



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PERFIL FAMILIAR DE NIÑOS CON RIESGO Y  
RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN  
CONTROL EN EL CONSULTORIO EXTERNO  
VALDIVIA**

Tesis presentada como parte de  
los requisitos para optar al grado  
de Licenciado en Enfermería.

Valeria Silva Quintul  
Valdivia - Chile  
2007

Profesor Patrocinante:

Nombre : Cecilia Molina D.  
Profesión : Enfermera y Matrona.  
Grados : Magíster en Enfermería Mención Médico Quirúrgica.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Profesores Informantes:

- 1) Nombre : Gema Santander M.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster en Salud Pública Mención en Epidemiología.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

- 2) Nombre : Tatiana Victoriano R.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster en Desarrollo Humano Mención Desarrollo Personal y Familiar.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Fecha de Examen de Grado: 5 de marzo del 2007.

A mis padres, Celina y Alejandro.  
A Marlene y a mis hermanitos Andrés  
y Felipe.

Por ser mi apoyo incondicional y mi  
inspiración para mejorar cada día.

Por creer siempre en mí.

Por ayudar a convertirme en la  
persona que soy hoy en día.

Por todo esto y muchísimo más...

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis profesoras, por su constante ayuda y compromiso.

A mis amigas, por todo el apoyo y el cariño brindado.

A todas las madres que gentilmente accedieron participar en la tesis.

## 2. INDICE

	Nº de Pág.
3. RESUMEN	1
4. SUMMARY	2
5. INTRODUCCION	3
6. MARCO TEORICO	4-17
7. OBJETIVOS	18-19
8. MATERIAL Y METODOS	
8.1. TIPO DE ESTUDIO	20
8.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO	20
8.3. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	21-22
8.4. TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	22
8.5. PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	22
8.6. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	23-38
9 RESULTADOS	39-77
10. DISCUSION	78-89
11. CONCLUSIONES	90-92
13. BIBLIOGRAFIA	93-98
14. ANEXOS:	
INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN	99-114

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

115-116

### 3. RESUMEN

Diversas investigaciones han centrado a la familia como la principal fuente de estudio del comportamiento humano, debido a la importancia e impacto que tiene en nuestra sociedad. Esto es lo que ocurre en el área de Salud Familiar, que la considera como el principal agente de autocuidado, debido a que entrega a sus miembros (especialmente durante sus primeros años de vida) habilidades, conductas y actitudes que les permite desenvolverse de manera adecuada en el medio ambiente que los rodea, estimulando su desarrollo biopsicosocial. Éste dependerá tanto de factores biológicos (intrínsecos) como de factores ambientales (extrínsecos), los que en conjunto permiten un adecuado desarrollo psicomotriz.

Es así que el presente estudio tiene por objetivo caracterizar el perfil de las familias de los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor asistentes al Programa de Estimulación del Consultorio Externo Valdivia (C.E.V.) al mes de abril del 2006.

Este estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. Los datos necesarios para llevarlo a cabo fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento de tipo cuantitativo en el domicilio de las madres de los niños asistentes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor (DSM), durante los meses de junio-julio del año 2006. El instrumento está constituido por 4 ítems, cada uno relacionado con características de la madre, el padre, la familia y el niño, con un total de 62 preguntas cerradas más 3 instrumentos. Los datos correspondientes al niño fueron obtenidos de la Ficha Clínica respectiva. Fueron criterios de exclusión madres que no acepten formar parte del estudio, que se hayan cambiado de domicilio y no se puedan ubicar, que no se encuentren en su domicilio durante 2 visitas, o que residen en sectores rurales.

De la totalidad de las familias de los niños que se encontraban clasificados en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor fueron encuestadas 26, 23 de niños en riesgo y 3 de niños en retraso. Los resultados arrojaron, entre otros, que los niños en riesgo (88,46%) tienen en su mayoría entre 2 y 3 años; familias de tipo nuclear biparental (60,86%), que principalmente se encuentran en la etapa de familias con hijos adolescentes; que según cohesión son aglutinadas (extremas) y relacionadas (balanceadas), y según adaptabilidad la mitad es extrema, y la otra mitad balanceada. Por otro lado, los niños en retraso (11,54%) tienen una edad de 1, 4 y 5 años; dos de ellos poseen familias de tipo nuclear (monoparental y biparental, respectivamente) y uno tiene una familia extensa monoparental. Dos familias se ubican en la etapa de crianza inicial de los hijos, mientras que la tercera posee hijos adolescentes. Según el grado de cohesión dos son familias balanceadas (semirrelacionadas y relacionadas), y según adaptabilidad dos son caóticas (extremas).

#### 4. SUMMARY

Several investigations have centered on the family as the main study source of the human behavior, this is because of its importance and direct influence in our society. An example of this is the family health area, that considers it as the main agent of self-care, because it supplies his members (specially during their first years of life) with abilities, behaviors and attitudes that allow them to develop themselves in a proper way in the environment that surround them, stimulating their biosocial development. This will depend as much on biological factors as on environmental factors, which in summary will allow a suitable psychometric development.

The target of this study is to characterize the profile of the children's families with risk and delay in the psychomotor development attending to the stimulation program of the External Consultory of Valdivia to april of the 2006.

This study is quantitative, of descriptive type, and is a cross-sectional study. The necessary data to carry out were collected by the application of a quantitative instrument in the home addresses of the mothers of the attending children to the psychomotor development stimulation program (DSM), during June and July of 2006. The instrument is constituted by 4 items, each one related to characteristics of the mother, the father, the family and the child itself, with a total of 62 closed questions plus 3 study instruments. The data corresponding to the child were collected from the respective Clinical Card. The exclusion criteria were, mothers who do not accept to be part of the study, mothers who have changed her address so is not possible to locate her, mothers who were not in their home addresses up to 2 visits, or that reside in rural sectors.

Of the totality of the 26 children's families who were inquired and classified in risk or in delay of the psychomotor development, 23 of them were children in risk and 3 of them were children in delay. The results threw, among others, that the children in risk (88.46%) have in their majority between 2 and 3 years; families of biparental nucleus type (60.86%), who mainly are families with adolescent children; that according to their cohesion are agglutinated (extreme) and related (balanced), and according to their adaptability one half is extreme and the other half is balanced. On the other hand, the children in delay (11.54%) of age 1, 4 and 5 years; two of them have families of nucleus type (monoparental and biparental, respectively) and one has a monoparental extensive family. Two families are located in the stage of initial raising of the children, while the last family has adolescent children. According to the cohesion degree two are balanced families (semi related and related), and according to adaptability two are chaotic (extreme).



## 5. INTRODUCCIÓN

“Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad para los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes”. (Ackerman, 1977; Horwitz, 1986; SERNAM, 1994) (Hidalgo, 1999)

La estructura familiar chilena se ha visto modificada a lo largo de los años, principalmente en las últimas dos décadas, debido a los diversos cambios que han afectado a nuestra sociedad tales como un aumento significativo de la sobrevivencia de las personas, la incorporación de la mujer al campo laboral, la readecuación de los roles familiares, un mayor nivel de escolaridad de la población, el progresivo aumento en las tasas de separaciones matrimoniales y divorcios, el creciente embarazo de adolescentes, y otros.

