



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**“FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA DE FAMILIAS DE NIÑOS CON
 REZAGO Y RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO
 PSICOMOTOR”.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
 MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

Nombre Alumno: Cynthia Denisse García Gama.

ASESORES

Dr. Juan José Camacho Romo.

Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar.

Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27.

Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta

Médico Familiar

Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27

Dra. Ivette Patricia Yee Yee.

Médico Familiar.

Adscrita: Unidad Medico Familiar No. 17.

Tijuana Baja California.

ÍNDICE

1. TÍTULO.....	2
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	2
3. RESUMEN.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	4-14
5. JUSTIFICACIÓN.....	15
6. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	16-17
7. OBJETIVO.....	18
8. HIPÓTESIS.....	19
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20-29
10.ASPECTOS ÉTICOS.....	30-31
11.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	32-33
12.ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	34
13. RESULTADOS.....	35-55
14.DISCUSIÓN.....	56-58
15.CONCLUSIONES.....	59
16. FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	60
17.RECOMENDACIONES.....	61
18.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	62
19.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63-65
20.ANEXOS.....	66-71

1.- TITULO: “FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA DE FAMILIAS DE NIÑOS CON REZAGO Y RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”.

2- IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador principal: Cynthia Denisse García Gama.

Adscrita a Sede de Residencia Unidad de
Medicina Familiar No. 27.

Matrícula: 98023806 Teléfono: (664) 3396658

Correo: dra.garcia.gama@hotmail.com

Asesores

Dr. Juan José Camacho Romo

Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar.

Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27

Matrícula: 5607485 Teléfono: (664) 6296385

Correo: juan.camacho@imss.gob.mx

Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta

Jefe de consulta

Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27

Matricula: 99266582 Teléfono:

Correo: dr.robortgastelum@gmail.com

Dra. Ivette Patricia Yee Yee.

Adscrita: Unidad Medico Familiar No. 17.

Matrícula: 98021688 Teléfono: (664) 1820325

Correo: ivette_yee_yee@hotmail.com

3.- RESUMEN

TÍTULO: “FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGÍA DE FAMILIAS DE NIÑOS CON REZAGO Y RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”.

Investigadores: García-Gama CD, Camacho-Romo JJ, Gastélum-Acosta JR, Yee-Yee PI.

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en el 2013, alrededor del 5% de los niños en el mundo menores de 14 años de edad sufrió de discapacidad moderada a severa asociado a retraso del desarrollo, Así mismo refiere que el 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres, refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres.

Objetivo: Determinar la frecuencia de funcionalidad y tipología familiar en familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor”.

Material y Métodos: Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. Población de estudio; padres de niños de 13 a 36 meses de edad, que en el estudio “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una Unidad de Medicina Familiar”, resultaron con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor. Se utilizó la prueba de APGAR Familiar y mediante encuesta se recolectaron las variables a estudiar.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva. Para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias, con las variables cuantitativas se utilizaron media y desviación típica. Chi cuadrada para análisis bivariado. Se realizó prueba de hipótesis con prueba de correlación de Spearman.

Palabras clave: Desarrollo psicomotor, Tipología Familiar y Funcionalidad Familiar.

4.- MARCO TEÓRICO

Se define como **desarrollo psicomotor (DPM)** a la progresiva adquisición de habilidades funcionales del niño a medida que éste crece. Es un proceso gradual, en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño, se presentan cuando existe fracaso en el logro de las conductas esperadas para una determinada edad.¹

El retraso del desarrollo psicomotor. (RDP) es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas.

Señales de alerta (SAT) Conjunto de signos o síntomas que en ausencia de otra alteración pueden sugerir una desviación del patrón normal de desarrollo, por lo que se requiere un seguimiento más cercano del desarrollo del niño.

Señales de alarma (SAM) es la expresión clínica de un probable retraso o desviación del patrón normal de desarrollo. Estos signos no son evidencia absoluta de un retraso neurológico o del desarrollo, sino que indican que es necesaria una valoración más profunda del niño.

Rezago en el desarrollo se trata de un niño o niña que no ha alcanzado los hitos de desarrollo correspondientes a su grupo de edad, pero que, si cumple los hitos de la edad anterior, por lo que se trata de un niño con potencial para recuperarse a través de una intervención específicamente dirigida de estimulación y apoyo a la familia.

Este niño o niña no tiene ninguna señal de alarma y ninguna alteración en el examen neurológico de la prueba EDI por lo que no cumple criterios en el momento actual para una evaluación diagnóstica con especialistas en el segundo o tercer nivel de atención; pero si tiene en muchas ocasiones factores de riesgo biológico o señales de alerta, que ameritan un seguimiento con el médico de atención más cercano que el del niño de bajo riesgo.

Riesgo de retraso en el desarrollo se considera que un niño tiene riesgo de retraso en el desarrollo cuando no ha logrado alcanzar los hitos esperados para su grupo de edad, presenta datos neurológicos o síntomas y signos que se observan habitualmente asociados a los trastornos del desarrollo.²

La familia para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”.⁴

La trascendencia de algunas herramientas se identifica fundamentalmente en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista; ciclo vital, conformación, estructura, desarrollo, dinámica familiar etc.⁵

Estructura familiar: Se define la como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los

miembros de una familia. Minuchin afirma que la estructura es aquello que la interacción va fijando por repetición en un sistema.⁶

La tipología familiar: Hace referencia a un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos que preferentemente se excluyen entre sí. En otras palabras, es la manera en que se forman o agrupan las familias. Se puede identificar dos clases de estructura en la familia: la interna y la externa. Se denomina tipología familiar a la estructura externa, que está determinada por los sujetos que conforman la familia en función de sus «lazos de filiación, parentesco, afinidad o afecto». A su vez, se denomina funcionamiento familiar a la estructura interna, representada por las relaciones en su interior, así como por el manejo del poder, reglas, roles, jerarquías y límites dentro de un sistema.⁷

Funcionalidad Familiar: Se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.⁸

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema

para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁹

El sistema nervioso central es más plástico cuando más joven y es precisamente en el primer año de vida cuando tiene una mayor plasticidad. El sistema nervioso se estructura recibiendo impulsos y dando respuestas precisas, estos estímulos propician la actividad eléctrica de las neuronas y estas alteraciones pueden incrementar la biosíntesis de proteínas. Así, se puede asegurar que el aprendizaje implica cambios no sólo en la conducta sino también en la estructura, función y composición de las neuronas.¹⁰

El sistema nervioso humano tiene sistemas neurales complejos y poderosos dedicados a la función de socialización y comunicación, que incluyen desde aspectos motores que permiten la translación, hasta el lenguaje oral. El proceso de progresiva adquisición de estas habilidades es lo que denominamos “desarrollo“, consecuencia de procesos cerebrales definidos genéticamente en interacción permanente con el ambiente. El desarrollo se divide en etapas: recién nacido, lactante, preescolar, escolar, adolescente. Los cambios que se van observando en las distintas edades implican mayor complejidad funcional, que es necesaria para una mayor adaptabilidad a los cambios funcionales de las distintas áreas cerebrales y también para los cambios madurativos de otros órganos.¹¹

El Desarrollo Motriz se define como la progresión de etapas cada vez más complejas a través de las cuales los niños logran controlar el uso de sus músculos para la postura erguida, el equilibrio y la movilidad (desde mantener la cabeza erguida hasta darse vuelta, sentarse, gatear y estar de pie), así como la manipulación de objetos para la interacción con el entorno. En general, el desarrollo motriz incluye:

Habilidades motrices gruesas.- habilidades de los grandes músculos como controlar la cabeza, sentarse, pararse y desplazarse. Habilidades motrices finas.- habilidades de los músculos pequeños como agarrar, soltar y manipular objetos. Habilidades orales-motoras.- comer, tragar, producir sonidos y hablar. Por ejemplo, la falta de logros en algunas habilidades motrices finas puede relacionarse con alteraciones de la cognición y del control motriz.¹²

Los retrasos del desarrollo psicomotor se han dividido en subtipos, tales como retraso en el desarrollo global, discapacidad intelectual (retraso mental), parálisis cerebral, retraso motor grueso, incluyendo sobre todo la trastornos neuromusculares, deterioro del desarrollo del lenguaje como un retraso en el desarrollo individual de dominio y el trastorno del espectro autista.¹³

Los niños de alto riesgo o vulnerabilidad neurobiológica son aquellos que por sus antecedentes pre, peri o postnatales tienen una mayor probabilidad de presentar alteraciones en su desarrollo psicomotor.¹⁴

Los bebés con riesgo de retraso del desarrollo de origen no genético a menudo muestran historias perinatales significativas para prematuridad y otros factores relacionados, como el bajo peso al nacer, anomalías cerebrales, dificultades respiratorias, y la multiparidad.¹⁵

Por otro lado, se ha descrito la importancia de la relación cuidador-niño para el proceso de desarrollo psicomotor del niño y como un factor asociado con problemas tanto internalizados o emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño), externalizados o de comportamiento perturbador como (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, negativismo desafiante, trastorno disocial).¹⁶

Las condiciones socioeconómicas y culturales han mostrado ser un factor base para el desarrollo adecuado del niño. En los noventa Valdez confirma esta relación al encontrar que el nivel de desarrollo alcanzado por los niños clasificados como de bajo riesgo psicosocial fue siempre mayor en todas la distintas subáreas que evalúa el instrumento (perceptual, motor fino, cognición, lenguaje, social emocional, autocuidado y motor grueso), en comparación con el nivel alcanzado por los pequeños considerados de alto riesgo psicosocial.¹⁷

Al respecto, estudios efectuados en Latinoamérica han mostrado diferencias significativas en el desarrollo cognitivo entre los preescolares de sectores pobres y los de sectores medios y altos. De igual forma, se ha concluido que los niños desatendidos en su primera infancia tienen bajo rendimiento escolar, menor que el de aquellos niños que han recibido una adecuada estimulación temprana, sea en el hogar o fuera de él, por lo cual se llegó a la conclusión que para el desarrollo de determinados elementos cognitivos y madurativos en el niño resulta esencial el conjunto de oportunidades que le ofrece el medio.¹⁸

El apego en la concepción de Bowlby es el proceso que lleva del estrés a la calma, de sentirse amenazado a sentirse seguro (Bowlby, 1969; Svanberg, 1998, Cassidy, 1999). Cuando se ha desarrollado un apego seguro, el infante tendrá la posibilidad de explorar progresivamente, sobre una base de seguridad y confianza, el mundo que lo rodea, facilitándose la tarea de alcanzar saludablemente los diversos hitos de su desarrollo y explotando al máximo su potencial si las condiciones de su entorno lo permiten (Grossmann, et al. 2002; Marvin & Britner, 1999). Finalmente, cabe señalar que en los últimos años la teoría del apego ha evolucionado hasta convertirse en un modelo central del desarrollo infantil. En esta línea podemos decir que “los estudios de apego seguro demostraron que éste sirve como fundamento para el posterior

desarrollo afectivo, social, cognitivo y conductual a lo largo del ciclo vital” (Hughes, 2004, p. 264).¹⁹

Es importante hacer hincapié en la importancia de la calidad del medio ambiente familiar, considerando a la misma como medida en términos de la cantidad y calidad para el apoyo cognoscitivo, emocional y social que se le proporciona a los niños. En este sentido, consideramos que la influencia que puede tener un niño de gesta III de un nivel socioeconómico bajo al verse estimulado por un hermano mayor, es determinante en su desarrollo psicomotor, en comparación a un niño de gesta I del mismo nivel socioeconómico y edad.²⁰

La detección temprana del daño neurológico debe realizarse en todos los niños menores de un año, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y signos de alarma e iniciar un programa de estimulación temprana. La magnitud del daño neurológico en los niños menores de un año de edad en cuanto a tasa de morbimortalidad es más que suficiente para justificar su importancia como problema de salud pública. Es necesario brindar y canalizar en forma obligatoria a todo lactante con factores de riesgo a un programa de estimulación temprana.²¹

La evaluación del desarrollo psicomotor es considerada parte esencial de la supervisión de salud en pediatría. Tanto en el ámbito nacional, como a nivel internacional, se recomienda vigilar la progresión del desarrollo en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas de cribado frente a la sospecha clínica de déficit o bien a edades específicas. La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso de test estandarizados a los 9, 18 y 30 meses de edad.²²

Herramientas estandarizadas de evaluación del desarrollo son fundamentales para el proceso de selección de los niños con riesgos de problemas de desarrollo en una

etapa temprana. Este es especialmente el caso para niños de 0 a 3 años, que es el periodo crítico para una intervención temprana.²³

Los trastornos del desarrollo infantil constituyen un reto para los diferentes niveles de atención médica (primaria y especializada) debido a que requieren: reconocimiento precoz, evaluación apropiada, diagnóstico certero, determinación de etiología y la implementación de intervenciones necesarias con asignación adecuada de recursos y predicción de la evolución final. La prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI” es el instrumento de tamizaje adecuado en el contexto de la población mexicana menor de cinco años, con sensibilidad y especificidad similares a otras pruebas de tamizaje disponibles en America.²⁴

La pesquisa e intervención oportunas de los trastornos del DSM, tiene demostrados beneficios para el niño, su familia y la sociedad. Con la finalidad de mejorar la eficacia en la identificación de las dificultades del DSM, distintas sociedades científicas recomiendan realizar una vigilancia clínica del desarrollo en los controles de salud y aplicar evaluaciones estandarizadas a edades específicas o frente a la sospecha de déficit.²⁵

