



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CENTRO DE POSGRADOS**

**POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**RELACIÓN DE LA FAMILIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL  
DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS PREESCOLARES  
INSTITUCIONALIZADOS DE LA PARROQUIA DE SAN JOAQUÍN EN EL 2015.**

**Tesis previa a la obtención del  
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Autora:** Dra. Gissely Patricia Guaraca Maldonado 0103509824  
**Directora:** Dra. Elvira del Carmen Palacios Espinoza 0101304822

**Cuenca - Ecuador**

**2017**



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación de la familia con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los preescolares institucionalizados de la parroquia San Joaquín Cuenca 2015.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, muestra probabilista aleatoria simple en 121 preescolares. Se recolectó con un cuestionario estructurado y formularios, se tabularon y analizaron en SPSS versión 15. Las variables se presentaron como frecuencias y porcentajes; asociación estadística: razón de prevalencia, intervalo de confianza y valor de  $p$  menor a 0,05. Además se realizó un estudio cualitativo con grupo focal de seis personas para evaluar las percepciones sobre el estado nutricional y desarrollo psicomotor.

**Resultados:** La disfuncionalidad familiar representó el 48,4%; la malnutrición 13,8%; alteración en el área social personal 20,3%; motor fino adaptativo 16,3%; lenguaje 28,5% y motor grueso 5,7%. Los riesgos familiares biológicos 39,8%; sanitario 61,8% y socioeconómico 54,5%. Se encontró asociación positiva entre la disfunción familiar y el riesgo socioeconómico (RP= 1,552; IC95%: 1,406-2,303;  $p=0,023$ ), asimismo asociación positiva con el área motora fina adaptativa alterada (RP= 1,567; IC95%: 1,095-2,243;  $p=0,044$ ).

**Conclusiones.** Se observó una asociación positiva entre el área motora fina y la disfuncionalidad familiar y se confirmó que las percepciones son parte innata de una comunidad e inevitablemente intervendrán en las prácticas de salud de sus pobladores.

**Palabras claves:** DESARROLLO PSICOMOTOR, ESTADO NUTRICIONAL, FUNCIONALIDAD, ESTRUCTURA Y RIESGO FAMILIAR.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship of the family function with the nutritional status and psychomotor development of the institutionalized preschoolers of the parish of San Joaquín Cuenca 2015.

**Material and methods:** A cross-sectional, randomized study was performed in 121 preschoolers. It was collected with a structured questionnaire and forms, tabulated and analyzed in SPSS version 20. The variables were presented as frequencies and percentages; Statistical association: prevalence ratio, confidence interval and p value less than 0.05. In addition, a qualitative study was carried out with a focus group of six people to evaluate perceptions about nutritional status and psychomotor development.

**Results:** Family dysfunction represented 48.4%; Malnutrition 13.8%; Alteration in the personal social area 20.3%; Adaptive fine motor 16.3%; Language 28.5% and gross motor 5.7%. Family biological risks 39.8%; Sanitary 61.8% and socioeconomic 54.5%. A positive association was found between family dysfunction and socioeconomic risk (RR = 1.552, 95% CI: 1.406-2.303,  $p= 0.023$ ), and association with altered adaptive fine motor area (RR = 1.567, 95% CI 1.095-2.243,  $p= 0.044$ ).

**Conclusions:** A positive association between the fine motor area and family dysfunction was observed and it was confirmed that perceptions are an innate part of a community and will inevitably intervene in the health practices of its inhabitants

**Key words:** PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT, NUTRITIONAL STATUS, FUNCTIONALITY, STRUCTURE AND FAMILY RISK.



## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
ÍNDICE.....	3
PROPIEDAD INTELECTUAL.....	5
DERECHOS DE AUTOR.....	6
AGRADECIMIENTO .....	7
DEDICATORIA.....	8
CAPÍTULO I .....	9
1.1 INTRODUCCIÓN .....	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
CAPÍTULO II .....	12
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO .....	12
2.1.1 ANTECEDENTES.....	12
2.1.2 DESARROLLO PSICOMOTOR.....	14
2.1.3 ESTADO NUTRICIONAL.....	16
2.1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR .....	17
CAPÍTULO III .....	19
3.1 HIPÓTESIS:.....	19
3.2 Objetivo General .....	19
3.3 Objetivos Específicos .....	19
CAPÍTULO IV.....	20
4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:.....	20
4.1 Tipo de estudio:.....	20
4.2 Área de estudio:.....	20



4.3 Universo y muestra de estudio: .....	20
4.4 Criterios de inclusión: .....	21
4.5 Criterios de exclusión: .....	21
4.6 Variables .....	21
4.7 Operacionalización de variables: .....	22
4.8 Métodos, técnicas e instrumentos .....	23
4.9 Plan de tabulación y análisis .....	25
4.10 Aspectos éticos.....	26
CAPÍTULO V.....	27
5. RESULTADOS .....	27
5.1. Análisis cuantitativo .....	27
5.2. Análisis cualitativo.....	35
CAPÍTULO VI.....	39
6. DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII .....	42
7.1 CONCLUSIONES .....	42
7.2 RECOMENDACIONES .....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS .....	49
ANEXO 1.....	49
ANEXO 2.....	50
ANEXO 3.....	52
ANEXO 4.....	53
ANEXO 5.....	55
ANEXO 6.....	56
ANEXO 7.....	57



## PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Gissely Patricia Guaraca M, autora de la tesis: **“Relación de la familia con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los preescolares institucionalizados de la parroquia de San Joaquín en el 2015”**, certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, febrero del 2017

Patricia Guaraca M.  
CI # 0103509824



## DERECHOS DE AUTOR

Yo, Patricia Guaraca Maldonado, autora de la tesis: **“Relación de la familia con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los preescolares institucionalizados de la parroquia de San Joaquín en el 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, febrero del 2017

Patricia Guaraca M.  
CI # 0103509824



## AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero dar gracias a la vida, por haberme desarrollado dentro de la familia que tengo, porque todos y cada uno de ellos han sido un pilar fundamental para alcanzar todas las metas que me he propuesto.

A mis padres que me han demostrado siempre su amor infinito, a pesar de todas las dificultades y procesos dolorosos que hemos pasado ellos han estado en forma incondicional en mi formación.

A mi esposo incomparable, inigualable por toda su paciencia y apoyo en todo este proceso, que sin su ayuda no lo podría haber alcanzado, a mis hijas que a pesar de sus rabietas, su reclamo por mi ausencia, se han sentido orgullosas.

Al Dr. Ulises Freire, Dra. Elvira Palacios E., quienes con sus conocimientos hicieron grandes aportes para el desarrollo de mi trabajo de tesis.

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature appears to read 'Patricia Guaraca M.' with a stylized flourish at the end.

Patricia Guaraca M.  
CI # 0103509824



## DEDICATORIA

A mi madre, a una mujer luchadora, que con su vida me enseñó a que soy capaz de cosas grandes, la que con su cariño y paciencia supo formarme para la vida y al servicio de los demás.

A mi esposo y mis hijos les dedico este trabajo de investigación como respuesta a su apoyo incondicional durante todo este proceso de formación.

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature reads 'Patricia Guaraca M.'.

Patricia Guaraca M.  
CI # 0103509824



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La familia desde un punto de vista sistémico, es una organización compleja formada por la interacción de varios subsistemas que se encuentra en relación con otros subsistemas con debilidades y fortalezas, la que debe ser organizada y cumplir con roles con la finalidad de socializar, es decir eliminar dificultades, corregir, restaurar y reforzar fortalezas (1).

En el Artículo 69 de la Constitución de la República se plantea que se protegerán los derechos de las personas integrantes de la familia, se promoverá la maternidad y paternidad responsables y están obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de sus hijos e hijas (2). Un estudio realizado en Antioquía se encontró una asociación entre la seguridad alimentaria, la funcionalidad familiar y la desnutrición crónica, convirtiéndose en factores de riesgo y susceptibles de intervención (3).

La familia debe satisfacer las necesidades psicológicas necesarias del niño, las experiencias negativas llevarán a crear desconfianza, inseguridad, alteraciones de conducta y desarrollo, que afectará tanto en la educación como en el desenvolvimiento dentro de la sociedad, donde van aprendiendo y poniendo en práctica sus habilidades y destrezas. El desarrollo psicomotor es un proceso mediante el cual los niños logran una mayor capacidad funcional de sus sistemas: evolutivo, sensorial, afectivo-conductual, sexual y social (4).

Las alteraciones que se presentan en el desarrollo psicomotor de los preescolares son causados por factores biológicos, psicológicos y sociales. La presente investigación tuvo como objetivo conocer la relación de la familia con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los preescolares, lo cual servirá para desarrollar acciones de educación dirigidas a la familia y a la comunidad.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso del desarrollo psicomotriz es la adquisición tardía de las habilidades, ya sea por un lento desarrollo del sistema nervioso central o un retraso en el mismo, que conlleva a alteraciones fisiológicas que pueden traducirse en comportamiento patológicos, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por parte del personal capacitado (5).

Las anomalías nutricionales provocan una serie de problemas, de magnitud diversa que pueden perjudicar el estado general del niño y ocasionar una alteración en el desarrollo psicomotor (5).

En España en una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística indica que el 2,24% de niños de 0 a 6 años tiene una limitación; el 2,5% presenta un trastorno del desarrollo que no llegará a una discapacidad y el otro 2,5% con riesgo biológico o social de sufrir un trastorno (6).

En los EEUU se cree que entre el 1 al 3% de los menores de 5 años presentan retraso del desarrollo y el 5 – 10% sufre alguna discapacidad, sumado con los problemas de comportamiento el 12 – 16% padecen problemas del desarrollo o de conducta aumentando la prevalencia al 16,8%, por lo tanto en EEUU se diagnostican alteraciones en el comportamiento o del desarrollo en 1 de cada 6 niños (7).

En la encuesta Nacional de salud y nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), realizada por el MSP, el estado nutricional en los preescolares de 0 a 60 meses ha ido cambiando, con una desnutrición crónica del 25,3% en el 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el 2012 alcanza un 8,6%, con estos datos nos podemos dar cuenta que en el Ecuador cohabitan tanto los problemas de déficit como de exceso nutricional. Existe además riesgo de sobrepeso del 21,6% a nivel nacional, con un 23,4% para los niños y un 19,7% para las niñas (8).



La familia al ser la primera red de apoyo social necesita ser dinámica, evolutiva, con funciones a cumplir como afecto, socialización, cuidado y reproducción, los mismos que establecen su funcionalidad, características evaluadas dentro de la salud familiar, entendiéndose como disfuncionalidad el incumplimiento de algunas de estas funciones y alterando sus subsistema, allí la importancia de su evaluación para definir sus roles, jerarquía y establecimiento de límites, adaptabilidad y cohesión. Sin embargo el rol que juega la familia en nuestra localidad no está bien establecido, por lo que el objetivo de la investigación fue establecer la relación de la familia con el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños (9).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación que tiene la familia con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los preescolares de la parroquia de San Joaquín en el 2015?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La familia influye de forma importante sobre la dieta y el aprendizaje de hábitos alimenticios en niños y niñas preescolares. El hecho de sentarse a la mesa es un motivo de interacción familiar, que constituye un rol importante en la interacción de la familia, transmitiendo conductas que educan a los menores sobre una dieta saludable, por lo tanto se debe fomentar esta práctica por todos los beneficios que esto produce (8,10).

