardías.

En el cuadro N° 5 presenta la relación existente entre el estado civil con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, obteniendo un grado de significancia estadística $p < 0.031$

Se observa que en familias casadas un 43.4% si existe perspectiva de género y en cambio en las familias convivientes solo existe en un 25%. Asimismo, en las familias convivientes un 75% no existe perspectiva de género así como un 56.6% en las familias casadas.

La familia es un concepto cultural, sociológico e incluso ético, de ahí que lo que deba considerarse como tal es una realidad cambiante. Estar casado o convivir con alguien son situaciones individuales con una indudable dimensión pública porque estructuran la convivencia afectiva. Ésta, a su vez, se vincula a la cualidad de ser padre-madre o hijo de alguien y ese núcleo es percibido socialmente como "familia". Hoy, estos modelos no dependen sólo de la referencia clara al modelo heterosexual y al matrimonio; ni de realidades biológicas en el caso de la filiación. La familia del siglo XXI tiene una estructura plural. En cambio, las relaciones entre los miembros de la pareja constituyen un ámbito esencial de libertad civil e incluso tienden a la autorregulación. Tradicionalmente, la familia se basaba en el matrimonio entendido como unión de varón y mujer, pero en la actualidad existen núcleos familiares fuera del matrimonio. En primer lugar, por la existencia de los hogares monoparentales surgidos de situaciones de crisis matrimonial o por la decisión voluntaria de sus miembros. En segundo lugar, por la organización de formas de convivencia

afectiva fuera del matrimonio, en especial, las parejas no casadas heterosexuales, como expresión del derecho a no casarse, el matrimonio puede contraerse en forma religiosa o civilmente, pero ambos generan los mismos efectos. Es importante recoger el estado civil de hecho (convivencia en pareja), ya que la salud de mujeres y varones difiere según esta variable. El matrimonio y la familia son, instituciones de la mayor importancia no solo para las personas particulares, sino también para la sociedad, esta tiene, por tanto, por exigencias del bien común el derecho y el deber de protegerlas y conservarlas y de oponerse a si mismo a que las leyes fundamentales de su naturaleza sean abiertamente lesionadas.

Los resultados encontrados concuerdan con el estudio cuantitativo de la socióloga Anne Marie Aubert (2005) en Canadá, en donde la franja de edad comprendida entre los 20 y 30 años, el 63% de las mujeres que habían cohabitado antes del matrimonio, se divorciaron, frente al 33%, que no habían convivido previamente.

Todo esto implica que las personas que conviven no asumen las responsabilidades del cuidado de la salud de la familia, de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos, como las asumen las personas unidas por un vínculo matrimonial.

En el cuadro N° 6 presenta la relación existente entre la ocupación con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, obteniendo un grado de significancia estadística de $p < 0.04$

Se observa que un 49.2% de las familias en las que ambos cónyuges trabajan existe perspectiva de género y solo en un 25% en las familias en donde un cónyuge trabaja. Asimismo, en un 75% de las familias en las que solo un cónyuge trabaja no existe perspectiva de género y un 50.8% en aquellas familias en donde ambos cónyuges trabajan.

El mercado de trabajo es la dimensión fundamental que posibilita la igualdad de oportunidades entre los varones y las mujeres, donde se han logrados muchos éxitos en las últimas décadas y a lo largo y ancho del mundo, pero donde se siguen registrando deficiencias. La situación laboral está vinculada a la educación y formación de la mujer. La familia, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en general transmiten unos valores y normas a las personas que configuran las identidades masculina y femenina, de forma que lo que se considera correcto y bueno para un género puede no serlo para el otro. Este conjunto de tareas son menos valoradas socialmente que las realizadas por los varones como lo prueba la invisibilidad del trabajo doméstico y su falta de protección social, así como el hecho de que en el mercado laboral en muchas ocasiones la mujer perciba menor retribución que el varón por la realización de idéntica tarea (Breilh, 1991).