En el personal de salud del primer nivel queda la responsabilidad de las acciones de vigilancia y de atención temprana de los lactantes en riesgo de daño neurológico para garantizarles una calidad de vida futura. En el desarrollo, las secuencias de cambio no son fácilmente percibidas por el novato debido al traslape y la rapidez con que suceden. Las observaciones del personal inexperto terminan haciéndose en función de las grandes conductas motoras blanco, al no contar con referentes tempranos y claros que describan los comportamientos de otras áreas, ni las secuencias evolutivas que suceden en periodos críticos del desarrollo del lactante. La referencia de los niños con riesgo y las probabilidades de prevenir o tratar

tempranamente la estructuración de una secuela se retrasan, dejando pasar un periodo potencial de plasticidad cerebral para compensar o disminuir las probabilidades de que se instale.²⁶

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. En líneas generales los metanálisis concluyen que la Atención Temprana tiene un efecto positivo, aunque moderado, que es más eficaz cuando los programas son estructurados, intensos e incluyen a la familia; con efectos más manifiestos a corto y medio plazo.²⁷

Es importante que los profesionales de la intervención temprana y los responsables políticos entiendan que una imagen global del niño ofrece una mejor determinación de sus capacidades. La literatura sugiere que las herramientas más válidas y confiables se centran en la opinión del cuidador, la exploración del juego, la función espontánea, y la participación e interacción social con sus compañeros a través de varios contextos.²⁸

ANTECEDENTES:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en el 2013, alrededor del 5% de los niños en el mundo menores de 14 años de edad sufrió de discapacidad moderada a severa asociado a retraso del desarrollo, porcentaje mayor a lo que hubiera sido si se detecta a tiempo. Otro estudio también encontró que el 8% de todos los niños en edad preescolar desde el nacimiento hasta los 6 años tenían problemas de desarrollo y mostraron retraso del desarrollo en uno o más dominios.²⁹

El déficit del desarrollo psicomotor y la discapacidad tienen un importante impacto en la sociedad en términos de costos en salud, soporte educacional y servicios de apoyo. Reportes de INEGI del 2010, en México el porcentaje de población con discapacidad es de 5.1% (5,739, 270 personas) de la población total; las discapacidades que con mayor frecuencia se presentan son las dificultades para caminar o moverse (58.3%), ver (27.2%), mental (8.5%), escuchar (12.1%), hablar o comunicarse (8.3%), atención y aprendizaje (4.4%) y autocuidado (5.5%) resultando en una suma mayor al 100% por la población con más de una dificultad, de los cuales el 9% son niños entre 0 y 14 años de edad. En Baja California se reporta un total de 122,252 personas con discapacidad, lo que corresponde a un 2.1% del total nacional. El 10.2% son niños entre 0 y 14 años de edad. El 67% de esta población estatal con discapacidad son derechohabientes del IMSS.³⁰

La Organización Mundial de la Salud, refiere que el 60% de los niños menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede condicionar un retraso en cualquiera de sus tres esferas (tiempo, espacio y persona), refiriendo además que la falta de estimulación se da más en las áreas rurales debido a la educación de los padres.¹⁰

El concepto evolutivo es crucial en el desarrollo psicomotor del niño y existen periodos críticos para el desarrollo de ciertas funciones neuropsicológicas, por lo que la ausencia de un estímulo concreto en un periodo crítico, puede conllevar a una alteración en el desarrollo o, incluso a la anulación de alguna de sus funciones, por lo tanto es importante detectar el retraso en cualquiera de sus esferas en el primer año de edad ya que es el momento ideal de lograr mayor grado de rehabilitación en el niño.³¹

La literatura muestra que el desarrollo psicomotor se ve altamente influenciado por variables de tipo familiar y sociodemográficas, en particular por el nivel socioeconómico bajo (Halpern, Giugliani, Victora, Barros, & Horta, 2002), y características asociadas a este grupo social, como la baja escolaridad de padres o cuidadores (Lira, 1994; Garibotti, Comar, Vasconi, Giannini, & Pittau, 2013) y el hacinamiento al interior de la vivienda (Widmayer et al., 1990). Otras variables cuya influencia en el desarrollo psicomotor se han sugerido son la edad de la madre (Lira, 1994), la jornada laboral de la madre (Rodríguez, 2006) y la configuración familiar, específicamente la presencia del padre en el sistema familiar (Torralba, Cugnasco, Manso, Sauton, Ferrero, O'Donnell, Carmuega, 1999).³²

La evidencia indica que las intervenciones de estimulación temprana mejoran efectivamente los resultados de los niños y los maternos, y que estos beneficios probablemente se sostienen en el largo plazo. Las intervenciones deberían dirigirse a los niños más pequeños y desaventajados y sus familias, e incluir una participación activa de los cuidadores. Deberían asimismo promover el bienestar de las familias en su conjunto, particularmente el de las madres.³³

5.- JUSTIFICACIÓN

Vivimos en una sociedad competitiva que avanza cada día más rápido. Se les exige a los niños que aprendan más y más tempranamente, quien mejor preparado esté, más posibilidades tendrá de alcanzar el éxito. Sin embargo, en esta carrera contra el tiempo es fácil cometer errores por tratar de hacer demasiado en los niños.¹⁰

Existen periodos críticos para el desarrollo de ciertas funciones neuropsicológicas, por lo que la ausencia de un estímulo concreto en un periodo crítico, puede conllevar a una alteración en el desarrollo o, incluso a la anulación de alguna de sus funciones, por lo tanto es importante detectar el retraso en cualquiera de sus esferas. Es necesario identificar en el niño, desde la primera consulta de atención, los factores que puedan predisponer a alteraciones del desarrollo psicomotor.²⁸

Es importante hacer hincapié en la importancia de la calidad del medio ambiente familiar, considerando a la misma como medida en términos de la cantidad y calidad para el apoyo cognoscitivo, emocional y social que se le proporciona a los niños.²⁰

La finalidad de este estudio es determinar la funcionalidad familiar y tipología familiar en familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor y conocer si hay relación entre estas.

6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo psicomotor es un proceso gradual, en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño. La ausencia de un estímulo concreto en un periodo crítico, puede conllevar a una alteración en el desarrollo o, incluso a la anulación de alguna de sus funciones, por lo tanto es importante detectar el retraso en cualquiera de sus esferas en los primeros años.¹

La pesquisa e intervención oportunas de los trastornos del DSM, tiene demostrados beneficios para el niño, su familia y la sociedad. Con la finalidad de mejorar la eficacia en la identificación de las dificultades del DSM, distintas sociedades científicas recomiendan realizar una vigilancia clínica del desarrollo en los controles de salud y aplicar evaluaciones estandarizadas a edades específicas o frente a la sospecha de déficit.²⁵

El objetivo de la estimulación temprana es reconocer y promover el potencial de cada niño. A toda acción debe incorporarse el afecto y la comunicación, ya que sin afecto no funciona la estimulación. No todos los niños son iguales y no responden de la misma forma. El adulto debe ser sensible a la respuesta del niño para saber hasta dónde y cómo administrar los estímulos. Mantener contacto visual durante la estimulación ayuda para darle confianza y seguridad. *El mejor terapeuta se encuentra en casa y es en el hogar donde empieza la estimulación temprana.*¹⁰

En base a los datos mundiales y nacionales recabados, se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad y tipología de familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor?

7.- OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar funcionalidad y tipología en familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar relación entre rezago y riesgo de retraso psicomotor y funcionalidad familiar.
- Establecer relación entre rezago y riesgo de retraso psicomotor y tipología familiar.
- Identificar características sociodemográficas de padres de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo.

8.- HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación:

Existe relación entre funcionalidad y tipología familiar en niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor.

9.- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: No experimental, con enfoque cuantitativo, alcance correlacional observacional, transversal y prospectivo.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, B.C.

Periodo: Mayo – Agosto 2017

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, B.C.

Población de estudio:

Padres y niños de 13 a 36 meses de edad, derecho habientes de la UMF 27 que en el estudio “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una Unidad de Medicina Familiar” realizado en la UMF No. 27, resultaron con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor.

Tipo de muestra: No se realizará muestreo de población, se dará continuación a investigación realizada en el año 2015 en la UMF No. 27 Titulada “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una unidad de medicina familiar”. Por lo que se trabajara con padres y/o tutores participantes en el estudio ya mencionado.

Tamaño de la muestra: 41 Pacientes.

Criterios de inclusión:

- Padres de hijos de 13 a 36 meses con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo, que participaron en la investigación “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una unidad de medicina familiar”.
- Derechohabientes de UMF No. 27.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que no se logre contactar después de 3 intentos

Criterios de Exclusión:

- Padres que acepten participar, pero no hayan firmado el consentimiento informado.
- Padres que no respondan los cuestionarios completos.

Método:

Previa autorización por el Comité local de Investigación se solicitó autorización a Director de UMF No. 27.

Se localizó vía telefónica de Padres de niños con rezago y riesgo de retraso en desarrollo psicomotor, los cuales participaron en estudio previo en la UMF No. 27, ya arriba mencionado.

Una vez localizados se invitó a los Padres de niños con rezago y/o retraso en el desarrollo psicomotor, a participar en la presente investigación, se citó a Padre y/o tutor a una entrevista con el investigador, teniendo dos testigos, en la cual se le solicitó su participación, explicando los riesgos y beneficios, así como el respeto a su voluntad en caso de decidir abandonar la investigación, conservando todos sus derechos a la atención médica ofertada en la UMF No. 27. Se dará oportunidad para preguntas o dudas durante el proceso de consentimiento informado.

Posteriormente se les realizó Test APGAR y recolección de datos mediante una encuesta de variables a investigar: variables del niño con retraso o rezago psicomotor: Edad, género, peso, talla, número de consultas control niño sano, envió a segundo nivel de atención.

Variables maternas: Edad, escolaridad, ocupación.

Variables paternas: Edad, escolaridad, ocupación.

Otras variables: Cuidador principal, ingreso económico familiar mensual, tipología familiar, funcionalidad familiar.

Se aplicó instrumento de APGAR familiar, el cual evalúa funcionalidad familiar. Este último es Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Los componentes del APGAR Familiar son: Adaptación, Participación, Gradiente de recursos, Afectividad, Recursos o capacidad resolutive. Así pues, el APGAR familiar es una prueba realizada a modo de cuestionario formado por 5 preguntas. El puntaje oscila, para cada uno de los 5 factores, entre 0 y 4 puntos, siguiendo una escala tipo Likert con cinco opciones de respuestas, nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.

Interpretación APGAR familiar:

Función familiar normal: 17-20 puntos.

Disfunción leve: 16-13 puntos.

Disfunción moderada: 12-10 puntos.

Disfunción severa: 9 puntos o menos.

Análisis estadístico:

Se realizó análisis descriptivo de las variables. Para las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y frecuencias, con las variables cuantitativas se utilizaron media y desviación típica. Se emplearon estadísticas no paramétricas con prueba chi cuadrada para análisis bivariado.

Se realizó prueba de hipótesis con las pruebas de correlación de Pearson y Spearman.

Hipótesis de trabajo: Existe relación entre funcionalidad y tipología familiar en niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor.

Hipótesis Nula: No existe relación entre funcionalidad y tipología familiar en niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor.

Se consideraran diferencias estadísticamente significativas valores de $p < 0.05$. Los datos serán procesados en el programa estadístico SPSS versión 21.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable Dependiente

1. **Retraso y/o rezago del desarrollo psicomotor.** Adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variables del niño

1. **Edad.** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.
2. **Sexo.** Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.
3. **Peso.** A la medida de la masa corporal.
4. **Talla.** Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.
5. **Número de consultas de control del niño sano.** Ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.
6. **Referencia en a segundo nivel de atención por Medico Familiar:** Proceso mediante el cual, se recibirá al paciente acompañado con el formato de referencia/contrarreferencia, procurándoles un trato preferencial que evite la repetición de acciones anteriormente realizadas en la unidad que refiere y que permita brindarle una atención oportuna y resolutive.

7. Cumplimiento de referencia segundo nivel de atención: Término que se utiliza para acción y efecto de acudir a segundo nivel de atención.

8. Motivo de incumplimiento de referencia a segundo nivel de atención: Razones o motivos por las cuales no se logró el cumplimiento a segundo nivel de atención.

Variables maternas

9. Edad: Tiempo en años cumplidos de la madre.

10. Escolaridad: Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza. Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.

11. Ocupación: Actividad o función que se desempeña para ganar el sustento.

Variables paternas

12. Edad: Tiempo en años cumplidos del padre.

13. Escolaridad: Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza. Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.

14. Ocupación: Actividad o función que se desempeña para ganar el sustento.

Variables cuidador e ingreso familiar

15. Cuidador principal. Persona encargada del cuidado del niño la mayor parte del tiempo.

16. Ingreso económico familiar mensual. Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia en un mes.

Variables Guardería

17. Guardería: Es un establecimiento educativo, de gestión pública, privada o concertada (privada de gestión pública), en las que se forma a niños y niñas

de entre 0 y 3 años. Los encargados de supervisar a los menores son profesionales en el área de la educación temprana, educación preescolar o educación infantil y su trabajo consiste no sólo en supervisar a los niños y proveerles de los cuidados necesarios de su edad, alentarlos a aprender de una manera lúdica mediante la estimulación de sus áreas cognitiva, física y emocional.