Es debido a la importancia y el impacto que tiene la familia en nuestra sociedad, que diversas investigaciones la han centrado como la principal fuente de estudio del comportamiento humano en los diferentes aspectos del quehacer.

Es así como en el área de salud familiar, que en la última década ha surgido con más fuerza, donde se ha demostrado que las características de la familia son preponderantes al momento de enfrentar el proceso de salud-enfermedad, ya que es la principal transmisora de hábitos, creencias y valores relacionados con la salud principalmente por la interacción existente entre sus miembros.

Es en la influencia que ejerce la familia sobre sus miembros, donde radica la principal razón de ser del actual Modelo de Atención de Salud, basado en un enfoque biopsicosocial de tipo familiar, bajo el cual se pretende abordar la prevención, promoción, educación y tratamiento de todos aquellos problemas de salud que afectan actualmente a nuestra población, los cuales están directamente relacionados con sus estilos de vida, comportamientos, y reacciones frente a determinadas situaciones de salud.

Es por esta razón que el presente estudio pretende indagar de manera más profunda acerca de cuál es el perfil familiar de aquellos niños que tienen riesgo y retraso del desarrollo psicomotor, los cuales están bajo control en el Consultorio Externo Valdivia, para determinar cuál es la influencia que tiene el ambiente familiar que rodea al niño en su desarrollo, especialmente durante sus primeros años de vida.

## 6. MARCO TEORICO:

La familia es el componente de la estructura social, sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras. Por esta razón es que muy a menudo se la considera como la célula social básica, y en todas las sociedades es posible identificar una unidad que se puede denominar familia. (Salud Familiar, 1986)

En general, todas las definiciones de familia consideran “el papel de la familia, en función de las relaciones que se establecen en este grupo familiar, valoran la importancia que tiene ella en la formación de la personalidad, y hacen referencia a su carácter sistémico”. (Ortiz, M. 1999)

El núcleo familiar es una comunidad total para el individuo durante su niñez, adolescencia y a veces temprana juventud, dependiendo de patrones culturales. A medida que éste crece y madura, la familia va perdiendo gradualmente este carácter de totalidad y va siendo reemplazada por otros grupos e instituciones a los cuales el individuo se va incorporando, haciendo efectiva su participación en la sociedad mayor. Pese a esto, el grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal, constituyendo el eslabón fundamental con el sistema social. Todas las experiencias posteriores serán interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar. (Salud Familiar, 1986)

Una de las teorías que nos permite estudiar a la familia la constituye la Teoría General de Sistemas, aplicada a los procesos de las organizaciones humanas. Este enfoque considera a la familia como un sistema social, diferente de otros sistemas sociales por sus “funciones únicas, la calidad de la lealtad familiar y el clima de sentimientos que existe en ella”. (Molina, C. 2006)

Como sistema social, la familia es una complejidad organizada, compuesta de subsistemas o elementos (los miembros de la familia) en mutua interacción. De esta manera, la familia se verá afectada por cada unidad del sistema. Es decir, la relación entre los subsistemas es tal, que si el funcionamiento de alguno de los subsistemas o integrantes se altera, la totalidad del sistema familiar se verá afectado. Al contrario, si el sistema familiar es el que no funciona de manera correcta, los síntomas de la disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia.

Este sistema familiar existe dentro de un suprasistema o ambiente, próximo (barrio, comunidad) o remoto (sociedad en general) a la familia, por lo que es de suma importancia el límite existente entre ambos. Este debe ser semipermeable o semicerrado, permitiendo que el sistema familiar conserve su autoidentidad, pero que a la vez el intercambio entre ambos sea fluido, permitiendo su existencia como sistema.

Si el límite del sistema familiar es demasiado tenso (demasiado aislado del intercambio con su espacio vital), tiende a volverse entrópico, moviéndose hacia la desintegración. “A la inversa, si el intercambio con su espacio vital es demasiado abierto, su sentido de autoidentidad se ve amenazado y el ambiente puede abatirlo”. (Molina, C. 2006)

La familia y el suprasistema se mantienen en equilibrio ecológico (cada uno tiene sus necesidades y cada uno impacta al otro) mediante un “intercambio simbiótico de inputs y outputs, es decir, a través del equilibrio de funciones y recursos necesarios para cumplir aquellas funciones que la familia proporciona a la sociedad y viceversa”. (Molina, C. 2006)

Las funciones desempeñadas por la familia son esenciales para la sobrevivencia y la estabilidad de las sociedades. La naturaleza de estas funciones y el grado en que son compartidas con otras instituciones, es variable.

Puede sintetizarse en forma esquemática las funciones de una familia de la siguiente manera (Horwitz C., 1986. Salud Familiar):

- Biológicas: satisfacción de necesidades sexuales de la pareja conyugal, reproducción y crianza de los hijos.
- Sicológicas: desarrollo de una base emocional entre sus integrantes. La familia no es sólo un conjunto de individuos, es un grupo, el más fundamental de los grupos primarios. Entre sus integrantes se desarrollan estrechos lazos emocionales basados en sentimientos de pertenencia y obligaciones mutuas. El grupo así, adquiere características supraindividuales, es más que la suma de individuos. Esta esfera de intimidad social es el aspecto más notable de la familia.
- Sociales: la familia es el agente de socialización fundamental, transmite valores y conductas aceptadas por la sociedad donde se desarrolla la persona.
- De relación: relaciona a sus integrantes con las otras unidades del sistema social. A través del desempeño de roles familiares y la adjudicación de un status, la familia se concibe como plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

Como todos los sistemas sociales, la familia debe tener una estructura para sobrevivir, cumplir sus metas y funciones. Su estructura es la organización de relaciones, la que puede conceptualizarse como los diversos subsistemas familiares individuales (madre, padre, niño) y otros subsistemas como son el marital o conyugal, el padre (s)-hijo (s) o paternal, y el de los hermanos o fraternal. Estos subsistemas tienen una interacción recíproca pero también una autonomía relativa, es decir, “con fronteras naturales entre ellos, sobre las cuales pueden haber fronteras artificiales creadas por la cultura o ser de carácter patológico. Estas fronteras pueden ser más o menos rígidas”. (Molina, C. 2006)

Esto implica una diversidad de roles, ya que cada persona desarrolla al menos dos roles que “implican derechos y deberes, los cuales suponen sistemas normativos, legitimidad, formas de control social y restricción de conductas”. (Molina, C. 2006)

Además de la estructura intrasistémica, toda familia tiene una estructura y dinámica intersistémica con la cual se influyen mutuamente, por ejemplo con la escuela, el trabajo, que influye a todos los miembros de la familia de manera directa o indirecta. (La Teoría General de Sistemas Como Marco Para el Estudio de la Familia, 2006)

La estructura y función familiar son importantes, pero distintas entre sí. En muchos casos una estructura adecuada da lugar a un funcionamiento familiar sólido, sin embargo existen familias que pese a tener una estructura sólida, tienen un funcionamiento inadecuado. De igual manera, existen familias que tienen una estructura incompleta, pero que cumplen adecuadamente con las funciones familiares.