Los resultados encontrados concuerdan con Mafessoli (1998); Vera (1997), que describe que la primera dificultad para el estudio de las relaciones entre género y salud es la escasez de datos poblacionales que recojan de manera sistemática el trabajo reproductivo o no remunerado. La mayor parte de las mujeres ejerce actividades reproductivas de cuidados, crianza de hijos o trabajos domésticos (exclusivas o concomitantes a actividades

productivas/remuneradas) que para la mayoría de las sociedades occidentales son consideradas improductivas y frecuentemente permanecen invisibles. Los roles atribuidos y asumidos por varones y mujeres tienen un papel importante en la explicación de su estado de salud, sus conductas y su utilización de servicios sanitarios. Por esto es importante estudiar cómo las condiciones del entorno social, de los trabajos (productivo y reproductivo) y de los hábitos de vida influyen sobre la salud de los individuos, en la salud de una sociedad profundamente desigual según el género.

Todo esto implica que este proceso de socialización es coherente con la división sexual del trabajo que caracteriza a casi todas las sociedades: la vida de los varones se orienta hacia el trabajo productivo, mientras que las mujeres son las principales responsables del trabajo de mantenimiento del bienestar social, denominado trabajo reproductivo (trabajo de casa, cuidado de los miembros de la familia y otras tareas domésticas, cuidados informales en salud, mantenimiento de las redes sociales de apoyo) evidenciado en los resultados antes mencionados. Por otra parte, el equilibrio entre trabajo y vida familiar origina una gran variedad de retos en cuanto al cuidado de los hijos y tareas domésticas. Así se ha demostrado que, aunque la división equitativa del cuidado de la familia suele aceptarse siempre de forma verbal, la mayoría de cuidados continúa siendo “trabajo de mujeres”. En la actualidad, se espera que los padres participen completamente en las responsabilidades paternas diarias.

En el cuadro N° 7 presenta la relación existente entre tamaño de la familia con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género,

según la prueba estadística no existe relación entre las variables, ya que se obtuvo una significancia estadística de $p > 0.812$

Se observa que no existe perspectiva de género en los diferentes tamaños de familias con porcentajes de 61.9 %, 62.6 y 69.6% y que existe perspectiva de género en mayor porcentaje en las familias pequeñas con 38.1%, seguido de la mediana con 37.4%.

Estos resultados concuerdan con Potter (2002) donde se afirma que aunque la institución familiar continua siendo sólida, la propia familia esta cambiando. La familia "típica" (dos padres biológicos e hijos) ya no es lo habitual. Las personas se casan mas tarde, las mujeres retrasan la maternidad y las parejas deciden tener menos hijos o ninguno.

Todo esto implica que la familia es la suma de sus miembros: También puede considerarse que la familia es la acumulación o la suma de todos sus miembros individuales. Los cuidados se dispensan a los miembros de la familia como personas, más que centrándose en la familia como unidad para los cuidados. Se considera que cada miembro individual es una unidad y no se insiste en las relaciones con la familia. A este nivel, el cuidado de la familia se basa en el supuesto de que, si se trata la salud de cada miembro, se habrán satisfecho todas las necesidades de salud de la familia. Sin embargo, considerar que la familia es meramente la suma de sus miembros pone en entredicho los cuidados globales porque resulta dudosa la influencia de la familia sobre la persona y la influencia de la persona sobre la familia. Cada vez más, la atención de enfermería se centra en el conjunto de la familia, más bien que en algunos de sus miembros. Infiriéndose que a más miembros de familia

existirá más la disparidad de perspectiva de género en el cuidado de la salud de la familia.

En el cuadro N° 8 presenta la relación existente entre tipo de familia con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, según la prueba estadística no existe relación entre las variables, ya que se obtuvo una significancia estadística de $p > 0.412$

Se observa que en las familias nucleares como en las familias extensas no existe perspectiva de género con un porcentaje de 61% y 67.9% respectivamente. Asimismo, solo en un 39% y 32.1% si existe perspectiva de género.

