

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y  
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES  
DE UN AÑO DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE  
FÁTIMA DE CHACHAPOYAS, AMAZONAS-2017**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**Autora : Bach. GUISELLA MERCEDES ANGULO CULLAMPE.**

**Asesora : Dra. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA.**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y  
DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE  
UN AÑO DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE  
FÁTIMA DE CHACHAPOYAS, AMAZONAS-2017**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**Autora : Bach. GUISELLA MERCEDES ANGULO CULLAMPE.**

**Asesora : Dra. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA.**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida y guiarme por las sendas del bien.

A mis padres, hermanos por su apoyo incondicional y ser el motor de mi desarrollo personal y profesional; por guiarme en la vida y por enseñarme los valores del trabajo y la dedicación.

## **AGRADECIMIENTO**

Al director del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas por su apoyo desinteresado y por abrir sus puertas para realizar el presente trabajo de investigación.

A la jefa Lic. Enfermería Sonia Santillán Salazar del área de Crecimiento y Desarrollo de Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas por su apoyo desinteresado en la ejecución de la presente investigación.

A las familias de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

A la Dra. Gladys Bernardita León Montoya por su apoyo y enseñanzas como asesora en el desarrollo de la elaboración, ejecución y análisis estadístico de mi trabajo de investigación.

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui  
**Rector de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza**

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón  
**Vicerrector Académico**

Dra. Flor Teresa García Huamán  
**Vicerrectora de Investigación**

Dr. Edwin Gonzales Paco  
**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres  
**Director de la Escuela Profesional de Enfermería**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

(Resolución de Decanato N° 109-2015-UNTRM/F.C.S)

---

Dr. Edwin Gonzales Paco

**PRESIDENTE**

---

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

**SECRETARIO**

---

Mg. Carla María Ordinola Ramírez

**VOCAL**

---

Mg. Erwin Alberto Cabrera Soto

**ACCESITARIO**

**VISTO BUENO DEL ASESOR**

Yo Gladys Bernardita León Montoya, identificado con DNI N° 18104261, con domicilio legal en Jr. Bolivia S/N, docente auxiliar a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, asesor de la tesis titulado “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE CHACHAPOYAS, AMAZONAS-2018”, presentado por la tesista en enfermería Guisella Mercedes Angulo Cullampe.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, ya que ha ejecutado la tesis mencionada, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas 28 de febrero del 2017.

.....  
Mg. Gladys Bernardita León Montoya  
DNI 18104261

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Autoridades	iii
Hoja de jurado	iv
Visto Bueno del asesor	v
Índice	vi
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	01
II. OBJETIVOS	04
III. MARCO TEÓRICO	05
IV. MATERIAL Y MÉTODO	34
4.1. Tipo y diseño de la investigación	34
4.2. Población y muestra	34
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
4.4. Análisis de datos	36
V. RESULTADOS	37
VI. DISCUSIÓN	41
VII. CONCLUSIONES	47
VIII. RECOMENDACIONES	48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.	52

## INDICE DE TABLAS

**Pág.**

<b>Tabla 01</b>	Nivel de funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	37
<b>Tabla 02</b>	Nivel de desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	38
<b>Tabla 03</b>	Nivel de funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	39

## INDICE DE FIGURAS

Pág.

<b>Figura 01</b>	Nivel de funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	37
<b>Figura 02</b>	Desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	38
<b>Figura 03</b>	Funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	39

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 01</b> Operalización de variables	53
<b>Anexo 02</b> Cuestionario sobre el funcionamiento familiar “ff-sil”	56
<b>Anexo 03</b> Tabla de consolidación de la historia clínica de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima.	58

## INDICE DE TABLAS ANEXAS

<b>Tabla 04</b>	Nivel de funcionamiento familiar: dimensión cohesión y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	59
<b>Tabla 05</b>	Nivel funcionamiento familiar: dimensión armonía y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	59
<b>Tabla 06</b>	Funcionamiento familiar: dimensión comunicación y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	60
<b>Tabla 07</b>	Funcionamiento familiar: dimensión permeabilidad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	60
<b>Tabla 08</b>	Nivel de funcionamiento familiar: dimensión afectividad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	61
<b>Tabla 09</b>	Nivel de funcionamiento familiar: dimensión roles y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	61
<b>Tabla 10</b>	Funcionamiento familiar: dimensión adaptabilidad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	62
<b>Tabla 11</b>	Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área cognitiva de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	62

<b>Tabla 12</b>	Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área motriz de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	63
<b>Tabla 13</b>	Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área lenguaje de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2018.	63
<b>Tabla 14</b>	Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área social de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	64
<b>Tabla 15</b>	Edad del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	64
<b>Tabla 16</b>	Religión del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	65
<b>Tabla 17</b>	Estado civil del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	65
<b>Tabla 18</b>	Edad del responsable del niño y funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.	66
<b>Tabla 19</b>	Religión del responsable de niño y funcionamiento familiar de los niños menores de un año del hospital regional virgen de Fátima, Chachapoyas-2017.	66

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, tipo descriptivo de corte transversal, cuyo fue determinar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el desarrollo psicomotor en niños menores de un año del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas - 2017. Considerando 104 niños menores de un año. Se utilizó como instrumento el cuestionario funcionamiento familiar FF-SIL que fue modificado por López Nicolás (2003) y para el desarrollo psicomotor fue recolectado en la ficha técnica elaborada por la autora. Se obtuvo como resultados que del 100%(104) de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima el 48% (40) de los que tienen un funcionamiento familiar moderado presentaron un desarrollo psicomotor normal ,el 14%(12) en riesgo y solo el 14%(1) en adelante; el 37%(31) de los que tienen un funcionamiento familiar funcional presentaron un desarrollo psicomotor normal, 21%(3) en riesgo y solo el 71 % (5) en adelante; mientras que el 64% (9) de los que tienen una familia disfuncional presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo , el 14%(12) normal y el 14%(1) normal. Para contrastar la hipotesis se utilizó el chi cuadrado ( $X^2= 22,001$ ; gl: 4,  $p= 0,000 < 0.5$ ), demostrando la relación entre las variables funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor. Conclusión. Existe relación entre el funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor en los niños menores de un año en estudio, lo que indica que a mejor funcionamiento familiar mejor desarrollo psicomotor.

### **Palabras Claves:**

Desarrollo psicomotor, funcionamiento familiar.

## ABSTRACT

The present research project was a quantitative, relational level, cross-section descriptive type, which was to determine the relationship between family functioning and psychomotor development in children under one year of the Virgen de Fátima Hospital in Chachapoyas, Amazonas - 2017. Considering 104 children under one year. The family functioning questionnaire FF-SIL was used as an instrument, which was modified by López Nicolás (2003) and for psychomotor development it was collected in the technical file prepared by the author. It was obtained as a result that of the 100% (104) of children under one year of the Regional Hospital Virgen de Fátima 48% (40) of those with moderate family functioning had a normal psychomotor development, 14% (12) in risk and only 14% (1) in advance; 37% (31) of those with functional family functioning showed normal psychomotor development, 21% (3) at risk and only 71% (5) in advance; while 64% (9) of those with a dysfunctional family had psychomotor development at risk, 14% (12) normal and 14% (1) normal. To test the hypostatism, the chi-squared test was used ( $\chi^2 = 22.001$ , gl: 4,  $p = 0,000 < 0.5$ ), demonstrating the relationship between the variables family functioning and psychomotor development. Conclusion. There is a relationship between family functioning and psychomotor development in children under one year of study, which indicates that better family functioning improves psychomotor development.

### **Keywords:**

Psychomotor development, family functioning.

## I. INTRODUCCIÓN

Los padres son los “lentes” a través de los cuales los niños ven el mundo. Ello preveen las experiencias y las interacciones que construyen un ambiente familiar saludable, en el cual puede enmarcarse todo el proceso de aprendizaje del niño. Los niños aprenden mejor cuando se los enseña con afecto lo que pueden hacer; cuando son apoyados y orientados para descubrir, a su propio ritmo, el mundo que los rodea; y cuando sus progresos en la adquisición de nuevas actividades son reconocidas y celebrados. De esta manera, el niño emitirá nuevas señales de demanda, las cuales generaran respuestas rápidas y fortalecerán el desarrollo del aprendizaje, la autoestima, la identidad y la creatividad (UNICEF, 2004, p.1)

En el Perú, el funcionamiento familiar es preocupante desde el ámbito de la formación de las familias, tanto en la nucleares como en las extensas se pueden dar la ausencia física de uno o ambos progenitores, implicando la falta de figuras necesarias en el desempeño de acciones vitales para el grupo familiar, donde el 60.5 % de los hogares son nucleares, el 21.7% son extendidas, el 10.4% sin núcleo y el 3.3% compuestas, por consiguiente esto afecta al desarrollo de los niños(as) menores de 5 años en un promedio de 39.5%, de los cuales el 40% de niños sufren de retraso en el desarrollo psicomotor, un 13% de incapacidad y un 3% con minusvalía, ello está relacionada probablemente a una disfunción familiar. (MINSAL-ENAHU.2010, p.1)

El desarrollo psicomotor han ido evolucionando a nivel mundial y nacional, dándole mayor trascendencia desde la primera etapa de la vida, así por ejemplo en el Perú es abordado prioritariamente en los campos de la salud y de la educación. En el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de salud (MINSAL), a través de programas sociales y otras organizaciones e instituciones públicas y privadas, promueven la generación de estrategias para la protección de los niños y niñas y la inversión en su desarrollo integral, dentro de ello el desarrollo psicomotor, así por ejemplo existe el Programa de Crecimiento y Desarrollo. (MINSAL, 2010, p.1).

En un estudio realizado en Ecuador se demostró que el funcionamiento familiar en niños, el área de la adaptabilidad es de rango alto con el 52.3% lo que significa que son familias caóticas, en cuanto a la dimensión de la cohesión el 40.5% son de rango medio, siendo familias unidas, resultando que el funcionamiento familiar común de los niños es

caóticas-unidas, caracterizándose por ser familias con dificultades para resolver sus problemas, por lo que a veces pretenden solucionar los conflictos a través de uno de los miembros, convirtiéndose éste en una víctima de los conflictos familiares, a pesar de esto mantienen una retroalimentación positiva creando nuevas estructuras dentro del sistema. (Sigüenza, 2015, p.13).

Los niños y niñas que crecen en entornos de recursos económicos limitados enfrentan mayores problemas para obtener los nutrientes necesarios para un adecuado desarrollo. En Amazonas el 23% de los niños 0 a 5 años de edad presenta desnutrición crónica, mientras que el 28% vive en pobreza extrema por lo tanto esto hace que el niño no adquiera habilidades y respuestas de manera progresiva para su desarrollo. (UNICEF-Amazonas, 2012, p.3)

En la ciudad de Chachapoyas, se observan familias desintegradas por la ausencia del padre o de la madre o por alguno de sus miembros, estos problemas influyen de cierta forma en el comportamiento negativo de los niños afectando su normal desarrollo por otro lado se observa que familias en su gran mayoría son nucleares, y monoparentales, las funciones que realizan estas familias son el cuidado de sus niños desde el momento de la concepción, nacimiento, crecimiento y desarrollo. (DIRESA, 2010, p.1)

La buena marcha de las funciones familiares favorece el desarrollo biológico, psicológico y social del niño, además de los procesos relacionados con su personalidad, el área social, emocional, y los educativos; en donde el ambiente familiar constituye el ambiente fundamental en el cual ocurren la salud y la enfermedad como respuesta a la interacción entre los sistemas en el cual se halla inmerso el niño, centrándose en su conocimiento y aprendizaje ya que es base para su formación. Por lo tanto esta investigación se debe encontrar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el desarrollo psicomotor en niños menores de un año y de esta manera el profesional de enfermería que labora en el área niño del Hospital Regional Virgen de Fátima, a base de los resultados encontrados, se genere programas, centros y consultorios de intervención relacionados con la familia y el desarrollo de niño.

Durante las prácticas hospitalarias en el área de crecimiento y desarrollo (CRED) del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas en la experiencia curricular Cuidado de enfermería del recién nacido, niño y adolescente se observó que los niños que son

atendidos presentan un desarrollo psicomotor normal, en riesgo o trastorno y además que la gran mayoría de menores acuden en compañía de su madre o cuidadora y en ocasiones menos frecuente asiste el padre. Teniendo en cuenta que los progenitores son los responsables del cuidado del niño, y más aún si las relaciones entre ambos y su entorno son saludables se obtendrá como producto un niño con desarrollo psicomotor normal.