Ejemplo de esto sucede cuando ambos padres trabajan fuera del hogar, con horarios de trabajo muy demandantes, dejando a su hijo (s) al cuidado de otra persona o tienen una relación de pareja difícil, en donde discuten constantemente frente a sus hijos, situaciones que dificultan en gran medida una adecuada dinámica familiar. Esto, en general, sucede con mayor frecuencia en los hogares monoparentales, en donde muchas veces el “adulto a cargo de los hijos debe trabajar jornada completa y por ende reducir al mínimo el tiempo dedicado a su cuidado y protección”. (Montenegro, 2000)

La dinámica familiar, según Mercer, es la “visión que tiene el individuo de las actividades y de las relaciones entre la familia y sus subsistemas y unidades sociales más amplias” (Mercer, 1999), y varía en cada grupo familiar.

Todas estas situaciones forman parte de los múltiples desafíos que plantea la sociedad actual a la familia, la que en caso de no enfrentarlos adecuadamente, puede ver deteriorado el desarrollo psicosocial de sus miembros, la calidad de la vida familiar e interferir en el

bienestar de la salud familiar (deprivación afectiva abierta o encubierta, maltrato infantil, violencia intrafamiliar). (La Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2000)

“La familia es por lo tanto clave en la adquisición de estilos de vida saludables. Posee un rol educativo formador y socializador para desarrollar habilidades, conductas y actitudes hacia el autocuidado y estilos de vida saludables de sus miembros, la propia familia y la comunidad. También es un factor protector psicosocial de la salud, donde se entrega apoyo, solidaridad y se refuerza la autoestima y autoimagen de sus integrantes”. (MINSAL, 2006. ¿Cómo promover la salud en nuestra familia?)

El niño como individuo está integrado en el sistema familiar, por lo que la atención integral al niño desde el momento en que nace hasta su ingreso a la enseñanza básica, supone un rol muy importante de la familia y la comunidad, las que le proporcionan su entorno social, afectivo y material. Es con la familia, y a través de ella, que se puede influir efectivamente tanto en el lactante como en el pre-escolar, proporcionando a la madre y al padre los conocimientos y motivaciones para atenderlo y estimularlo, ya que los primeros años de vida del ser humano son cruciales para su desarrollo futuro; ellos constituyen un período crítico desde el punto de vista de la alimentación, la salud y el desarrollo de su inteligencia y personalidad. Numerosos estudios destacan su vulnerabilidad en esta edad a las deprivaciones del ambiente físico y social, tales como la falta de estimulación psicosocial, las infecciones y la desnutrición. Se han demostrado, por ejemplo, las consecuencias negativas que tiene la desnutrición no sólo sobre su salud, sino también sobre su desarrollo psicomotor y cognoscitivo. (Estimulación Temprana, 1978)

Estudios efectuados en Chile se han centrado en el desarrollo psíquico de los lactantes y preescolares de sectores pobres, como por ejemplo, el realizado por S. Bralic y S. Rodríguez, en 1981, “Desarrollo Psicomotor de Niños Chilenos de Nivel Socioeconómico Bajo Provenientes de Distintos Sectores Geográficos y Étnicos”, el cual estudió el desarrollo psicomotor de niños entre 1 y 21 meses de edad, en una muestra compuesta por 312 niños urbanos (Región Metropolitana) y 268 rurales (IX Región) de nivel socioeconómico bajo. De estos últimos, 142 eran mapuches. Durante el primer año de vida no se observaron diferencias entre los grupos estudiados. Entre los 15 y los 18 meses se observó una brusca caída de los Coeficientes de Desarrollo en ambos grupos. El rendimiento de los niños que provenían de las zonas rurales fue significativamente inferior al de los urbanos, pero no se observó diferencias entre los niños mapuches y no mapuches.

El estudio “Factores de Riesgo Para El Desarrollo Psicomotor del Lactante de Nivel Socioeconómico Bajo”, de M. I. Lira 1993, tuvo como propósito evaluar en qué medida, características del niño y de sus padres, que se registran habitualmente en la ficha de salud, podrían considerarse indicadores de riesgo para el desarrollo psicomotor. Se seleccionó peso de nacimiento y perímetro craneano; edad, escolaridad, y ocupación de ambos padres. Se

estudió a 943 lactantes. Cuatro variables mostraron una asociación significativa con el coeficiente de desarrollo (bajo peso de nacimiento, padre o madre con 5 o menos años de escolaridad y madre mayor de 40 años).

Otro estudio, “Variables de Interacción Versus Variables Familiares Como Predictoras del Crecimiento y Desarrollo del Preescolar Pobre”, realizado por X. Seguel, M. Edwards, E. Atalah y A. De Amesti, en 1989, exploró la situación de 122 familias pobres que tenían dos hijos menores de 5 años, con el propósito de aportar al conocimiento de desviaciones positivas y negativas en el crecimiento y desarrollo de los niños. Se encontró tres tipos de familias según el estado de los niños: con ambos normales, con ambos en déficit y familias con un hijo en déficit y uno normal. Al comparar estos tres grupos se observó diferencias en algunas variables de interacción madre-hijo y en otras del contexto familiar. El estudio plantea los indicadores que pueden servir para detectar familias en riesgo.

Y en 1996, el estudio “Retrasos del Lenguaje en Preescolares de Nivel Socioeconómico Bajo: Exploración de Sus Características”, realizado por M. I. Lira y S. Rodríguez. El objetivo general de este estudio fue avanzar en el conocimiento de los problemas de lenguaje que presentan dichos preescolares, ya que de los aspectos que comúnmente se han evaluado del desarrollo psicomotor, el lenguaje sería el área más seriamente afectada. (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, 2006)

Por otra parte, es necesario mencionar que los resultados de los programas de estimulación orientados a lactantes y preescolares de bajo nivel socioeconómico han revelado sustanciales incrementos en el desarrollo intelectual de los beneficiarios. (Estimulación Temprana, 1978)

“En los últimos años se ha asistido en el mundo, y en Chile en particular, a un aumento de consultas referidas a retraso del desarrollo, trastornos del aprendizaje y de lenguaje, probablemente producto de un mejor nivel de educación de nuestra población, para la cual estos problemas, antes poco relevantes, han pasado a ser de alta prioridad”. (Avaria, 2006)

Desarrollo Psicomotor se entiende como “el proceso de cambios en el tiempo por los cuales un individuo adquiere las capacidades esenciales para la vida humana como son lenguaje, motricidad, y pensamiento, que permiten la comunicación, movimiento y en general adaptación al medio ambiente”. (Kleinstauber y Avaria, 2006)

En la actualidad existen distintas teorías que tratan de explicar este proceso, pero el modelo más aceptado es el “Modelo Transaccional” que destaca la importancia de tanto los

factores genético-biológicos intrínsecos a cada individuo como del medio ambiente en el proceso de desarrollo psicomotor, siendo la suma de estas interacciones y cambios lo que da cuenta del desarrollo del niño. (Desarrollo Psicomotor, Kleinsteuber y Avaria, 2006)

El desarrollo psicomotor, o la progresiva 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, ya que éste no termina en el período fetal sino que continúa en los primeros años de vida. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalocaudal y de proximal a distal. Más aún, si un niño nace antes de término, la maduración del cerebro continúa su progreso casi igual que en el útero. Es por esto que al prematuro menor de 36 semanas de edad gestacional se le "corrige" su edad, restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaron para llegar a término. (Evaluación del Desarrollo Psicomotor, 2006)

Los factores que afectan el desarrollo se pueden distinguir clínicamente en: factores biológicos y factores ambientales. Estos tipos de factores se deben tener en cuenta al evaluar cualquier situación de desarrollo (normal o retraso del desarrollo).