Por lo que el presente estudio constituye un antecedente metodológico que sirve de base para los estudios a futuro en esta área del conocimiento.



## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1.1 ANTECEDENTES

La familia a lo largo del tiempo ha presentado cambios en la sociedad, sus funciones son compartidas con otras instituciones sociales como una respuesta a necesidades culturales, por ello sus funciones se cumplen en dos vías; como protección psicosocial y el desarrollo humano de sus integrantes y la otra es adaptarse a la cultura y a los cambios que se presenten dentro de la sociedad, la familia potencia o no el desarrollo de los niños/as según su estructura y funcionalidad por lo que se considera como un factor de riesgo (11,12).

El crecimiento y desarrollo del niño son los ejes primordiales para la atención de la salud, el monitoreo permanente es una estrategia básica para evitar trastornos, el objetivo no solo es atender las necesidades actuales, sino realizar un seguimiento preventivo y evolutivo, tomando en cuenta los cambios que se presentan en forma continua hasta que llegue a ser un adulto sano (13).

Muchos estudios indican que el cuidado integral en los cinco primeros años de vida son la base para incorporar al niño a una vida productiva futura (10,11). Por esta razón se deben evaluar los aspectos relacionados con el buen desarrollo de los preescolares. Se estima que la prevalencia de trastornos del desarrollo psicomotriz se encuentren entre el 12% y 16% en los países desarrollados, presentando en los países suramericanos un porcentaje más alto entre el 29% al 60%, el mismo que va a depender del instrumento utilizado para su evaluación (12).

Un estudio realizado en Chile, en 119 niños de 8, 18 y 30 meses de edad determinó que la prevalencia de déficit en el desarrollo psicomotor fue 30% a los 8 meses; 7,7% a los 18 meses y 2,7% a los 30 meses, no hubo diferencia por sexo. A los 8 meses predominó el déficit motor grueso y posteriormente el



lenguaje. Se discute el efecto de estimulación y los patrones de crianza en el desempeño de los niños (14).

El desarrollo psicomotor es el resultado de varios factores del individuo (biológicos) y los ligados al entorno social (familia, condiciones de vida, redes de apoyo, etc.), por lo que Young y Fugimoto explica que el desarrollo humano necesita de una interacción entre la biología y la experiencia, además la influencia de la cultura está reflejada en la crianza y creencias (15).

La supervisión del desarrollo psicomotor se lo puede medir con varias técnicas entre ellas, la aplicación del Test de Denver II y/o Haizea-Llevant, algunos estudios afirman que los que más corren el riesgo de presentar déficit del desarrollo son los que tienen índices de riesgo social, vivienda en zona rural, diagnóstico tardío de alteraciones del desarrollo y deterioro en el aprendizaje de niños entre 0 a 5 años (4,14,16).

El niño se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo, desde su nacimiento hasta que es capaz de tener un comportamiento organizado, de tener la capacidad de sentir y expresar de diversas formas de acuerdo con su edad y sus características propias, este proceso está ligado con la alimentación y con el estado de salud de los niños, por lo tanto son importantes las acciones de prevención (17–19).

Es importante señalar que el crecimiento y desarrollo de una población es fundamental, ya que el déficit o exceso, van a repercutir sobre el estado nutricional. Por lo tanto un estado nutricional óptimo llevará a un adecuado desarrollo físico e intelectual y así asegurará una vida larga y saludable (16,20,21).

En la etapa preescolar se presentan numerosos cambios tanto en el crecimiento como en el desarrollo, la velocidad de crecimiento disminuye en comparación con el primer año de vida; entre 1 a 3 años aumenta entre 2,8 Kg de peso y 12 cm de talla al año, entre los 3 a 5 años aumenta 2 kg de peso y 7 cm de talla por año, a esto le sumamos su gran actividad física, su gasto



energético también se incrementa, por tal motivo su alimentación debe asegurar un aporte calórico adecuado (22,23).

En estudios realizados de niños entre los 6 y 60 meses de edad, la prevalencia de obesidad alcanza el 10,4%, retraso de la talla el 8,0%, bajo peso el 2,1% y bajo peso para la talla 1,3% (Según el patrón de la OMS), Además en el mismo grupo la prevalencia de anemia es de 16,5%, dentro de ellos los menores de 2 años alcanza al 34,1% (24). Se ha descrito la presencia tanto de déficit como de exceso de peso en las poblaciones, con porcentajes entre 14,3% a 25,6% para el déficit y 6,4% a 20,8% al exceso nutricional (24,25).

### **2.1.2 DESARROLLO PSICOMOTOR**

El desarrollo durante la infancia depende de la salud física y la disposición genética, progresando bajo la influencia del contexto social y ambiental (26). Para realizar actividades en la vida diaria, se requieren habilidades motoras y de interacción social. El desarrollo motor se basa en las acciones que una persona realiza al interactuar con objetos (27,28).

Entre los factores ambientales, el hogar y la familia desempeñan un papel primordial durante los años de la primera infancia. La educación de los padres, el estatus socioeconómico, el tamaño de la familia y la interacción con los hermanos, son elementos principales del entorno cercano del niño (21). El desarrollo motor fino afecta a otras áreas del desarrollo y, en particular, al rendimiento escolar en la infancia tardía.

A pesar de su importancia, las habilidades motoras finas apropiadas para la edad rara vez son cuestionadas en clínicas pediátricas: a menudo, los médicos preguntan a los padres o cuidadores sobre el lenguaje del niño y las habilidades motoras gruesas y observan las funciones motoras sociales y gruesas durante el examen físico. Las pruebas de detección de desarrollo, a pesar de su alta confiabilidad y acuerdo de interés, son utilizadas sólo por el 60% de los médicos de los Estados Unidos, una tasa que probablemente será menor en muchos otros países (29,30).



Para interpretar las observaciones o los resultados de las pruebas, los profesionales de la salud deben estar familiarizados con el desarrollo normal y los factores de influencia; así como reconocer la naturaleza y el alcance de las influencias externas para que los retrasos en el desarrollo psicomotor causados por condiciones médicas y tratables no se atribuyan erróneamente a factores ambientales adversos. Por lo tanto, se deben diferenciar claramente el efecto de factores socioeconómicos y maternos en el desarrollo motor fino de niños sanos, con respecto a causas patológicas (26).

La escala de Denver II se ha utilizado para evaluar el desarrollo psicomotor de la población infantil. Esta es una herramienta de vigilancia y monitoreo utilizada por profesionales para determinar si el desarrollo de un niño está dentro del rango normal. Los resultados no son diagnósticos. El Denver II está diseñado para reflejar el desarrollo de una amplia gama de habilidades heterogéneas en un mínimo de tiempo. Como tal, no está diseñado para medir cualquier constructo único, como la inteligencia, el funcionamiento motor o la habilidad social (31).

En un estudio realizado por Drachler y colaboradores, se compararon los resultados de niños brasileños entre 6 y 59 meses de edad según el Test de Denver con la respuesta dada por las madres a la solicitud de comparar las acciones de sus hijos con otros niños de edad similar e informar si los niños estaban avanzados, retrasados, o similares. Los resultados indicaron una alta especificidad (más del 91%) pero una sensibilidad variable que osciló entre el 33% entre las madres de cuatro o menos años de educación y el 73% entre las madres de nueve o más años de educación. Se observó una variabilidad similar al comparar las respuestas de las madres según el grupo de ingresos (32).

Se han aplicado un conjunto de herramientas para evaluar la sensibilidad y especificidad que tienen para el cribado de alteraciones psicomotoras, encontrándose que la escalas, incluyendo la de Denver II, tienen un buen desempeño para detectar las valoraciones en el área motora gruesa, mientras



que los ítems de valoración social tuvieron una baja eficiencia para su detección, por lo tanto el dominio motor grueso es más adaptable culturalmente que el dominio de desarrollo social, entre las diversas pruebas de evaluación. Por lo tanto se deben adecuar las herramientas, considerando la etnia y la variabilidad educativa de la madre que afectaron los hábitos sociales, el lenguaje del niño y el desarrollo motor grueso (31).

### **2.1.3 ESTADO NUTRICIONAL**

Para la valoración nutricional se necesita de varios parámetros como mediciones básicas de peso, talla y perímetro cefálico, índices antropométricos de peso/edad, talla/edad, peso/talla, IMC/edad, los mismos que nos permiten identificar el déficit o el exceso, esta valoración se realiza por diferentes métodos entre ellos el uso de curvas de los OMS.

La desnutrición en los niños produce un deterioro del crecimiento, desarrollo, mala salud y disminución general del bienestar (1). Si bien la desnutrición primaria causada por una ingesta nutricional deficiente es más frecuente en los países subdesarrollados y está directamente relacionada con la situación socioeconómica (33), la desnutrición suele ser secundaria a una variedad de enfermedades crónicas en los países más desarrollados. Las tasas de prevalencia de desnutrición pediátrica en los países desarrollados varían entre el 6,1% de los niños en Alemania, 6,9% en Brasil, 21% en Francia. En la población pediátrica hospitalizada, casi la mitad de los niños con enfermedades crónicas están desnutridos (33).

La desnutrición entre los niños menores de cinco años es un importante problema de salud pública, cada año, aproximadamente 2,3 millones de defunciones entre los niños de 6 a 60 meses de edad en los países en desarrollo se asocian con la malnutrición, lo que representa alrededor del 41% del total de muertes en este grupo de edad (34). Por lo tanto, es importante que el sistema de salud detecte la desnutrición en una etapa temprana para planificar e implementar intervenciones oportunas a nivel comunitario.



## 2.1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia no es sólo la unidad básica de la sociedad, sino también un lugar importante para el crecimiento físico y mental individual. Una familia se compone de cada miembro en la familia. Al mismo tiempo, afecta el crecimiento de cada miembro, y juega un papel importante en el proceso normal de funcionamiento del sistema social. Por lo tanto, la función familiar está restringida por las características de la propia familia y depende de la demanda social (35).

El concepto de funcionamiento familiar, se conforma de las características de la familia como sistema, ha sido propuesto por investigadores desde los años setenta. Cada vez más investigadores se involucraron gradualmente al estudio del funcionamiento familiar en lugar de explorar uno o algunos paradigmas de investigación de factores familiares. En la actualidad, los investigadores nacionales y extranjeros de funcionamiento familiar forman dos teorías principales: la primera orientada a definir el funcionamiento de la familia por sus características específicas, la segunda orientada a la descripción de la familia según las tareas cumplidas (35).

Las familias funcionales son aquéllas en las que los papeles de todos los miembros se establecen sin puntos críticos de debilidades asumidas y sin posiciones de supremacía artificial o asumida por cualquiera de los miembros y en la que todos participan, trabajan, contribuyen y cooperan. Una base de igualdad y con entusiasmo por el bienestar colectivo (36).