El desarrollo del niño/a influyen tanto factores genéticos como ambientales. Es así, como la influencia directa de todo aquello que rodea al niño, específicamente durante sus primeros años, constituye un aspecto muy importante, especialmente si es el entorno familiar, el que constituye la primera fuente de aprendizaje y conocimiento con la cual el niño interactúa y logra un adecuado desarrollo psicomotor.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. General:**

- Determinar la relación que existe entre el nivel de funcionamiento familiar y el desarrollo psicomotor en niños menores de un año del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas 2017.

### **2.2. Específicos:**

- Establecer el nivel de funcionamiento familiar de los hogares de niños menores de un año del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas 2017.
- Identificar el nivel de desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas 2017.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Antecedentes del problema

##### A nivel internacional:

**Guerrero (2017), Ecuador.** “Relación entre la funcionalidad familiar y el desarrollo motriz de los niños que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir Cuyayacu en la ciudad del Tena”. La investigación de tipo correlacional. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS a través de la Prueba X<sup>2</sup> y el test exacto de Fisher el análisis de datos se aplicó la prueba de chi cuadrado encontrando que  $(X^2(2) = ,618, p > .05, N30)$  arroja una significación exacta bilateral de ,734; debido a que el 50% de casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 se tomó el Estadístico Exacto de Fisher  $(F(,655) = p > .05, N30)$  cuyo valor de significancia exacta bilateral es de 1,000 por lo cual se acepta  $H_0$ , que apoya la independencia entre la funcionalidad familiar y desarrollo motriz. Se concluye en dicho estudio que no existe relación entre las dos variables estudiadas.

**Guaraca (2017), Ecuador.** “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”. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, muestra probabilista aleatoria simple en 121 preescolares. Obtuvieron como resultado que 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  $(RP = 1,567; IC95\%: 1,095-2,243; p = 0,044)$ .

Concluyendo que hay una relación 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.

**Barreto (2017), Ecuador.** “Funcionamiento Familiar y Desarrollo Psicomotriz en niños del Centro Infantil San Alfonso Riobamba, Periodo diciembre 2016- mayo 2017”. La investigación fue descriptiva, de tipo bibliográfica y de campo, y su diseño de investigación transversal. La población del estudio estuvo constituida por 30 niños de 2 y 3 años de edad. Una vez concluida la investigación se ha podido evidenciar que de los 30 niños evaluados el 63.33% de ellos provienen de familias disfuncionales y 36.67%, son de familias funcionales de estos 22 tienen un desarrollo psicomotriz entre anormal y dudoso que representa el 73.33% y solo 8 niños tiene un desarrollo psicomotriz normal que representa el 26.67%. Concluyendo que los niños que asisten al Centro Infantil San Alfonso, en su mayoría vienen de familias disfuncionales quienes tiene un desarrollo psicomotriz anormal lo cual influye en las diferentes áreas (motor fino, motor grueso, personal social y lenguaje), esto nos indica que dentro de una familia disfuncional existe problemas en el desarrollo psicomotriz del niño, si el infante está creciendo en este contexto corre el riesgo que se vea afectado su desarrollo psicoevolutivo.

**Alvarado (2015), Perú.** “Funcionalidad familiar y depresión en un grupo de mujeres pertenecientes a hogares monoparentales, conformando una muestra de 102 mujeres de ciudad Guayana”. Se aplicaron dos instrumentos, el de funcionalidad familiar FFSIL, para lo cual se realizó la confiabilidad obteniéndose un coeficiente Alfa de Cronbach: 0.894 y con el instrumento de medición de depresión de Zung se realizó el mismo procedimiento y cuyo coeficiente Alfa de Cronbach es 0.891.

Durante el tratamiento estadístico se usó medidas de tendencia central: mediana, cálculo de porcentajes y en la contratación de las hipótesis el Chi-cuadrado de Pearson y el estadístico Tau\_b de Kendall. La correlación entre la funcionalidad familiar con la depresión, se observa que el Chi-cuadrado de Pearson = 57,156, gl. = 9 y  $p = ,000 < .05$  y el estadístico Tau\_b de Kendall muestra un coeficiente de correlación =  $-.676$  y Valor  $p = .000 < .05$ . En el estudio, se observó que el 5.9% de las mujeres presenta signos de disfuncionalidad severa, el 22.5% son disfuncionales y el 46.1% son moderadamente disfuncionales.

Estos resultados permiten afirmar que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión en la muestra estudiada. De manera similar se

aprecia con las dimensiones de la depresión (somática, cognitivo, estado de ánimo y psicomotor) y la funcionalidad familiar.

#### **A nivel nacional:**

**Caparachin (2012), Lima.** “Calidad del ambiente familiar y el desarrollo psicomotor de los niños de 3 y 4 años”. Fue un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal. Se observó la calidad del ambiente familiar, si bien es moderada en un 63.8% (30), la calidad inadecuada alcanza el 34% (16) lo que implica que en una proporción considerable de familias no son frecuentes las actitudes y conductas que son importantes para el desarrollo psicomotor y social de los niños, también evidenció que del 100% (47) de niños a los que se les evaluó su desarrollo psicomotor a través del TEPSI, el 89.4% (42) presentan un desarrollo psicomotor normal en el área de coordinación, 85.1% (40) en el área motora y 63.8% (30) en el área de lenguaje. Es en el área de lenguaje donde se presenta los porcentajes más altos de riesgo con el 19.1% (9) y de retraso con el 17% (8). Las dimensiones de aceptación de la conducta, organización del medio ambiente y materiales de estimulación tienen menor presencia en la calidad del ambiente familiar.

**Márquez & Valeriano (2014), Arequipa.** Realizo un estudio en “factores relacionados con el desarrollo psicomotor en niños(as) de 2 a 4 años. Centro de Salud Javier Llosa García – Hunter. Arequipa -2014”. El estudio de investigación fue de tipo descriptivo, de corte trasversal y diseño correlacional. Se apreció que la mayoría de los que presentan retraso (4.9%) son familias monoparentales, mientras que aquellos que presentan el desarrollo psicomotor normal corresponden a familias extensa y nuclear con (24.6%) y (18.0%) respectivamente.

Concluyendo que el tipo de familia y el desarrollo Psicomotor presenta una asociación altamente significativa ( $P < 0.01$ ).

**Rojas (2017), Huánuco.** Realizo un estudio de la “estimulación temprana en el ambiente familiar en el desarrollo psicomotor del niño menor de 3 años, del Centro de Salud Acomayo de Huánuco”. El estudio fue observacional, transversal, analítico y prospectivo. Observo que el nivel de estimulación temprana en el ambiente familiar de los niños menores de 3 años en un 89,7% (183) fue adecuada

y el perfil de desarrollo psicomotor en el 99,5% (203) fue normal. Al relacionar la estimulación temprana en el ambiente familiar y el estado nutricional de los niños menores de 3 años, se halló significancia estadística [ $X^2= 7,80$ ;  $Gf= 1$  y  $p = 0,00$ ]; con lo que acepta la hipótesis de investigación. Por otro lado, no se halló relación entre la estimulación temprana en el ambiente familiar y el desarrollo psicomotor [ $X^2= 0,11$ ;  $Gf= 1$  y  $p = 0,73$ ], el género de los niños [ $X^2= 0,20$ ;  $Gf= 1$  y  $p = 0,64$ ], la procedencia de los niños [ $X^2= 1,99$ ;  $Gf= 1$  y  $p = 0,15$ ] y el nivel de la funcionalidad familiar de las familias de los niños [ $X^2= 4,80$ ;  $Gf= 1$  y  $p = 0,09$ ]; con lo que se aceptó las hipótesis nula. Llego a la conclusión que la estimulación temprana influye en el estado nutricional de los niños menores de 3 años; mas no influye en el desarrollo psicomotor.

#### **A nivel local:**

**Mendoza (2014).** En la universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, realizo un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería. Los resultados demuestran que del 100%(46) adolescentes dentro de las conductas sexuales de bajo riesgo el 10.9%(5) provienen de familias funcionales, el 23.9%(11) de familias moderadamente funcionales y el 8.7% (4) de familias con disfuncionalidad, muestra que dentro de las conductas sexuales de mediano riesgo el 26.1%(12) provienen de familias funcionales, el 23.9%(11) familias moderadamente funcionales el 4.3%(2) presenta conducta de alto riesgo y pertenece a familias funcionales.

**Canta (2012).** Centro de Salud Molinopampa- Amazonas, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor del niño menor de un año y el nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana, Los resultados demuestran que el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año, el 90.48% presentan un desarrollo psicomotor normal, seguido de 4.76% en riesgo y un 4.76% con retraso, mientras que para la variable del nivel de conocimiento de la madre, el 66.6% presenta nivel de conocimiento medio, seguido de 23.9% conocimiento alto y el 9.5% con conocimiento bajo. El 61.9% presenta un desarrollo psicomotor normal con un nivel de conocimiento medio de

las madres, el 23.8% con un desarrollo psicomotor normal con un nivel de conocimiento alto de las madres, el 4.76% presenta desarrollo psicomotor en riesgo con un nivel de conocimiento medio de las madres y un 4.76% presenta desarrollo psicomotor en retraso con un nivel de conocimiento bajo de las madres sobre estimulación temprana. Se concluye que existe relación significativa entre el desarrollo psicomotor del niño y el nivel de conocimiento de la madre sobre la estimulación temprana.

## **3.2 Base teórica**

### **3.2.1. Funcionamiento familiar**

#### **A. Familia:**

La familia es como: “un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además ciertas facetas, tales como su estructura única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto, cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su composición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.”(Depaux, 2009, p.1).

La familia es el núcleo y soporte fundamental de la sociedad. En ella, el ser humano nace crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural, sus miembros mantengan relaciones interpersonales estables compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas. Estas relaciones interpersonales deben ser íntimas, afectuosas, cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez. (López, 2003, p. 93-94).

La familia es la base del bienestar de los niños en la medida en que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y

funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones. (Tomas y M. Bargada, 2002).

En la familia funcional: las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad, no existen coaliciones internas ni competencia entre ellas, los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad, es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad, existe empatía, y hay apoyo emocional. Por el otro lado, en la familia disfuncional: hay líneas intergeneracionales borrosas, no existe actitud negociadora, se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites de la familia son imprecisos, las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. (Herrera, 1997).

Como bien se ha reconocido, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en 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. En ella el sujeto tiene sus primeras experiencias y adquiere sus valores y su concepción del mundo. La familia es para el individuo el contexto en donde se dan las condiciones para el desarrollo, favorable y sano, de su personalidad, o bien, por el contrario, el foco principal de sus trastornos emocionales. (Herrera, 1997).

## **B. La familia como un sistema:**

La familia es un sistema compuesto de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. Cualquier grupo de personas que interactúan entre si están comprometidas en definir sus relaciones recíprocas de acuerdo a determinadas reglas. Por eso considerar a la familia como un

sistema interactivo gobernado por reglas. La existencia de reglas de relación debido a los cuales el sistema se configura como totalidad garantiza su estabilidad y equilibrio interno. La familia es un todo, es una organización intersistémica que le permite además tener su propia identidad (comportamientos autóctonos de cada familia de acuerdo a sus principios). La familia es un sistema autónomo, por el proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad como ser familiar total. (Martínez, 2004).

La familia es un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos en un sistema por sí solo, y que la familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos (Martínez, 2007).

### **C. Tipos de sistemas:**

#### ✓ Sistema cerrado:

Existe un principio que afirma que la entropía es una característica de los sistemas cerrados para la cual determinado proceso se verifique en estos sistemas acabará en un estado de equilibrio gracias al cual todos estos elementos participantes se homogenizan y todo el proceso se detiene. (Musitu, 1994).

#### ✓ Sistema abierto:

Hay importancia y exportación de material. El grupo familiar es un sistema abierto tanto hacia el mundo interno de las personas que conforman el sistema familiar desde la cual interactúan vivencias de información, como hacia el sistema social que lo rodean y les imponen sus normas y determinan algunos valores fundamentales. (Musitu, 1994).