Variables familia

18. Tipología Familiar: Unidad micro social dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y valores fundamentales de acuerdo a su composición.

19. Funcionalidad familiar: Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Definición Operacional
Desarrollo psicomotor	Adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condiciona alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo normal o verde. 2. Rezago en el desarrollo o amarillo. 3. Riesgo de retraso en el desarrollo o rojo.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Definición Operacional
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>No. de meses</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 13 a 15 meses. 2. 16 a 18 meses. 3. 19 a 24 meses. 4. 25 a 36 meses.
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino. 2. Femenino.
Peso	A la medida de la masa corporal.	Cuantitativa	Kilogramos.
Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	Cuantitativa	Centímetros
Consultas a	Número ideal de	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí cumple

Control de niño sano:	consultas del Programa, de acuerdo con su edad.		2. No cumple
Referencia a segundo nivel de atención	Proceso de envío a una unidad que permita brindarle atención oportuna y resolutive.	Cualitativa	1. Se realizó el envío 2. No se realizó el envío
Cumplió con referencia a segundo nivel de atención	En caso de haber sido referido a segundo nivel de atención.	Cualitativa	1. Si 2. No
Motivo de incumplimiento de referencia a segundo nivel de atención:	Razones por las cuales no se logró el cumplimiento a segundo nivel de atención	Cualitativa	1. Laborales 2. Económico 3. Negación de los padres u/o cuidadores 4. Otras _____ 5. No aplica
Edad de la madre	Tiempo en años cumplidos de la madre.	Cuantitativa	Años
Ocupación de la madre:	Trabajo, empleo u oficio realizado por una persona	Cualitativa	1. Empleada 2. Comerciantes 3. Hogar 4. Estudiante 5. Otra
Toxicomanías madre	Consumo de sustancias tóxicas	Cualitativa nominal	1) Sí 2) No
Edad del Padre:	Tiempo en años cumplidos del padre.	Cuantitativa	Años
Ocupación del Padre:	Trabajo, empleo u oficio realizado por una persona	Cualitativa	1) Empleado 2) Comerciante 3) Hogar 4) Estudiante 5) Otro
Toxicomanías padre	Consumo de sustancias tóxicas	Cualitativa nominal	1) Si 2) No
Ingreso económico familiar mensual	Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia.	Cualitativa	1. Menos de 1 salario mínimo. 2. 1-2 salarios mínimos. 3. 3-4 salarios mínimos. Más de cinco salarios mínimos.
Asiste a guardería	Asiste a algún	Cualitativa	1) Sí

	establecimiento educativo, de gestión pública, privada o concertada (privada de gestión pública), en las que se forma a niños y niñas de entre 0 y 3 años.	nominal	2) No 4.
Tiempo en guardería	Tiempo en que a asistido a una guardería en meses	Cuantitativa	1) Menos de 6 meses 2) De 6 a 12 meses 3) De 12 a 18 meses 4) Más d 18 meses
Funcionalidad familiar:	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Cualitativa	1. Funcional: 17-20 puntos 2. Disfunción leve: 16-13 puntos. 3. Disfunción moderada: 12-10 puntos 4. - Disfunción severa: menor o igual a 9

10.-ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se considera una Investigación con riesgo mínimo. La ética de esta investigación respeta de forma primordial los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea de Brasil en 2013, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones. Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos así como del resguardo de los mismos. Dado que se aplicará encuesta, se manejarán datos personales, será necesario solicitar una carta de consentimiento informado del paciente, en la cual se incluye fecha y nombre de quien lo solicita, así como los beneficios de su participación en caso de detectarse alguna alteración en los

resultados de la encuesta se derivará al paciente a su Médico Familiar para su seguimiento y tratamiento integral.

11.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

1.- HUMANOS

- Investigador principal: Cynthia Denisse García Gama Médico.
Residente de Medicina Familiar
- Asesor metodológico: Dr. Juan José Camacho Romo. Profesor Titular de la Residencia Medicina Familiar. Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27.
- Asesor metodológico Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta
Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27
Matricula: 99266582 Teléfono:
Correo:dr.robertgastelum@gmail.com
- Asesor temático: Dra. Ivette Patricia Yee Yee. Adscrita: Unidad Medico Familiar No. 17.
- Familias de niños de 13 a 36 meses de edad derecho habientes de la UMF 27 que en el estudio “ Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una unidad de medicina familiar ” hayan resultado con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo.

2.- FÍSICOS

- Área física: Se hará uso del auditorio de la Unidad de Medicina Familiar número 27 para la realización del Test de APGAR así como encuestas.

- Formatos de recolección de la información: copias de encuestas, copias de carta de consentimiento informado.
- Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico SPSS 21, hojas blancas (3 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

3.- FINANCIEROS

Serán solventados por el investigador principal.

4.- FACTIBILIDAD

El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización. Es menester informar que se tiene acceso a los pacientes previamente estudiados, en el auditorio de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

12.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica

13.- RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en encuestas y pruebas de evaluación. Se invitaron a participar a 41 familias, mismas que participaron en el protocolo “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una Unidad de Medicina Familiar”, realizado en el 2015, de las cuales 4 familias fueron eliminadas, ya que no pudieron ser localizadas; por lo anterior, el tamaño de muestra fue de 37 familias.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS NIÑOS CON REZAGO Y RIESGO DE RETRASO:

En relación a la edad en meses de los pacientes evaluados la mediana de edad fue 34.0 meses, con una media de 31.81 meses, con una desviación estándar de 4.2. En cuanto a porcentajes se obtuvo lo siguiente; el 29.7 % fue de 36 meses, 16.2% de 34 meses, 13.5 % de 26 meses, 8.1 % de 35 meses, 8.1 % de 30 meses, 2.7 % de 28 meses, 2.7 % de 31 meses, 2.7 % de 32 meses, 2.7 % de 33 meses y 2.1 % de 29 meses (*fig. 1 (a)*). Al categorizar la edad en meses se obtuvieron los siguientes resultados; de 24 a 28 meses 24 % (9), de 29-33 meses 22 % (8), de 34 a 38 meses 54 % (20). (*fig. 1 (b)*).

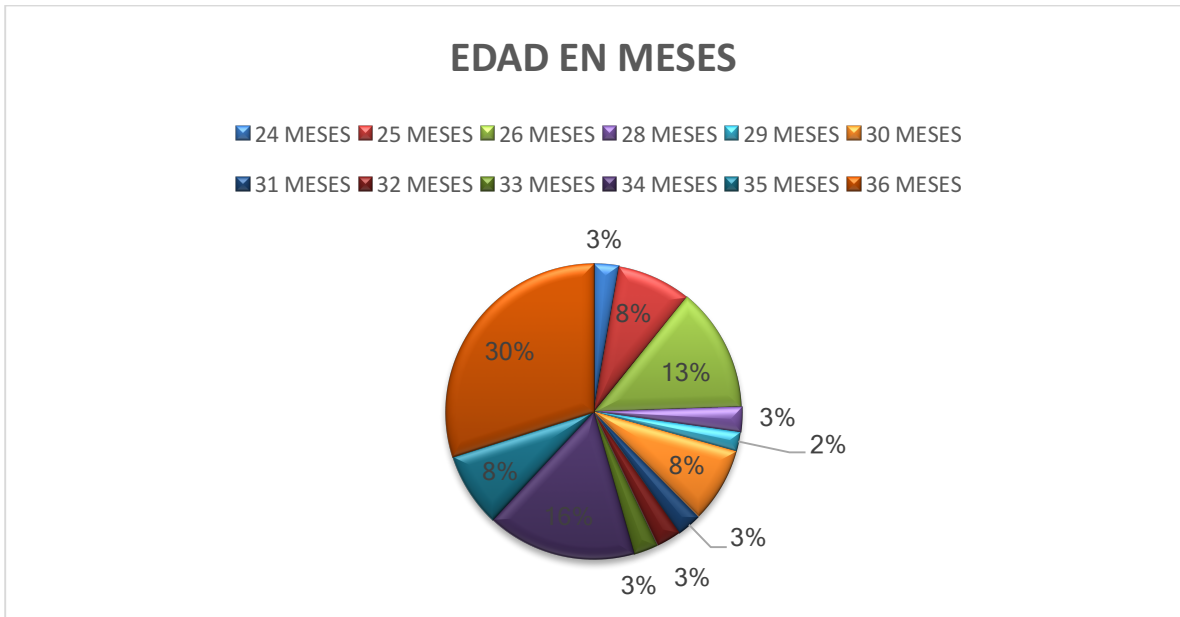


Figura 1.(a) Porcentaje de presentación de la edad de los pacientes en meses. N: 37

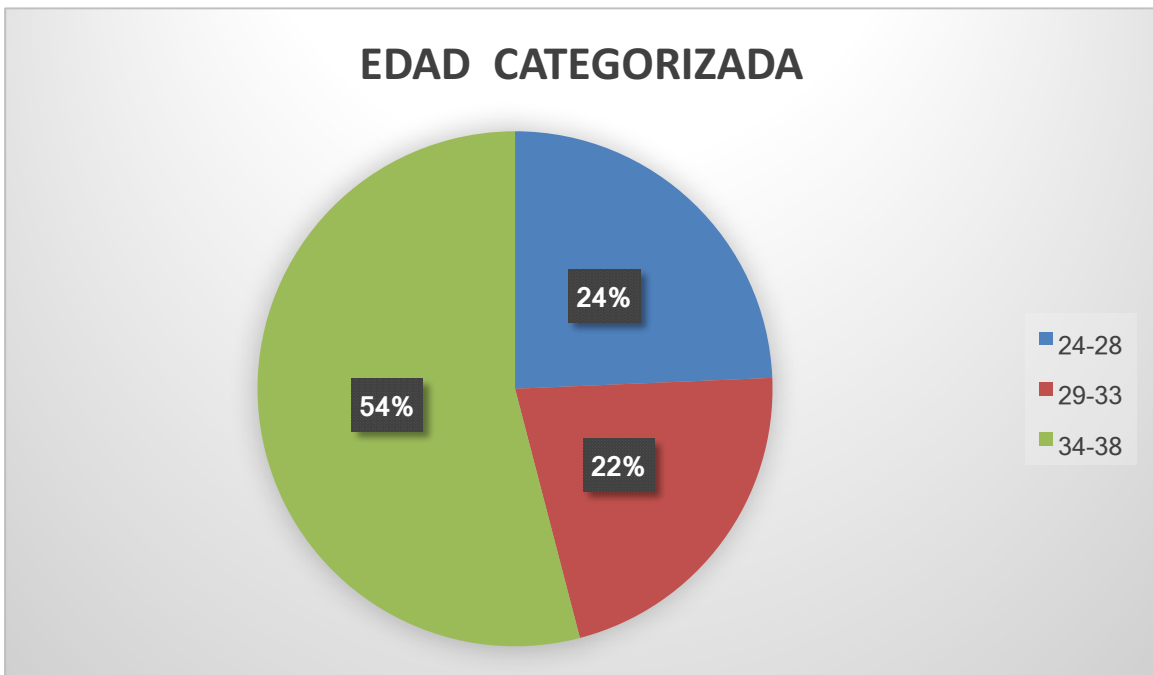


Figura 1.(b) Porcentaje de presentación de la edad categorizada en meses. de los pacientes N: 37

En relación al género el 54% (20) correspondió a género masculino y el 45.9 % (17) correspondió a género femenino (*fig 2*).

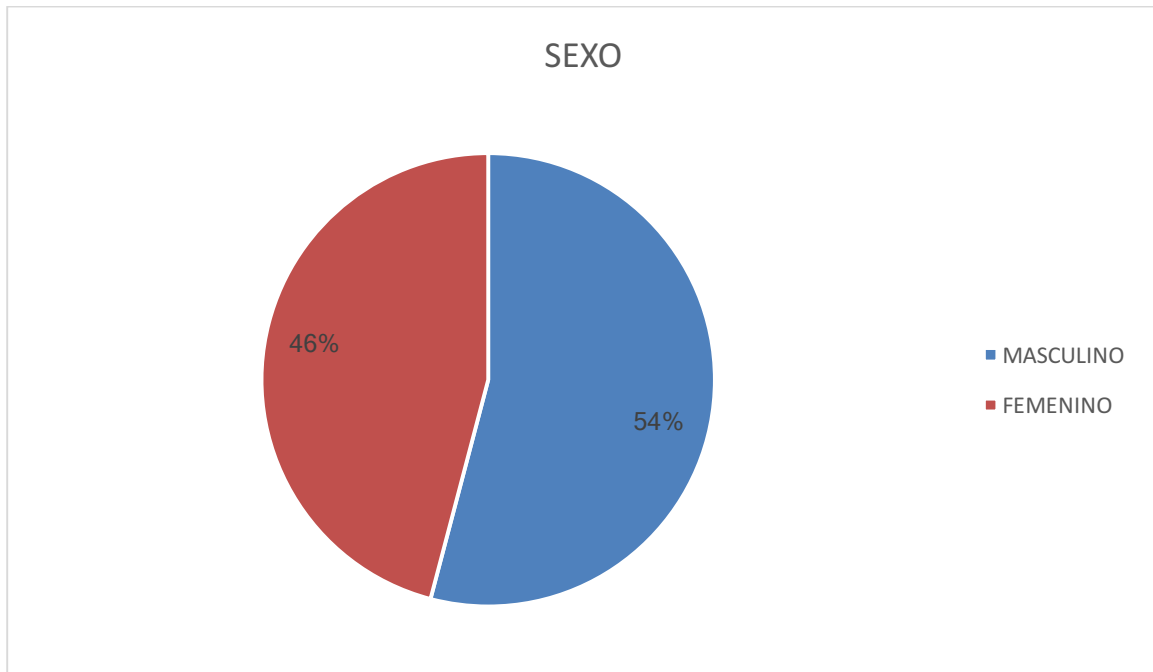


Figura 2. Porcentaje de presentación de género de los niños evaluados.