El médico de familia evalúa la funcionalidad familiar por medio de actividades de carácter clínico, con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales, en el que se utilizan varios instrumentos, entre ellos el APGAR Familiar que se basa en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, clasificándoles a las familias en funcionales y disfuncionales, este instrumento elaborado por Smilkstein en 1979 y validado en otros estudios de investigación, se puede utilizar en la evaluación inicial y a través del tiempo, más aún en los casos que se necesita involucrar a la familia



en el cuidado de algún miembro vulnerable. El resultado difiere entre los miembros de una misma familia, además el APGAR familiar no solo detecta disfuncionalidad sino también sirve de guía para que el médico de familia explore áreas o situaciones que los familiares señalen como un problema (37).

Sus componentes a evaluar son: adaptación que es el uso de recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas, frente a un desequilibrio familiar por un estresante durante una crisis; participación que es la toma de decisiones y responsabilidades, definiendo el poder de cada uno de los miembros; crecimiento es la maduración emocional y física y el afecto relacionado con el amor y la atención entre los miembros de la familia (38).



## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS:**

El retraso del desarrollo psicomotor y alteraciones del estado nutricional de niños preescolares de la parroquia de San Joaquín de la ciudad de Cuenca están en relación con la funcionalidad de la familia.

### **3.2 Objetivo General**

Determinar la relación de la familia con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor de los preescolares institucionalizados de la parroquia San Joaquín Cuenca 2015.

### **3.3 Objetivos Específicos**

- Describir a la población de acuerdo a edad, género, nivel de instrucción del cuidador directo del niño, estado civil del cuidador directo del niño y riesgo familiar.
- Evaluar el tipo y la funcionalidad familiar.
- Evaluar el desarrollo psicomotor y el estado nutricional de los niños preescolares institucionalizados.
- Identificar la relación entre la funcionalidad familiar con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor.
- Determinar las percepciones que tienen los cuidadores directos de los niños sobre el desarrollo psicomotor y el estado nutricional.



## CAPÍTULO IV

### 4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

#### 4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, observacional, para conocer la relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo psicomotor y estado nutricional de los preescolares, también se realizó un estudio cualitativo para determinar las percepciones que tienen los cuidadores directos de los preescolares sobre el desarrollo psicomotor y el estado nutricional y su relación con la funcionalidad familiar.

#### 4.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en la parroquia de San Joaquín, se trabajó con los niños preescolares institucionalizados de los Centros Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) y Centros Integrales del Buen Vivir (CIBV) de cada una de las comunidades.

#### 4.3 Universo y muestra de estudio:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa EPI DAT versión 4.1. Mediante la fórmula para cálculo de una proporción. Se consideró un universo finito de 312 niños menores de 5 años institucionalizados de los CNH y CIBV de la parroquia de San Joaquín, de los cuales 195 son preescolares. Se tomó en cuenta la prevalencia más baja de los factores de estudio, que es el sobrepeso, con una proporción esperada del 21%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Con estos valores el tamaño de la muestra a estudiar es de 110 niños y niñas preescolares institucionalizados de la parroquia San Joaquín, más el 10% de casos de no respuesta, la muestra fue de 121 niños distribuidos en centros CNH y CIBV de la parroquia en forma porcentual.



#### 4.4 Criterios de inclusión:

- Niños con edades entre los 24 a 60 meses.
- Que los padres firmen el consentimiento informado para la evaluación cuantitativa y cualitativa (**Anexo 1** y **Anexo 6**).
- Que los padres estén presentes en el momento del estudio, para llenar la encuesta.

#### 4.5 Criterios de exclusión:

- Niños con discapacidad grave.
- Niños con infecciones agudas.
- Niños con prótesis o limitaciones para la valoración del estado nutricional.

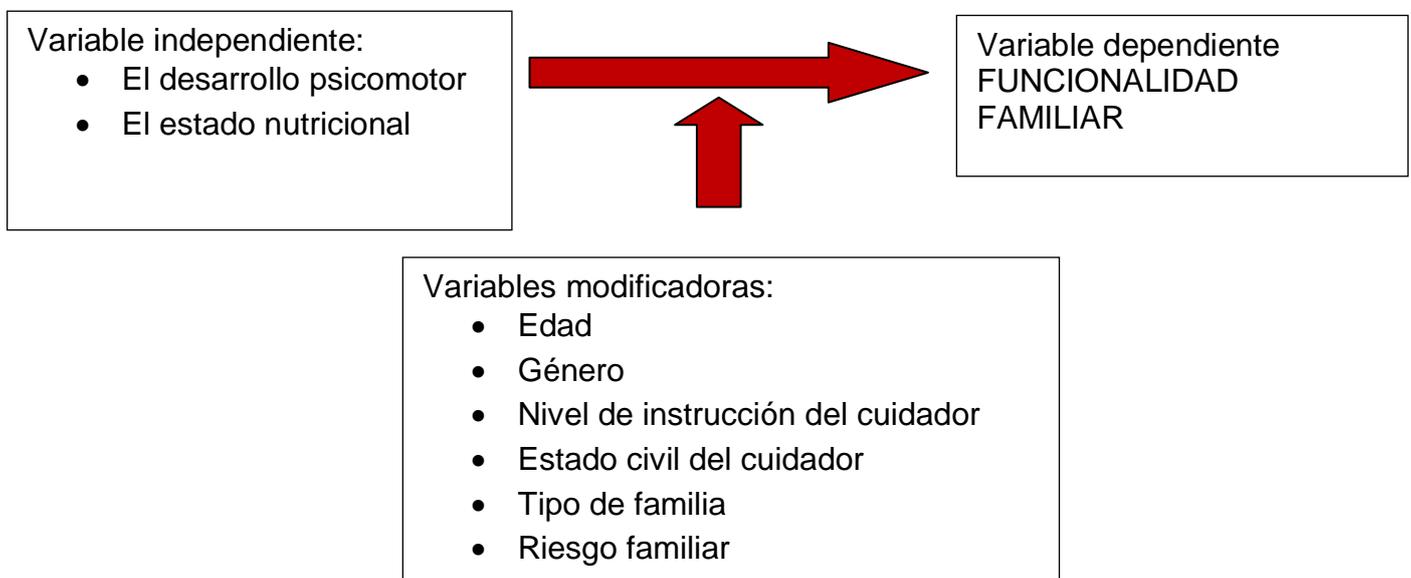
#### 4.6 Variables

**Variable dependiente:** funcionalidad familiar

**Variables independientes:** desarrollo psicomotor, estado nutricional.

**Variables modificadoras:** edad, género, nivel de instrucción del cuidador, estado civil del cuidador, tipo de familia y riesgo familiar.

### MATRIZ DE VARIABLES





#### 4.7 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación	Tiempo en meses	meses cumplidos hasta el momento de la encuesta	Numérica 24 a 60 meses
Género	Diferencias biológicas que distinguen a los organismos individuales	Fenotipo	caracteres sexuales	Nominal 0 masculino 1 femenino
Nivel de instrucción del cuidador directo del niño	Nivel de estudio más alto conseguido por una persona	Grado de instrucción	Años aprobados	Ordinal 0 Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Superior
Estado civil del cuidador directo del niño	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona, en relación con el vínculo de otras personas	Relación legal	Cédula	Nominal 0 Soltero 1 Casado 2 Unión libre 3 Separado 4 Divorciado
Tipo de familia	Grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comen de la misma olla	Por: Estructura	Familiograma	Nominal  1 Monoparental (papá o mamá con hijos) 0 Biparental (papá, mamá e hijos)
Riesgo Familiar	Riesgo es la probabilidad de ocurrencia de algún hecho indeseable	Riesgo Biológico Sanitario Socio-económico.	Ficha familiar	1 Si tiene 0 No tiene
Funcionalidad familiar	Posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar considerados como determinantes en la interrelación familiar	adaptación Participación Crecimiento Afecto Recreación	Test de APGAR	Nominal  0 -3 D. Severa 4 - 7 D. moderada 8 - 10 Funcional



Desarrollo psicomotor	Adquisición de habilidades cognitivas, motoras, de lenguaje y sociales	Conducta Manipulación Social Lenguaje	Test de Denver II	Normal Alterado Dudoso Riesgo
Estado nutricional	Relación de peso y talla, talla/ edad, Peso /edad y el IMC.	peso/edad talla/edad Peso / edad IMC	Curvas de la OMS	Ordinal 0 Normal 1 Alterado

## 4.8 Métodos, técnicas e instrumentos

### 4.8.1 Metodología cuantitativa:

Se aplicó un cuestionario estructurado del cual se obtuvo la información sobre el género, edad, nivel de instrucción del cuidador directo del niño, estado civil, tipo familiar y riesgo familiar; el mismo que debió ser llenado por parte del investigador (**Anexo 2**).

Para conocer su estructura se realizó el familiograma en donde se analizó si la familia es monoparental o biparental y riesgo familiar que se valoró con la ficha familia llenada conjuntamente con el cuidador para evaluar si la familia se encuentra en riesgo biológico, sanitario o socioeconómico.

Para conocer la prevalencia de las alteraciones nutricionales, en primer lugar se tomó el peso del niño con una balanza mecánica con los niños descalzos y con ropa ligera; para la medición de la talla se utilizó un tallímetro colocado en la pared, los niños se colocaron en forma erguida y con sus pies juntos, luego de obtener las dos medidas se calculó el IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), este dato fue transcrito a las curvas de índice de masa corporal de la OMS, y se determinó el estado nutricional de los niños del estudio (**Anexo 3**).

Para conocer la prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor se utilizó el test de DENVER II, se trata de un test de tamizaje de posibles alteraciones del desarrollo en niños menores de 6 años. El cuestionario evaluó cuatro áreas de funcionamiento: motor fino, grueso, personal-social y lenguaje, se calculó la



edad exacta del niño, se marcó en la hoja de evaluación y la calificación se determinó según la respuesta de cada niño como normal, alterado o de riesgo, los niños que fueron calificados como de riesgo, ameritaron de un monitoreo frecuente o establecer una intervención, los niños con resultados alterados necesitan una referencia a un nivel más especializado para una evaluación adicional o su diagnóstico definitivo.

El test de DENVER II, dependiendo de las respuestas del niño se colocaron las siguientes claves: P: (pasó) si realizó la tarea, F: (falló) si no realizó lo que el 90% de los niños lo hacen; NO: (nueva oportunidad) no realizó la prueba, pero la línea se encontró por detrás del 90% de los niños que lo realizan. Con estas claves si una o varias áreas tuvo 2 o más fallos se consideró un test de DENVER ANORMAL, si presentan 1 fallo en dos o más sectores se considera DUDOSO; es importante señalar que los niños que no cumplieron alguna de las tareas y se encuentran entre el rango de 75-90 percentil, se consideran niños de riesgo y se evaluaron nuevamente o se iniciaron actividades que beneficien su desarrollo (**Anexo 4**).

La funcionalidad familiar fue determinada por el test de APGAR (Adaptación, participación, crecimiento, afecto y recreación) que se realizó a los cuidadores directos de los preescolares, esta escala consta de 5 preguntas abiertas que valoran la dinámica familiar en forma global, con una calificación de 0 a 10 puntos; así si la valoración va de 7 a 10 puntos se trata de una familia funcional, 4 a 6 corresponde a una familia con disfunción moderada y un puntaje menos de 3 será una familia con disfunción severa. (**Anexo 5**). El instrumento fue diseñado por Smilkstein y validado en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar. En una versión mexicana de la escala se obtuvo como resultado un alfa de Cronbach de 0,770 (39).