#### **D. Funciones de la familia:**

Es el ambiente familiar donde se obtienen los primeros conocimientos sobre la vida, los sentimientos de amor, la confianza en sí mismo y el aprecio por los demás. La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida; considera a la familia una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura. (Depaux, 2009, p.1)

Así mismo Navarro y Cols (2007) agregan que la familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales la siguiente: (Depaux, 2009, p. 1)

- ✓ Desarrollo de la identidad: las primeras personas que inculcan y enseñan el acontecimiento, la autoevaluación y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de la familia es reflejo de un buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar.

Todo indica que la familia tiene un rol vital en la formación del niño en cuanto a su personalidad, la misión de los padres o apoderados de los menores en el hogar implica orientarlos para el buen desarrollo.

- ✓ Agente de socialización: la familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde la madre que está en el periodo del embarazo inicia la comunicación en el menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros que enseñan a comunicarse son los padres y las personas que conviven en el hogar. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc.

- ✓ Agente de protección y apoyo: la familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basado en sentimientos de apego y amor. Toda función de la familia (biológica, psicológica, económica y educativa) tiene como base los lasos afectivos entre sus miembros.

#### **E. Tipos de familia según funcionalidad:**

- ✓ Familia funcional: son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía artificial y asumida, por ninguno de los miembros, donde todos laboran , trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo (Larocca, 2006).
- ✓ Familia moderadamente funcional: dentro de los roles de la familia existen uno que otros puntos críticos que tardan en resolverse de esta manera hace que la integración se debiliten (Larocca, 2006).
- ✓ Familia disfuncional: dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada una de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en forma natural y espontanea (Larocca, 2006).
- ✓ Familia severamente disfuncional: cuando esto ocurre con ambos miembros o con los familiares cercanos, decimos que se ha creado una familia disfuncional, es decir una familia ineficiente, problemática, que no funcionara bien porque no sustenta, no escucha, no incentiva, critica y manipula y por tanto no realiza sus objetivos (Larocca, 2006).

#### **F. Funcionamiento familiar**

Consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales, superando a cada una de las etapas del ciclo vital, permitiendo la interacción con otros sistemas.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes: La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros. La transmisión de valores éticos y culturales. La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros. El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital. El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social). (Fuentealba, 2007).

El contexto familiar se desarrolla dentro del ámbito social, por lo cual es de vital importancia que pueda irse adaptando a los cambios, tanto en el medio como en las etapas de crecimiento de los hijos, así mismo el nivel de cohesión ira oscilando de acuerdo al estilo de comunicación e interrelación entre sus miembros. Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre estas dimensiones, los conflictos comienzan acentuarse llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a su salud mental. (Depaux, 2009).

**G. Dimensiones del funcionamiento familiar:** Lauroca Bernal y otros (2002).

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona ajuste de la familia al medio social y bienestar subjetivo de sus integrantes. Se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad afectividad, roles y adaptabilidad.

- ✓ **Cohesión:** Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas, es el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, cariño entre familiares, la implicación familiar, la unión de padres e hijos y el respeto.

- ✓ Armonía: Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo, por lo tanto es el entendimiento entre los miembros de un hogar, se expresa en un estado de ánimo armónico, dialogante y de entrega; sustentado en valores y principios de vida, encaminados a conseguir vivir en la verdad y lograr un desarrollo moral, intelectual, económico y espiritual.
- ✓ Comunicación: Donde los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Tiene una función más importante que la pura información; es un puente de doble vía que conecta los sentimientos entre padres e hijos. La comunicación familiar es básica para ayudar a los niños a desarrollar una autoestima fuerte, una personalidad saludable y unas buenas relaciones sociales.
- ✓ Permeabilidad: Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- ✓ Afectividad: Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas uno a los otros. El amor les ayuda a cada uno de sus miembros, especialmente a los hijos, a que desarrollen todas sus potencialidades para que logren alcanzar lo más cerca posible sus objetivos en la vida: La psicología afirma que el afecto estimula el aprendizaje y desarrolla la inteligencia gracias a la sensación de seguridad y confianza que otorga y que se desarrolla lentamente a través de la infancia, la niñez y la adolescencia.
- ✓ Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Los roles son asignados de alguna forma, pero también son asumidos en el contexto de lo que podría denominarse la "escena familiar".

Estos roles pueden ser más o menos rígidos o pueden variar; justamente se puede decir que cuanto mayor rigidez en estos roles, peor pronóstico va a tener una familia, en relación a la salud de sus miembros o al equilibrio que puede haber en la misma.

- ✓ Adaptabilidad: Es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera, habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior.

### **3.2.2. DESARROLLO PSICOMOTOR**

#### **A. Desarrollo:**

Es un proceso continuo y progresivo desde el nacimiento a la adolescencia. Esto significa que unas etapas preceden a otras en secuencias ordenadas, y que las nuevas conductas integran las adquisiciones previas. Estos aspectos suponen que la capacidad de exploración del bebé le lleva a ensayar y poner en funcionamiento muchas respuestas diferentes en forma relativamente casual y descoordinada, pero que posteriormente el bebé selecciona las más eficaces para conseguir lo que se propone y aprende exactamente qué funciona y qué no funciona, integrando respuestas en un conjunto eficaz. Es por tanto un proceso secuencial, un proceso en el que unas etapas tienen que ser antecesoras para convertirse en la base de otras nuevas. (Gassier, 1990)

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ética y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (MINSAL. 2010 Pg.17).

#### **B. Control de crecimiento y desarrollo:**

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención

oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (MINSA.2010.Pg.17).

### **C. Riesgo para el trastorno de desarrollo:**

Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida , problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores sensoriales o de comportamientos, pudiendo ser estos, transitorios o definitivos (MINSA.2010. Pg.17).

### **D. Trastorno del desarrollo:**

Es la desviación significativa del “curso” del desarrollo como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente norma. (MINSA.2010.Pg.17).

### **E. Desarrollo psicomotor**

Carrillo & col (2005) el desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Este ocurre en forma secuencial y progresiva, es decir que para alcanzar nuevas etapas es necesario haber logrado las anteriores. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, el ritmo con que cada niño logra las distintas etapas varía.

Haeussler & Marchant (2009, p.13) definen el desarrollo psicomotor como: “la madurez psicológica y motora que tiene un niño en relación a tres áreas básicas: coordinación visomotora, lenguaje y motricidad, relacionada a

otros aspectos que hacen más complejo dicho desarrollo para la praxis en la vida diaria” En esta definición hay que destacar la propuesta de las autoras al coincidir en el rol importante que juegan estas dimensiones en el desarrollo psíquico infantil.

Las investigaciones de Piaget (2008, p.17) repercuten en los estudios del desarrollo psicomotor desde el momento en que resalta el papel de las acciones motrices en el proceso del acceso al conocimiento. Así su teoría planteada, afirma que “el aspecto psicomotor es importante para la inteligencia donde ésta se construye a partir de la actividad motriz del niño/a y en los primeros años de vida” .En la definición propuesta, el aspecto psicomotor se da en los primeros 7 años de vida sobre todo en la etapa sensorio motriz de 0 a 2 años seguida de la pre operacional que se da entre los 2 a 7 años donde el niño va desarrollando también la inteligencia que constituyen el equivalente práctico de los conceptos y de las relaciones.

Según Cobos (2006, p.21) el desarrollo psicomotor es entendido como: “la madurez relacionada con los físico y psíquico teniendo que ver tanto con las leyes biológicas como con aspectos puramente interactivos susceptibles de estimulación y de aprendizaje. La meta será el control del propio cuerpo para la acción”. Esta definición es más pragmática teniendo en cuenta no sólo el aspecto biológico sino como lo mencionan lo social donde se estimule al niño para la obtención de aprendizajes que deben ser demostrables en la acción misma.

Lora y Flórez (1997, p.23) determinan que el desarrollo psicomotor es: la raíz del desarrollo de las potencialidades del niño: biológicas, psíquicas y sociales, teniendo una doble finalidad educativa: el desarrollo del cuerpo como instrumento para poder actuar frente al mundo y frente a los aprendizajes y el desarrollo del cuerpo como lenguaje auténtico de comunicación con los demás. Esta definición pretende ser global, al considerar todas las potencialidades en el proceso, enfatizando en el propio cuerpo para el bienestar y convivencia con los demás.

Por otro lado Fonseca (1996, p.68) se refiere al desarrollo psicomotor como: “un campo complejo de numerosas funciones, donde el niño es considerado como un todo, como un ser de expresión. El desarrollo psicomotor es necesario para acceder a niveles superiores de pensamiento”. Esta definición ve al ser humano como una unidad que tiene necesidad de expresarse con el entorno donde vive, destacando la importancia del adecuado desarrollo psicomotor para ir adquiriendo otros procesos más complejos como el pensamiento.

Finalmente a partir de las revisiones anteriormente expuestas, se propone una definición del desarrollo psicomotor como: un proceso continuo donde intervienen factores, biológicos, psíquicos, motrices y sociales donde el ser humano considerado como una unidad, logra expresarse corporal y verbalmente de manera autónoma desenvolviéndose eficazmente en el contexto donde se encuentra.

## **F. Desarrollo intrauterino**

Una vez que el cigoto se ha formado, viaja hasta implantarse en el útero materno. Una vez allí, el fenómeno más característico, que tiene lugar durante la tercera semana, es la gastrulación, que comienza con la aparición de la línea primitiva que, en su extremo cefálico, presenta el nódulo primitivo. En la región del nódulo y de la línea, las células se desplazan hacia el interior para formar nuevas capas celulares: el endodermo y el mesodermo. Así, se da origen a las tres capas germinativas del embrión, que consisten en el ectodermo, mesodermo y endodermo. Desde la tercera a la octava semana se desarrolla lo que se conoce como “período embrionario” o de organogénesis. Cada una de las tres hojas germinativas, da origen a varios tejidos y órganos específicos. La hoja germinativa ectodérmica da origen a los órganos y estructuras que mantienen contacto con el mundo exterior: sistema nervioso, órganos de los sentidos y glándulas, entre otros. El componente importante de la capa germinativa mesodérmica es el mesodermo paraxial, que da origen a los somitas, los que a su vez dan origen al miotoma (tejido muscular), esclerotoma (cartílago y hueso) y dermatoma (tejido subcutáneo de la piel). La hoja germinativa endodérmica proporciona

el revestimiento epitelial de las vísceras. El período que se extiende entre el comienzo de la novena semana hasta el final de la vida intrauterina se llama período fetal. Se caracteriza por la maduración de los tejidos y órganos y el rápido crecimiento del cuerpo. Durante este período, se generan muy pocas malformaciones, pero pueden producirse algunas disrupciones. Sin embargo, el sistema nervioso central permanece vulnerable a lesiones que pueden originar trastornos postnatales de la conducta y dificultades en el aprendizaje. Es importante tener presente que “al final del tercer trimestre, la materia gris (corteza, ganglios basales, tálamo) se encuentran más vulnerables a las noxas, sobre todo de origen hipóxico-isquémico o procesos infecciosos, por lo que el feto debe permanecer en el útero durante 40 semanas para que el desarrollo de la corteza sea la óptima” (Pitcher & cols. 2009).

#### **G. Sistema nervioso central**

“Lo mismo que para los órganos de los sentidos, la etapa fetal y del lactante son fundamentales: carencias nutritivas globales o específicas, así como las diversas Anomalías endocrino-metabólicas y el trauma físico o químico en el nacimiento, pueden perturbar el desarrollo de las neuronas corticales, su distribución anatómica y el proceso de mielinización, dejando huellas que serán el trasfondo orgánico de encefalopatías graves, disfunciones cerebrales mínimas o simplemente dificultades en el aprendizaje. A través de las etapas trascendentes de la migración neuronal, diferenciación de las neuronas, realización de sinapsis entre las células, y finalmente la apoptosis o muerte celular de las neuronas en exceso, se va configurando el complejo proceso de desarrollo del SNC. Su regulación es muy complicada, y no sólo intervienen factores de predominio endógeno, como los neuroquímicos o los genéticos, sino otros más externos, entre ellos todos los ambientales, muy especialmente la nutrición y la educación”. (García & cols, 2000)

Es de particular importancia el desarrollo del sistema nervioso central, pues en éste se almacena todo el aprendizaje del niño/a, tanto motor, como de lenguaje y sociabilización. El desarrollo del SNC en general está determinado por factores internos programados y por factores externos no

programados, que durante los procesos de determinación y diferenciación neuronales ejercen amplias interacciones en el tejido cerebral en desarrollo, contribuyendo así a su organización cito-arquitectónica. (Barone & cols, 2000).