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES

En relación a la edad materna al momento de la entrevista se encontró un mínimo de edad de 19 años y un máximo de 36 años, en un rango 17, la media de 25.43 años, con una mediana de 24 años y una moda de 23 años, la desviación estándar fue de 4.28. (*Fig. 3a*). Al categorizar esta variable se encontraron los siguientes resultados; el 38 % se encuentra en el rango de 22 a 25 años de edad, 24 % en el rango de 26 a 29 años, 19% de 19 a 22 años, 5 %34 a 37 años y por último 14 % de 30 a 33 años. (*Fig. 3b*).

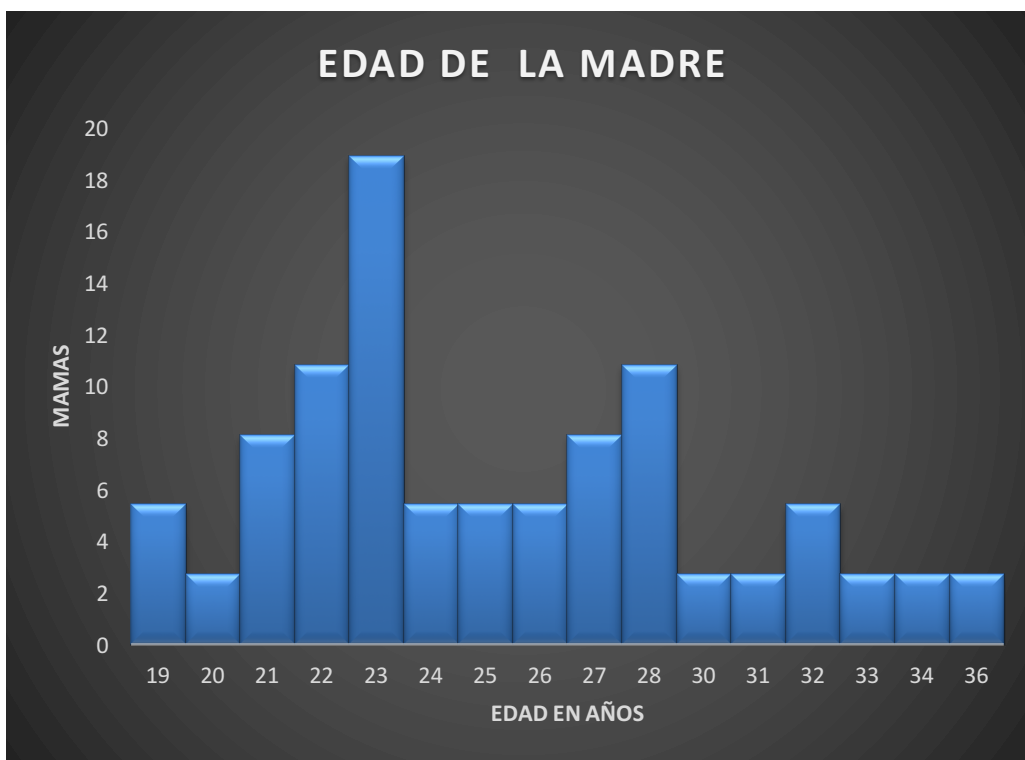


figura 3 (a). Edad de las madres al momento de la encuesta N: 37.

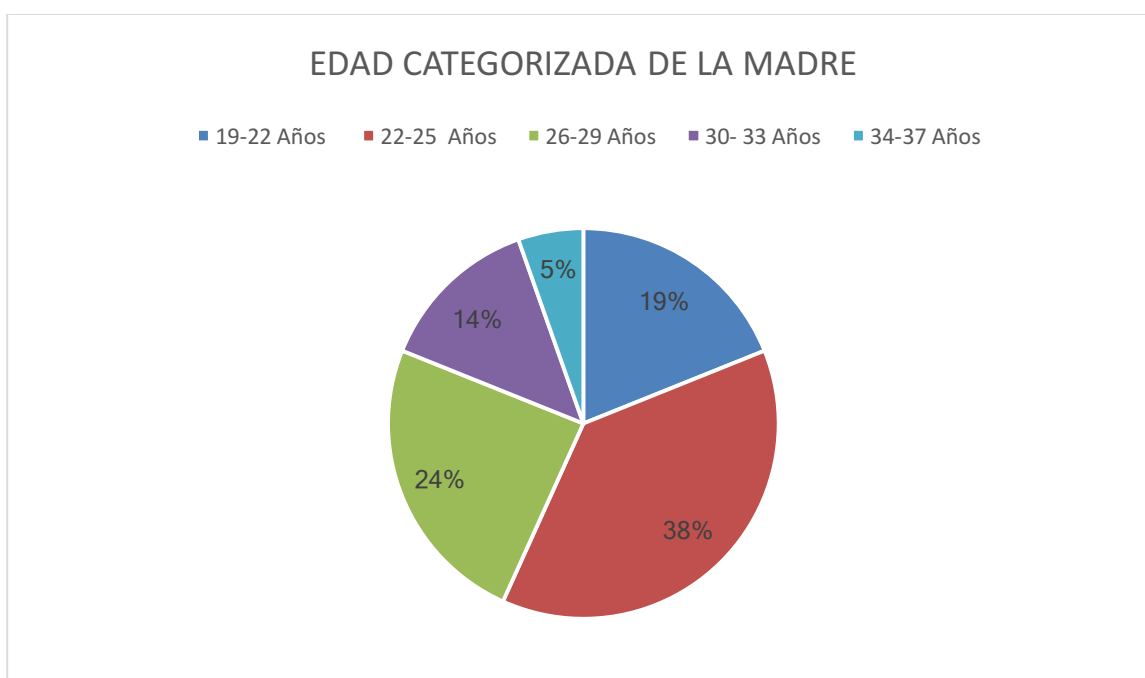


figura 3 (b). Edad categorizada de las madres al momento de la encuesta N: 37.

En relación a la edad paterna al momento de la entrevista se encontró un mínimo de 21 años y un máximo de 54 años, en un rango de 33, media de 30.78 años, con una mediana de 29 años y una moda de 28 años la desviación estándar fue de 5.92. (Fig. 4(a)). Al categorizar esta variable se encontraron los siguientes resultados; el 38 % se encuentra en el rango de 26- 30 años de edad, 30 % en el rango de 31-35 años, 16 % de 36 - 40 años, 13 % 22 a 25 años y por último 3 % > 40 años. (Fig. 4(b)).

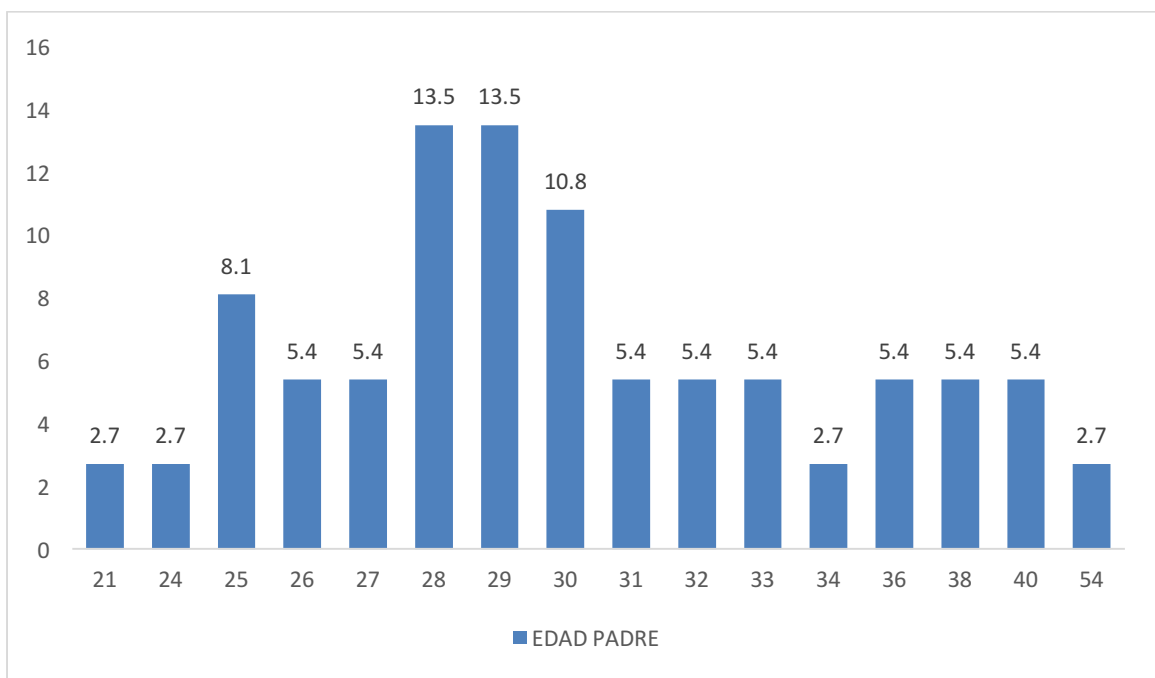


figura 4 (a) Edad de los padres al momento de la encuesta N: 37

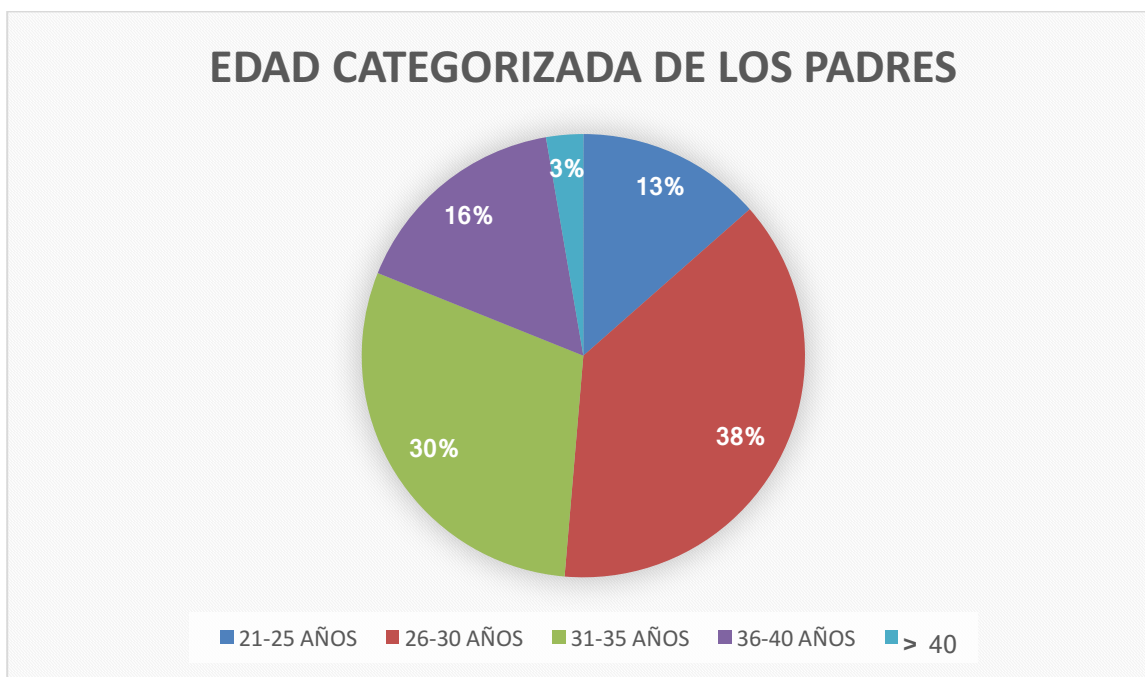


figura 4 (b) Edad Categorizada de los padres al momento de la encuesta N: 37

Referente al grado de escolaridad de la madre el 2.7 % (1) acudió solo a la primaria, el 75.7% (28) hasta la secundaria, el 21.6 % (8) acudió a la preparatoria. (Fig. 5). En el padre el 2.7 % (1) acudió solo a la primaria, el 59.5 % (22) hasta la secundaria, el 37.8 % (14) acudió a la preparatoria. (Fig. 6).