Según Ferrari (1997), el tipo de familia nuclear y extensa refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia, interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos para su propio cuidado. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares, juegan un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de esta. En las familias funcionales, saludables predominan patrones comunicativos directos y claros, sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto los sentimientos positivos como los negativos, sus iras y temores, sus angustias, ternuras y afectos; sin negarle a ninguno la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad. En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (como cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), que unido a los factores antes apuntados potenciará la integración familiar y elevará sus recursos para enfrentar los conflictos, las crisis y los problemas que

puedan presentarse en distintas etapas, a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar. El mundo familiar es palco de múltiples interpretaciones, de teorías ambiguas e incompletas que describen aquel mundo particular de relaciones, que la sociedad espera que sea así y el discurso va siendo construido en cada mundo familiar, dándole una forma propia, bajo un modelo sin importar cual fuera. El modelo de familia nuclear no parece por el momento estar amenazado de extinción, pero cada vez es mayor el número de familias que se alejan de este modelo, de ésta forma asistimos a la aparición de una pluralidad de arreglos familiares.

Todo esto implica que a pesar de que en las familias se producen cambios importantes en su estructura continua afrontando los desafíos de que recaiga siempre en la mujer la mayor parte del cuidado de la salud de la familia. Sin embargo, al tener la familia otros miembros (tíos, primos, cuñados, suegros, etc.), estos se ven en la obligación de apoyar y cumplir con deberes y responsabilidades dentro del cuidado de la familia tomando en cuenta la perspectiva de género.

En el cuadro N° 9 presenta la relación existente entre parentesco con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, se obteniendo una alta significancia estadística $p < 0.01$

Se observa que según parentesco por las respuestas brindadas el esposo (a) / hijo (a) / abuelo (a) y otros familiares no existe perspectiva de género, en cambio cuando la respuesta fue dada por la cabeza de familia / padre / madre y hermano(a) si existe perspectiva de género en el cuidado de la salud de la familia.

La extensión en el recuadro de la parentela puede ser muy amplia, pero de la misma manera la profundidad en el conocimiento de los diversos aspectos personales varía sensiblemente dependiendo de las relaciones mantenidas con unos u otros. Siguiendo el estudio de E.Both (2002), podemos distinguir entre parentesco “efectivo”, con quienes se mantiene una relación más o menos habitual, y “no efectivo”, de quienes puede tenerse un conocimiento meramente formal, alejado y no afectivo. Una de las funciones del parentesco es la identificación. Rosser y Harris (2003) estudian las relaciones de parentesco como posibilidad de contactar personas que aun no conociéndose pueden ponerse en relación en base a un denominador común parental. Las funciones del parentesco son numerosas, de sostenimiento psicológico y afectivo, de intercambio material, de bienes, servicios, consejos y solución de todo tipo de problemas.

Todo esto implica que la familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad domestica. La familia aporta el primer nivel de educación para sus miembros acerca de los comportamientos saludables que deben adoptarse, los comportamientos perjudiciales que deben evitarse o cambiarse y sus funciones y responsabilidades con respecto a ellos mismos y la sociedad. La cabeza de familia y su pareja deben comprometerse de igual manera en la responsabilidad del cuidado de la salud de la familia, pero algunas veces ciertos elementos del entorno familiar no son conducentes a este cuidado. Por consiguiente es importante que la familia establezca reglas de comportamiento en salud tomadas por mutuo acuerdo de los cónyuges en caso que la salud de los miembros de la familia se vea amenazada.

En el cuadro N° 10 presenta la relación existente entre ingreso económico con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género, según la prueba estadística Eta demuestra que no existe relación de dependencia entre ambas variables por lo que podemos afirmar que el ingreso económico no tiene relación con el cuidado de salud de la familia, desde la perspectiva de género.

Se observa que en las familias con ingreso menor de s/.400 y aquellas que tienen ingreso económico entre s/.400 a s/.800 no existe perspectiva de género en un 90% y 76.6%, respectivamente. En cambio en las familias con ingreso económico mayor de s/.800 si hay perspectiva de género en un 54.1%.