#### **4.8.1 Metodología cualitativa:**

Cualitativa Fenomenológico: técnica de recolección de los datos: grupo focal conformado por seis madres de los niños preescolares institucionalizados



casos típicos, considerando los siguientes criterios: típicos, extremos e inusuales de cuidadores de los niños, mujeres y hombres, padres de niños con conductas regulares y con problemas.

Previo consentimiento informado (**Anexo 6**), el registro se realizó mediante grabación, diario de campo para luego transcribirlos. El análisis de los resultados por el proceso progresivo de codificación (abierto, axial-selectivo, teorización) se realizó bajo las dimensiones de percepciones del cuidador sobre: “desarrollo psicomotor”, “estado nutricional” (**Anexo 7**). Se formaron grupos focales con los cuidadores directos de los niños preescolares institucionalizados a quienes se realizó entrevistas colectivas, para lo cual se hizo uso de una guía semiestructurada y recursos que facilitaron el levantamiento de la información.

## **4.9 Plan de tabulación y análisis**

### **4.9.1 Análisis cuantitativo**

Para el análisis de datos se transcribieron las encuestas a una base digital utilizando el programa SPSS versión 15. Previo al análisis se revisó la calidad de los datos y se corrigieron en caso de ser necesarios. Para las variables nominales se presentaron frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se realizó el análisis mediante la normalidad de las distribuciones con estimaciones como asimetría, curtosis, valores de Kolmogorov- Smirnov y gráficas como el histograma. Obteniéndose una distribución no normal, por lo que la variable fue presentada como mediana.

Para determinar la asociación entre el desarrollo psicomotor, el estado nutricional y la familia se utilizaron los valores de chi cuadrado y el valor  $p$ . Además se analizó la asociación mediante la razón de prevalencia (RP) con su intervalo de confianza del 95%. Se consideraron los resultados de las pruebas como estadísticamente significativos cuando los valores de  $p$  fueron menores a 0,05.



#### **4.9.2 Análisis cualitativo**

El análisis de los datos fue determinado por la pregunta de investigación y las características del problema. La información de los grupos focales (lenguaje hablado y visual) fue transcrita lo más cercana a la realidad expresada, sin que en esta etapa se agreguen u omitan características especiales utilizando el procesador Word, de acuerdo al formato txt para el análisis posterior del mismo utilizando el programa Atlas.ti 6.2

Para la fase de codificación o categorización inductiva, se fraccionó la información en subgrupos y se asignó un nombre o un código. Se identificaron los patrones específicos de cada una de las categorías y luego se realizó el análisis en función de la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

#### **4.10 Aspectos éticos**

Se realizó el estudio con la autorización y aprobación del comité de ética de la facultad de Medicina, departamento de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, además se contó con la autorización de la dirección de la unidad de salud SCS de San Joaquín.

La investigación se inició con la socialización al director de la unidad, personal de los centros CNH y CIBV de la parroquia de San Joaquín, detallando en forma minuciosa sobre el procedimiento que fue llevado a cabo para el estudio de la relación de la familia con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los preescolares institucionalizados.

Luego de conocer el proceso y voluntariamente desea ser parte de la investigación se solicitó autorizar con su firma el consentimiento informado. El estudio no expuso riesgos en los participantes, ya que es un estudio observacional, los niños se beneficiaron de una valoración del desarrollo psicomotor y estado nutricional y se garantizó la confidencialidad de la información y esta fue de uso exclusivo para la presente investigación, los informes de la evaluación que se encuentren alterados se entregaron de forma personal a los padres o responsables legales, utilizando una comunicación asertiva.



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. Análisis cuantitativo

**Tabla 1. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según género, instrucción, estado civil del cuidador. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Femenino	69	56,1
Masculino	54	43,9
<b>Instrucción del cuidador</b>		
Ninguna	2	1,6
Primaria incompleta	11	8,9
Primaria completa	57	46,3
Secundaria incompleta	12	9,8
Secundaria completa	32	26,0
Superior	9	7,3
<b>Estado civil del cuidador</b>		
Soltero	13	10,6
Casado	61	49,6
Unión libre	40	32,5
Separado	7	5,7
Divorciado	2	1,6

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

La mediana del grupo de preescolares investigados fue de 35 meses. El 56,1% correspondió al género femenino, el nivel de instrucción más frecuente que presentaron los cuidadores fue de primaria completa con 46,3%, seguido de la secundaria completa con 26,0%. El estado civil de casados correspondió al 49,6% seguido de la unión libre con 32,5%.



**Tabla 2. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según el riesgo familiar. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Riesgo biológico</b>		
Si	49	39,8
No	74	60,2
<b>Riesgo sanitario</b>		
Si	76	61,8
No	47	38,2
<b>Riesgo socioeconómico</b>		
Si	67	54,5
No	56	45,5

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Dentro de las familias del estudio se observó un riesgo biológico de 39,8%, riesgo sanitario 61,8% y un riesgo socioeconómico 54,5%.

**Tabla 3. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según el tipo familiar. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de familia</b>		
Monoparental	24	19,5
Biparental	99	80,5

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Se observó que dentro de las familias investigadas, el tipo de familia biparental según su estructura es el 80,5%, mientras que las monoparentales corresponden al 19,5%.



**Tabla 4. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según la funcionalidad familiar. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Funcionalidad familiar</b>		
Funcionalidad normal	63	51,2
Disfuncionalidad moderada	32	26,0
Disfuncionalidad grave	28	22,8

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

La funcionalidad familiar correspondió al 51,2%, mientras que el 26,0% estuvo conformado por familias con disfuncionalidad moderada y 22,8% con disfuncionalidad grave.

**Tabla 5. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según el estado nutricional. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado nutricional</b>		
Bajo peso	17	13,8
Normal	106	86,2
Sobrepeso	0	0
Obesidad	0	0

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Del estudio realizado el 13,8% de los preescolares tienen bajo peso y 86,2% tienen peso normal, no se encontró niños o niñas con sobrepeso u obesidad.



**Tabla 6. Distribución de niños preescolares institucionalizados, según el desarrollo psicomotor. Parroquia San Joaquín. 2015.**

<b>Desarrollo de Denver</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Social personal</b>		
Alterado	25	20,3
Normal	98	79,7
<b>Motor fino adaptativo</b>		
Alterado	20	16,3
Normal	103	83,7
<b>Lenguaje</b>		
Alterado	35	28,5
Normal	88	71,5
<b>Motor grueso</b>		
Alterado	7	5,7
Normal	116	94,3

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Del estudio realizado el 20,3% presentó el área social personal alterada, el 16,3% motor fino adaptativo alterado, 28,5% lenguaje alterado y 5,7% un área motor grueso alterado.



**Tabla 7. Relación de la funcionalidad familiar con el estado nutricional de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

ESTADO NUTRICIONAL	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional		No	%			
	No	%	No	%					
Malnutrición	8	13,3	9	14,3	17	13,8	0,878	0,959	0,559-2,647
Normal	52	86,7	54	85,7	106	86,2			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Se observó que los preescolares con familias disfuncionales tuvieron 13,3% de malnutrición y los preescolares con familias funcionales tuvieron 14,3% de malnutrición, encontrándose el mayor porcentaje de malnutrición en las familias funcionales, pero no hay asociación y el resultado no es estadísticamente significativo (RP= 0,959; IC 95%: 0,559-2,647;  $p=0,878$ ).

**Tabla 8. Relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo psicomotor (área personal-social) de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

ÁREA PERSONAL SOCIAL	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional		No	%			
	No	%	No	%					
Alterado	13	21,7	12	19,0	25	20,3	0,718	1,084	0,706-1,666
Normal	47	78,3	51	81,0	98	79,7			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

El 21,7 % de los preescolares con familias disfuncionales presentaron alteración en el área personal social, comparado a 19,0% en las familias funcionales. Observándose mayor porcentaje de alteración en el área personal social en las familias disfuncionales, pero no hay asociación y el resultado no es estadísticamente significativo (RP=1,084; IC95%: 0,706-1,666;  $p=0,718$ ).



**Tabla 9. Relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo psicomotor (área motor fino adaptativo) de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

ÁREA MOTOR FINO ADAPTATIVO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional						
	No	%	No	%	No	%			
Alterado	14	23,3	6	9,5	20	16,3	0,044	1,567	1,095-2,243
Normal	46	76,7	57	90,5	103	83,7			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.  
Fuente: base de datos

La alteración en el área motora fina se presentó en un 23,3% de las familias disfuncionales, en contraste con las familias funcionales, las cuales mostraron una frecuencia de 9,5% de alteración del área motora fina, siendo el resultado estadísticamente significativo (RP= 1,567; IC95%: 1,095-2,243;  $p=0,044$ ), lo que indica que existe una asociación positiva entre la alteración del área motora fina adaptativa y la disfuncional familiar.

**Tabla 10. Relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo psicomotor (área lenguaje) de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

ÁREA LENGUAJE	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional						
	No	%	No	%	No	%			
Alterado	18	30,0	17	27,0	35	28,5	0,711	1,078	0,730-1,590
Normal	42	70,0	46	73,0	88	71,5			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.  
Fuente: base de datos

En la evaluación del área del lenguaje, se observó que las familias disfuncionales tienen el 30,0% de alteración en el área del lenguaje comparado con el 27,0% en las familias funcionales, el mayor porcentaje se presentó en las familias disfuncionales, pero no existe asociación y el resultado no es estadísticamente significativo (RP= 1,078; IC95%: 0,730-1,590;  $p=0,711$ ).



**Tabla 11. Relación de la funcionalidad familiar con el desarrollo psicomotor (área motor grueso) de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

ÁREA MOTOR GRUESO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional						
	No	%	No	%	No	%			
Alterado	4	6,7	3	4,8	7	5,7	0,650	1,184	0,607-2,310
Normal	56	93,3	60	95,2	116	94,3			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

El área motora gruesa alterada se presentó en un 6,7% en las familias disfuncionales, comparado a un 4,8% en las familias funcionales, observándose un mayor porcentaje de alteración en las familias disfuncionales, pero no hay asociación y no es estadísticamente significativo (RP= 1,184; IC95%: 0,607-2,310;  $p=0,650$ ).



**Tabla 12. Relación de la funcionalidad familiar con los riesgos familiares de niños preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**

RIESGOS FAMILIARES	FUNCIONALIDAD FAMILIAR				Total		p valor	RP	IC 95%
	Disfuncional		Funcional		No	%			
	No	%	No	%					
<b>Riesgo Biológico</b>							0,255	1,236	0,864-1,768
Si	27	45,0	22	34,9	49	39,8			
No	33	55,0	41	65,1	74	60,2			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			
<b>Riesgo Sanitario</b>							0,442	0,866	0,603-1,244
Si	35	58,3	41	65,1	76	61,8			
No	25	41,7	22	34,9	47	38,2			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			
<b>Riesgo Socioeconómico</b>							0,023	1,552	1,046-2,303
Si	39	65,0	28	44,4	67	54,5			
No	21	35,0	35	55,6	56	45,5			
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>			

Elaborado por: Patricia Guaraca M.