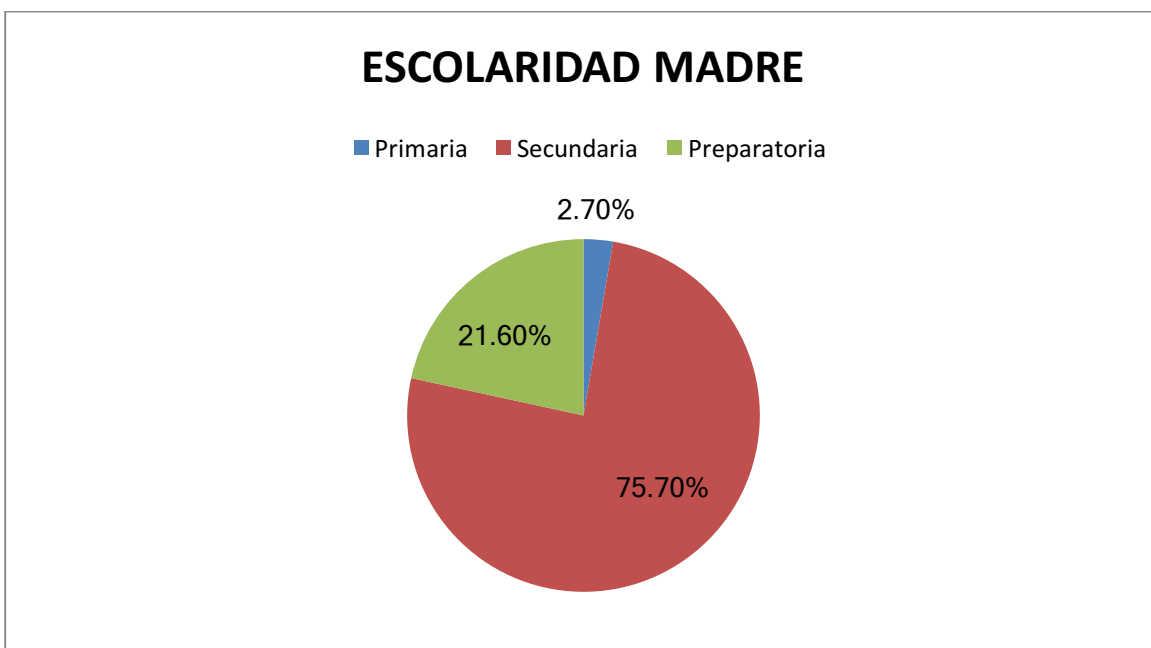


figura 5. Escolaridad de las madres al momento de la encuesta N: 37

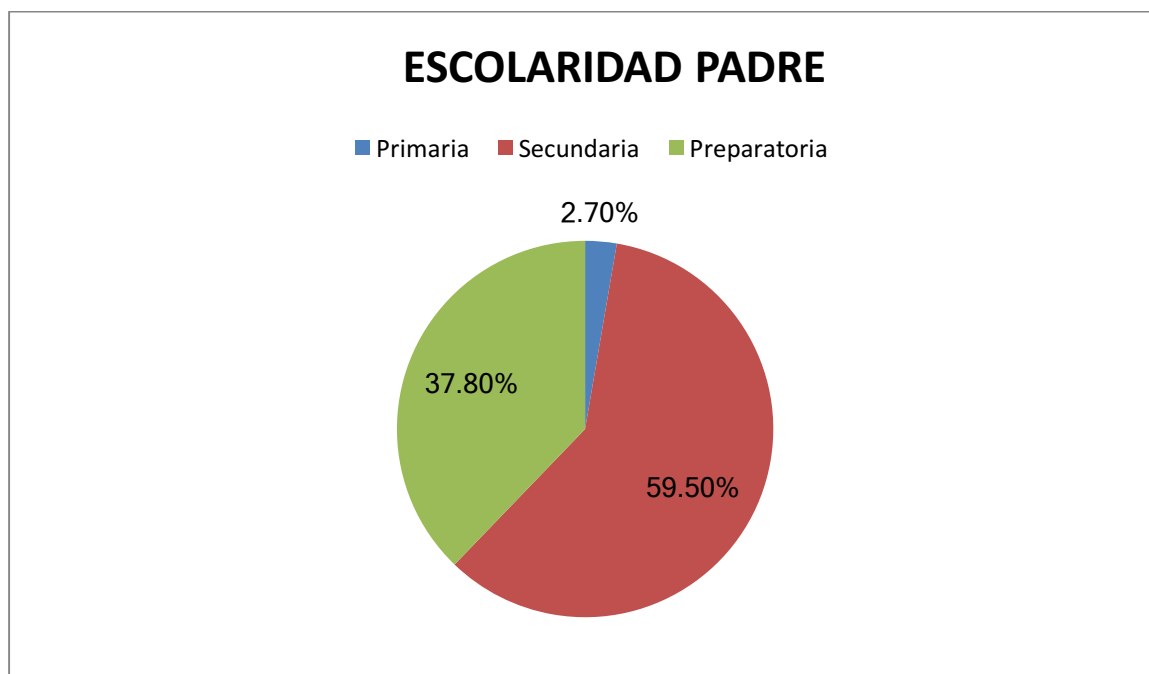


figura 6. Edad de los Padres al momento de la encuesta N: 37

ESCOLARIDAD DE MADRES Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
ESCOLARIDAD DE MADRES	Primaria	1	0	1
	Secundaria	19	9	28
	Preparatoria	3	5	8
Total		23	14	37

figura 7. Tabla comparativa de escolaridad de la madre y desarrollo psicomotor

ESCOLARIDAD DEL PADRE Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		Total
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
ESCOLARIDAD DEL PADRE	Primaria	1	0	1
	Secundaria	14	8	22
	Preparatoria	8	6	14
Total		23	14	37

figura 8. Tabla comparativa de ocupación del padre y desarrollo psicomotor

En cuanto a la ocupación de la madre el 89.2 % (33) es empleada, el 10.8 % (4) trabaja en el hogar. (Fig. 9). En los padres el 35 % (94.6) es empleado y el 5.4% (2) es comerciantes (Fig. 10).

En relación al consumo de drogas ilícitas en la madre el 100% (37) negó el consumo. En los padres se encontró un consumo de drogas ilícitas en un 16 % (16.2) de los casos (Fig. 13).

En el ingreso económico familiar mensual, el 86 % (32) correspondió de 1 a 2 salarios mínimos por día al mes, el 13.5 % (5) de 3 a 4 salarios mínimos por día al mes (Fig. 14).

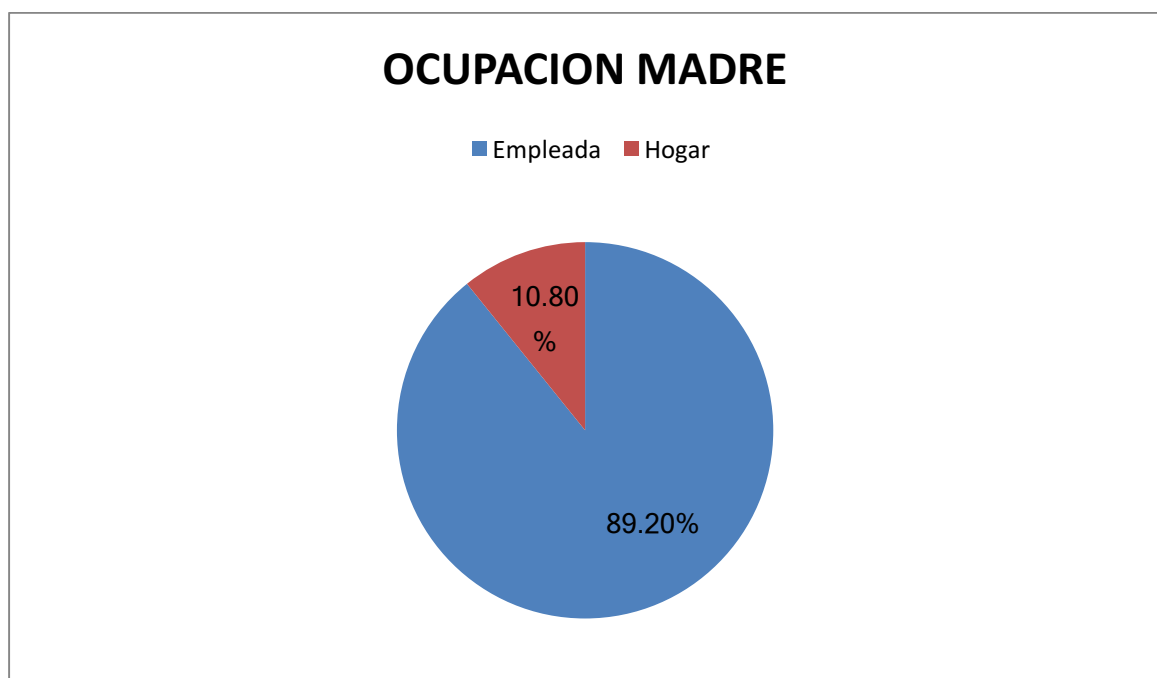


figura 9. Ocupación de las madres al momento de la encuesta N: 37

OCUPACIÓN DE MADRES Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
OCUPACIÓN DE MADRES	Empleada	20	13	33
	Hogar	3	1	4
Total		23	14	37

figura 10. Tabla comparativa de ocupación de la madre y desarrollo psicomotor



figura 11. Ocupación de los Padres al momento de la encuesta N: 37

OCUPACIÓN DEL PADRE Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
OCUPACIÓN DEL PADRE	Empleado	21	14	35
	Comerciante	2	0	2
Total		23	14	37

figura 12. Tabla comparativa de ocupación del padre y desarrollo psicomotor

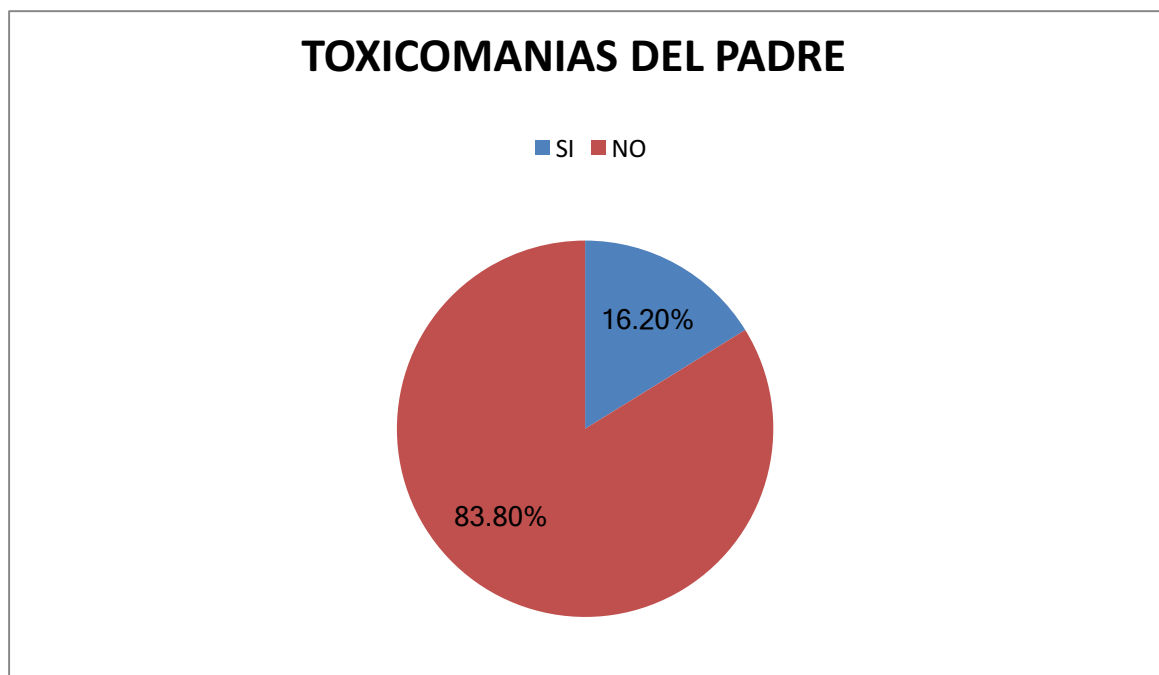


figura 13. Consumo de Drogas ilícitas de los Padres N: 37

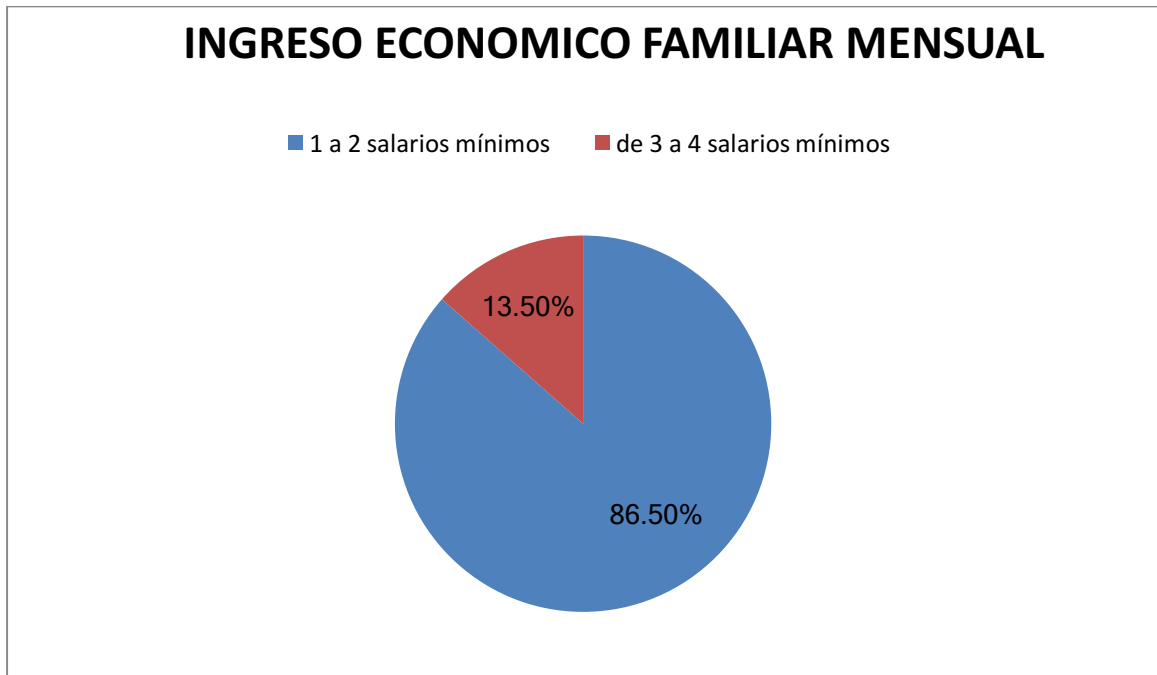


figura 14. Ingreso económico Familiar en salarios mínimos diarios mensuales

TOXICOMANIAS DEL PADRE Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		Total
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
TOXICOMANIAS DEL PADRE	Si	6	0	6
	No	17	14	31
Total		23	14	37

figura 15 (a). Tabla comparativa de toxicomanías del padre y desarrollo psicomotor