Entre los factores biológicos se encuentran:

- Factores Genéticos: siempre se debe tener en consideración el patrón genético familiar. Existen ciertas características de la maduración que son propias de la carga genética, como pequeñas demoras en la aparición del lenguaje, cierto grado de hiperactividad o ciertas habilidades cognitivas. También es importante considerar el patrón genético individual: existen niños que se apartan de las características básicas del desarrollo de sus hermanos sin que ello constituya una anomalía.

Uno de los aspectos más controvertidos es la influencia del género en las características del desarrollo infantil. Clásicamente se dice que las mujeres tendrían un mejor desarrollo del lenguaje y que los niños tendrían un mejor desarrollo motor. La controversia sigue cuando existen trabajos que demuestran la influencia de los roles asignados precozmente a niños o niñas, que generan estimulación preferencial de ciertas áreas y no así de otras.

En relación a las características especiales del desarrollo de algunos grupos étnicos, también se ha planteado que ellas se deben a la interacción entre factores genéticos y factores ambientales.

- Factores Prenatales: es posible que las variaciones del desarrollo estén influenciados por características fisiológicas de la madre (edad, número de la gestación, estado emocional, etc.). Se desconoce la influencia sutil de algunas patologías leves durante el embarazo: cuadros virales, traumatismos, clima, tipo de alimentación en relación a macro y micronutrientes, etc. La gemelaridad y la prematuridad (sin patologías agregadas) determinan variaciones en el desarrollo al menos durante los primeros meses de vida.
- Factores Perinatales: son conocidos los factores perinatales que determinan retraso o anomalías del desarrollo. En el plano de pequeñas variaciones del desarrollo tienen también influencia los fenómenos de hipoxia leve, hipoglicemias traumáticas, hiperbilirrubinemias tratadas, etc. ya que existen una gradiente de secuelas desde las que producen variaciones de lo normal hasta las que determinan patologías severas.
- Factores Postnatales: diversos factores fisiológicos como la alimentación, las inmunizaciones, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo postnatal, dentro de un plano normal. Sin embargo, dentro del rango normal, se sabe poco en relación a eventos biológicos de poca intensidad que afectan el desarrollo. La mayor parte de la literatura apunta a secuelas severas de noxas que afectan intensamente el desarrollo. (Desarrollo Neurológico Infantil, 2006)

Uno de los aspectos postnatales más importantes tiene relación con la lactancia materna, ya que son numerosas las ventajas descritas “tanto para el niño como para la madre, familia, el medio ambiente y la sociedad en su conjunto. Considerando todos estos aspectos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda como alimentación ideal la lactancia materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementada con alimentos sólidos a partir de esta edad y durante los dos primeros años de vida”. (Efectividad del programa de lactancia. Resultados Encuestas Nacionales 1993-2000)

Algunos de estos beneficios relacionados con el desarrollo psicomotor del niño, ya que existen muchos más, son:

- Mejor desarrollo del sistema neuronal debido a su alto contenido de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga.
- Recuperación de peso más rápida en niños prematuros de bajo peso al nacer.
- Mejor nivel de desarrollo psicomotor y mental en niños prematuros alimentados con lactancia materna que aquellos nutridos solamente con fórmulas especiales para prematuros. (Lactancia Materna, 1998)
- Presentar mayor fuerza muscular en bíceps y, más notoriamente, cuádriceps.
- En la práctica (por observación empírica) se ponen de pié antes y caminan antes del año de vida que los alimentados con fórmula láctea. Esto tiene relación con el peso del niño amamantado que, en general, no son obesos. (Lactancia Materna, 1992)



- “El amamantamiento produce mayor estimulación psicomotora”. (Casado, 1992)

Tanto o más importantes que los factores biológicos, son los factores ambientales en la determinación de un desarrollo normal (estos factores interactúan entre sí y con factores de tipo biológico). El efecto de los estímulos ambientales sobre la estructura y funcionamiento del Sistema Nervioso Central reviste enorme importancia. Es así como ciertas experiencias de vida, en períodos tempranos del desarrollo, pueden llegar a modificar aspectos funcionales y anatómicos tanto del sistema nervioso central, como de los órganos sensoriales, y consecuentemente, sobre algunos aspectos de la conducta y desarrollo psíquico. Tanto así, que los estímulos sensoriales presentados al lactante pasan a ser esenciales no sólo para su desarrollo cognitivo, sino probablemente también para la integridad y desarrollo del órgano sensorial respectivo (Desarrollo Neurológico Infantil, 2006).

Ejemplo de esto es el “Estudio descriptivo del desarrollo psicomotor de los niños de la Isla de Alao, Chiloé”, realizado por César Pinilla S., María Fernández A., Cristián Daszenies S. y cols., que estudia las características de aislamiento y pobreza que determinan riesgo para el adecuado desarrollo psicomotor de sus niños. Se aplicó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) a toda la población entre 0 y 5 años de la isla y posteriormente se compararon estos resultados con datos de estudios nacionales para grupos similares. Los resultados obtenidos dan cuenta de un grave déficit de DSM en los niños de esta localidad, mucho mayor que lo observado en otras investigaciones. Se concluyó que esto se debe principalmente a factores ambientales propios de esta comunidad, ubicada en la comuna de Quinchao, provincia de Chiloé.

- Estimulación: este factor condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable. Es posible que el mayor desarrollo específico de determinadas áreas en un niño determinado esté dado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene un efecto muy importante.

En animales de experimentación se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación sensorial tanto en el desarrollo de las neuronas, como en el desempeño motor y social. En niños institucionalizados se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades, logrando incrementar el cociente intelectual en forma significativa al mejorar la estimulación.

- Afectividad: es un factor omitido (generalmente) en las anamnesis del desarrollo. Su importancia es indiscutible en el desarrollo de un niño equilibrado, en sus aspectos

emocionales, sociales y laborales. Las alteraciones del vínculo con los padres o con la familia, pueden afectar el desarrollo.

- Normas de Crianza: el desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia y variados aspectos valóricos caen bajo las normas de crianza que afectan el desarrollo normal y sus variantes.
  
- Factores Culturales y Socioeconómicos: el desarrollo de cada niño está influenciado por la cultura del grupo humano al que pertenece (por ej. localidad rural o urbana) y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, y otros a pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el desarrollo el nivel socioeconómico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal.
  