Fuente: base de datos

Se observó que el riesgo biológico alcanzó un 45% en las familias disfuncionales, porcentaje mayor que en las funcionales con un 34,9%, pero sin asociación y con un resultado no estadísticamente significativo (RP=1,23; IC95%: 0,86-1,76;  $p=0,255$ ).

En el riesgo sanitario el 58,3% se presentó en las familias disfuncionales, menor porcentaje en relación con un 65,1% en las funcionales, pero no hay asociación y su resultado no es estadísticamente significativo (RP= 0,86; IC95%: 0,60-1,24;  $p=0,442$ ).

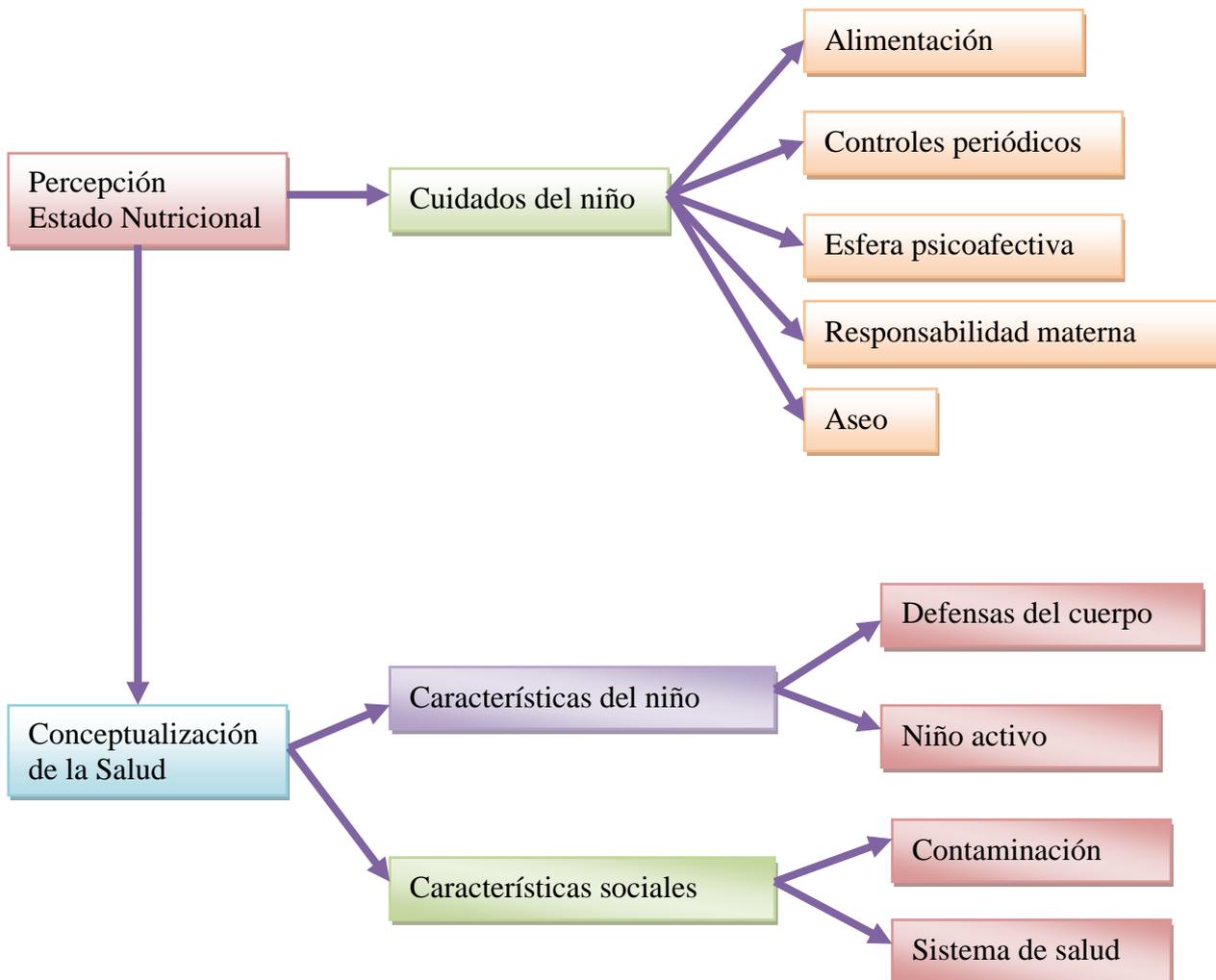
El riesgo socioeconómico se presentó en un 65% en las familias disfuncionales porcentaje mayor comparado con el 44,4% en las funcionales, mostrando una asociación positiva y un resultado estadísticamente significativo. (RP= 1,552; IC95%: 1,406-2,303;  $p=0,023$ ).

## 5.2. Análisis cualitativo

Las características del grupo focal del estudio estuvieron constituidas por el 100% de madres, casadas o en unión libre, con un nivel de instrucción primaria completa.

### PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES DIRECTOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PREESCOLARES

**Mapa conceptual 1. Conceptualización del estado nutricional de los cuidadores directos de los preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.**



Elaborado por: Patricia Guaraca M.  
Fuente: documento grupo focal



### **Percepción del estado nutricional y salud**

La percepción del estado nutricional para las madres de los prescolares de la parroquia San Joaquín se relaciona con los cuidados de los niños en donde incluya una alimentación adecuada que contenga frutas, verduras, sin mencionar ninguna de ellas proteínas o hidratos de carbono, además refieren que el aseo es la base fundamental en el estado nutricional de los niños y la mayoría coincide en acudir a las unidades de salud para los controles de rutina, en donde le medirán peso y talla y les indicarán su estado nutricional, así mismo indican que es importante la esfera psicoafectiva alrededor del niño como amor, cariño, estableciendo entre la madre y el niño un vínculo afectivo; además relatan que la responsabilidad de todo lo expuesto es de la madre, pero que también debe haber participación de la familia. Por otro lado las madres perciben que la salud de los niños va a depender de sus características propias como las defensas de su cuerpo y su actividad y por otro lado las características sociales como la contaminación del ambiente y los problemas del sistema de salud (Mapa conceptual 1).

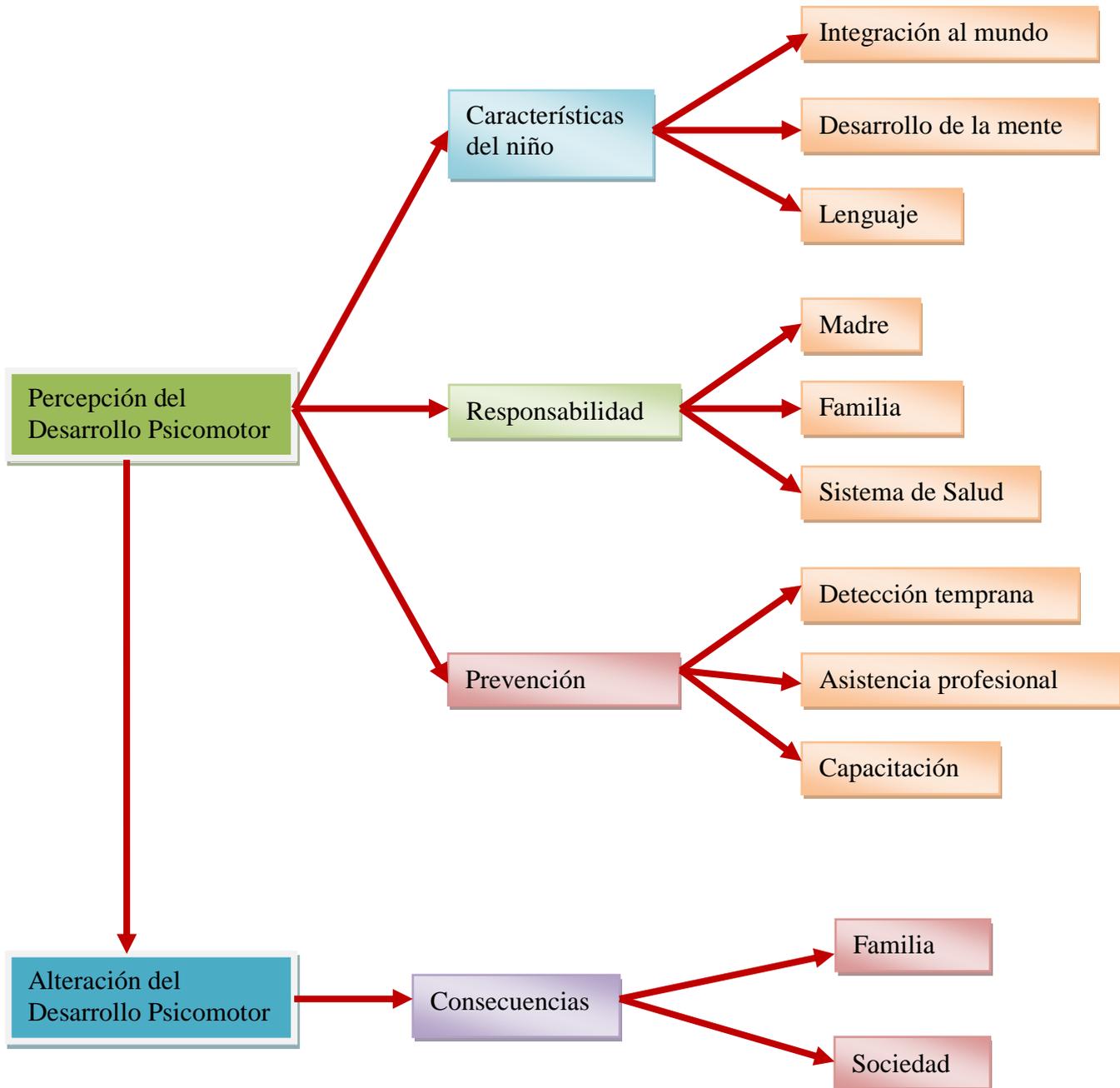
*(...) “Sería de alimentarle bien, sería con frutas, verduras, sería más bueno para ellos”*

*(...) “llevarle al niño a controles primero, igual hacerle poner las vacunas, llevar el carnet de vacunas”*

*(...) “El necesita tanto cariño hasta que sea adolescente para desarrollarse, el necesita más cuidado de la mamá y de toda la familia que lo rodea”*

## Percepción de los cuidadores directos sobre el desarrollo psicomotor de los preescolares

Mapa conceptual 2. Conceptualización del Desarrollo Psicomotor de los cuidadores directos de los preescolares institucionalizados. Parroquia San Joaquín. 2015.



Elaborado por: Patricia Guaraca M.  
Fuente: documento grupo focal



### **Percepciones sobre el desarrollo psicomotor**

La percepción de las madres entrevistadas sobre el desarrollo psicomotor, refieren como la integración al mundo, la diferenciación entre lo bueno y lo malo, la comunicación, la adquisición de destrezas, el desarrollo de la mente y del lenguaje y que igual que en el estado nutricional la responsabilidad es delegada a la madre con participación de su familia y de la sociedad, dentro de la cual se encuentra el sistema de salud, Indican además que es importante la prevención con acciones que detecten en forma temprana alteraciones del desarrollo, asistencia profesional oportuna y un adecuado sistema de salud. Si no existe una adecuada comunicación entre las familias y los sistemas de salud, se presentarán consecuencias que repercutan en forma negativa en la familia y en la sociedad. (Mapa conceptual 2).