Es innegable que el matrimonio comporta consecuencias económicas porque crea un régimen de bienes para la pareja y porque el hecho de estar casado confiere el derecho a suceder en caso de muerte del cónyuge, pero está por decidir cuál es la estructura económica que más conviene al matrimonio si la comunidad absoluta o la total separación de sus bienes.

Concuerda con Clemenstone (1998) que afirma que el 40% de todos los niños no tenían cobertura sanitaria y solo aproximadamente el 25% de todos los neonatos nacieron de madres que habían recibido cuidados prenatales precoces.

Todo esto involucra que con los resultados obtenidos en la investigación las familias con dos ingresos se ha convertido en algo común, esto ha ayudado a homogeneizar la repartición de las tareas domesticas asimismo del cuidado de la salud de la familia, pero las familias con menores ingresos se han visto

afectadas ya que solo es una persona la que trabaja, es su mayoría el varón, recargando en la mujer la mayor parte de las tareas y responsabilidades del hogar y la familia.

V. CONCLUSIONES

1. Se ha encontrado que aproximadamente la tercera parte de las familias (36.3%) existe la perspectiva de género en el cuidado de la salud, las dos terceras partes de dichas familias (63.7%) no presentaron perspectiva de género para el cuidado de la salud de la familia.
2. Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre los factores socioculturales: ciclo de vida familiar, grado de instrucción, estado civil, ocupación y parentesco con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género.
3. No existe relación significativa ($p > 0.05$) entre los factores socioculturales: tipo de familia, tamaño de familia e ingreso económico con el cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género. Sin embargo a pesar de que no se ha encontrado relación estadísticamente significativa, la tendencia muestra que mientras mayor sea nuclear la familia a extendida, de tamaño mediano e ingreso económico medio a mayor, habría mayores posibilidades de encontrar familias con cuidado de la salud familiar desde la perspectiva de género.

VI. RECOMENDACIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación se ha creído conveniente brindar las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a las Instituciones Educativas, a las Divisiones de Educación en Salud de las Direcciones Regionales de Salud y ONGs dedicadas al trabajo con mujeres, dar mayor énfasis a la promoción de la salud familiar con perspectiva de género, de tal manera que se utilice además los medios de comunicación masiva.
2. Se recomienda a las instituciones educativas y de salud, así como Instituciones formadoras de recursos humanos en salud, fomentar espacios de proyección social y acciones comunitarias participativas integrales y multisectoriales que propicien el trabajo de extensión y de promoción de la salud con familias, especialmente rurales, tomando en consideración los factores socioculturales que éstas presenten.
3. Se recomienda a la Facultad de Enfermería de nuestra Universidad Nacional de Trujillo, promover investigaciones en donde se puedan verificar las relaciones existentes entre algunos factores socioculturales y el cuidado de la salud familiar con perspectiva de género, empleando diferentes enfoques sobre la temática, incluyendo la formulación o análisis de políticas públicas al respecto.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alves Nery, Adriana. (2006) *“Necesidades de salud en la estrategia de Salud de la Familia en la Municipalidad de Jequié – BA”*, Tesis de Doctorado. Brazil, Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo.

Anderson M. (1998) *Aproximación a la historia de la familia occidental*. 3° edición. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

Ares P. (2002) *Psicología de Familia: Una aproximación a su estudio*. 2° edición. Editorial Félix Varela. La Habana, Cuba.

Breilh, Jaime. (1991) *La Triple Carga (trabajo, practica domestica y procreación)*. 1° edición. Editorial CEAS. Quito, Ecuador.

Bustamante Edquén, Sebastián. (2000) *Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias*. Tesis de Doctorado. Brazil, Escuela Enfemeria de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 2007. Nueva York, Naciones Unidas. <http://www.icn.ch/spanish.htm>. Acceso: 27 de junio de 2007.