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.359 ^a	1	.037		
Corrección por continuidad	2.650	1	.104		
Razón de verosimilitudes	6.397	1	.011		
Estadístico exacto de Fisher				.065	.043
Asociación lineal por lineal	4.241	1	.039		
N de casos válidos	37				
a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.27.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

figura 15 (b). Tabla pruebas de chi- cuadrada

INGRESO MENSUAL FAMILIAR Y DESARROLLO PSICOMOTOR				
		DESARROLLO PSICOMOTOR		Total
		Rezago en el desarrollo	Riesgo de retraso en el desarrollo	
INGRESO MENSUAL FAMILIAR	1-2 salarios mínimos	18	14	32
	3-4 salarios mínimos	5	0	5
Total		23	14	37

figura 16. Tabla comparativa del ingreso mensual y desarrollo psicomotor

3. CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL CUIDADO DEL NIÑO.

En relación al encargado principal del niño, se encontró que el 64 % (24) se encuentra al cuidado de los abuelos, el 24 % (9) otro familiar, el 8.1 % (3) al cuidado de la madre y por último el 2.7 % (1) al cuidado del padre (Fig17).

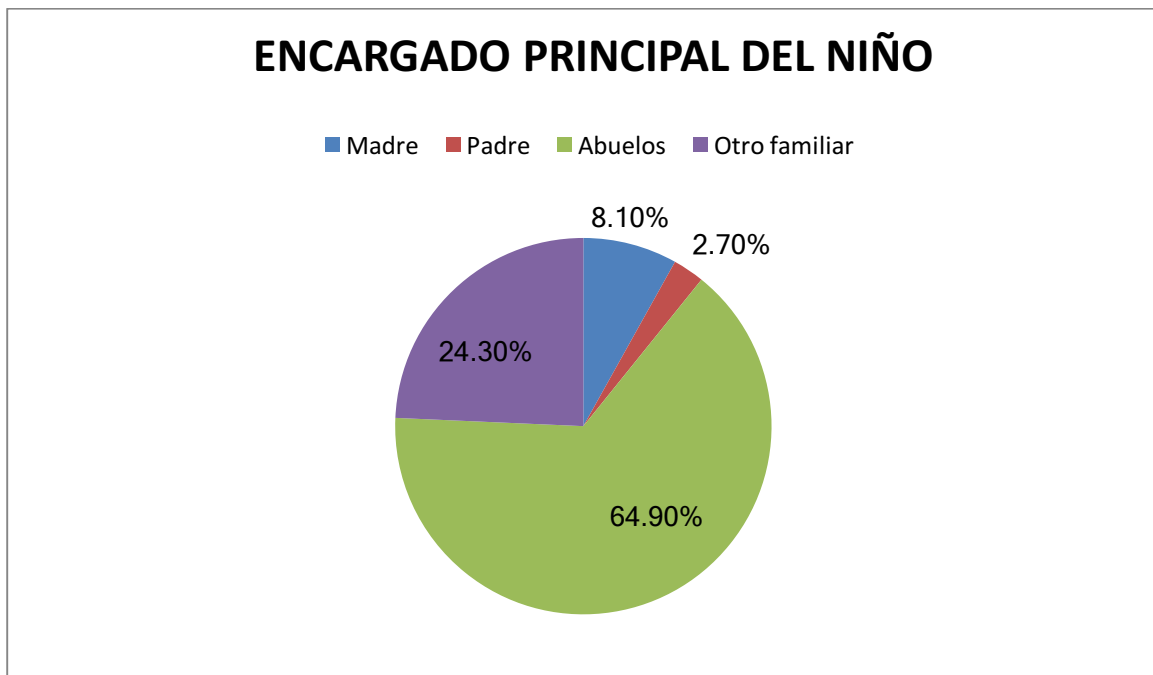


figura 17. Cuidador principal de niños con rezago y riesgo de retraso psicomotor N: 37

En cuanto a la asistencia a guardería el 73 % (27) no acude a guardería, el 27 % (10) asisten a guardería (Fig. 18), de estos últimos referentes al tiempo en que ha acudido a guardería se encontró, que el 21.6 % (8) han acudido de 6 a 12 meses, el 2.7 % (1) han acudido de 12 a 18 meses y el 2.7% (1) de 12 a 18 meses (Fig. 19).

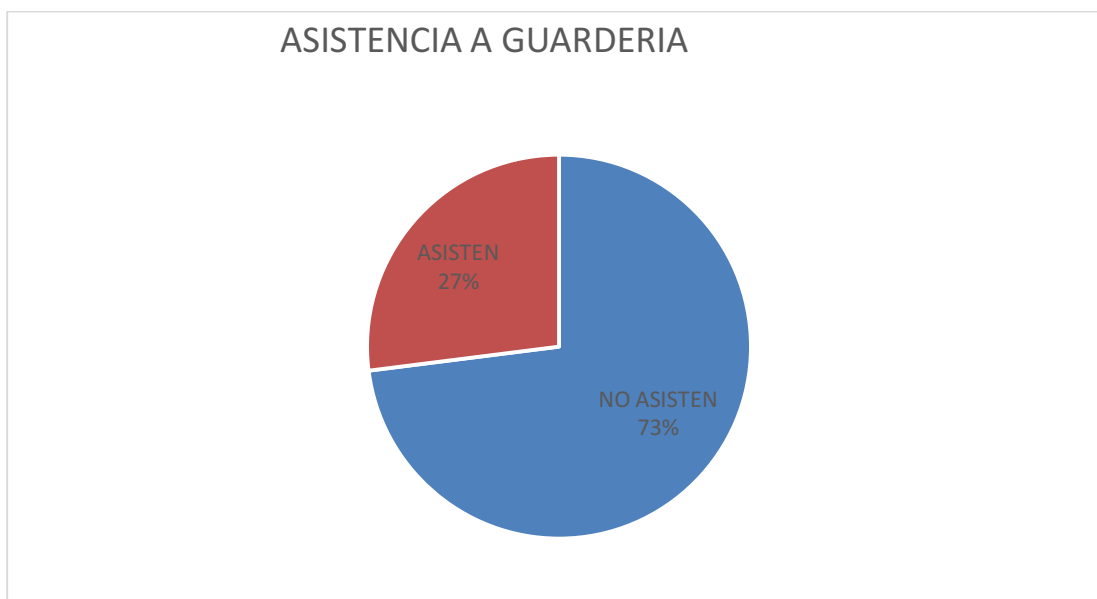


figura 18. Asistencia a guardería de niños con rezago y riesgo de retraso psicomotor N: 37

TIEMPO EN GUARDRIA

TIEMPO EN GUARDRIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
< de 6 meses	1	2.7	2.7
de 6 a 12 meses	8	21.6	24.3
de 12 a 18 meses	1	2.7	27.0
No aplica	27	73.0	73.0
Total	37	100.0	100.0

figura 19. Tiempo que ha acudido a una guardería N: 37

4. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Para llevar a cabo este estudio se utilizó el instrumento de APGAR familiar para evaluar la funcionalidad familiar en una muestra de 37 familias, ya que se eliminaron a 4 familias. En relación a la tipología familiar se encontró que el 51 % (19) es familia monoparental, el 40.5 % (15) es familia nuclear simple, el 5.4 % (2) Familia extensa y por último con un 2.7 % (1) Familia reconstruida o binuclear. (Fig. 20 (a)). Se realizó una descripción de tipología familiar y de clasificación de riesgo de retraso y rezago la cual podemos observar claramente que las familias monoparentales tienen mayor número de niños con riesgo de retraso psicomotor. Fig. 20. (b)).

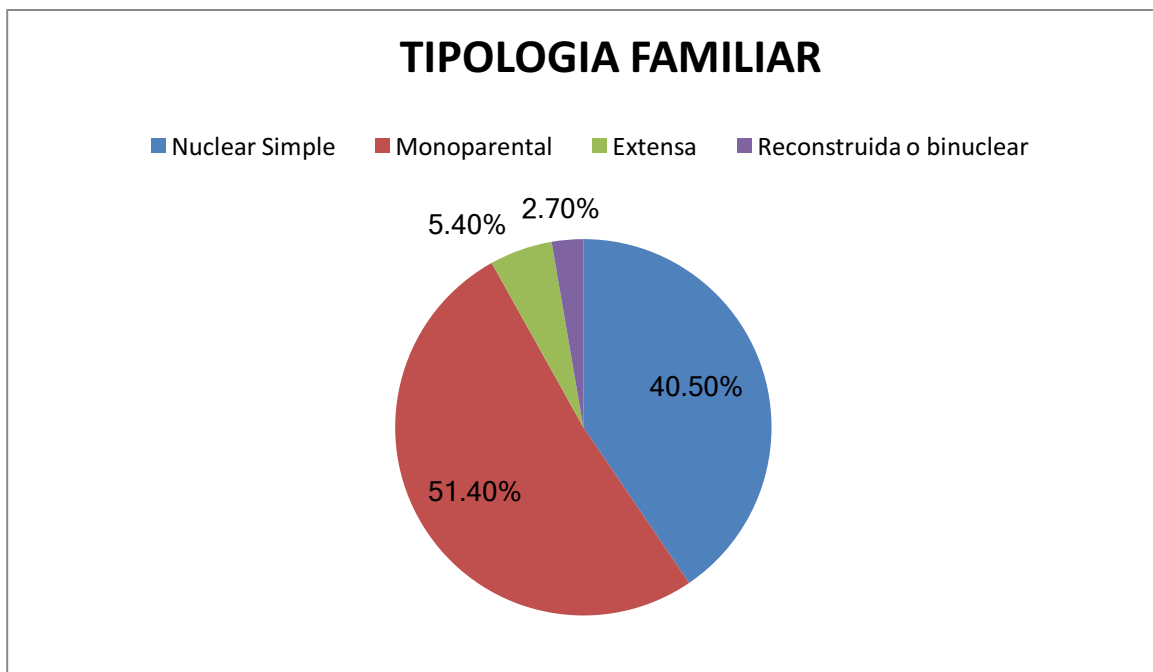


figura 20.(a) Tipología Familiar de niños con rezago y riesgo de retraso

TIPOLOGIA FAMILIAR Y ALTERACIONES EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

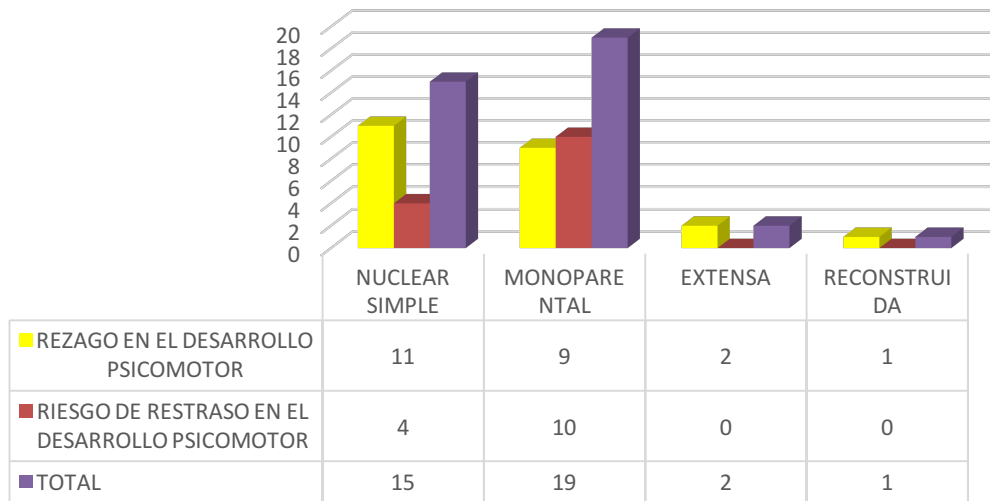


figura 20. (b) Tipología Familiar de niños con rezago y riesgo de retraso

Respecto a la funcionalidad Familiar, el 62 % (23) corresponde a disfunción familiar leve (12-16 puntos), el 21.6 % (8) disfunción moderada (10 a 12 puntos, el 13.5 % (5) disfunción severa (≤ 9 puntos) y por último el 2.7 % (1) funcionalidad Normal (Fig. 21).