*(...) “Que cada día va cogiendo más sentido a las cosas, que va aprendiendo las cosas del mundo, está explorando”*

*(...) “Ha de ser un cargo más terrible o sea más de un madre debe ser más”*

*(...) “Eso ya tendríamos que pedir ayuda, irnos al subcentro a que nos manden a un lugar que el niño, porque podría quedarse”*



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

El papel de la familia en el cuidado de la salud de los niños es importante. La detección del tipo, la funcionalidad de la familia y su relación con el inadecuado estado nutricional y retraso del desarrollo psicomotor ayudan a un oportuno diagnóstico e intervención temprana. Este estudio analizó esta relación y encontró que las familias evaluadas presentaron un 48,8% de disfuncionalidad, porcentaje ligeramente más elevado a los estudios de Cárdenas (43%) y de Agudelo (40,7%). Estas discrepancias observadas pueden deberse a que en cada comunidad los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son diversos (40–42).

En los niños la prevalencia de malnutrición (emaciación, sobrepeso o riesgo de obesidad) fue de 13,8%, en Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2013 (ENSANUT) describió una frecuencia de malnutrición del 33,9% (desnutrición 25,3%, sobrepeso y obesidad 8,6%) (43).

En este estudio no se encontró relación de mal nutrición con ninguno de los factores asociados, la explicación puede deberse a que en estas últimas décadas la discusión sobre la etiología de la malnutrición se ha extendido a otros determinantes como estrés, estado nutricional de la madre, la genética de los niños en la metabolismo, digestión, absorción; datos que no fueron explorados en esta investigación. Más bien estos resultados indican que los niños mal nutridos están en todos los grupos sociales tal como lo indica la OMS al calificar a la mala nutrición como una nueva epidemia que está en todos los grupos sociales (44)

La alteración del desarrollo psicomotor estuvo en el 48,8%, más alto que los estudios realizados en Cuenca, en la escuela Iván Salgado Espinoza (16,7%) y en el Hospital Vicente Corral Moscoso (11,6%). En la clasificación del desarrollo se encontró que la alteración del área social personal alcanzó el



20,3%; motor fino adaptativo el 16,3%; lenguaje el 28,5% y motor grueso el 5,7%. Estos resultados indican la importancia de la evaluación para la detección, derivación y atención (45,46).

Se encontró asociación entre disfuncionalidad familiar y alteración del área motora fina adaptativa También existió asociación entre riesgo socioeconómico y disfuncionalidad familiar, hallazgos similares que refiere Castillo (47).

Se ha descrito que el apoyo familiar influye de manera positiva en los aspectos relacionados a la salud, tomando en cuenta los aspectos asociados al apoyo emocional, el clima de convivencia y la participación en el núcleo familiar (48). Asimismo, la familia es la influencia más importante para el adecuado comportamiento de los infantes (49), incluso las conductas alteradas son menores cuando las relaciones entre los sistemas son saludables, estrechas y positivas (50).

Al evaluar el componente cualitativo de esta investigación se identificaron varias percepciones de los cuidadores directos de los preescolares, sobre el estado nutricional y desarrollo psicomotor. Sugiriéndoles reestructurar alguno de ellos, por ser considerados de riesgo para la salud del menor, como es el caso de alimentar a los niños solamente con frutas y verduras, dejando de lado alimentos que aportan proteínas e hidratos de carbono (51).

Por otro lado, algunas prácticas deben ser rescatadas como acudir a los controles periódicos en la unidad de salud correspondiente, cumplir con las prescripciones y dejar en manos de los profesionales el diagnóstico tanto de las alteraciones del estado nutricional como del desarrollo psicomotor (52).

La participación de los cuidadores directos de los preescolares con el sistema de salud permiten, una aproximación a los médicos de atención primaria, en donde la comunicación y la comprensión mutua cumplen un papel fundamental, aspectos destacados en este estudio y que están en concordancia con otras investigaciones (53). Las orientación y capacitación efectuadas por el personal de la unidad de salud de atención primaria tienden a generar mayor seguridad



en los cuidados de los niño, valorizando más la participación y la responsabilidad no solo de la madre sino de toda la familia (54).

Desde el punto de vista familiar cada vez se manifiesta más el interés en la atención de los preescolares, lo que implica la colaboración y valorización de la capacidad de escuchar al personal de salud, lo que favorece a la salud del niño (55).

En el presente trabajo, entendemos que la delegación de algunos cuidados, no significa que los médicos de atención primaria se deslinden de responsabilidad, sino más bien sea una responsabilidad compartida tanto de los cuidadores directos como de la unidad de salud, con el fin de identificar oportunamente alteraciones tanto del estado nutricional como del desarrollo y efectuar a tiempo una promoción, prevención y tratamiento de los casos que ameriten

Ante estos hallazgos se puede confirmar que las percepciones son parte innata de una comunidad e inevitablemente intervendrán en las prácticas de salud de sus pobladores. Por lo que, el médico de atención primaria debe ser la base del conocimiento con una enfoque integrador que permita considerar a sus cuidadores y al niño como seres biopsicosociales, inmersos en un entorno dispuesto a adaptarse y modificarse en beneficio de su salud y así permitir desarrollar las mejores prácticas apoyadas por la evidencia científica.



## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

Con los objetivos planteados se concluye que:

- En el grupo estudiado los mayores porcentajes se presentaron para los preescolares de género femenino, los cuidadores con instrucción de primaria completa y secundaria completa, y los cuidadores con una pareja estable de casados y unión libre.
- Entre los riesgos familiares el mayor porcentaje corresponde a los de riesgo sanitario, seguido del riesgo socioeconómico y finalmente con el menor porcentaje el riesgo biológico.
- De acuerdo a la valoración de la funcionalidad familiar, las familias no funcionales se encontraron en altos porcentajes.
- La mayoría de los preescolares presentó un peso normal para la edad.
- De acuerdo a la valoración del desarrollo psicomotor, el área de mayor alteración es la del lenguaje, seguida del área social personal, motor fino adaptativo y con menor proporción el área motor grueso, las cuales fueron más prevalentes comparado con otros estudios.
- La alteración del desarrollo que mostró asociación con la disfuncionalidad familiar fue el área motora fina adaptativa.
- Se determinó asociación entre la disfuncionalidad familiar y el riesgo socioeconómico.
- Se confirma que las percepciones son parte innata de una comunidad e inevitablemente intervendrán en las prácticas de salud de sus pobladores, influyendo sobre los procesos del desarrollo, nutrición y funcionalidad familiar.



## 7.2 RECOMENDACIONES

- El riesgo socioeconómico se debe considerar como factor de riesgo de disfuncionalidad familiar, por ello es importante un diagnóstico y apoyo.
- La malnutrición y alteraciones del desarrollo no se deben pasar por alto, debiéndose además evaluar su esfera familiar y social.
- Se recomienda la ejecución de jornadas educativas que incluyan aspectos nutricionales y signos de alarma de alteraciones del desarrollo psicomotor, así como realizar un tamizaje rutinario para prevenir y detectar precozmente las alteraciones nutricionales y del desarrollo.
- Deben tomarse en cuenta las creencias y mitos culturales para que sean reformados y educados, manteniendo las actitudes positivas para los preescolares y desechando las prácticas que no aporten beneficios.
- Es importante investigar los factores de la alta prevalencia de disfunción familiar en la parroquia San Joaquín, con el fin de elaborar políticas de acción para disminuir y prevenir estas alteraciones.
- Es necesaria la planificación y realización de una mayor cantidad de estudios a nivel regional y nacional que mejoren el conocimiento sobre la relación de la familia con las alteraciones nutricionales y del desarrollo psicomotor.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devine L. Considering social work assessment of families. *J Soc Welf Fam Law*. 2 de enero de 2015;37(1):70-83.
2. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi Ecuador 2008. Disponible en: <http://02a045b.netsolhost.com/legislacion/normativa/leyes/constitucion2008.pdf>.
3. Taborda-Restrepo PA, Pérez-Cano ME, Fernández DYB. Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia. *Rev CES Med Vol* 2011;25(1):6-19.
4. Arriagada MV, Contreras RS. Influencia Del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños Y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de talca-chile. *Theoria*. 2011;20(2):29–43.
5. López Pisón J, Monge Galindo L. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor: Trastornos generalizados del desarrollo. *Pediatría Aten Primaria*. noviembre de 2011;13:131-44.
6. Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Aten Primaria*. marzo de 2009;11(41):65-87.
7. Gómez MÁ, Aznarb JS, Sánchez-Venturac JG. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatría Aten Primaria* 2009;11(41):65-87.
8. Macias AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*. 2012;39(3):40–43.
9. Gonzales C, Lucía E. Calidad del ambiente familiar y su relación con el desarrollo psicomotor en niñas y niños de 3 y 4 años en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui, 2011. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2012 [citado 22 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1045>
10. Magán IBC, De Vicente A. Prevención de los problemas de la alimentación en niños y adolescentes. *Infocop*; 2011;52:3-7.
11. Espitia Carrascal RE, Montes Rotela M. Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio Costa Azul de Sincelejo (Colombia). *Investig Desarro*; 2010;17(1):84-105.



12. Fernández Parrado I. La importancia de la familia en la Educación Infantil. Sevilla: Eduinnova; 2011.
13. Macías-Tomei C, Herrera Hernández M, Mariño Elizondo M, Useche D. Crecimiento, nutrición temprana en el niño y riesgo de obesidad. Arch Venez Pueric Pediatría. septiembre de 2014;77(3):144-53.
14. Schönstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico medio-Alto. Rev Chil Pediatría. 2010;81(2):123–128.
15. Vericat A, Orden AB. Psychomotor development and its disorders: between normal and pathological development. Ciênc Amp Saúde Coletiva. octubre de 2013;18(10):2977-84.
16. Figueiras, Neves, Rios, Benguigui RA., Gastel B, Pan American Health Organization., Pan American Sanitary Bureau. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6) AIEPI. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237672>.
17. Figueroa de Quintero O. Conceptos básicos de crecimiento y maduración física. Rev Vitae. 2012;(50):1-6.
18. Osorio E, Torres-Sánchez L, Hernández M del C, López-Carrillo L, Schnaas L. Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses. Salud Pública México. 2011;52(1):14–22.
19. Hidalgo JMT, Mendez MNR. Factores que afectan el desarrollo psicomotor en infantes de 8 a 24 meses del Jardín Social Perlitás del Otún de Pereira. Universidad Tecnológica de Pereira. 2012. Disponible en: <http://recursosbiblioteca.utp.edu.co/tesisd/textoyanexos/37286132T595.pdf>.
20. Reyes MLB, Velásquez SYB, Salinas FFB, Spittler PJB, Rodríguez PMD, Cisneros EAC. Estado nutricional en niños del tercer nivel de los preescolares: El Jardín de Infancia Rubén Darío y Escuela Rubén Darío de la ciudad de León. Universitas; 2008;2(2):5-12.
21. Hernández N. Desnutrición: desarrollo psicomotor. Rev GASTROHNUP. 2013;5(1):65-71.
22. Moizant MG de, Bravo M, Mora CJ, Villalobos AB, Bravo AG. Estado nutricional antropométrico, preferencias alimentarias y contenido de macro y micronutrientes en «loncheras» de niños preescolares. MedULA. 2011;20(2):117-23.
23. Rodelo EA. Desempeño psicomotor en un grupo de niños de estratos sociales bajos en la ciudad de Barranquilla, 2012-2013. BIOCENCIAS [Internet]. 18 de febrero de 2016 [citado 2 de febrero de 2017];8(2).