#### **H. Desarrollo del SNC mediado por factores internos.**

El tubo neural inicia su desarrollo tres semanas después de la concepción. Como ya se dijo, en este momento, en el embrión están ya presentes y superpuestas, las tres capas germinales de células embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Así, en la capa superior o ectodermo aparece una hendidura llamada la placa neural, que enseguida se pliega para formar el primer esbozo del sistema nervioso central, el “tubo neural”. Alrededor de las cinco semanas y como consecuencia de la división rápida de las células progenitoras en el extremo anterior del tubo neural, aparecen tres vesículas que posteriormente formarán los tres principales componentes del encéfalo: prosencéfalo (cerebro anterior), mesencéfalo (cerebro medio) y rombencéfalo (cerebro posterior). En este momento se inicia la neurogénesis o formación de neuronas no diferenciadas en la médula y en el tallo cerebral y más tarde en el resto del cerebro. Empiezan a desarrollarse los ganglios y nervios cerebrales. Alrededor de las siete semanas, el prosencéfalo da lugar al telencéfalo y al diencefalo, el primero dará lugar a la corteza cerebral, algunos ganglios basales, al hipocampo y a la amígdala; el segundo da lugar al tálamo, el subtálamo e hipotálamo. El mesencéfalo o cerebro medio no sufre ninguna división, pero el rombencéfalo o cerebro posterior dará lugar al metencéfalo y al mielencéfalo, los que a su vez más tarde formarán el cerebelo y el puente de Varolio, además del bulbo raquídeo. A las ocho semanas, algunas neuronas inician lentamente su diferenciación, y la formación de redes neuronales simples. En este momento, la formación del número de células de la médula espinal ya ha concluido. Inmediatamente, se inicia la formación, migración y diferenciación de las neuronas. A las diez semanas, el feto puede manifestar algunos movimientos completamente involuntarios, y es en este tiempo que la corteza inicia su desarrollo, y éste continúa después del nacimiento durante algunos años. (Chávez, 2003) (Zuluaga, 2001 A).

## **I. Desarrollo del SNC mediado por factores externos**

“El niño, en todas sus edades, tiene una actitud receptiva extraordinaria, que le hace particularmente sensible a las acciones del ambiente. Las condiciones de la alimentación, de la vivienda, de la escuela, de la ciudad, del clima y de la higiene general tienen una pronta repercusión en sentido favorable o desfavorable sobre el organismo infantil. Todo el ambiente, sea a nivel familiar, escolar o comunitario, ejercen una definitiva intervención en su evolución neuro-psíquica.” (García & cols, 2000).

El desarrollo del SNC luego del nacimiento se explica mediante el concepto de neuroplasticidad, que se define como “la capacidad que tiene el sistema nervioso para responder, y, sobre todo, para adaptarse a las modificaciones que sobrevienen en su entorno”. (Flórez, 2005).

Las bases neurales del desarrollo están dadas en gran medida por el fenómeno de plasticidad. Se puede definir la plasticidad cerebral como la reorganización de patrones distribuidos de la actividad cerebral, asociados a las tareas normales que acompañan a la acción, percepción y cognición y que además, compensan las funciones alteradas o perdidas como resultado de una enfermedad o una lesión cerebral. Cualquier cambio conductual o en respuesta a estímulos, las diferencias individuales para responder a demandas internas y externas pueden ser tomados como ejemplos de plasticidad. (Frackowiak, 1997).

Así como en el envejecimiento, en el desarrollo del niño/a se producen cambios en la organización del sistema nervioso central (SNC); las distintas actividades que realiza el niño/a, y las experiencias a las que se ve sometido, provocan modificaciones en el SNC que influyen en su aprendizaje y memoria. Se sabe que la neuroplasticidad, o plasticidad cerebral, se expresa en distintos niveles según las exigencias ambientales. Así, pueden ocurrir cambios en los genes y su transcripción, modificación de moléculas, aumento o disminución de sinapsis neuronales, disminución o aumento de neuronas y creación de nuevas redes neuronales. En general, pueden agruparse los cambios en el sistema nervioso en dos grandes conceptos:

plasticidad fisiológica y plasticidad anatómica. La plasticidad fisiológica se refiere a los cambios ocasionados en las respuestas de las neuronas y sus conexiones. Por otro lado, la plasticidad anatómica indica cambios en la estructura de la neurona (número de neuronas, tamaño de sus arborizaciones, cantidad de sinapsis, etc.)

La compleja configuración del SNC, en el momento del nacimiento, prácticamente no presenta conexiones neuronales establecidas. Estas conexiones neuronales definitivas se establecen a través de una remodelación que sufre la configuración inicial inmadura. A medida que el cerebro crece, aumenta el número de sus prolongaciones y de sus contactos sinápticos. El hecho de que sea necesaria la actividad neuronal para completar el desarrollo implica que la maduración cerebral es modificable a través de su propia estimulación y de la experiencia, dando al cerebro la adaptabilidad necesaria. En las etapas posteriores al nacimiento, las diversas influencias y estímulos van provocando nuevos brotes dendríticos y axónicos, con nuevas ramificaciones, reforzando o eliminando contactos sinápticos hasta conseguir la remodelación final de los circuitos. (Praag & cols, 2000).

Existen diversos estudios que han intentado explicar la importancia del ambiente en el desarrollo del SNC. Destaca entre ellos el modelo de enriquecimiento ambiental, planteado por primera vez por Hebb, en 1940. Para crearse este modelo se realizaron algunos estudios en animales (ratas, cerdos e incluso simios); los animales fueron criados en jaulas más grandes de lo habitual, y en mayor número por jaula (para estimular la interacción social), colocándose en ellas juguetes que se fueron cambiando, para ofrecer diversidad de estímulos, de formas y colores variados, como escaleras y ruedas giratorias, y se plantearon dificultades para el acceso a la comida, que también fue variada en sabor y textura. Los animales que fueron sometidos a este tipo de estimulación durante períodos variados de tiempo presentaron diferencias sustanciales frente a sus compañeros criados en condiciones estándar (cuatro o cinco animales por jaula, sin juguetes a su alrededor); realizaron mejor las pruebas que requieren un aprendizaje complejo, fueron más competentes en las pruebas que evalúan la memoria

viso-espacial y la memoria a corto plazo, e incluso mostraron signos más tardíos de envejecimiento. Estos resultados de carácter cognitivo se acompañaron de modificaciones neuro-anatómicas, como son: el aumento de grosor de la corteza cerebral, el incremento en el número de las espinas dendríticas y el aumento en el número y tamaño de las sinapsis. A nivel neuroquímico, se observó un aumento en la expresión de numerosos genes que tienen que ver con el desarrollo neuronal, y modificaciones en el funcionamiento de las vías de señalización intraneuronal que son activadas en respuesta a estímulos neuroquímicos diversos. (Praag & cols, 2000).

Es así, como debe tenerse en cuenta el concepto de neuroplasticidad en la estimulación del niño/a, pues en edades tempranas se producen los mayores y más importantes cambios a nivel cerebral, que determinarán el comportamiento y desarrollo de cada individuo. Como ya se ha mencionado, no sólo influyen en dichos cambios los factores genéticos; también cumplen un rol importante los factores ambientales y familiares que rodean al niño. A través de la plasticidad cerebral, comienza a instaurarse la arquitectura cerebral definitiva en el niño/a, influenciada por factores biológicos y también ambientales. Es por ello, que la estimulación temprana contribuye fuertemente en un correcto desarrollo psicomotor. Ésta puede ser definida a partir de distintas perspectivas. Desde el punto de vista sanitario, se entiende la estimulación temprana como “una modalidad de intervención para niños/as desde 0 a 5 años y sus familias, ofrecidos previo diagnóstico de ingreso, rezago o retraso en un determinado momento de la vida de un niño/a, que abarca cualquier acción realizada cuando éste necesita apoyo especial para asegurar y mejorar su desarrollo personal, fortalecer las competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño/a” (Pino & cols, 2010). Desde el punto de vista educativo, el concepto de estimulación temprana se define como “aquella actividad de contacto o de juego con un bebé o niño/a que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos” (Pino & cols. 2010). Basándose en este concepto, en un estudio realizado, se vio que “las ratas criadas en entorno enriquecido, con relación a congéneres criados en entorno empobrecido, presentan neuronas de dimensiones mayores, con una

arborización dendrítica más densa y más colaterales axónicas, un volumen mitocondrial aumentado y más sinapsis por neurona. Estas sinapsis son más grandes, el elemento presináptico es mayor y contiene más vesículas sinápticas.” (Brailowsky & cols, 1992).

En la edad adulta temprana, se ha visto que las influencias prenatales en el desarrollo corticoespinal son mayores en aquellos individuos que experimentaron una mayor desventaja tanto en lo social como en lo económico, y cuyas madres no terminaron la enseñanza media (Pitcher & cols, 2009).

## **J. Ontogénesis.**

El desarrollo psicomotor abarca, a grandes rasgos, la adquisición de habilidades en las áreas motoras, del lenguaje y de sociabilización. Estas áreas se encuentran interrelacionadas, y no pueden ser aisladas unas de otras, pues se influyen entre sí de manera constante. Es por ello, que el estudio del desarrollo psicomotor debe llevarse a cabo de manera multidisciplinaria. Los distintos profesionales de la salud deben trabajar en equipo, aportando cada uno de ellos desde el conocimiento de sus áreas específicas de trabajo. Desde este punto de vista, la Kinesiología, que se define como “la ciencia que estudia el movimiento humano” (Smidt, 1986) orienta su intervención principalmente hacia el área motora del desarrollo psicomotor. Sin dejar de lado las otras áreas del desarrollo del niño, se dará un enfoque principalmente al área motora que es de vital importancia para las ciencias kinésicas.

El área motora del desarrollo psicomotor se explica mediante la ontogénesis, la cual se define a grandes rasgos como los procesos que sufren los seres vivos desde la fecundación hasta su plenitud y madurez.

Las características generales de la ontogénesis humana son: que exista una progresión de movimientos del centro a la periferia del cuerpo, de craneal a caudal, desde movimientos en masa, los cuales están gobernados por los reflejos, a movimientos aislados y con un propósito; de una asimetría e

inestabilidad a estabilidad y simetría, desde una superficie de contacto a una superficie de apoyo.

El conocimiento de la ontogénesis es primordial para pesquisar y definir la desviación de la normalidad. En los niños/as, está establecido que a ciertas edades se cumplan ciertos hitos de su desarrollo. Durante el primer año de vida se adquieren los patrones motores que permitirán la incorporación a la marcha, con lo que se inicia una mayor exploración del entorno por parte del niño. Según un estudio realizado en México, la importancia del medio ambiente con respecto al desarrollo psicomotor es mayor en niños mayores a doce meses, en virtud de una mayor exposición a un ambiente favorable o desfavorable, y la necesidad de la permanencia en un ambiente dado para que se observen modificaciones en el desarrollo (Soler,2007).

#### **K. Áreas del desarrollo psicomotor (Whaley-Wong.1995. Pg.239-248)**

**Cognitivo:** El desarrollo intelectual coincide con el biológico, el motriz, el lenguaje y con los logros personales sociales, muchos de los cuales tienen que ocurrir antes para que el aprendizaje se produzca de la forma óptima. Por ejemplo, la capacidad visual debe ser suficiente para que el lactante vea los objetos con claridad antes de poder hacer asociaciones relacionadas con ellos. El aprendizaje tiene lugar cuando la conducta cambia como consecuencia de la experiencia o del crecimiento. Al progresar la motricidad, la participación más activa del lactante en el entorno fomenta el aprendizaje.

**Motricidad:** El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno. Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento.