- Condiciones de la Familia: las características de la familia en el desarrollo del niño son muy importantes. Aquellas que favorecen un desarrollo normal son:
  - Cercanía afectiva: un adecuado afecto entre los distintos miembros de una familia favorece el desarrollo del niño. Una afectividad adecuada entre padre e hijo, y entre hermanos, determina un desarrollo normal.
  - Acuerdo relacional: deben existir reglas sobre los distintos miembros de la familia. Estas reglas deben ser comunes para todos.
  - Equilibrio en la cercanía parental: el niño debería estar cercano afectivamente tanto con sus padres como con sus hermanos u otros parientes. Un acercamiento excesivo a uno de los padres genera conflictos en el desarrollo.
  - Jerarquía parento-filial definida: esta jerarquía superior de los padres permite establecer una relación adecuada en cuanto a normas, hábitos, valores, etc., lo que genera un comportamiento infantil sin conflictos.
  - Normas claras y flexibles: deben existir normas claras sobre las que se asienta la conducta del niño. La existencia de reglas claras no impide que ellas se flexibilicen en ciertas situaciones.
  - Interacción autónoma con iguales: los padres deben permitir que los hermanos resuelvan solos algunos conflictos, permitiendo así acuerdos relacionales del subsistema hijos. Una intromisión excesiva de los padres sobre los hermanos no favorece el desarrollo de éstos.
  - Límites claros de los subsistemas familiares: existen problemas que son de exclusiva incumbencia de los padres y otros que son sólo de los hijos. (Desarrollo Neurológico Infantil, 2006)

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo psicomotor considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Son las llamadas pautas de “screening” o tamizaje, son rápidas de aplicar (10-15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso (Test de Denver, E.E.D.P.).

Existen otras pruebas de evaluación del desarrollo psicomotor, que son más largas de aplicar (40-50 min) y que requieren de personal entrenado pero que tienen la ventaja de poder definir mejor el retraso, su magnitud y las áreas de mayor problema. Estas pruebas son el Bailey (USA), el Mullen (USA) y el Griffiths (Inglaterra), entre otras. (Evaluación del Desarrollo Psicomotor, 2006).

En nuestro país se realizan evaluaciones seriadas y estandarizadas del desarrollo psicomotor (DSM) en lactantes y preescolares, con el propósito de pesquisar e intervenir precozmente trastornos del desarrollo.

Estas pruebas son:

- la **E.E.D.P.** (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de Soledad Rodríguez y cols., 1974, para niños de 0 a 2 años) que mide el rendimiento del niño frente a situaciones que requieren de un determinado grado de desarrollo psicomotor. Esta escala considera cuatro áreas de desarrollo: Motora (M), Lenguaje (L), Social (S) y Coordinación (C), que dependiendo del mes, se encuentran separadas o combinadas. Estas áreas están representadas a través de preguntas, a contar del primer mes de vida y hasta el mes 24, sin embargo y en vista de que hay meses en que el desarrollo se mantiene, hay varios meses que no aparecen en las opciones. (EEDP: Escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses, 1979)
- el **TEPSI** (Test de Desarrollo Psicomotor, de Haeussler y Marchant, 1985, para el niño preescolar de dos a cinco años), que es un instrumento que mide de manera gruesa el rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor en relación a una norma, y determina si el niño presenta un rendimiento normal o si está bajo lo esperado. Consta de 3 subtest, los cuales representarían mediciones de 3 grandes áreas dentro del desarrollo psicomotor del niño: la coordinación (psicomotricidad fina), el lenguaje y la motricidad gruesa. El subtest de coordinación consta de 16 ítems, el subtest de lenguaje consta de 24 ítems y el subtest de motricidad de 12 ítems. Para cada subtest y para el puntaje total se han establecido normas que permiten detectar la existencia de algún atraso del niño en su desarrollo psicomotor general o en algún aspecto particular. Tiene un alto índice de confiabilidad y validez. (Tepsi: Test de Desarrollo Psicomotor, 2003)

Ambos test miden el rendimiento de los niños frente a determinadas situaciones de desarrollo psicomotor, y no miden la inteligencia del niño. El objetivo de su aplicación es disminuir la tasa de déficit del desarrollo Psicomotor, que puede presentarse en los niños menores de seis años, que se controlan en los establecimientos del Sector Primario (consultorios y postas) de los Servicios de Salud. Se pretende además la ejecución de acciones que contribuyan a la recuperación de los niños con este déficit.

Los factores que frenan el desarrollo psicomotor son condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible o que pueden alterar el desarrollo del niño, y causar algún tipo de retraso (congénitas, adquiridas durante la gestación o posterior al parto) Estos son los llamados factores de riesgo del DSM. (Evaluación del Desarrollo Psicomotor, 2006)

Los factores de riesgo son “condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones”. (MINSAL, 2006. Glosario de Términos en Promoción de Salud)

Se identifican como factores de riesgo de retraso del desarrollo psicomotor (Avaria, Moore):

- Factores maternos prenatales:
  - Enfermedades agudas o crónicas alcohol/drogas. Toxemia.
  - Aborto o muerte neonatal previa.
  - Infecciones intrauterinas (virus de inclusión citomegálica).
  - Genopatías (Síndrome de Down).
  
- Factores perinatales:
  - Complicaciones obstétricas.
  - Prematuridad/bajo peso.
  - Gestación múltiple.
  - Convulsiones Neonatales.
  - Hemorragia intracraneana.
  - Infecciones Neonatales: Sepsis/meningitis
  - Hiperbilirrubinemia severa.
  - Hipoxia.
  - Asfixia neonatal (hipoxemia)
  - Hipoglicemia clínica
  - Apneas
  - Síndrome de dificultad respiratoria (hipoxemia)
  - Hipertensión intracraneana

- Anemia aguda (por hipoxemia, hipovolemia.).
  
- Factores postnatales:
  - Convulsiones de difícil manejo (Síndrome de West).
  - Sepsis/meningitis/meningoencefalitis.
  - Otitis media recurrente.
  - Dificultad de alimentación.
  - Retardo del crecimiento.
  - Exposición a tóxicos.
  - Hipotiroidismo.
  - Enfermedades metabólicas (fenilquetonuria).
  - Traumatismo encéfalo craneano grave.
  - Hipoestimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna).
  
- Factores en la historia familiar:
  - Consanguinidad.
  - Retraso del desarrollo.
  - Sordera.
  - Ceguera.
  - Anormalidades cromosómicas.
  
- Factores en la historia social:
  - Abuso o negligencia.
  - Bajo nivel socioeconómico.
  - Padres adolescentes.
  - Ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado.
  - Falta de estimulación sensorial oportuna.
  - Familia uniparental.

La importancia de conocer los Factores de Riesgo (del individuo, familia o comunidad) es identificar aquellos (as) niños (as) que requieren de una intervención más dirigida, para favorecer la expresión de su potencial. Por esta razón, es de vital importancia establecer aquellas características familiares que pueden influir de manera negativa en el desarrollo psicomotor del niño, y que nos puedan servir para mejorar la calidad de la atención de salud a todas aquellas familias que lo necesitan, según las necesidades de cada una de ellas. Un factor primordial en esto, es el Control de Salud de Niño Sano que se realiza a todos los menores de seis años de nuestro país.

En ciertas edades claves del niño (2 y 18 meses, 4 años), junto al control de salud habitual, se realizan evaluaciones estandarizadas del desarrollo psicomotor. En éste “Control de Salud con Evaluación del Desarrollo Psicomotor”, se aplica al niño (a) la prueba del DSM que le corresponde según su edad (E.E.D.P. o TEPSI).