Cortina, Adela. (2002) *Sociedad, Cultura y Sociología*. 1° edición. Editorial Taurus. España.

Craco Dout, Priscila. (2006) *“Acción Comunicativa en el cuidado de la salud de la familia: encuentros y desencuentros entre los profesionales de la salud y usuarios”*, Tesis de Dotorado, Brazil, Escuela de Enfermeros de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo.

Ferrari, Kaloustian. (1997) *La Familia: Importancia de la Familia*. 3° edición. Editorial Cortés. Brazil.

García, Ana; Freire, Mina. (2000) *A vueltas con la categoría género*. 2° edición. Editorial Taurus. México.

Gispert Gutiérrez, Fisac. (1997) *Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro*. 1° edición. Editorial Galaxus. Venezuela.

Goleman, Daniel. (1997) *Inteligencia Emocional*. 1° edición. Editorial Mc Graw Hill. California.

Gomez, Elsa. (2000) *“Equidad, género y salud: Mitos y realidades.”* 2° edición. Editorial RSMLAC. Chile.

Grawitz, Madeleine. (1990) *Diccionario de Ciencias Sociales*. 2° edición. Editorial Temis. Bogota, Colombia.

Hall Joanne, E.; Redding, Bárbara. (1995) *Enfermería en salud comunitaria: Un Enfoque de Sistemas*. 1° edición. Editorial Mc Graw Hill. Washington.

Klamberg – Holzemer – Leonard, Arnold. (2000) *Enfermería: Salud Comunitaria*. 1° edición. Editorial Mc Graw Hill, Colombia.

Kogan, Liuba (1997) *“Relaciones de género en las familias de sectores altos de Lima”*. Tesis de Licenciatura. Perú, Escuela de Antropología, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Leclard, Jacques. (1979) *La Familia: según el derecho natural*. 3° edición. Editorial Herder. Barcelona, España.

Long, B. (1998) *Enfermería Médico Quirúrgico*. 3° edición. Editorial Harcourt Brace. Barcelona, España.

Mafessoli, M. (1998) *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa*. 2° edición. Editorial Forense. Río de Janeiro.

Menéndez E, (1992) *Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/ atención: del teoricismo al movimiento continuo*. 3° edición. Editorial Marsa. México.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. Nueva York, Naciones Unidas.
<http://www.who.int/es/htm> Acceso: 15 de junio de 2007

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1993) *Género, mujer y salud*. 3° edición. Editorial OPS. Washington.

Polit, D. y Hungler, B. (1997). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (5ª. Ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.

PROMUDHE, FNUAP, INEI. (1999) *Género: Equidad y Disparidades: Una revisión en la antesala del nuevo milenio*. 2° edición. Centro de Ediciones del INEI. Lima.

Rohlfs, Izabella. (2000) *“La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”*. Tesis de Doctorado. España, Escuela Andaluza de Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad.

Santagostino, Lucila. (2003) *“Salud y actividades recreativas en el adulto mayor”*. 1° edición. Editorial Opas. Argentina.

Scott, Joan W. (1990) "*El género: una categoría útil para el análisis histórico*". 3ª edición. Editorial Nash. Barcelona, España.

Szymanski, Heloísa. (2000) "*Estúdio de una familia: Supera las Adversidades de la Pobreza*". Revista Interamericana de Psicología. Vol. 39. Numero 03. Brazil.

Taquini, Vidal. 2000. "*La Familia*". Argentina.
<http://www.monografias.com/fami2.shtml> Acceso: 15 de junio de 2007