- ✓ Motor grueso (locomoción y desarrollo postural): El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar.
- ✓ Motor fino: Implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, coger, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, girar, abrir, torcer, garabatear

**Lenguaje:** El primer medio del que se vale el lactante para comunicarse verbalmente es el llanto. Aprende a mostrar disgustos antes que placer. Muchos padres afirman que pueden distinguir entre diferentes tipos de llantos y, a partir de esos mensajes, interpretar lo que él bebe necesita. No obstante, para muchos otros el llanto puede constituir una fuente de estrés considerable, sobre todo el ocasionado por los cólicos

Al final del primer año, los niños lloran para llamar la atención, por miedo, sobre todo de los extraños, y por frustración, normalmente ocasionada por su torpeza motriz (Brazelton, 1987)

Los sonidos que se perciben durante el llanto terminan por convertirse en sílabas y palabras (por ejemplo la palabra “ma-ma” que se escucha en el llanto enérgico. Los lactantes de 5 o 6 semanas, hacen ruidos con la garganta. A los 2 meses, emiten sonidos de vocales, como ah, eh y uh. A los 3 o 4 meses, añaden la constante n, k, g, p y hacen gárgaras y se ríen en voz alta. A los 8 meses imitan sonidos, añaden las consonantes t, d, w y combinan sílabas como “papi”, pero no les adscriben un significado hasta los 10 o 11 meses. A los 9 o 10 meses comprenden el significado de la palabra “no” y obedecen órdenes sencillas. Al año, pueden decir 3 a 5 palabras con sentido.

**L. Hitos del desarrollo psicomotor de 0 a 12 meses (Bedregal, P. 2008-P.32-36)**

Cada fase del desarrollo se realiza siguiendo ciertas secuencias que no evolucionan al mismo tiempo. Como ya se ha mencionado anteriormente, existen variaciones entre los niños, pero se pueden plantear algunas pautas

de desarrollo esperadas a ciertas edades que guían en la pesquisa de alteraciones.

#### **2-4 meses**

El bebé es capaz de sujetar su cabeza erguida al ser sentado, y en posición prona es capaz de sostenerse sobre sus antebrazos para levantar la cabeza. Con respecto al área social, es capaz de responder a estímulos y reír, sigue objetos y personas con la mirada hasta los 180°, y voltea la cabeza ante un sonido. Es capaz de hacer vocalizaciones, pero su principal medio de comunicación sigue siendo el llanto.

En conclusión el niño realiza el comportamiento motor postural, controlando la cabeza y tronco, realiza movimientos asimétricos de brazos y piernas, en un grado promedio (ni muy activa ni muy lenta); está listo para responder o realiza movimientos espontáneos ya sea a la derecha o izquierda por breves segmentos de tiempos, uso de brazos y mano (reacción primaria de prehensión palmar), coge por contacto, aparece el reflejo fotomotor, hay contemplación del ruido, sonríe, llora por causa (hambre, frío y sueño), perfecciona la persecución ocular, contempla los sonidos, etc.

#### **4-6 meses**

Es capaz de mantenerse sentado con apoyo, controla los movimientos de su cabeza y atrae objetos hacia él utilizando el “método rastrillo” (arrastrando los objetos hacia sí). Es capaz de comunicarse vocalizando en respuesta a quien le habla y es capaz de establecer contacto visual con quien le habla.

En conclusión el niño madura los equilibrios, se da el primer indicio de diferenciación de cerebro derecha e izquierdo (coge un objeto en cada mano), es capaz de movilizar la cabeza en cualquier dirección para orientarse al sonido, aprende a asociarse a palabras que oye (se desarrolla su lenguaje), reconoce su imagen, etc.

#### **6-8 meses**

El bebé es capaz de sentarse solo, y mantener un objeto en cada mano. Es capaz de reaccionar a los requerimientos verbales, y es capaz de encontrar objetos escondidos bajo un pañal. Dice monosílabos (da-da, ta-ta) y vigila permanentemente con la mirada. 8-12 meses

El bebé es capaz de ponerse de pie con apoyo, y realiza movimientos que simulan pasos. Imita gestos simples, es capaz de responder al “no” y responde preguntas simples como ¿dónde está mamá? Es capaz de cambiar objetos de una mano a otra y realiza pinzas con sus dedos para tomar objetos pequeños. Es capaz de emitir disílabos (da-da-do) y decir algunas palabras con significado (mamá-papá).

En conclusión el niño el niño se sienta solo sin apoyo, las manos los usa para coger objetos pequeños entre el pulgar y el borde lateral de la última falange del dedo índice, el niño emite sonidos, busca un dialogo, se halla en el periodo de adaptaciones sensorio motrices intencionales (llama o grita para establecer contacto con otros) es decir desarrolla la capacidad de producir sonidos, es un inicio de la reorganización de mecanismos de fonación y audición, etc.

### **8-12 meses**

El bebé camina de la mano, es capaz de ponerse de pie solo y finalmente logra caminar. Es capaz de responder a órdenes, junta las manos y es capaz de realizar actividades que requieren motricidad más fina como introducir pastillas dentro de un tubito, se alimenta. Dice al menos tres palabras con significado.

En conclusión el niño inicia a caminar apoyándose en muebles, pared o de la mano, realiza la pinza fina, inicia a relacionarse, imita gestos, come del plato con sus manos, a esta edad el niño ser hace menos motor y más inteligente (es capaz de analizar, explorar, identificar y distinguir).

### **3.2.3. Teorías y modelos:**

Las teorías que respaldan la investigación son las siguientes:

a) Teoría estructural familiar de funcionamiento familiar: (González, 2007)

El modelo estructural se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros.

La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc.

Es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles en que en ella se dan.

Toda familia nuclear o extendida se relaciona con otros sistemas con los que debe interactuar, que afectan su dinámica en forma negativa o positiva. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio- familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad-anormalidad, función- disfunción, vida-muerte, salud – enfermedad, mente – cuerpo.

Esta teoría sustenta a la investigación en el sentido de que la familia es una unidad funcional, considerada como un sistema integrador donde los

miembros del grupo cumplen roles y funciones que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el lugar donde residen y es así donde el niño tiene un desarrollo progresivo.

### **Teoría del desarrollo psicosocial (Erikson)**

**Desarrollo de la confianza básica:** la fase I de Erikson (del nacimiento a 1 año) se ocupa de la adquisición de una sensación de confianza básica, mientras se supera la de desconfianza, en sí mismos, en los demás y en el mundo. Los lactantes “confían” en que sus necesidades de alimentación, comodidad, estímulo y atención serán satisfechas. El elemento crucial para conseguir esta tarea es la calidad de relación padre (cuidador)- niño y la atención que recibe él bebe. Para que desarrolle un fuerte sentido de sí mismo, no basta con proporcionarle comida, calor y abrigo.

Erikson ha dividido el primer año de vida en dos etapas orales/sociales. Durante los primeros 3 o 4 meses, la actividad social más importante en que interviene el niño es la ingesta de alimento. El recién nacido puede tolerar pocas frustraciones o retrasos de la satisfacción. El narciso (preocupación total por uno mismo) primario está en todo su apogeo.

Sim embargo, cuando se controlan mejor los procesos corporales, como la visión, la motricidad y la vocalización, los bebes recurren a conductas más avanzadas para interactuar con los demás. Por ejemplo, en lugar de llorar, pueden echar los brazos para demostrar que quieren que los cojan.

### **Teoría del desarrollo cognitivo: (Piaget)**

**Estadio sensomotriz:** el periodo del nacimiento a los 24 meses se denomina estadio sensomotriz y está integrado por 6 etapas , sin embargo, en la que respecta a esta exposición desde el nacimiento a los 12 meses , solo se trataran las cuatro primeras.

Durante el estadio sensomotriz, el lactante progresa desde la conducta refleja a actos simplemente repetitivos y a la actividad imitativa. En esta fase tienen lugar tres sucesos cruciales.

El segundo logro importante es la noción de permanencia de los objetos o comprobación de que estos continúan existiendo, aunque queden fuera del campo visual.

El último desarrollo intelectual importante de este periodo es la capacidad de usar símbolos o “representaciones mentales” por medio de ellos el lactante piensa en una situación u objeto sin experimentarlo realmente. Con el reconocimiento de los símbolos comienza la comprensión del tiempo y del espacio.

**Las cuatro sub etapas de la teoría de Piaget que afecta a los lactantes son:** **Etapa I:** uso de los reflejos. La primera etapa desde el nacimiento a 1 mes: se identifica por el uso de reflejos. Al nacer, el temperamento y la individualidad del niño se expresan por medio de los reflejos fisiológicos de succión, sonrisa, prensión y llanto.

**Etapa II:** Reacciones circulares primarias. Esta etapa marca el comienzo de la sustitución de la conducta refleja por actos voluntarios. Durante este periodo de 2 a 4 meses, las actividades como chupar o agarrar se convierten en actos deliberados que provocan determinadas respuestas.

**Etapa III:** Reacciones secundarias. Dura hasta los 8 meses. En ella las reacciones circulares primarias se repiten intencionadamente y se prolonga para que haya respuesta. Coger y sujetar se convierten ahora en agitar, golpear y tirar. La agitación se realiza para oír un ruido y no por el mero de placer de agitarse.

**Etapa IV:** Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas. Durante la cuarta etapa sensomotriz, los lactantes utilizan los logros anteriores, principalmente como base para añadir nuevas capacidades intelectuales a su repertorio en expansión. Esta etapa, de los 9 a 12 meses, es de muy transitoria. Al incrementar sus habilidades sensomotrices, pueden seguir explorando el entorno. Empiezan a descubrir que los objetos escondidos no se han ido y que si quitan el obstáculo, podrán verlos. Esto marca el comienzo del razonamiento intelectual.

**Definición de términos básico:**

**Desarrollo psicomotor:** Adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo caudal y de proximal a distal.

**Funcionamiento familiar:** Se desarrolla sobre los principios de la Atención Primaria de Salud, se refiere a las manifestaciones de adherencia, afecto, manejo y aceptación de los miembros de un núcleo familiar con respecto a todos sus miembros.

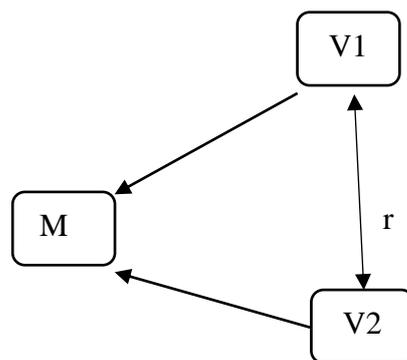
## M. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1 Diseño de prescripción de hipótesis

#### 4.1.1. Tipo y diseño de Investigación:

El presente proyecto de investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, de nivel relacional. Tipo según la intervención del investigador fue Observacional, según la planificación de toma de datos fue prospectivo y según la medición de variable fue transversal porque se midió en una ocasión. Sampieri (2003. Pág. 33-37).

#### 4.1.2. Diseño de investigación:



DONDE:

**M** = Niños menores de 1 año y la familia.

**V1** = Funcionamiento familiar.

**V2** = Desarrollo psicomotor de los niños.

**R** = Relación entre las dos variables.

#### 4.2. Población muestral.

Se consideró a todos los niños menores de un año que son atendidos en el Hospital Regional Virgen de Fátima, la población estuvo constituida por 104 niños que conforman el padrón del control crecimiento y desarrollo de niños menores de un año y el responsable del cuidado del niño. (Fuente: H.R.V.F. 2017).

#### 4.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos: Canales, (1994).

Se utilizó el método del cuestionario y la observación.

**Instrumento:** Formulario de la encuesta.

Variable 01: Funcionamiento familiar

Se utilizó el r dicho instrumento es una prueba que consiste en la evaluación de la dinámica en las relaciones intrafamiliares. El cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), fue validado por el Espejel (1987,1994) y modificado por López Nicolás (2003) presentando una validez=3.82 y confiabilidad=0.93; esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos que implica cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad y son catorce afirmaciones que componen la prueba, para el presente estudio no se modificó el instrumento de investigación, la escala para los ítems es la siguiente:

- ✓ Casi nunca (1).
- ✓ Pocas veces (2)
- ✓ A veces (3).
- ✓ Muchas veces (4).
- ✓ Casi siempre (5).

Clasifica al funcionamiento familiar:

- ✓ Familias funcionales (70 a 57 puntos )
- ✓ Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos)
- ✓ Familia disfuncional (42 a 28 puntos)
- ✓ Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos)

Variable 02: Desarrollo psicomotor

Se utilizó el Test Abreviado Peruano (TAP), para la medición del desarrollo psicomotor del niño menor de un año, se utilizó un test diseñado y validado por los autores, y profesionales de la salud el instrumento que consta de 4 dimensiones por edad:

El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

a. Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Control de cabeza y tronco - sentado.