Disponible en:  
<http://www.unilibrebaq.edu.co/ojsinvestigacion/index.php/biociencias/article/view/66>

24. Nava M, Pérez G A, Herrera HA, H H, Armenia R. Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de prescolares. *Rev Chil Nutr.* septiembre de 2011;38(3):301-12.
25. Bravo P, Hodgson MI. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *Rev Chil Pediatría.* 2011;82(2):87–92.
26. Comuk-Balci N, Bayoglu B, Tekindal A, Kerem-Gunel M, Anlar B. Screening preschool children for fine motor skills: environmental influence. *J Phys Ther Sci.* marzo de 2016;28(3):1026-31.
27. Park M-O. Comparison of motor and process skills among children with different developmental disabilities. *J Phys Ther Sci.* octubre de 2015;27(10):3183-4.
28. Uesugi M, Araki T, Fujii S, Itotani K, Otani Y, Seiichi T. Relationships between Gross Motor Abilities and Problematic Behaviors of Handicapped Children in Different Age Groups. *J Phys Ther Sci.* diciembre de 2014;26(12):1907-9.
29. Peters LHJ, Maathuis CGB, Hadders-Algra M. Limited motor performance and minor neurological dysfunction at school age. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. febrero de 2011;100(2):271-8.
30. Radecki L, Sand-Loud N, O'Connor KG, et al.: Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002–2009. *Pediatrics*, 2011, 128: 14–19.
31. Fischer VJ, Morris J, Martines J. Developmental Screening Tools: Feasibility of Use at Primary Healthcare Level in Low- and Middle-income Settings. *J Health Popul Nutr.* junio de 2014;32(2):314-26.
32. Drachler M de L, Aerts DG, de Souza RM, de Carvalho Leite JC, Giugliani EJ, Marshall T. Social inequalities in maternal opinion of child development in southern Brazil. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. agosto de 2005;94(8):1137-9.
33. Mărginean O, Pitea AM, Voidăzan S, Mărginean C. Prevalence and Assessment of Malnutrition Risk among Hospitalized Children in Romania. *J Health Popul Nutr.* marzo de 2014;32(1):97-102.
34. Sahu SK, Kumar SG, Bhat BV, Premarajan KC, Sarkar S, Roy G, et al. Malnutrition among under-five children in India and strategies for control. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6(1):18-23.
35. Dai L, Wang L. Review of Family Functioning. *Open J Soc Sci.* 2015;03(12):134-41.



36. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, Pérez-Arechaederra D, Gómez-Marcos MÁ, Patino-Alonso MC, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Fam Pract.* 15 de abril de 2011;12:19.
37. Rodríguez L, Salvador J, Lima Serrano M, Jiménez Picón N, Domínguez Sánchez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Rev Esp Salud Pública.* octubre de 2012;86(5):509-21.
38. Suarez Cuba M, Alcalá Espinoza M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Médica Paz.* 2014;20(1):53-7.
39. Castilla H, Caycho Y, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones Revista de Psicología Educativa de la USIL* 2014; 2 (1): 49 - 63.
40. Delgado L, Montes R, Antonio Prieto J. Prevalence of psychomotor retardation and its relation to the sensory profile in preschool children. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(3):323-30.
41. Cárdenas SD, Rueda MC, Flórez LF, Roa FP. Prevalencia de caries dental y caracterización de pacientes pediátricos. *Rev Colomb Investig En Odontol.* 31 de agosto de 2012;2(5):114-22.
42. Agudelo, A. Zapata, D. Martínez, E. Dinámica familiar y el fomento de la salud en poblaciones desplazadas y destechadas. *Rev. Ces odontología* 2007; 20 (2): 23 - 30.
43. INEC. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENSANUT - Ecuador 2012. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2014. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf).
44. The World Health Organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: rationale and proposed actions. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 9 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24074315>
45. Saldaña C, Saquiela D. Prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotor y su relación con las necesidades básicas insatisfechas, Cuenca 2014. Tesis previa a la obtención del título de Médica y Médico. Universidad de Cuenca. 2014.
46. Chacha M, Crespo M. Evaluación del desarrollo psicomotor en preescolares de 3 a 5 años de la escuela «Iván Salgado Espinosa» de la ciudad de Cuenca 2014-2015. Tesis previa obtención del título de licenciada en estimulación temprana en salud. Universidad de Cuenca. 2015.



47. Castillo J, Chacha S, Tinoco Y. Prevalencia de disfuncionalidad familiar y factores asociados en la parroquia Paccha, perteneciente al cantón Atahualpa, Provincia de El Oro, 2014. Tesis previa la obtención del título en enfermería. Universidad de Cuenca. 2015.
48. Flynn S, Ameling J, Hill-Briggs F, Wolff J, Bone L, Levine D, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Preference Adherence*. agosto de 2013;741.
49. Perrino T, González-Soldevilla A, Pantin H, Szapocznik J. The role of families in adolescent HIV prevention: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. junio de 2000;3(2):81-96.
50. DONENBERG GR, BRYANT FB, EMERSON E, WILSON HW, PASCH KE. Tracing the Roots of Early Sexual Debut Among Adolescents in Psychiatric Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mayo de 2003;42(5):594-608.
51. Arévalo Salazar E. «Hábitos alimenticios que practican las madres con niños menores de cinco años en el barrio del nuevo San José, San José, Peten». Universidad de San Carlos de Guatemala. 2008. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8584.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8584.pdf).
52. Bejarano C, Alexandra D. Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar (2-5 años), en el centro de desarrollo bilingüe «tinytoon» en el período abril-septiembre 2011 de la parroquia Huachi-Loreto de la ciudad de Ambato. Universidad Técnica de Ambato. 2013 Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5524>.
53. De Oliveira Pinheiro de Melo EM, Ferreira PL, Lima RAG de, Mello DF de. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2014;22(3):432-9.
54. Blanco, R., Umayahara, M. Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana. Rosa Blanco. 2014; 1: 72.
55. Rodriguez, F., Santos, C., Talani, J., Tovar, M. Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres Chocontá, Colombia. 2014; 9:77-87.



## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### RELACIÓN DE LA FAMILIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS PREESCOLARES INSTITUCIONALIZADOS DE LA PARROQUIA DE SAN JOAQUIN - AÑO 2015

Yo, Gissely Patricia Guaraca Maldonado, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Cuenca, estoy realizando mi trabajo de titulación “Relación de la familia y el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños preescolares institucionalizados de la parroquia de San Joaquín, año 2015”, estudio que tiene como objetivo conocer estado nutricional de sus hijos e hijas y el desarrollo adecuado según su edad. Esta investigación requiere de la participación de los niños institucionalizados menores de 6 años de la parroquia de San Joaquín.

Si acepta participar en el estudio, se hará a su hijo o hija una evaluación del desarrollo psicomotor mediante el test de DENVER II, valoración del estado nutricional según las curvas de la OMS, se evaluará además a la familia por funcionalidad mediante el test de APGAR y su estructura según el familiograma realizado en cada familia. Con estos datos se les informará si su niño tiene problemas en su estado nutricional y/o alteración en el desarrollo psicomotor y como esto se relaciona con la funcionalidad y tipo de familia de cada uno de los preescolares.

No recibirá compensación económica por la participación en este estudio, sin embargo el procedimiento no tiene costo alguno para usted, no implica ningún daño y se guardará la confidencialidad de la información. En caso que su hijo o hija presente alteraciones en los datos del estudio, se dará una orientación adecuada y pautas de cómo superarlas. Además su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de estos problemas en la comunidad.

La responsable del estudio es la Dra. Patricia Guaraca Maldonado con número de teléfono 0998675327, me comprometo a responder las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de su hijo o hija.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, hemos decidido participar en forma libre y voluntaria y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente. Por consiguiente, Yo \_\_\_\_\_  
Padre, madre o cuidador directo del niño/a \_\_\_\_\_  
Autorizo la inclusión en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o representante legal  
CI: \_\_\_\_\_



**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Formulario llenado por el cuidador directo junto con el investigador

**FORMULARIO N.** \_\_\_\_\_

**CENTRO EDUCATIVO:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NIÑO:**

1. EDAD			
AÑOS		MESES	
2. GENERO			
1	MASCULINO	2	FEMENINO

**DATOS DEL CUIDADOR DIRECTO:**

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
1	NINGUNA		
2	PRIMARIA INCOMPLETA	3	PRIMARIA COMPLETA
4	SECUNDARIA INCOMPLETA	4	SECUNDARIA COMPLETA
5	SUPERIOR		