Si se detecta algún déficit del desarrollo psicomotor (diagnóstico de riesgo o retraso), sea global o en alguna de sus áreas específicas (motricidad, coordinación, lenguaje, social), se toman diferentes medidas con el objetivo de revertir este diagnóstico, para que así el impacto que éste déficit tenga en el niño (a) y su familia, no se refleje en su vida futura.

Esto se realiza mediante la incorporación del niño (a) a los Programas de Estimulación existentes en los Consultorios de Atención Primaria, tal como el que se realiza en el Consultorio Externo Valdivia, en los cuales el principal factor que determina el éxito de ésta iniciativa es el compromiso de la familia, especialmente de la madre, ya que es ella la principal responsable del cuidado del niño (a) en el hogar. En el caso del Consultorio Externo Valdivia, el Programa de Estimulación está a cargo de un profesional de Enfermería, que atiende a toda la población en déficit del DSM, siguiendo el esquema propuesto por el Ministerio de Salud.

Una vez que se diagnostica un niño con déficit en el desarrollo psicomotor, se realiza la primera “Consulta del Niño con Déficit del Desarrollo Psicomotor” cuyo principal objetivo es lograr su recuperación. Para ésto, el profesional responsable de dicho programa le enseña a la madre u otros adultos responsables del niño (a), ciertas actividades que debe realizar junto a él, según edad y área del desarrollo afectada, capacitándola sobre las técnicas de estimulación adecuadas para cada área. Cabe destacar que un apoyo importante en ésta materia son los Centros de Estimulación del Lenguaje existentes en Valdivia, ya que ésta área es la que más frecuentemente se ve afectada.

Si el déficit es diagnosticado a los 2 meses, se deriva a médico para que evalúe las causas del déficit, y si éste considera que el déficit tiene como base la falta de estimulación psicomotora, “debe referirse el niño para que se le realicen 3 consultas por déficit del desarrollo (1 mensual). Este niño debe ser reevaluado a los 6 meses de edad con la escala respectiva para medir el grado de avance obtenido”. Si se diagnostica a los 18 meses “debe ser citado a 3 consultas (de inmediato o máximo dentro de los 15 días siguientes a la evaluación: a los 19 meses y a los 20 meses de edad) y se reevalúa con la aplicación de la escala respectiva a los 21 meses. Se debería además explorar la factibilidad de su asistencia a sala cuna de JUNJI o Integra”. Si es diagnosticado a los 4 años “requiere mayor tiempo de recuperación que el menor de 2 años (3-5 consultas)”, adaptándose de acuerdo a la realidad local. En todos estos casos, si el déficit persiste, se deriva a médico según necesidad. (MINSAL, Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña Menor de 6 Años, 2004).

Es por ésta razón que los profesionales del ámbito de la salud, especialmente la enfermera que realiza los controles de salud (Control de Niño Sano) y la encargada del Programa de Estimulación, tienen un rol fundamental en el apoyo que se le puede brindar a los padres para que el ambiente donde el niño (a) desarrolle sus habilidades cognitivas, sociales y emocionales sea el mejor, y de esta manera prevenir y detectar alteraciones en el desarrollo normal del niño (a), mejorándolo mediante una atención integral que considere a la familia como la base sobre la cual ejercer nuestra intervención, mediante un contacto cercano con la familia, lo que permite orientar nuestras intervenciones y adecuarlas para cada niño (a), detectando todas aquellas situaciones que puedan interferir con su normal desarrollo.

## **7. OBJETIVOS:**

### **Objetivo General:**

- Caracterizar el perfil de las familias de los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el Programa de Estimulación del Consultorio Externo Valdivia al mes de abril del 2006.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar el perfil biopsicosocial del niño con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor según:
  - Diagnóstico del DSM.
  - Edad.
  - Sexo.
  - Antecedentes del nacimiento (APGAR, peso, talla).
  - Número de hermanos.
  - Cumplimiento con los Controles de Niño Sano, correspondientes a su edad.
  - Cumplimiento con las evaluaciones del DSM, correspondientes a su edad.
  - Antecedentes de enfermedades y hospitalizaciones.
  - Causas de enfermedades y hospitalizaciones.
  - Número de hospitalizaciones.
  - Diagnóstico del estado nutricional.
  - Tipo de lactancia.
  - Duración de la lactancia materna.
  - Persona al cuidado del niño.
  - Asistencia a sala cuna o jardín infantil.
- Identificar el perfil demográfico de la madre del niño con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor según:
  - Edad.
  - Escolaridad.
  - Estado civil.
  - Religión.
  - Ocupación.
  - Número de parejas.



- Tabaquismo.
  - Antecedentes de alcoholismo.
  - Antecedentes de drogadicción.
  - Tiempo dedicado a la estimulación del DSM de su hijo.
  - Embarazo deseado.
  - Calidad de la relación con su marido o pareja.
  - Percepción de la calidad de relación con redes de apoyo.
- Identificar el perfil demográfico del padre del niño con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor según:
    - Edad.
    - Escolaridad.
    - Religión.
    - Ocupación.
    - Tabaquismo.
    - Antecedentes de alcoholismo.
    - Antecedentes de drogadicción.
    - Tiempo dedicado a la estimulación del DSM de su hijo.
- Identificar el perfil sociodemográfico de la familia del niño con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor según:
    - Nivel socioeconómico.
    - Ingreso familiar.
    - Saneamiento ambiental.
    - Tipo de familia.
    - Etapa del ciclo vital familiar.
    - Violencia Intrafamiliar (VIF).
    - Funcionamiento familiar.
    - Percepción de la madre o persona al cuidado del niño, del funcionamiento familiar.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **8.1. Tipo De Estudio:**

El estudio es cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

- Descriptivo: da a conocer el perfil familiar de niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el Consultorio Externo Valdivia al mes de abril del 2006.
- Transversal: la investigación fue realizada a partir de la población tomada al mes de abril del 2006.

### **8.2. Población En Estudio:**

La totalidad de las familias de niños que se encuentran clasificados en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor en control en el Programa de Estimulación del Consultorio Externo Valdivia, constituidas por 54 niños menores de 6 años, al mes de abril del 2006.

#### **8.2.1. Criterios De Exclusión:**

Serán criterios de exclusión del estudio:

- Madres de niños en control en el Consultorio Externo Valdivia que no acepten formar parte del estudio.
- Madres de niños en control en el Consultorio Externo Valdivia que se hayan cambiado de domicilio y no se puedan ubicar.
- Madres de niños en control en el Consultorio Externo Valdivia que no se encuentren en su domicilio durante 2 visitas.
- Madres de niños en control en el Consultorio Externo Valdivia que residan fuera del radio urbano, en sectores rurales.

### **8.3. Método De Recolección De Información:**

Los datos necesarios para llevar a cabo el estudio fueron obtenidos mediante la aplicación de un Instrumento de tipo cuantitativo (Anexo N° 1) en el domicilio de las madres de los niños que asisten al Programa de Estimulación del DSM en el Consultorio Externo Valdivia debido a que presentan riesgo o retraso del Desarrollo Psicomotor.

Se contó con el Consentimiento Informado (Anexo N° 2) de la persona entrevistada. Fue respondida por la madre y registrada por el encuestador. Además los datos correspondientes al niño fueron obtenidos de la Ficha Clínica respectiva.