Control de cabeza y tronco - rotaciones.

Control de cabeza y tronco - marcha.

b. Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Uso de brazo y mano.

Visión.

c. Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Audición.

Lenguaje comprensivo.

Lenguaje expresivo.

d. Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Alimentación vestido e higiene.

Juego.

Comportamiento social.

e. Inteligencia y Aprendizaje.

#### **4.4. Procedimiento de recolección datos:**

- Se seleccionó los instrumentos de recolección de datos teniendo en cuenta la operacionalización de variables.
- Se coordinó con el Director del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas con el propósito de solicitar autorización para el desarrollo del estudio.
- Se coordinó con la jefa del área de CRED para realizar el estudio respectivo.
- El instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

#### **4.5. Análisis de Datos**

La información final fue procesada usando el programa software estadístico SPSS versión 21 y la hoja de cálculo Excel 2010. Para contrastar la hipótesis se elaboró tablas de contingencia haciendo uso la prueba estadística no paramétrica del Ji- cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05 (95 % de confiabilidad y 5% de margen de error).

Los resultados fueron presentados en Tablas de contingencia, simples y figuras.

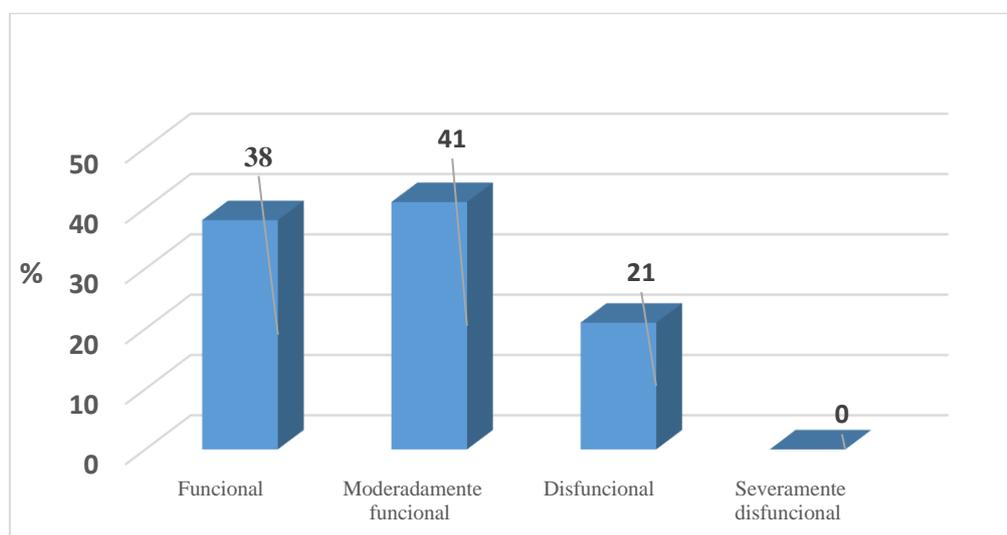
#### IV. RESULTADOS

**Tabla 01: Nivel de funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**

<b>Tipos de familia</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Funcional	39	38
Moderadamente funcional	43	41
Disfuncional	22	21
Severamente disfuncional	0	0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Test del funcionamiento familiar “FF-Sil”

**Figura 01: Nivel de funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**



**Fuente:** Tabla 01.

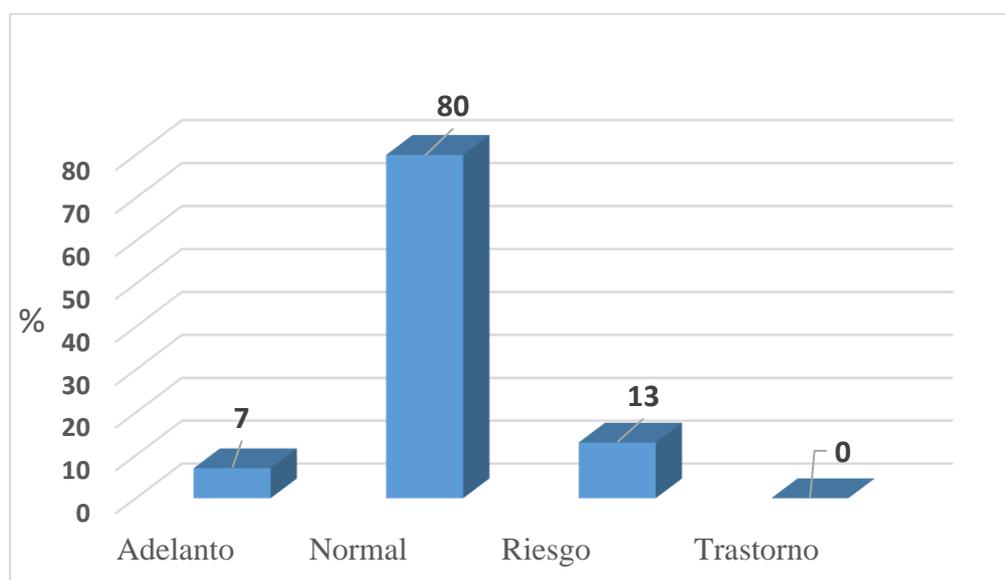
**Descripción:** En la tabla y figura 01, se observa que del 100% (104) de niños menores de un año de hospital regional virgen de Fátima el 41% (43) presenta una familia moderadamente funcional, el 38% (39) familia funcional y el 21 % (22) familia disfuncional.

**Tabla 02: Nivel de desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**

<b>Desarrollo psicomotor</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Adelanto	7	7
Normal	83	80
Riesgo	14	13
Trastorno	0	0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

Fuente: Test Abreviado Peruano (TAP).

**Figura 02: Desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**



Fuente: Tabla 02.

**Descripción:**

En la tabla y figura 02, se observa que del 100%(104) de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima el 80%(83) presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 13% (14) desarrollo psicomotor en riesgo y el 7%(7) un desarrollo psicomotor en adelanto.

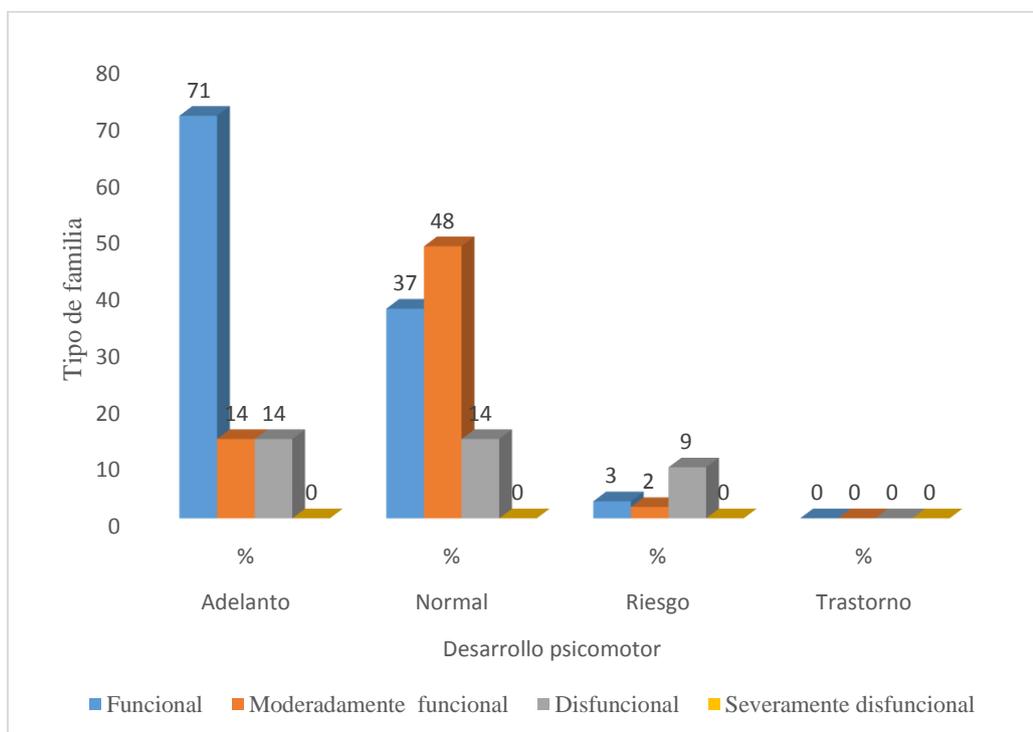
**Tabla 03: Relación entre funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**

Tipos de familia	Desarrollo Psicomotor									
	Adelanto		Normal		Riesgo		Trastorno		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	5	71	31	37	3	21	0	0	39	38
Moderadamente funcional	1	14	40	48	2	14	0	0	43	41
Disfuncional	1	14	12	14	9	64	0	0	22	21
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Test del funcionamiento familiar “ff-sil” Test Abreviado Peruano (TAP).

( $X^2 = 22,001$ ; gl: 4,  $p = 0,000 < 0.05$ )

**Figura 03: Relación entre Funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.**



FUENTE: Tabla 05.

**Descripción:**

En la tabla y grafico 03, se puede observar que 100%(104) de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima el 48% (40) de los que tienen un funcionamiento familiar moderado presentaron un desarrollo psicomotor normal ,el 14%(12) en riesgo y solo el 14%(1) en adelanto; el 37%(31 ) de los que tienen un funcionamiento familiar funcional presentaron un desarrollo psicomotor normal, 21%(3) en riesgo y solo el 71 % (5) en adelanto; mientras que el 64% (9) de los que tienen una familia disfuncional presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo , el 14%(12) normal y el 14%(1) normal .

Con respecto a la relación de variables, las pruebas estadísticas aplicadas a la investigación ( $X^2 = 22,001$ ; gl: 4,  $p= 0,000 < 0.05$ ) indican que si existe relación entre las variables funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor en los niños menores de un año en estudio, lo que hace suponer que a mejor funcionalidad familiar hay mejor desarrollo psicomotor.

## V. DISCUSIÓN

**En la tabla y figura 01:** El 41% presenta una familia moderadamente funcional, el 38% familia funcional y el 21 % familia disfuncional. Quiere decir que los niños presentan una familia moderadamente funcional con 43 a 56 puntos, a la vez se debe indicar que el tipo de familia es un sistema integrador donde los miembros del grupo cumplen roles y funciones donde permiten relacionarse con otros sistemas.

Por otro lado se observó las dimensiones del funcionamiento familiar, el 87%(90) en comunicación, el 86%(89) en armonía, el 7%(80) en afectividad, el 49%(51) en adaptabilidad y el 28%(29) en cohesión presentan familias funcionales; el 58%(60) en cohesión, 29%(30) en adaptabilidad y roles y el 13%(14) en comunicación y permeabilidad presentan familias moderadamente funcionales; el 22%(23) en adaptabilidad, 19(20) en permeabilidad, 14%(15) en cohesión y el 7%(7) en armonía presentan familias disfuncionales, por lo tanto se caracterizan por ser familias con dificultades para resolver sus problemas, por lo que a veces pretenden solucionar los conflictos a través de uno de los miembros, convirtiéndose éste en una víctima de los conflictos familiares, a pesar de esto mantienen una retroalimentación positiva creando nuevas estructuras dentro del sistema.

También se observa que influye la edad responsable y del niño donde el 100%(23) son de 31-40 años y tienen una familia moderadamente funcional, el 100%(15) son de 41 a más años y tienen un funcionamiento familiar funcional, el 100%(24) de 20 a 30 años y tienen un funcionamiento familia funcional, el 100(18) moderadamente funcional y del 100%(22) es disfuncional. Por lo tanto se diría que el funcionamiento familiar, juega un papel importante en la vida del niño.

Según Mendoza (2014), Chachapoyas, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería. Los resultados demostraron que del 100%(46) adolescentes d 10.9%(5) provienen de familias funcionales, el 23.9%(11) de familias moderadamente funcionales y el 8.7% (4) de familias con disfuncionalidad, muestra que dentro de las conductas sexuales de mediano riesgo el 26.1%(12) provienen de familias funcionales, el 23.9%(11) familias moderadamente

funcionales el 4.3%(2) presenta conducta de alto riesgo y pertenece a familias funcionales.