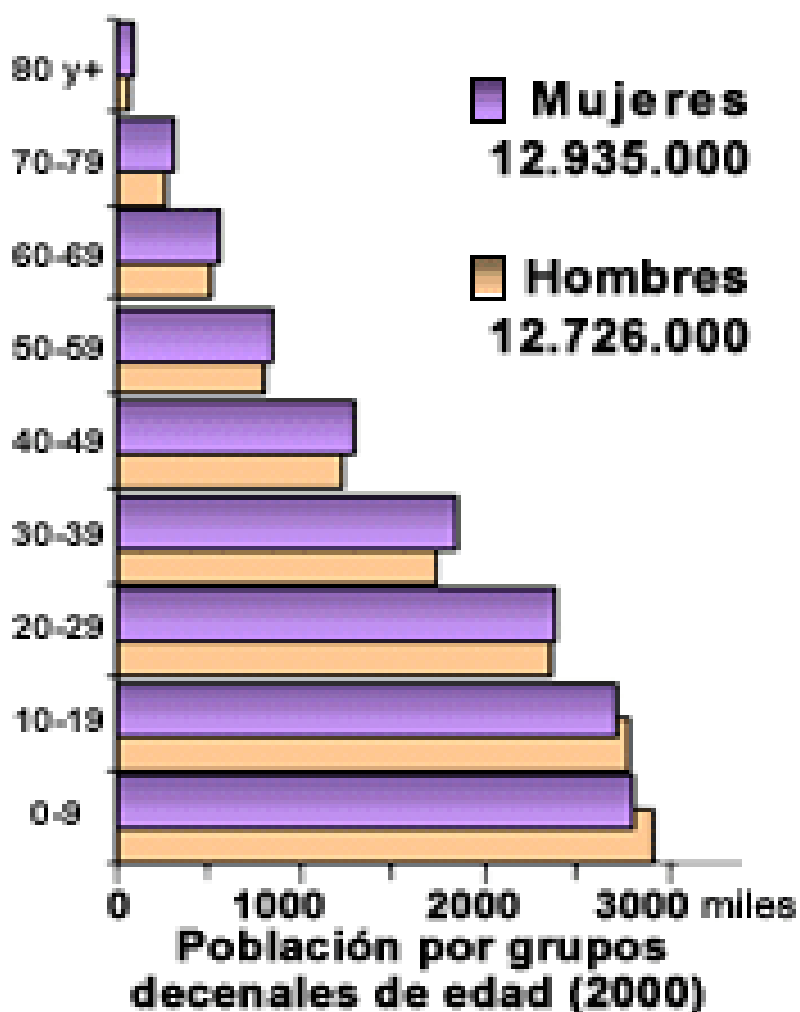
Tupinambá Viana Frazili, Rosana (2006) "*O Enfermeiro E As Famílias Necessidades de Aperfeiçoamento do Enfermeiro Nas Práticas Com As Famílias No Programa Saúde*". Tesis de Maestría. Brazil. Escuela de Enfermeros de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo.

Vera Estrada A. (1997) "*Cuaderno sobre la familia*". 2ª edición. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.

Zimbalist Rosaldo, Michelle (2002) "*Mujer, cultura y sociedad: Una visión teórica*". Tesis de Licenciatura. México. Escuela de Antropología, Universidad de México.

Zolla, C.; Carrillo, A. (1998) "*Mujeres, saberes médicos e institucionalización*". 1ª edición. Editorial Escuela de México. México.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01

En Perú la estadística de género del año 2000 se basa en población por grupos decenales de edad, en donde se puede apreciar que los grupos mayoritarios de mujeres se encuentran entre las de edades de 20 a 80 a + años respectivamente, mientras que los grupos mayoritarios de varones se encuentran entre los 0 a 19 años.

ANEXO 02**ESCALA DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LA FAMILIA DESDE
LA PERSPECTIVA DE GÉNERO**

INSTRUCCIONES: Esta encuesta es personal y anónima, tiene el propósito de conocer el nivel del cuidado de la salud de la familia desde la perspectiva de género. A continuación se formularán preguntas, las que deberán ser contestadas con sinceridad.