4. ESTADO CIVIL			
1	SOLTERO	2	CASADO
3	UNION LIBRE	4	SEPARADO
5	DIVORCIADO	6	VIUDO

**TIPOLOGIA DE LA FAMILIA:**

5. POR LA PRESENCIA DE LOS PADRES			
1	MONOPARENTAL	2	BIPARENTAL
3	EXTENSA		

**FAMILIOGRAMA**



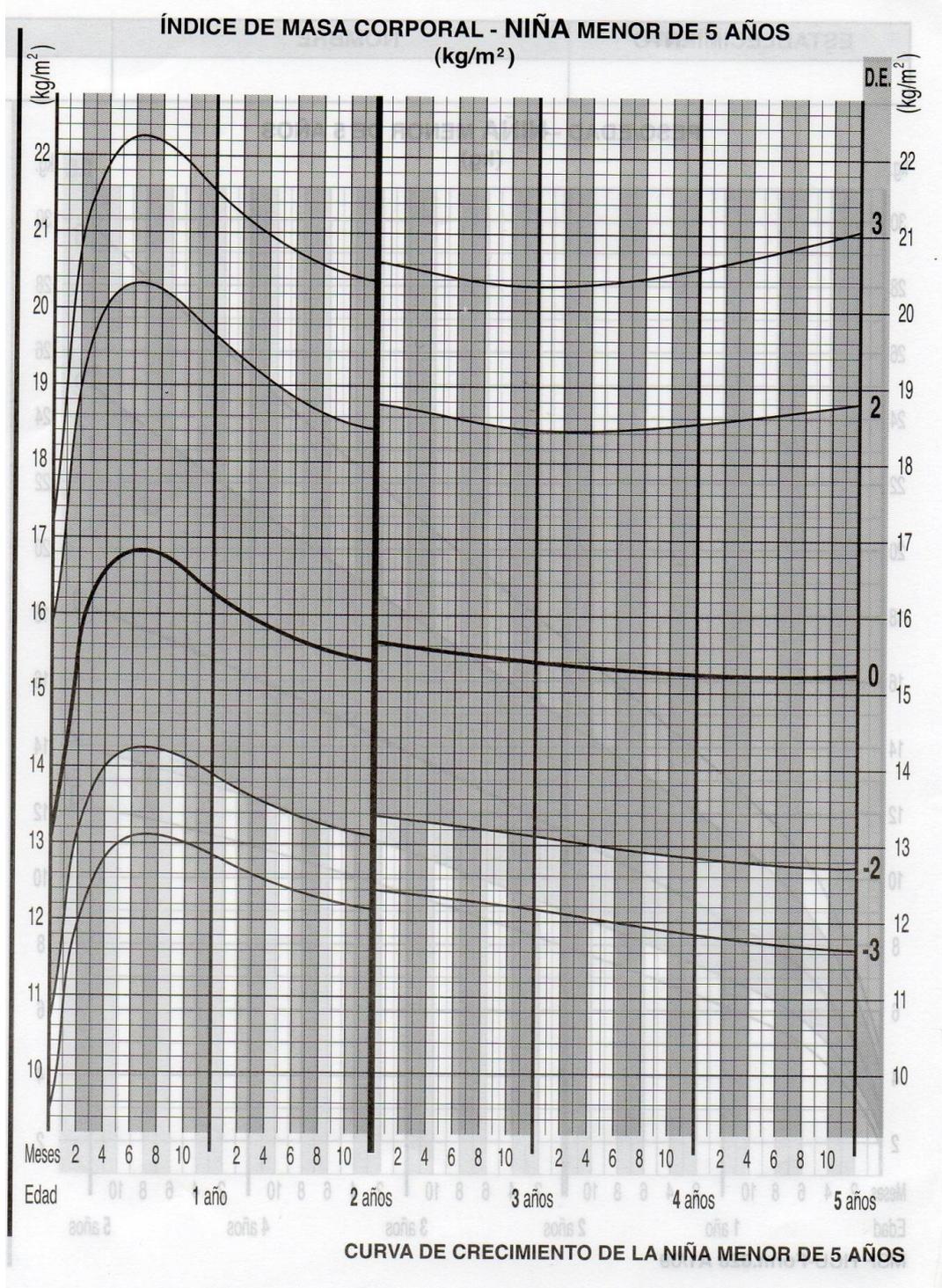
6. SEGÚN SU ESTRUCTURA					
1	NUCLEAR		2	EXTENSA	
3	AMPLIADA		4	CORPORATIVA	
5	EQUIVALENTES FAMILIARES				

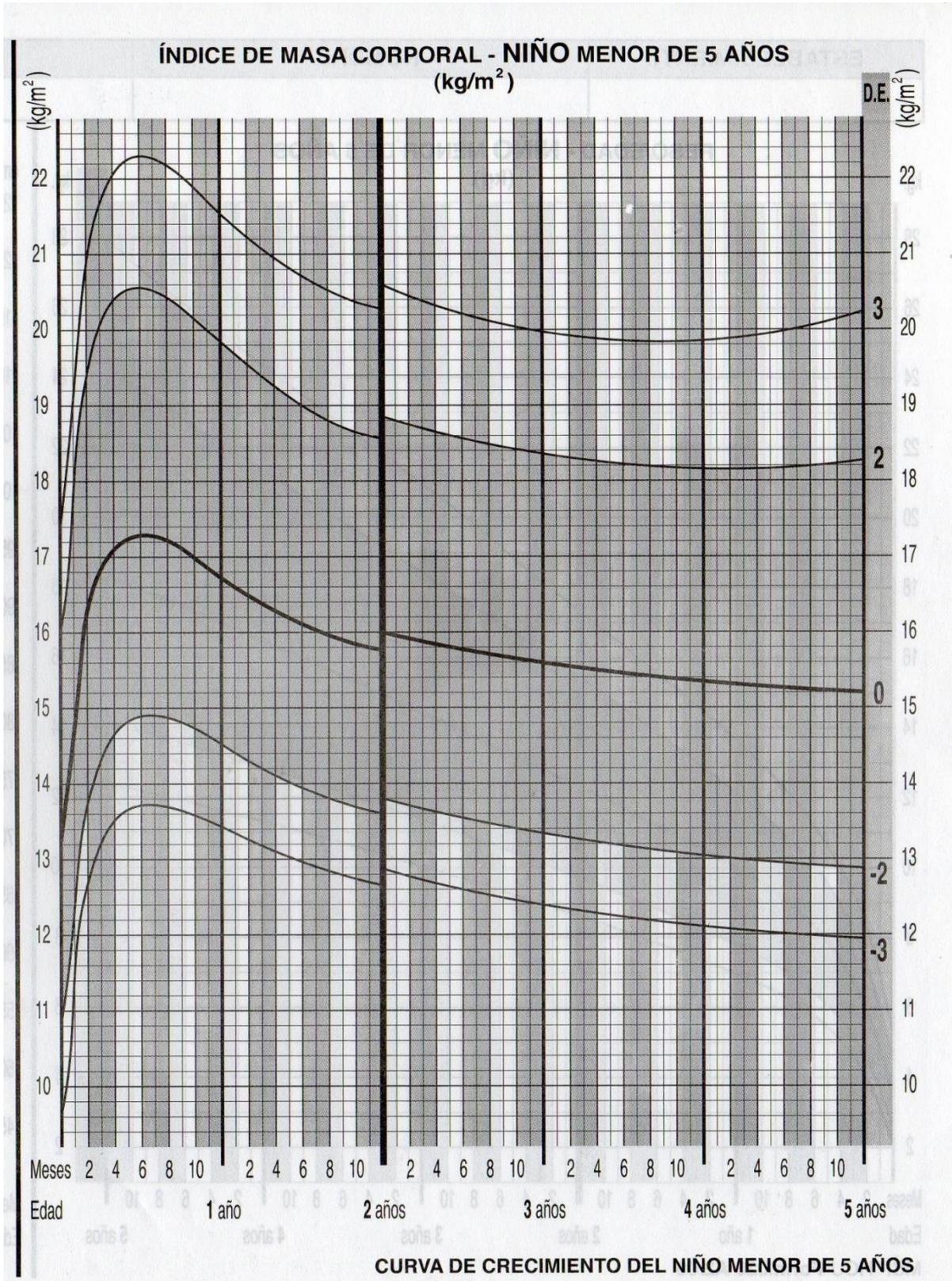
7. EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR:

			SI	NO
RIESGOS BIOLÓGICOS	1	PERSONAS CON VACUNACION INCOMPLETA		
	2	PERSONAS CON MALNUTRICION		
	3	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE INPACTO		
	4	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS		
	5	PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
	6	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES		
RIESGOS SANITARIOS	7	CONSUMO DE AGUA INSEGURA		
	8	MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS		
	9	MALA ELIMINACION DE DESHECHOS LÍQUIDOS		
	10	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS		
	11	ANIMALES INTRADOMICILIARIOS		
RIESGOS ECONÓMICOS	12	POBREZA		
	13	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA		
	14	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE		
	15	DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR		
	16	VIOLENCIA/ALCOHOLISMO/DROGADICCIÓN		
	17	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA		
	18	HACINAMIENTO		
RIESGO BIOLÓGICO		1		
RIESGO SANITARIO		2		
RIESGO SOCIOECONÓMICO		3		

### ANEXO 3

Curvas de la OMS de IMC









**ANEXO 5**

**TEST DE APGAR PARA VALORAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

<b>FUNCION</b>		<b>Casi siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi nunca</b>
<b>APOYO</b>	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?			
<b>PARTICIPACION</b>	¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas?			
<b>CRECIMIENTO</b>	¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?			
<b>APECTO</b>	¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?			
<b>RECREACION</b>	¿Me satisface cómo compartimos en mi familia? El tiempo para estar juntos los espacios de la casa dinero			

Puntaje: casi siempre = 2; algunas veces = 1; casi nunca = 0

1. Familia funcional	7 a 10 puntos	
2. Familia con disfunción moderada	4 a 6 puntos	
3. Familia con disfunción severa	0 a 3 puntos	



## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO - ESTUDIO CUALITATIVO

#### RELACIÓN DE LA FAMILIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS PREESCOLARES INSTITUCIONALIZADOS DE LA PARROQUIA DE SAN JOAQUIN 2015

Este estudio tiene como objetivo conocer las percepciones de los cuidadores directos de los preescolares institucionalizados sobre el estado nutricional y desarrollo psicomotor.

Esta investigación se realizará con la participación de los cuidadores directos de los preescolares que asisten a uno de los centros de CNH y CIBV de la parroquia, que encuentren en una edad comprendida entre 24 a 60 meses de edad.

Nos gustaría que usted nos ayudara previendo la información necesaria a través de la entrevista semi-estructurada para la realización del grupo focal. El proceso tomará aproximadamente cuarenta y cinco minutos a una hora, las mismas que serán grabadas de tal manera que podamos recopilar sus opiniones, las cuales nos servirán para comprender de mejor manera esta problemática y con los resultados obtenidos buscar soluciones para mejorar la salud de los involucrados.

La entrevista se realizará en un espacio que usted considere cómodo, que será dentro de la comunidad a la que usted pertenece, de forma que no se vean afectadas sus actividades rutinarias.

Su aportación no tendrá ningún precio para usted, en caso de reconocer algún riesgo será advertido inmediatamente. La información proporcionada será confidencial, los datos obtenidos de usted serán analizados anónimamente por un programa computarizado que usará códigos.

Usted está en libertad de rehusarse a la participación o si acepta participar, se puede retirar cuando lo desee. Si tiene alguna inquietud sobre la participación al estudio por favor llamar o preguntar directamente al personal del estudio cuando lo crea conveniente.

Luego de toda información que he recibido, explicando los riesgos y beneficios con un lenguaje claro y sencillo. Todas mis inquietudes fueron resueltas, permitiéndome contar con el tiempo necesario para tomar mi decisión, entregándome una copia del consentimiento informado. Acepto en forma voluntaria participar en esta investigación.

Nombre del cuidador directo de niño \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre del investigador \_\_\_\_\_

Investigador: Patricia Guaraca M. Celular 0998675327 Centro de Salud San Joaquín

Fecha: \_\_\_\_\_



## ANEXO 7

### Guía semiestructurada para el grupo focal

#### Conceptos:

- ¿Qué es para ustedes la salud en general?
- ¿Qué es para ustedes un niño saludable?
- ¿Acude a los controles en forma periódica?

#### ESTADO NUTRICIONAL

- ¿Qué es para ustedes el estado nutricional?
- ¿Cuáles son las características de un niño malnutrido y sus consecuencias?
- ¿Ustedes han realizado medidas caseras, cuando su niño a tenido problemas de nutrición?

#### DESARROLLO PSICOMOTOR

- ¿Cómo entienden ustedes sobre el desarrollo normal de un niño?
- ¿Cuáles son las características de un niño con un desarrollo normal?
- ¿Cómo creen que se presentan las alteraciones del desarrollo en los niños?
- ¿Usted conoce cuales son las consecuencias de las alteraciones del desarrollo psicomotor?
- ¿Qué beneficios creen ustedes que se logre al establecer un diagnóstico temprano de las alteraciones del desarrollo psicomotor y estado nutricional en los niños?

#### GENERALIDADES

- ¿Cómo se afecta la familia?
- ¿Han recibido alguna vez capacitaciones sobre estimulación temprana o de nutrición?
- ¿Que hacen ustedes dentro de la familia frente a las recomendaciones?
- ¿Utiliza medidas caseras para prevenir estas alteraciones?