Comparando los resultados del presente estudio con los de Mendoza (2014) estos son similares ya que el tipo de familia de los niños son moderadamente funcionales, constituyendo un sistema por cuya naturaleza y cualidades imprime a sus miembros rasgos que le dan una identidad familiar y personal al transmitir la cultura total de valores y patrones de comportamiento que los guía a través de metas congruentes hacia el desarrollo y el propósito de la vida. Asimismo el ambiente familiar es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia que comparten el mismo espacio. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que le diferencian de otras familias.

Pero el ambiente familiar, sea como sea la familia, tiene unas funciones educativas y afectivas muy importantes, ya que se parte de la base de que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos. Lo que difiere a unas familias de otras es que unas tienen un ambiente familiar positivo y constructivo que propicia el desarrollo adecuado y feliz del niño, y en cambio otras familias, no viven correctamente las relaciones interpersonales de manera amorosa, lo que provoca que el niño no adquiera de sus padres el mejor modelo de conducta o que tenga carencias afectivas importantes.

**En la tabla y figura 02:** El 80%(83) presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 13% (14) desarrollo psicomotor en riesgo y el 7%(7) un desarrollo psicomotor en adelanto. Quiere decir que los niños en mayor porcentaje han obtenido un desarrollo psicomotor normal sin mostrar ninguna desviación cumpliendo todos los hitos de evaluación para su edad.

También se observó las dimensiones del desarrollo psicomotor, presentando un desarrollo psicomotor normal el 85% en área social, el 67% en el área motriz y cognitiva; presentan un desarrollo psicomotor en riesgo el 27% en el área cognitiva, 15% en el área motriz y el 10% en el área social y lenguaje; presentan un desarrollo psicomotor en adelanto el 23% en el área del lenguaje, 17% en el motriz y el 6% en el área social y cognitiva.

Por otro lado se observó, según el sexo, edad, religión y el estado civil del responsable del niño, el 31 %(32) son de sexo masculinos su niños tienen un desarrollo psicomotor normal, el 7 %(7) en riesgo y el 6%(6) en adelanto, el 49%(51) de sexo femenino tienen un desarrollo psicomotor normal, el 7%(7) riesgo y el 1%(1) en adelanto; el 100%(3) son de 31-40 años y sus niños tienen un desarrollo psicomotor normal, el 48 (50) son de 20-30 años y desarrollo psicomotor normal el 11%(12) riesgo, el 12%(12) de 41 a más tienen un desarrollo psicomotor en adelanto en riesgo.

El 100%(58) son católicos y sus niños tienen un desarrollo psicomotor normal, el 20%(22) evangélicos y el 32%(4) testigo de Geova con un desarrollo psicomotor en adelanto; el 100%(34) son casados y sus niños tienen un desarrollo psicomotor normal, el 30%(32) convivientes y sus niños tienen un desarrollo psicomotor normal y el 16%(17) son solteras y sus niño tiene desarrollo psicomotor normal y tan solo el 6%(6) en riesgo.

Es así, como la influencia directa de todo aquello que rodea al niño, específicamente durante sus primeros años, constituye un aspecto muy importante, especialmente si es el entorno familiar, el que constituye la primera fuente de aprendizaje y conocimiento con la cual el niño interactúa y logra un adecuado desarrollo psicomotor.

Según Rojas (2017), Huánuco realizó un estudio de la “estimulación temprana en el ambiente familiar en el desarrollo psicomotor del niño menor de 3 años, del Centro de Salud Acomayo de Huánuco”. Observo que el 99,5% (203) fue normal.

Por otro lado Canta (2012) realizó un estudio en Centro de Salud Molinopampa- Amazonas, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor del niño menor de un año y el nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana, Los resultados demuestran que el desarrollo psicomotor de los niños menores de un año, el 90.48% presentan un desarrollo psicomotor normal, seguido de 4.76% en riesgo y un 4.76% con retraso.

Comparando los resultados del presente estudio con los de Rojas (2017) y Mendoza (2014) estos son similares ya que los presentan un desarrollo psicomotor normal, realizando todos los hitos para su edad sin ninguna desviación. Por lo tanto se concluye

que dentro de esta diversidad están las familias que tienen una base matrimonial, donde los niños evolucionan positivamente tiene un desarrollo psicomotor normal, las de tipo convivencial, las familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas debido a rupturas conyugales, viudez pueden tener un desarrollo psicomotor normal o pueden estar en riesgo ya que la presencia de uno de los miembros de la familia es de suma importancia para el desarrollo psicomotor del niño.

**En la tabla y figura 03:** Se observa con respecto a la relación de variables, que las pruebas estadísticas aplicadas en la investigación ( $\chi^2 = 22,001$ ; gl: 4,  $p = 0,000 < 0,05$ ) indican que existe relación entre las variables funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor en los niños menores de 1 año en estudio, lo que hace suponer que a mayor funcionalidad familiar mayor desarrollo psicomotor.

Se observó que el 100%(104) de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima el 48% (40) de los que tienen un funcionamiento familiar moderado presentaron un desarrollo psicomotor normal, el 14%(12) en riesgo y solo el 14%(1) en adelante; el 37%(31) de los que tienen un funcionamiento familiar funcional presentaron un desarrollo psicomotor normal, 21%(3) en riesgo y solo el 71% (5) en adelante; mientras que el 64% (9) de los que tienen una familia disfuncional presentaron un desarrollo psicomotor en riesgo, el 14%(12) normal y el 14%(1) normal.

Además se observa que del 100% de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima en relación al funcionamiento familiar según la dimensión comunicación y el 100%(24) son familias funcionales con desarrollo psicomotor en adelante y el 100(40) con un desarrollo psicomotor normal, según la dimensión cohesión el 60%(50) son moderadamente funcional y el niño tiene un desarrollo psicomotor normal, y el 12.5%; según la dimensión rol funcional el 86% tienen un desarrollo psicomotor normal y el 29%(24) en riesgo de los niños con un rol moderadamente funcional tiene un desarrollo psicomotor normal, y el 36%(5) en riesgo.

Según Guaraca (2017), Ecuador realizó un estudio cuyo objetivo fue “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”. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, muestra probabilista aleatoria simple en 121 preescolares. Obtuvieron como resultado que 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;  $p=0,044$ ).

Según Barreto (2017), Ecuador realizó un estudio sobre el “Funcionamiento Familiar y Desarrollo Psicomotriz en niños del Centro Infantil San Alfonso Riobamba, Periodo diciembre 2016- mayo 2017”. Una vez concluida la investigación se ha podido evidenciar que de los 30 niños evaluados el 63.33% de ellos provienen de familias disfuncionales y 36.67%, son de familias funcionales de estos 22 tienen un desarrollo psicomotriz entre anormal y dudoso que representa el 73.33% y solo 8 niños tienen un desarrollo psicomotriz normal que representa el 26.67%. Concluyendo que los niños que asisten al Centro Infantil San Alfonso, en su mayoría vienen de familias disfuncionales quienes tienen un desarrollo psicomotriz anormal lo cual influye en las diferentes áreas (motor fino, motor grueso, personal social y lenguaje), esto nos indica que dentro de una familia disfuncional existen problemas en el desarrollo psicomotriz del niño, si el infante está creciendo en este contexto corre el riesgo que se vea afectado su desarrollo psicoevolutivo.

Por su parte **Caparachin (2012), Lima**. Indica como resultado que la calidad del ambiente familiar, si bien es moderada en un 63.8% (30), la calidad inadecuada alcanza el 34% (16) lo que implica que en una proporción considerable de familias no son frecuentes las actitudes y conductas que son importantes para el desarrollo psicomotor y social de los niños, también evidenció que del 100% (47) de niños a los que se les evaluó su desarrollo psicomotor a través del TEPSI, el 89.4% (42) presentan un desarrollo psicomotor normal en el área de coordinación, 85.1% (40) en el área motora y 63.8% (30) en el área de lenguaje. Es en el área de lenguaje donde se presentan los porcentajes más altos de riesgo con el 19.1% (9) y de retraso con el 17% (8). Las dimensiones de aceptación de la conducta, organización del medio ambiente y materiales de estimulación tienen menor presencia en la calidad del ambiente familiar.

Por otro lado Márquez & Valeriano (2014), Arequipa. Apreció que la mayoría de los que presentan retraso (4.9%) son familias monoparentales, mientras que aquellos que presentan el desarrollo psicomotor normal corresponden a familias extensa y nuclear con (24.6%) y (18.0%) respectivamente. Concluyendo que el tipo de familia y el desarrollo Psicomotor presenta una asociación altamente significativa ( $P < 0.01$ ).

En el presente estudio se pudo determinar que el funcionamiento familiar tiene relación con el desarrollo psicomotor del niño, en este caso de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, entendiéndose que a mayor funcionalidad familiar existe mejor desarrollo psicomotor del niño. Los estudios con los cuales se contrastaron los resultados evidencian similitudes con dichos hallazgos, en tal sentido la referencia bibliográficas son concluyentes en el sentido en que el funcionamiento familiar influye en el desarrollo del niño.

Es importante considerar estos resultados para fomentar investigaciones para proponer alternativas de acción a fin de mejorar el funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor de los niños.

## VI. CONCLUSIONES

- El (41%) de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima. Presentan familias moderadamente funcionales, también se observó que en la dimensión comunicación presenta un porcentaje alto el 86%.
- El 80% de niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima presentan un desarrollo psicomotor normal, siendo más desarrollada el área social con un 85% y presentando un desarrollo psicomotor con riesgo en el área cognitiva.
- Existe relación estadísticamente significativa ( $\chi^2= 22,001$ ;  $gl:4$ ,  $p=0,000 < 0.5$ ) entre el funcionamiento familiar y desarrollo psicomotor en los niños menores de un año en estudio, lo que indica que a mejor funcionamiento familiar mejor desarrollo psicomotor.
- La disfuncionalidad familiar se dio en familias en niños que tienen desarrollo psicomotor en adelante, normal, en riesgo y con trastorno.
- Para mejor desarrollo psicomotor influye la edad del responsable del niño, el estado civil del responsable del niño y entre otros factores más.

## **VII.RECOMENDACIONES**

### **A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS:**

1. Generar programas que trabaje en estrecha relación con la familia y el niño.
2. Es de suma importancia, institucionalizar programas de evaluación de la evaluación de la familia, para posteriormente de acuerdo a los diagnósticos encontrados, elaborar programas específicos que desarrollen las áreas bajas que presente cada niño.
3. Coordinar con las autoridades que brindan los servicios de educación, para que elaboren propuestas en conjunto, con las comunidades involucradas, docentes, y familias en éste problema.

### **A LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNTRM:**

4. Realizar proyección social implementando campañas de promoción sobre salud en la familia y desarrollo psicomotor
5. Incentivar a los estudiantes mediante talleres a realizar trabajos de investigación afines incluyendo otras variables que tengan relación con la familia y el desarrollo psicomotor.
6. Incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones similares, ya estos pueden ayudar a sensibilizar y crear diferentes estrategias.

### **A LOS PADRES DE FAMILIA:**

7. Mantener familias funcionales ya que influye en el buen desarrollo psicomotor.
8. Concientizar que acudan con sus hijos a un establecimiento de salud más cercano para que sean atendidos y evaluados con respecto a su control de crecimiento y desarrollo del niño.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barretos, E. 2017. *Funcionamiento familiar y desarrollo psicomotriz en niños del centro infantil San Alfonso Riobamba, periodo diciembre 2016-mayo 2017*. Universidad Nacional de Chimborazo-Ecuador. Tesis para obtener el título de Psicólogo Clínico. Recuperado: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3936/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0024.pdf>.
- Canta, L. 2012. *Determinar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor del niño menor de un año y el nivel de conocimiento de la madre sobre estimulación temprana, Molinopampa-2012*. Tesis para optar el grado de licenciada de enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza 2012.
- Canales, Francisca. (1994). *Metodología de la Investigación Científica*. 2da Edic. Editorial Washington. México. Pág. 108-115 y 124-135.
- Flores, J. 2014. *Planificación y gestión de efectividad en el programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 3 años de vida en el centro de la familia*. Tesis para optar el grado de doctor en planificación y gestión. Universidad nacional de Trujillo, recuperado: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5613/Tesis%20Doctorado%20-Jacqueline%20Flores%20Aguilar.pdf?sequence=1>
- Fernamda, Maria, 2006. *Familia funcional y familia disfuncional*. Disponible en Web: <http://www.wikilearning.com/apuntes/familia-funcional-y-familia-disfuncional-la-familia-disfuncional/16297-4>. Acceso el 20/08/2015
- Guaraca, G. 2017. *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 para obtener el título de especialista en medicina familiar y comunitaria. Universidad de la Cuenca Ecuador. Recuperado: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27199/1/Tesis.pdf.pdf>.
- Guerrero, C. 2017. *Funcionalidad familiar y desarrollo psicomotriz*. Tesis para optar el título de Psicología Clínica. Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Psicología Clínica. Recuperado:

file:///C:/Users/kike/Pictures/Funcionalidad%20Familiar%20y%20Desarrollo%20Motriz.pdf.