Codificar

I DATOS GENERALES:**(No llenar)**

1. Ciclo de Vida Familiar:

- Familias tipo II (pareja con lactantes) ()
- Familias tipo III (pareja con preescolares) ()
- Familias tipo IV (pareja con escolares) ()
- Familia tipo V (pareja con adolescentes) ()

2. Grado de Instrucción – años de estudio:

Madre	Padre
()	()

3. Estado civil:

- Casada/o ()
- Conviviente ()

4. Ocupación:

- Ambos cónyuges trabajan ()
- Uno de los cónyuges trabaja ()

5. Tamaño de la familia:

- 3 o menos ()
- 4 a 6 ()
- 7 a mas ()

6. Tipo de familia:

- Nuclear (solo padres e hijos) ()
- Extensa (padres, hijos y otros parientes) ()

7. Parentesco:

- Cabeza de familia (el / la que aporta dinero en casa) ()

- Esposo/a o pareja ()
- Hija/o ()
- Padre / Madre. Suegra / suegro ()
- Abuela / Abuelo ()
- Nieta / Nieto ()
- Hermana / Hermano ()
- Otros familiares ()
- Otros no familiares ()

8. Ingreso económico:

- Menos de s/.400 ()
- Entre s/. 400 a s/. 800 ()
- Mayor de s/. 800 ()

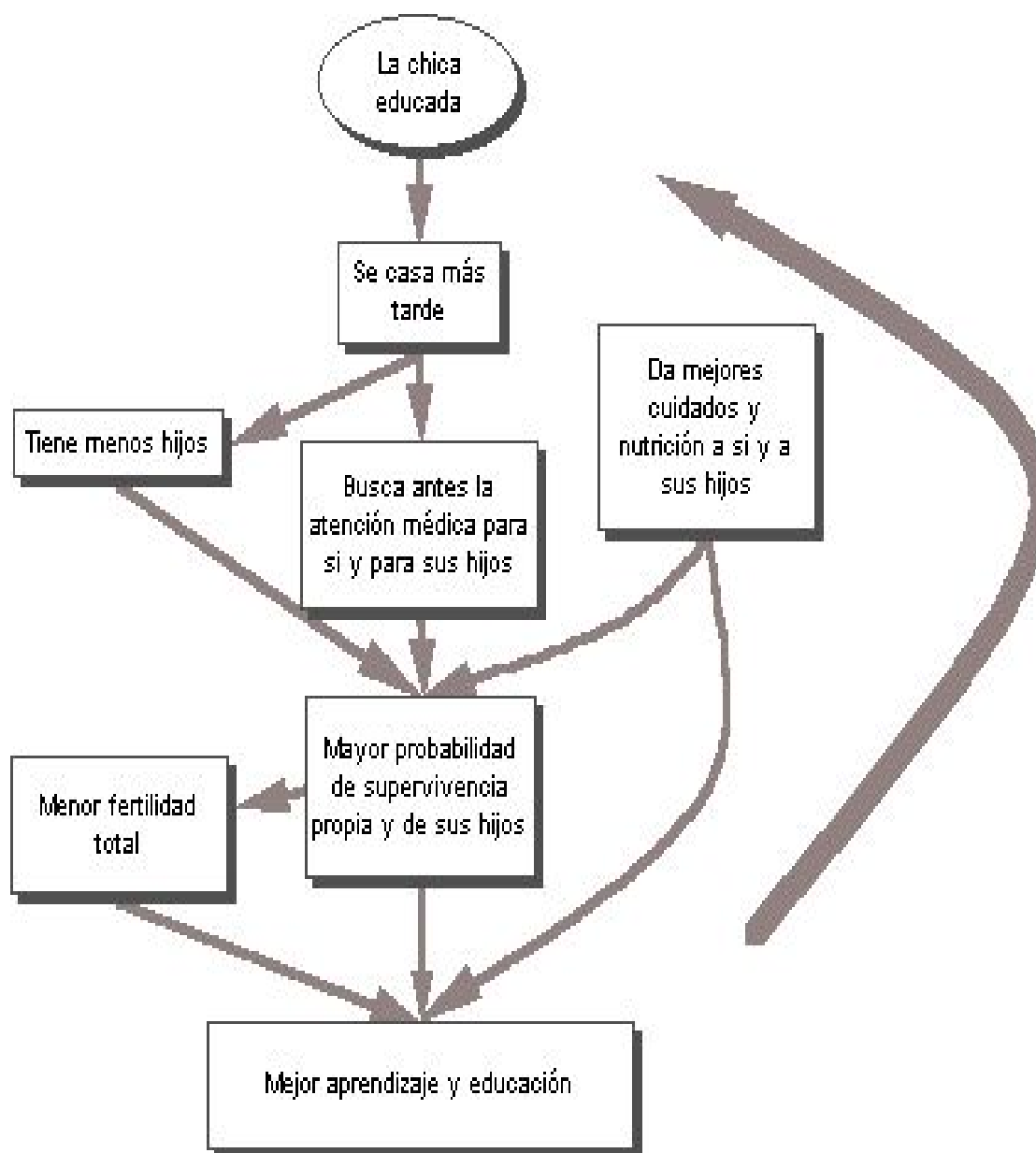
9. ¿Hay personas dependientes en casa?