#### **8.3.1. Descripción del Instrumento:**

La encuesta contiene 4 ítems.

- El primer ítem contiene información relacionada con antecedentes de la madre. Esta constituido por 19 preguntas precodificadas e incluye el Ecomapa (Adaptado del Modelo de Harrman, Social Casework, 1978), instrumento que sirve para medir el número y la calidad de las redes de apoyo social. La finalidad de este instrumento es obtener aspectos relacionados con tamaño, estructura y percepción sobre la calidad de la relación con las redes de apoyo. Contiene un conjunto de figuras simbólicas que representan las relaciones con las redes de tipo primaria y secundaria, las cuales están previamente identificadas, dejando tres sin identificación en caso de que existan otras redes que no estén identificadas en el instrumento. Para ser realizado se debe diseñar un dibujo parecido a un semáforo en el que se incluyan las 4 categorías de la percepción de la entrevistada en relación a cada una de las relaciones representadas en el ecomapa. La persona trabajará en forma autónoma marcando con un color el tipo de relación que tiene con cada red de apoyo social.
- El segundo ítem contiene información relacionada con antecedentes del padre. Esta constituido por 15 preguntas precodificadas, que fueron respondidas por la madre.
- El tercer ítem contiene información relacionada con antecedentes de la familia, contiene 7 preguntas precodificadas e incluye los siguientes instrumentos: el Fases III (Funcionamiento familiar) y el Apgar Familiar (Percepción de la madre o persona al cuidado del niño, del funcionamiento familiar).

El Fases III es un instrumento del modelo desarrollado y validado por Olson y cols. (1983). Este instrumento entrega una visualización integral de la estructura familiar, además, presenta un esquema de su funcionalidad fundamentado en 3 dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Consiste en un cuestionario de 20 afirmaciones, 10 de los cuales miden cohesión y los otros 10 miden adaptabilidad. Debe ser contestado por individuos mayores de 12 años.

El Apgar Familiar (Smilkstein, 1985) tiene como objetivo evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en relación a: ayuda de la familia frente a un problema, expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Su uso periódico puede servir para detectar problemas en la familia y se debe aplicar a mayores de 15 años. Consta de 5 preguntas y a cada una se le asigna un puntaje, en donde: 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 casi siempre. El resultado se obtiene sumando los 5 ítems.

- El cuarto ítem contiene información relacionada con antecedentes del niño. Contiene 21 preguntas precodificadas.

En total, 62 preguntas cerradas más 3 instrumentos.

#### **8.4. Tiempo De Recolección De Los Datos:**

La recolección de los datos se realizó en un período aproximado de un mes y medio (junio-julio, 2006).

#### **8.5. Plan De Tabulación y Presentación De Los Datos:**

Una vez recolectada la información, se confeccionó una plantilla en el Programa Microsoft Excel 2000 para procesarla de acuerdo a las variables contenidas en la investigación, de esta manera se confeccionaron los gráficos y tablas para su análisis final.

Se consideró como variable dependiente el diagnóstico de DSM (riesgo y retraso) de los niños, siendo todas las restantes variables independientes.

## 8.6. Definición Nominal y Operacional de Variables:

### 8.6.1. Datos del niño:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño en años, meses y días cumplidos hasta el día de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 11 meses, 29 días</li> <li>• 1 año – 1 año, 11 meses, 29 días</li> <li>• 2 años – 2 años, 11 meses, 29 días</li> <li>• 3 años – 3 años, 11 meses, 29 días</li> <li>• 4 años – 4 años, 11 meses, 29 días</li> <li>• 5 años – 5 años, 11 meses, 29 días</li> </ul>
Sexo	Género al que pertenece el niño (a).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino.</li> <li>• Masculino.</li> </ul>
APGAR al minuto	Test que permite valorar el estado vital del niño durante el primer minuto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 0 –3 puntos: depresión neonatal grave.</li> <li>• Entre 4 –7 puntos: depresión neonatal leve.</li> <li>• Entre 8 – 10 puntos: normal.</li> </ul>
APGAR a los cinco minutos	Test que permite valorar el estado vital del niño a los cinco minutos de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 0 –3 puntos: depresión neonatal grave.</li> <li>• Entre 4 –7 puntos: depresión neonatal leve.</li> <li>• Entre 8 – 10 puntos: normal.</li> </ul>
Peso	Gramos que pesa el recién nacido al momento de su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 2.500 g.</li> <li>• Entre 2.500 – 4.000 g.</li> <li>• Más de 4.000 g.</li> </ul>
Talla	Centímetros que mide el recién nacido al momento de su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 48 cms.</li> <li>• Entre 48 – 53 cms.</li> <li>• Más de 53 cms.</li> </ul>
Número de Hermanos	Cantidad de hermanos que tiene el niño actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de hermanos.</li> </ul>

Cumplimiento con los Controles de Niño Sano correspondientes a su edad	Cumplimiento con el número de Controles de Niño Sano correspondientes a su edad (establecidos por el Ministerio de Salud) y realizados en el centro de salud (Consultorio Externo Valdivia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí: cumple con la totalidad de los Controles de Niño Sano establecidos para su edad.</li> <li>• Parcialmente: cumple con la mitad de los Controles de Niño Sano establecidos para su edad.</li> <li>• No: cumple con menos de la mitad de los Controles de Niño Sano establecidos para su edad.</li> </ul>
Cumplimiento con las evaluaciones del DSM correspondientes a su edad	Cumplimiento con el número de evaluaciones del DSM correspondientes a su edad, (establecidos por el Ministerio de Salud) y realizados en el centro de salud (Consultorio Externo Valdivia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí: cumple con la totalidad de las evaluaciones del DSM establecidas para su edad.</li> <li>• Parcialmente: cumple con la mitad de las evaluaciones del DSM establecidas para su edad.</li> <li>• No: cumple con menos de la mitad de las evaluaciones del DSM establecidos para su edad.</li> </ul>
Diagnóstico del DSM	Resultado obtenido por el niño menor de 2 años en la evaluación de su desarrollo psicomotor, mediante la aplicación del E.E.D.P. (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: C.D. (Coeficiente de Desarrollo) mayor o igual a 85.</li> <li>• En Riesgo: C.D. entre 84 y 70.</li> <li>• Retraso: C.D. menor o igual a 69.</li> </ul>

	Resultado obtenido por el niño mayor de 2 años en la evaluación de su desarrollo psicomotor, mediante la aplicación del TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: puntajes T mayores o iguales a 40 puntos, en el Test Total o en los Subtest.</li> <li>• En Riesgo: puntajes T entre 30 y 39 puntos, en el Test Total o en los Subtest.</li> <li>• Retraso: puntajes T iguales o menores a 29 puntos, en el Test Total o en los Subtest.</li> </ul>
Causas de enfermedades	Origen de la alteración de salud que ha sufrido el niño, de carácter congénito o adquirido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enf. Respiratoria (alta y baja).</li> <li>• Enf. Digestiva.</li> <li>• Enf. de Piel.</li> <li>• Enf. Hematológica o Cardíaca.</li> <li>• Enf. Congénita.</li> <li>• Enf. Renal.</li> <li>• Accidente.</li> <li>• Otra.</li> </ul>
Antecedentes de hospitalizaciones	Episodios en los cuales el niño, en algún período de su vida, ha sufrido alguna alteración de la salud que ha requerido que sea internado en un hospital durante un tiempo determinado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>
Causas de hospitalizaciones	Origen de la alteración de salud que ha sufrido el niño, de carácter congénito o adquirido, y que ha requerido que el niño sea internado en un hospital durante un tiempo determinado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enf. Respiratoria (alta y baja).</li> <li>• Enf. Digestiva.</li> <li>• Enf. de Piel.</li> <li>• Enf. Hematológica o Cardíaca.</li> <li>• Enf. Congénita.</li> <li>• Enf. Renal.</li> <li>• Accidente.</li> <li>• Otra.</li> </ul>