Gloria Robaina Suárez<sup>1</sup> y Vania Rodríguez. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6): pag. 540-44.

Gonzales, C. 2007. "Rev. *Medicina de familiares: teoría estructural*", disponible en web: [http://www. Medicinadefamiliares. cl/Trabajos/teorias estructural. pdf](http://www.Medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teorias%20estructural.pdf). Acceso el 15/08/2015.

López Larosa, Silvia. (2003). *Familia, Evaluación e Intervención*. Editorial CCS, Editorial Litográfica Ingrams S.A. impreso en México. Pág. 7; 266; 267; 326; 426.

Lauro Bernal y otros. (2002). "*manual para la intervención en salud familiar*". Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba. Pág. 26.

Larocca, Felix. *La familia disfuncional, la dinámica de grupos y sus aplicaciones prácticas*. Disponibles en Web: [http://www. Monografias.com/trabajos 48/familia-disfuncional/familidisfuncional112.shtml](http://www.Monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familidisfuncional112.shtml). Acceso el 25/08/2015

MINSA. (2009). *Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP). Sub- Programa de Crecimiento y Desarrollo*. MINSA. Pg.20-25

MINSA. (2010) *Norma técnica de salud para el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años*. (Resolución Ministerial 990/2010/MINSA)

Mendoza, A. 2014. *Relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la facultad de enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas-2013*. Tesis para obtener el título de profesional grado de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza 2014.

Márquez, J. 2014. *Factores relacionados con el desarrollo psicomotor en niños(as) de 2 a 4 años en el centro de salud Javier Llosa García Hunter, Arequipa 2014*. Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería. Universidad nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado. <http://repositorio>.

udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/454/ROJAS%20CAPCHA%2C%20ANABEL%20MILAGROS%20%20%20%20%20%20%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MINSA. *Desarrollo Psicomotor*. Disponible en: [www.minsa.gob.pe/acceso](http://www.minsa.gob.pe/acceso) el 15/08/2015

Rojas,A. 2016. *Estimulación temprana en el ambiente familiar y su influencia en el desarrollo psicomotor en los niños menores de 3 años en el centro de salud Acomayo Huanuco-2016*. Tesis para optar el grado profesional el grado de licenciada en enfermería. Universidad de Huánuco. Recuperado: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/454/ROJAS%20CAPCHA%2C%20ANABEL%20MILAGROS%20%20%20%20%20%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SAMPIERI HERNÁNDEZ ROBERTO Y OTROS. (2003). “*Metodología de la investigación*” 3 era edición Ed. Mc Graw Hill. México. Pág. 33-37.

# ANEXOS

**ANEXO 01**

**OPERALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA		ESCALA
					DIMENSIONES	TOTAL	
<b>V<sub>1</sub> = Funcionamiento familiar</b>	Es la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales, superando a cada una de las etapas del ciclo vital, permitiéndola interacción con otros sistemas.	Un funcionamiento familiar posibilita a la familia cumplir exitosamente La satisfacer sus necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.	<b>Cohesión</b>	-Unión emocional -Apoyo o soporte -Límites familiares -Tiempo y amigos	-F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)	Familias funcional: 70 a 57 puntos	Nominal(Likert)
			<b>Armonía</b>	-Equilibrio emocional	F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)		
			<b>Comunicación</b>	Incorporación de nuevos conocimientos. Toma de decisiones.	F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)	Familias moderadamente funcional: 56 a 43 puntos	

			<b>Permeabilidad</b>	Intercambio de experiencia.	- F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)	Familias disfuncional: 42 a 28 puntos.	
			<b>Afectividad</b>	Demostración de sentimientos. Vivencias.	- F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)		
			<b>Roles</b>	Responsabilidad	F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)	Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos	
			<b>Adaptabilidad</b>	Liderazgo. Control Disciplina Roles y reglas.	- F. (8 a 10) -M. F. (6 a 8) -D.(4 a 6) -S. F. (2 a4)		

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA
					TOTAL	
<b>V<sub>2</sub> = Desarrollo Psicomotor</b>	Madurez psicológica y motora que tiene un niño en relación a tres áreas básicas: coordinación visomotora, lenguaje y motricidad, relacionada a otros aspectos que hacen más complejo dicho desarrollo.	Proceso continuo donde intervienen factores, biológicos, psíquicos, motrices y sociales donde el ser humano, logra expresarse corporal y verbalmente de manera autónoma desarrollándose e eficazmente en el contexto donde se encuentra.	<b>Coordinación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control cabeza y tronco-sentado.</li> <li>- Control de cabeza y tronco-rotaciones.</li> <li>- Control de cabeza y tronco-marcha.</li> <li>- Uso de brazo y mano.</li> <li>- Visión.</li> </ul>	Adelanto Normal Riesgo trastorno	Nominal( Likert)
			<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamiento social.</li> <li>- Juego.</li> <li>- Alimentación vestido e higiene.</li> </ul>		
			<b>Lenguaje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Audición.</li> <li>- Lenguaje comprensivo.</li> <li>- Lenguaje expresivo.</li> </ul>		
			<b>Motor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.</li> </ul>		

**Adelanto:** Si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual **Normal:** el perfil de desarrollo obtenido no muestra desviación **Riesgo:** Si no hay desviación de la línea a la izquierda pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo **Trastorno:** Si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.



**CUESTIONARIO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR “FF-SIL”  
ESCALA**



CÓDIGO:.....

**A. INSTRUCCIONES:**

La siguiente investigación se realiza con el objetivo de identificar el funcionamiento familiar de los niños menores de un año del hospital regional virgen de Fátima-Chachapoyas 2016. Responda con mucha sinceridad y veracidad. La información que se registra en este formato será anónima y usada estrictamente para fines de estudio.

**B. INSTRUCCIONES:**

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Marque con un aspa (x) la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

**C. Datos generales:**

- 1) Sexo del responsable del niño/a: M ( )      F ( )
- 2) Edad:.....
- 3) Procedencia:.....
- 4) Religión
- 5) Estado civil:

N°	ITEMS	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					

6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
T O T A L						

**Familias funcionales** (70 a 57 puntos), **Familia moderadamente funcional** (56 a 43 puntos), **Familia disfuncional** (42 a 28 puntos), **Familia severamente disfuncional** (27 a 14 puntos)



Tabla 04: Nivel de funcionamiento familiar: dimensión cohesión y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Cohesión	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	5	71	19	23	5	36	29	28
Moderadamente Funcional	1	14	50	60	9	64	60	58
Disfuncional	1	14	14	17	0	0	15	14
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario del funcionamiento familiar “test abreviado peruano (EDP).

Tabla 05: Nivel funcionamiento familiar: dimensión armonía y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Armonía	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	7	50	77	90	6	43	90	87
Moderadamente funcional	0	0	6	7	8	57	14	13
Disfuncional	7	50	3	3	0	0	0	0
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 06:** Nivel Funcionamiento familiar: dimensión comunicación y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Comunicación	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	24	100	40	100	0	0	64	62
Moderadamente Funcional	0	0	0	0	40	100	40	38
Disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 07:** Nivel Funcionamiento familiar: dimensión permeabilidad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Permeabilidad	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	2	29	35	42	3	21	40	38
Moderadamente funcional	0	0	14	17	0	0	14	13
Disfuncional	0	0	12	14	8	57	20	19
Severamente funcional	5	71	22	27	3	21	30	29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 08:** Nivel de funcionamiento familiar: dimensión afectividad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Afectividad	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	5	71	64	77	11	79	80	77
Moderadamente Funcional	1	14	13	16	2	14	16	15
Disfuncional	1	14	6	7	1	7	8	8
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 09:** Nivel de funcionamiento familiar: dimensión roles y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Roles	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	6	86	59	71	9	64	74	71
Moderadamente Funcional	1	14	24	29	5	36	30	29
Disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 10:** Funcionamiento familiar: dimensión adaptabilidad y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Adaptabilidad	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcional	5	71	40	48	6	43	51	49
Moderadamente funcional	1	14	27	33	2	14	30	29
Disfuncional	1	14	16	19	6	43	23	22
Severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	7	100	83	100	14	100	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 11:** Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área cognitiva de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Cognitiva	Tipo de familia									
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente funcional		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Adelanto	3	8	1	2	2	9	0	0	6	6
Normal	27	69	30	70	13	59	0	0	70	67
Riesgo	9	23	12	28	7	32	0	0	28	27
Trastorno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	39	100	43	100	22	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 12:** Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área motriz de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Motriz	Tipo de familia									
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente funcional		Total	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Adelanto	7	18	8	19	3	14	0	0	18	17
Normal	26	67	30	70	14	64	0	0	70	67
Riesgo	6	15	5	12	5	23	0	0	16	15
Trastorno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	39	100	43	100	22	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 13:** Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área lenguaje de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Lenguaje	Tipo de familia									
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente funcional		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Adelanto	9	23	11	26	4	18	0	0	24	23
Normal	24	62	27	63	13	59	0	0	64	62
Riesgo	3	8	4	9	3	14	0	0	10	10
Trastorno	3	8	1	2	2	9	0	0	6	6
<b>Total</b>	39	100	43	100	22	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 14:** Tipo de familia y desarrollo psicomotor en el área social de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Social	Tipo de familia									
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente funcional		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adelanto	3	8	2	5	2	5	0	0	6	6
Normal	33	85	38	86	17	39	0	0	88	85
Riesgo	3	8	4	9	3	7	0	0	10	10
Trastorno	0	0	0	0	22	50	0	0	0	0
<b>Total</b>	39	100	44	100	44	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 15:** Edad del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Edad del responsable del niño	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
20 -30 años	0	0	50	63	20	100	70	67
31-40 años	0	0	20	25	0	0	20	19
41 a mas	4	100	10	13	0	0	14	13
<b>Total</b>	4	100	80	100	20	100	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y el Test Abreviado Peruano (TAP).

**Tabla 16:** Religión del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Religión del responsable del niño	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Católico	0	0	50	63	14	100	64	62
Evangélico	0	0	30	38	0	0	30	29
Testigos de Geova	10	100	0	0	0	0	10	10
<b>Total</b>	10	100	80	100	14	100	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y test abreviado peruano (TAP)

**Tabla 17:** Estado civil del responsable de niño y desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2017.

Estado civil del responsable del niño	Desarrollo psicomotor							
	Adelanto		Normal		Riesgo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Casado	0	0	40	57	24	100	64	62
Conviviente	0	0	30	43	0	0	30	29
Soltera	10	100	0	0	0	0	10	10
<b>Total</b>	10	100	70	100	24	100	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y test abreviado peruano (TAP).

**Tabla 18:** Edad del responsable del niño y funcionamiento familiar de los niños menores de un año del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Amazonas – 2018.

Edad	Funcionamiento familiar									
	F. Funcional		F. Moderadamente funcional		Familia Disfuncional		F. Severamente disfuncional		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
20-30 a.	30	68	30	60	10	100	0	0	70	67
31 -40	0	0	20	40	0	0	0	0	20	19
41 a más	14	32	0	0	0	0	0	0	14	13
<b>Total</b>	44	100	50	100	10	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y test abreviado peruano (TAP).

**Tabla 19:** Religión del responsable de niño y funcionamiento familiar de los niños menores de un año del hospital regional virgen de Fátima, Chachapoyas-2018.

Religión del responsable del niño	Funcionamiento familiar									
	Funcional		M. Funcional		Familia Disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Católico	10	33	40	63	10	100	0	0	60	58
Evangélico	10	33	24	38	0	0	0	0	34	33
Testigo de Geova	10	33	0	0	0	0	0	0	10	10
<b>Total</b>	30	100	64	100	10	100	0	0	104	100

**Fuente:** Cuestionario del funcionamiento familiar “ff-sil” y test abreviado peruano (TAP).