- Menores de 15 años ()
- Mayores de 65 años ()
- Discapacitados ()

II INDICADORES:

	Madre	Padre	Ambos	Otro	Ninguno
1. ¿Quién realiza el cuidado de los niños menores de 15 años?					
2. ¿Quién realiza el cuidado de las personas mayores de 65 años?					
3. ¿Quién realiza el cuidado de las personas discapacitadas?					
4. ¿Quién prepara los alimentos?					
5. ¿Quién se encarga de comprar los alimentos?					
6. ¿Quién se encarga de asear la vivienda?					
7. ¿Quién ayuda a los hijos en las tareas escolares?					
8. ¿Quién lleva los niños a pasear y recrearse?					

<p>9. ¿Quién le enseña reglas de higiene diarias a los niños?</p> <p>10. ¿Quién lleva a los niños al médico y/o controles de salud?</p> <p>11. ¿Quién decide que método anticonceptivo usar?</p> <p>12. ¿Quién decide cuantos hijos tener?</p> <p>13. ¿Quién orienta el sentido de religiosidad en la familia?</p> <p>14. ¿Quién impone las normas de conducta en casa?</p> <p>15. ¿Quién reparte las tareas de casa?</p> <p>16. ¿Quién fomenta la comunicación dentro del hogar?</p> <p>17. ¿Quién aporta económicamente para la manutención del hogar?</p> <p>18. ¿Quién toma las decisiones en tu familia?</p> <p>19. ¿Quiénes muestran afecto en tu familia?</p> <p>20. ¿Quién reacciona ante un problema de salud de algún miembro de la familia?</p> <p>21. En un momento de crisis personal ¿Con quien sientes que puedes contar?</p> <p>22. ¿Quién se lleva mejor con los vecinos?</p> <p>23. ¿Quién participa en eventos comunitarios?</p> <p>24. ¿Quién asiste a las reuniones convocadas en el Colegio o en la Iglesia?</p>					
--	--	--	--	--	--

ANEXO 03

El diagrama siguiente muestra cómo la educación puede influir en la salud de los niños, las familias y la sociedad en su conjunto.

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, **CARLOS ALBERTO TELLO POMPA**, Doctor en Enfermería, Profesor Principal a dedicación exclusiva, adscrito al Departamento Académico de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Trujillo, hago constar a través del presente documento la asesoría del estudio de investigación titulado:

“FACTORES SOCIOCULTURALES Y CUIDADO DE LA SALUD DE LA
FAMILIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. DISTRITO VICTOR
LARCO, 2007”

El cual pertenece a las Bachilleres en Enfermería: LADY JOANNA BULNES GOICOCHEA, identificada con DNI N° 42311226 y OBDULIA OFELIA CALLIRGOS PINEDO, identificada con DNI N° 42378165.

En mérito a lo expresado se emite la presente constancia para los fines que se crea conveniente.

Atentamente.

Trujillo, de Octubre del 2007

DR. CARLOS ALBERTO TELLO POMPA

Código 4676