Se realizaron pruebas de chi-cuadrada de Pearson con una eficiencia estadística significancia de $p > 0.05$ con un intervalo de confianza de 0.95 se obtuvieron los siguientes resultados : p significativa de 0.026 (Fig. 22).

Al comparar la funcionalidad familiar y la tipología familiar; las familias monoparentales tienen mayor porcentaje de disfunción familiar respecto a las familias nuclear simple, así mismo, se encuentra mayor porcentaje de disfunción moderada en familias monoparentales respecto a las familias nucleares. Sin embargo, las únicas familias con disfunción severa son de familia nuclear simple. (Figura 23).

Es de gran interés que al realizar el recuento de la funcionalidad familiar y las alteraciones de desarrollo psicomotor (rezago y retraso psicomotor) nos arroja los siguientes; es más frecuente la disfunción familiar leve en familias de niños con riesgo de retraso el desarrollo psicomotor en un numero de 13 casos, mientras que la disfunción familiar es menos frecuente en familias de niños con rezago en el desarrollo psicomotor con un numero de 10 casos (*Figura 24*).

Podemos observar que las variables están moderadamente correlacionadas de manera inversa ($P=-0.400$), es decir, al disminuir la funcionalidad familiar las alteraciones en el DSM aumentan. (*Figura 25*) Al igual que en el test de Pearson, la prueba de Spearman confirma que existe una relación inversa entre las variables pues Rho de S= -0.413 . (*Figura 26*)

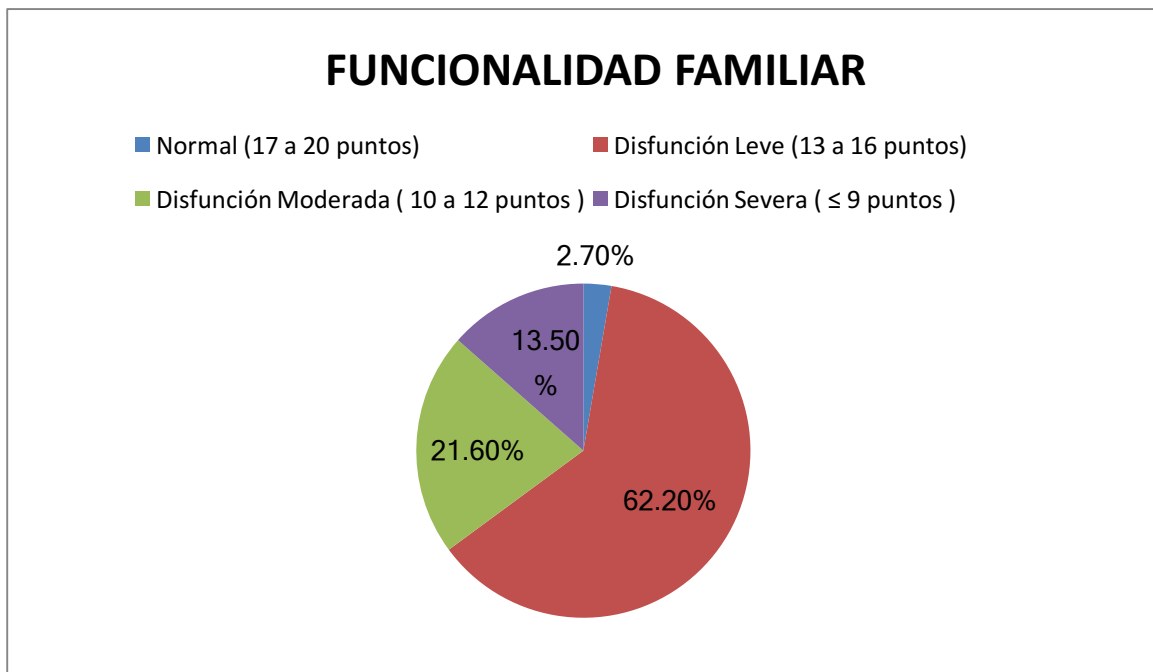


figura 21. Funcionalidad Familiar de niños con rezago y riesgo de retraso

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.249 ^a	3	.026
Razón de verosimilitudes	11.561	3	.009
Asociación lineal por lineal	5.761	1	.016
N de casos válidos	37		

a. 6 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .38.

figura 22. Resultado de pruebas de chi- cuadrado funcionalidad Familiar

Comparación entre Funcionalidad Familiar y Tipología

	Tipología Familiar					
	Nuclear	Nuclear Simple	Monoparental	Monoparental extendida	Extensa	Reconstruida o binuclear
	Count	Count	Count	Count	Count	Count
Normal (17 a 20 puntos)	0	0	1	0	0	0
Disfunción Leve (13 a 16 puntos)	0	10	13	0	0	0
Funcionalidad Familiar Disfunción Moderada (10 a 12 puntos)	0	2	5	0	1	0
Disfunción Severa (≤ 9 puntos)	0	3	0	0	1	1

Figura 23. Comparación entre funcionalidad familiar y tipología familiar

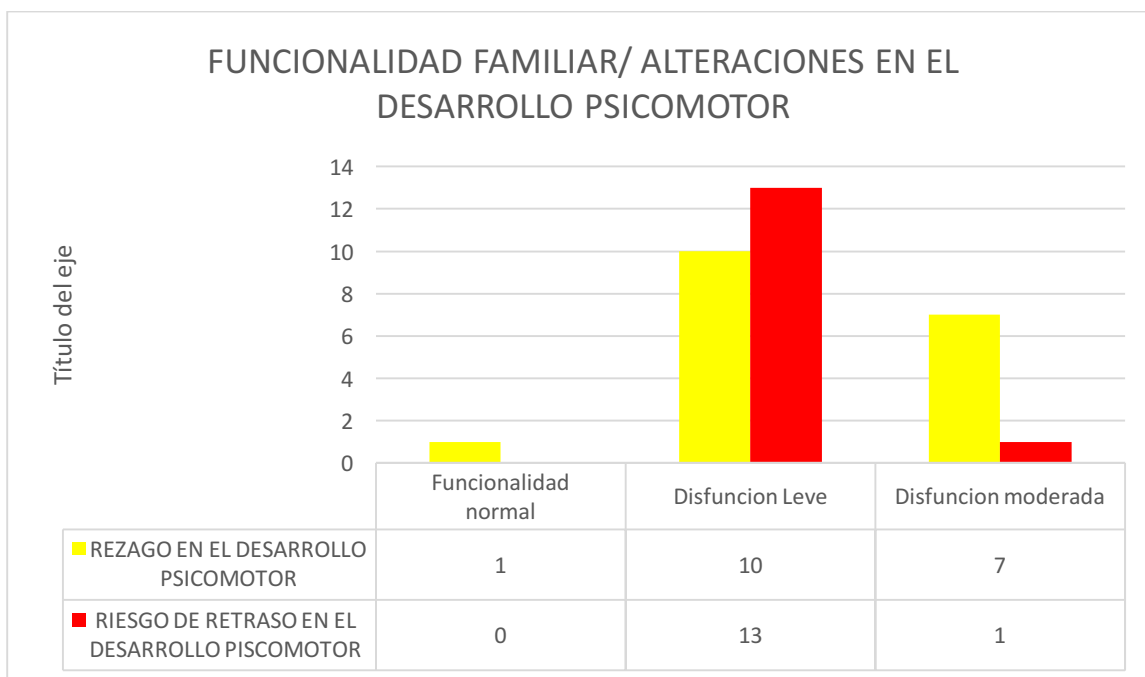


figura 24. Comparación de funcionalidad Familiar y alteraciones en el desarrollo psicomotor

Correlaciones

		DESARROLLO PSICOMOTOR	F. FAMILIAR
DESARROLLO PSICOMOTOR	Correlación de Pearson	1	-.400*
	Sig. (bilateral)		.014
	N	37	37
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Correlación de Pearson	-.400*	1
	Sig. (bilateral)	.014	
	N	37	37

. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

figura 25. Resultados Prueba de Correlación de Pearson

Correlaciones

			DESARROLLO PSICOMOTOR	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Rho de Spearman	DESARROLLO PSICOMOTOR	Coefficiente de correlación	1.000	-.413*
		Sig. (bilateral)	.	.011
		N	37	37
	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Coefficiente de correlación	-.413*	1.000
		Sig. (bilateral)	.011	.
		N	37	37

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

figura 26. Resultados Prueba de Correlación de Spearman

14.- DISCUSIÓN:

La literatura muestra que el desarrollo psicomotor se ve altamente influenciado por variables de tipo familiar y sociodemográficas, en particular por el nivel socioeconómico bajo (Halpern, Giugliani, Victora, Barros, & Horta, 2002), y características asociadas a este grupo social, como la baja escolaridad de padres o cuidadores (Lira, 1994; Garibotti, Comar, Vasconi, Giannini, & Pittau, 2013) Otras variables cuya influencia en el desarrollo psicomotor se han sugerido son la edad de la madre (Lira, 1994), la jornada laboral de la madre (Rodríguez, 2006) y la configuración familiar, específicamente la presencia del padre en el sistema familiar (Torralba, Cugnasco, Manso, Sauton, Ferrero, O'Donnell, Carmuega, 1999).³²

En base a estos datos en el presente estudio se identificó que efectivamente las alteraciones en el desarrollo psicomotor se ven altamente influenciadas por variables de tipo familiar, ya que se encontró una correlación negativa moderada ($P=-0.400$) entre la funcionalidad familiar y alteraciones en el desarrollo psicomotor, entre menor funcionalidad se presente aumenta la alteración en el desarrollo psicomotor. Así mismo una variable que antiguamente se había manejado, en cuanto a la configuración familiar, se determinó que en las familias monoparentales es más frecuente una alteración en el desarrollo psicomotor.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación acerca del nivel socioeconómico conciden con la literatura; pues se encontró que la mayoría de las familias tiene un ingreso mensual de alrededor de 1 a 2 salarios mínimos diarios al mes. Dato alarmante, ya que luego de dos décadas la población pobre en México sigue en incremento, según la Coneval de 2012 a 2014 la población pobre incremento en más de 2 millones.

Al comparar características sociodemográficas como la ocupación de la madre y el padre se identificó que ambos son trabajadores, solo un porcentaje mínimo la madre se dedica al hogar. Estos datos reflejan que ambos padres son trabajadores de aproximadamente 48 horas a la semana, sin contar horas extras. Se indagó sobre cuantas horas extras trabaja la madre a la semana siendo un total 58 horas. Este dato es de gran importancia en cuanto a la relación cuidador-niño para el proceso de desarrollo psicomotor del niño. Ya que se identificó como cuidador principal a los abuelos.

En cuanto a la edad de los padres, si hay un cambio, ya no nos encontramos con padres adolescentes. La mediana de edad en las madres fue de 25.43 años y de los padres una mediana de 29 años. Sin embargo, continuamos con una escolaridad de nivel básico (secundaria) en ambos progenitores.

Al indagar sobre la drogadicción de los padres y el rezago DSM, se encontró que $p=0.037 \leq 0.05$ (nivel de significancia), por tanto, se concluye que las variables están asociadas, lo que nos indica una relación lineal positiva, entre más uso de drogas mayor es la alteración en el desarrollo psicomotor.

Finalmente cabe mencionar que el 100 % de los pacientes con rezago y riesgo de retraso no tiene control del niño sano, además, no se enviaron a segundo nivel de atención para realizar un diagnóstico final, sin embargo, 5 pacientes fueron enviados por diferentes situaciones, encontrándose que el 5.4 % (2) de los niños con rezago y riesgo de retraso se les diagnosticó con hipoacusia, y el 8.10 % (3) con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad, estos últimos en tratamiento específico para las respectivas patologías, datos que nos confirman lo ya descrito en la literatura como un factor asociado con problemas tanto internalizados o

emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño), externalizados o de comportamiento perturbador como (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, negativismo desafiante, trastorno disocial).¹⁶

Ante esta situación la investigadora principal de la presente investigación, derivó a cada uno de los niños con rezago y retraso con su médico familiar, así como se entregó lista de pacientes a la jefatura correspondiente de turno matutino y vespertino.

15.- CONCLUSIONES:

En este estudio se encontró que la disfunción familiar está asociada con la tipología familiar de niños con rezago y riesgo de retraso. Así mismo se encontró que existe relación entre las familias monoparentales y pacientes con rezago y retraso psicomotor. Se estableció que el cuidador principal son los abuelos, siendo este dato alarmante, ya que los ancianos deben ser cuidados, no ser cuidadores, he aquí con factor predisponente para el colapso del cuidador.

Los datos de la presente investigación, nos orientan sobre las medidas que debemos tomar como médicos familiares en primer nivel de atención.

Es evidente que no podemos tener el control de las vidas de nuestros pacientes, sin embargo, podemos orientarlos y educarlos, para la realización de una estimulación temprana, antes y después del nacimiento de los hijos, así como medidas de planificación familiar, puesto que actualmente la renta familiar de la muestra no cubre las necesidades básicas para una familia.

Por último, pero no menos importante es la estandarización de continuar con la aplicación de pruebas de evaluación de manera rutinaria, con el objetivo de hacer detecciones a tiempo y de esta manera realizar envíos oportunos y seguimientos a pacientes con alteraciones en el desarrollo psicomotor.

16.- FORTALEZAS Y LIMITACIONES

LIMITACIONES:

Fue difícil el seguimiento telefónico debido a la disponibilidad de horario limitada y variable de las participantes.

Una limitante del estudio fue el tipo de muestra, ya que se tomaron a los pacientes ya diagnosticados con rezago y riesgo de retraso del estudio previo “Prevalencia de retraso del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses de edad en una Unidad de Medicina Familiar”.

No tener un grupo control.

FORTALEZAS:

El ambiente fue propicio para la expresión de dudas y para compartir experiencias.

Bajo costo.

Se les dio seguimiento a pacientes con alteraciones en el desarrollo psicomotor.

17.- RECOMENDACIONES:

La recomendación más importante para el Medico familiar es la aplicación de pruebas de evaluación de manera rutinaria.

Dar el seguimiento y envió correspondiente, a los pacientes, con alteraciones en los resultados.

Implementar talleres de estimulación temprana para padres y/ o cuidadores.

Fomentar el uso de guarderías de la institución.

18.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	ENERO / FEBRERO 2017	ABRIL 2017	MAYO 2017	JUNIO/ AGOSTO 2017	SEPTIEMBRE / OCTUBRE 2017	ENERO 2018
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO	XXXX					
APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN			XXXX			
RECOLECCIÓN DE DATOS Y CAPTURA DE DATOS ESTADÍSTICOS				XXXX		
ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS					XXXX	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN					XXXX	
ENTREGA						XXXX

19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vericat A, Orden A. Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81(5):391- 401.
2. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI”. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud, 2013. 97p.
3. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Estimulación Temprana: Lineamientos Técnicos. México: Secretaria de Salud.2002. 60p.
4. Suarez -Cuba M. El Medico Familiar y la atención a la familiar. *Rev Pacea Med Fam* 2006; 3(4): 95-100.
5. Román-López C, Angulo-Valenzuela R, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez M. El médico familiar y sus herramientas. *Rev Méd MD* 2015; 6(4): 294-299.
6. Valdés AA. Familia y desarrollo. México: El Manual Moderno; 2007
7. Vargas-Navarro P, Parra-Vera MD, Arévalo-Zamora C, Cifuentes Gaitán LK, Valero-Carvajal J. et al. Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Rev Colomb Psiquiat* 2015;44(3):166–176.
8. 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar*. 2005; 7 (supl1): 15-19
9. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47 (1): 24-27.
10. Medina-Salas A. La estimulación temprana. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2002; 14: 63-64.
11. Avaria M.A. Aspectos biológicos del Desarrollo Psicomotor. *Rev Ped Elec* 2005; 2 (1): 36-46.
12. CENETEC. Guía de Práctica Clínica Detección del Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor en niños de 0 a 3 años [Monografía en Internet] 2008. México: Centro de Educación en Excelencia Tecnológica en Salud; 2008 [Accesado el 12 febrero 2017]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
13. Gergev G, Máté A, Zimmermann A, Ráros F, Sztrihá L. Spectrum of Neurodevelopmental Disabilities: A Cohort Study in Hungary. *J Child Neurol* 2014; 1-13.
14. Barral CL, Alvarado MR. Frecuencia de riesgo neurobiológico en recién nacidos. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (6): 552-562.
15. Angulo-Barroso R, Tiernan C, Chen L, Valentin-Gudio M, Ulrich D. Treadmill training in moderate risk preterm infants promotes stepping quality—Results of a small randomised controlled trial. *Research in Developmental Disabilities* 2013; (34): 3629–3638.
16. Castillejos-Zenteno L, Rivera-González R. Asociación entre el perfil sensorial, el funcionamiento de la relación cuidador-niño y el desarrollo psicomotor a los tres años de edad. *Salud Mental* 2009; 32 (3): 231-239.
17. Pando Moreno M, et al. Desarrollo del niño en zonas socialmente deprimidas del estado de Jalisco. *Aten Primaria* 2004;34 (5):244-249.
18. Campo Ternera L A. Importancia del desarrollo motor en relación con los procesos evolutivos del lenguaje y la cognición en niños de 3 a 7 años de la

- ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1): 65-76.
19. Santelices M, Besoain C, Escobar M. Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. *Univ. Psychol*. Bogotá, Colombia 2015; 14(2): 675-684.
 20. Gómez-Muzzio E, Muñoz M, Santelices M. Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (2): 241-251.
 21. Zambrano-Sánchez E, Arch-Tirado E, Mendoza-Romero A, Jara-Lozada L. Estudio comparativo del desarrollo psicomotor en niños de gesta I y III de 3 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, con hermanos y sin hermanos. *Anales de Otorrinolaringología* 2002; 47(3): 23-26.
 22. Sánchez-Zúñiga MA, et al. Factores de riesgo y signos de alarma para daño neurológico en niños menores de un año de edad. Reporte de 307 casos. *Rev Mex Neuroci* 2009; 10(4): 259-263.
 23. Schonhaut BL, Salinas AP, Armijo RI, Schonstedt GM, Álvarez LJ, Manríquez OM. Validación de un Cuestionario Auto administrado para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (6): 513-519.
 24. Ai-Wen Hwang, Yeh-Tai Chou, Ching-Lin Hsieh, Wu-Shiun Hsieh, Hua-Fang Liao, Alice May-Kuen Wong. A developmental screening tool for toddlers with multiple domains based on Rasch analysis. *Journal of the Formosan Medical Association* 2014; 1-12.
 25. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud, 2013. P.88.
 26. Schonhaut BL, Armijo RI. Aplicabilidad del Ages & Stages Questionnaires para el tamizaje del desarrollo psicomotor. *Rev Chil Pediatr* 2014; 85 (1): 12-21.
 27. Alvarado-Ruiz GA, Martínez Vázquez RI, Sánchez C. Modelo de vigilancia y seguimiento del neurodesarrollo infantil: experiencia en la Clínica de Medicina Familiar Tlalpan. *Rev Esp Méd Quir* 2013; 18 (1) : 19-30.
 28. Álvarez Gómez, MJ. Soria Aznar, J. Galbe Sánchez-Ventura. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11: (41) 65-87.
 29. Lobo M, Paul D, Mackley A, Maher J, Galloway J. Instability of delay classification and determination of early intervention eligibility in the first two years of life. *Research in Developmental Disabilities* 2014; (35): 117–126.
 30. Bello A, NA Quartey J, Appiah L. Screening for developmental delay among children attending a rural community welfare clinic in Ghana. *BMC Pediatrics* 2013; 13:1-7.
 31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía “Censo de Población y Vivienda 2010” Datos Nacionales [Sitio en internet]. [Accesado el 10 de febrero de 2017]. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>.
 32. CENETEC. Guía de Práctica Clínica para el Control y Seguimiento de la Nutrición, el Crecimiento y Desarrollo del Niño menor a 5 años [Monografía en Internet] 2008. México: Centro de Educación en Excelencia Tecnológica en Salud; 2008 [Accesado el 12 febrero del 2017]. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.

33. Baker-Henningham H, Florencia López B. Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo Lo que funciona, por qué y para quién. Banco Interamericano de Desarrollo Protección Social y Salud 2013; 61.

20.- ANEXOS

ANEXO: 1

Folio: _____

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

Nombre: _____

NSS: _____

Consultorio: _____ Turno _____

1) Edad _____ (meses)

2) Edad categorizada _____

- 1) 13 a 15 meses.
- 2) 16 a 18 meses.
- 3) 19 a 24 meses.
- 4) 25 a 36 meses

3) Sexo _____

- 1) Masculino
- 2) Femenino.

4) Peso: _____ kg Talla: _____ cm

5) Consultas a control del niño sano:

1. Sí cumple
2. No cumple

6) Se realizó referencia a segundo nivel de atención por Medico Familiar:

1. Si
2. No

7) En caso de haber sido referido a segundo nivel de atención. ¿Usted acudió?

1. Si
2. No

8) En caso de no haber acudido a segundo nivel. ¿Cuál fue el motivo?

1. Laborales
2. Económico
3. Negación de los padres u/o cuidadores
4. Otras _____
5. No aplica

9) Edad de la madre: _____ (años)

10) Escolaridad de la madre _____ (años)

- | | | |
|--------------------------|------------------|--------------|
| 1) Analfabeta. | 4) Secundaria. | 7) Posgrado. |
| 2) Sabe leer y escribir. | 5) Preparatoria. | |
| 3) Primaria. | 6) Licenciatura. | |

11) Ocupación de la Madre:

- 1) Empleada
- 2) Comerciantes
- 3) Hogar
- 4) Estudiante

12) Toxicomanías en la madre _____

- 1) Sí
- 2) No

13) Edad del padre: _____ (años)

14) Escolaridad del padre _____ (años)

- | | | |
|--------------------------|------------------|--------------|
| 1) Analfabeta. | 4) Secundaria. | 7) Posgrado. |
| 2) Sabe leer y escribir. | 5) Preparatoria. | |
| 3) Primaria. | 6) Licenciatura. | |

15) Ocupación del padre:

- 1) Empleada
- 2) Comerciantes
- 3) Hogar
- 4) Estudiante

16) Toxicomanías en el padre _____

- 1) Sí
- 2) No

17) Ingreso económico familiar mensual _____

- 1) Menos de 1 salario mínimo.
- 2) 1-2 salarios mínimos.
- 3) 3-4 salarios mínimos.

ANEXO 2 PRUEBA FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR

APGAR FAMILIAR. ADULTOS					
FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.F

Suarez -Cuba M. El Medico Familiar y la atención a la familiar. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3(4): 95-100.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud:

Nombre del Estudio: “FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA DE FAMILIAS DE NIÑOS CON REZAGO Y RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”.

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ del 2017.

No. De Folio: _____

Justificación y Objetivo del estudio:

La finalidad de este estudio es determinar la funcionalidad familiar y tipología familiar en familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor y conocer si hay relación entre estas.

Objetivo: Determinar la frecuencia de funcionalidad y tipología familiar en familias de niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor”.

Procedimientos: Se solicita su colaboración para el desarrollo del presente estudio de investigación. Su participación consiste en integrarse a un grupo de padres de niños que en el estudio previo “PREVALENCIA DE RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR” resultaron con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo. Usted deberá contestar un formulario con datos relevantes para el desarrollo de su hijo, así mismo una prueba llamada APGAR para evaluar la funcionalidad de su familia.

Posibles riesgos y molestias: Riesgos mínimos. Si Usted no participa en el programa educativo, debe acudir a su control del niño sano con su Médico Familiar.

Posibles beneficios al participar en este estudio: En caso de encontrar alguna alteración en los resultados se enviará con su médico familiar para realizar su abordaje integral.

Privacidad y confidencialidad: Se solicitará datos de identificación del paciente, los cuales serán manejados respetando el principio de justicia y confidencialidad.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Cynthia Denisse García Gama adscrita a sede de residencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula 98023806 Teléfono (664) 3396658, correo electrónico dra.garcia.gama@hotmail.com.

Asesor Metodológico: Dr. Juan José Camacho Romo Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar, Adscrito: Unidad Medico Familiar No. 27 Matrícula: 5607485 Teléfono: (664) 6296385 Correo: juan.camacho@imss.gob.mx

Dr. Jesús Roberto Gastelum Acosta Adscrito: Unidad Medico Familiar No. Matricula; 99266582 teléfono

Correo: dr.robortgastelum@gmail.com

Asesor temático: Dra. Ivette Patricia Yee Yee. Médico Familiar, Adscrita: Unidad Medico Familiar No. 17. Matrícula: 98021688, Teléfono: (664) 1820325. Correo: ivette_yee_yee@hotmail.com

Se hace del conocimiento del paciente que este puede retirar el consentimiento y abandonar el estudio, sin que este acto afecte la atención médica al paciente o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque “B” de la

“FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGÍA DE FAMILIAS DE NIÑOS CON REZAGO Y RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”.

Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores

Nombre y firma del investigador

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme vivir y hacer lo que más me gusta, espero que su propósito en mi vida se cumpla.

A mis Padres; Papa; aunque no estés presente físicamente, vives en mi corazón todos los días. Mama; Por estar siempre pendiente de mí, a pesar de tus condiciones. Definitivamente este título es de mis padres por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante este largo tiempo, pero sobre todo por permitirme conocer a Dios y de su infinito amor. Son y serán siempre el pilar de todos mis éxitos.

A mis hermanas, Fernanda y Paulina por el apoyo incondicional que me han brindado desde que inicie mi formación son mi motivación todos los días.

A mis maestros de toda la formación de la especialidad, Dra. Anzaldo, Dr. Camacho, Dr. Gastélum mi admiración por siempre, son definitivamente personas excepcionales de quien aprendí no solo medicina si no el lado humanista del médico Familiar. Gracias por mostrarme que la mejor enseñanza es la que se da con el ejemplo.

A mis compañeros de guardia, de servicio, de rotación, por el apoyo en estos 35 meses, llenos de aprendizaje y trabajo en equipo, se convirtieron en una familia para mí.

A todas aquellas personas que a lo largo de este camino me han brindado su apoyo y han permanecido a mi lado en todo momento, que han orado por mí, y me han transmitido su alegría en los momentos difíciles.

A mi Benjamín, por todos estos años que hemos crecido juntos, por todos los momentos felices. Gracias por darme la mano y permitirme recorrer a tu lado este camino, por entrar en mi vida y nunca permitir que falte una sonrisa en mi rostro.