Número de hospitalizaciones	Cantidad de veces en que se ha requerido que el niño sea internado en un hospital durante un período de tiempo determinado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de hospitalizaciones.</li> </ul>
Diagnóstico del Estado Nutricional	Resultado obtenido por el niño menor de 1 año en su última evaluación nutricional, según la relación que existe entre los indicadores antropométricos: relación peso para la edad (P/E).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: P/E entre +1 y -1 D.S.</li> <li>• Riesgo de Desnutrir: P/E entre -1 y -2 D.S.</li> <li>• Desnutrición: P/E bajo -2 D.S.</li> <li>• Sobrepeso: Todo niño con indicador P/E entre +1 y +2 D.S.</li> <li>• Obesidad: Todo niño con indicador P/E sobre +2 D.S.</li> </ul>
	Resultado obtenido por el niño mayor de 1 año en su última evaluación nutricional, según la relación que existe entre los indicadores antropométricos: relación peso para la talla (P/T).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: P/T entre +1 y -1 D.S.</li> <li>• Riesgo de Desnutrir: P/T entre -1 y -2 D.S.</li> <li>• Desnutrición: P/T bajo -2 D.S.</li> <li>• Sobrepeso: Todo niño con indicador P/T entre +1 y +2 D.S.</li> <li>• Obesidad: Todo niño con indicador P/T sobre +2 D.S.</li> </ul>
Tipo de lactancia	Origen y características de la leche que el niño recibe desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses de edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materna.</li> <li>• Artificial.</li> <li>• Mixta.</li> </ul>
Duración de la lactancia materna	Tiempo de duración de la lactancia materna que recibe el niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor a 3 meses.</li> <li>• Entre 3 y 6 meses.</li> <li>• Entre 6 y 12 meses.</li> <li>• Más de 12 meses.</li> </ul>
Persona al cuidado del niño	Individuo que se encuentra atento y realiza acciones para y por el niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre</li> <li>• Padre</li> <li>• Hermana (o)</li> <li>• Tía (o)</li> <li>• Abuela (o)</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otra.</li> </ul>
Asistencia a sala cuna o jardín infantil	Asistencia del niño, durante un período determinado de tiempo durante el día, a una institución especializada en el cuidado de niños entre los 84 días de edad hasta que ingresen a educación general básica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>

### 8.6.2. Datos de la familia:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Nivel Socioeconómico	Clasificación según la cantidad de ingresos de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo el nivel de pobreza: Aquellas familias cuyos ingresos son inferiores a \$ 25.000</li> <li>• Sobre el nivel de pobreza: Aquellas familias cuyos ingresos son superiores a \$ 25.000</li> </ul>
Ingreso Familiar	Cantidad aproximada de dinero con que la familia cuenta mensualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor a \$25.000</li> <li>• Entre \$ 25.000 y \$ 127.500</li> <li>• Entre \$ 127.500 y \$ 186.150</li> <li>• Mayor \$ 186.150</li> </ul>
Saneamiento Ambiental	Conjunto de condiciones físicas básicas con que cuenta el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baño dentro del hogar</li> <li>• Baño fuera del hogar (letrina)</li> <li>• Luz</li> <li>• Agua potable</li> <li>• Recolección de basuras</li> </ul>
Tipo de Familia	Conformación de la familia de acuerdo al grado de relación de sus integrantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuclear, monoparental: con el padre o la madre ausente y uno o más hijos.</li> <li>• Nuclear, biparental: padre, madre y uno o más hijos.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensa, monoparental: uno de los miembros de la pareja, uno o más hijos y otros parientes.</li> <li>• Extensa, biparental: pareja con hijo (s) y otros parientes.</li> </ul>
Etapa del Ciclo Vital Familiar (según Duval)	Ubicación de la familia dentro de una secuencia de etapas, que tienen sentido y continuidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de pareja e inicio de la familia.</li> <li>• Etapa de crianza inicial de los hijos.</li> <li>• Familia con hijos pre-escolares.</li> <li>• Familia con hijos escolares.</li> <li>• Familia con hijos adolescentes.</li> <li>• Período medio y terminal de la familia.</li> </ul>
Presencia de Violencia Intrafamiliar (VIF)	Episodios en las cuales la mujer y/o su (s) hijo (s) han sufrido de agresiones físicas o psicológicas, y que son producidas por otro miembro de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>
Tipo de Violencia Intrafamiliar	Clasificación de la violencia sufrida por la mujer y/o su (s) hijo (s) según tipo de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Física.</li> <li>• Psicológica.</li> <li>• Ambas.</li> </ul>

Funcionamiento Familiar	<p>Proceso interactivo que se da entre los miembros de una familia, según su cohesión y adaptabilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cohesión:</b> Nivel de vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía que experimenta cada miembro al interior de su sistema familiar.</li> </ul>	<p>Los 4 niveles de cohesión son (suma de todas las afirmaciones o ítems impares):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Relacionada o desligada: muy bajo. (Familias Extremas)</li> <li>• Semirrelacionada o Separada: bajo a moderado. (Familias Balanceadas o Equilibradas)</li> <li>• Relacionada o Conectada: moderado a alto. (Familias Balanceadas o Equilibradas)</li> <li>• Aglutinada o Enmarañada: alto. (Familias Extremas)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adaptabilidad:</b> Capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al stress situacional y evolutivo.</li> </ul>	<p>Los 4 niveles de adaptabilidad son (suma de todas las afirmaciones o ítems pares):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rígida: muy bajo. (Familias Extremas)</li> <li>• Estructurada: bajo a moderado. (Familias Balanceadas o Equilibradas)</li> <li>• Flexible: moderado a alto. (Familias Balanceadas o Equilibradas)</li> <li>• Caótica: muy alto. (Familias Extremas)</li> </ul>
Percepción del Funcionamiento Familiar	Percepción de la madre o persona al cuidado del niño,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 - 10 puntos: sugiere buena función familiar.</li> </ul>

	del grado de funcionalidad de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 - 7 puntos: sugiere disfuncionalidad familiar.</li> <li>• 0 - 3 puntos: sugiere disfuncionalidad severa.</li> </ul>
--	---	--

### 8.6.3. De la Madre:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 - 19 años.</li> <li>• 20 - 24 años.</li> <li>• 25 - 29 años.</li> <li>• 30 - 34 años.</li> <li>• 35 - 39 años.</li> <li>• 40 - 44 años.</li> <li>• 45 - 49 años.</li> <li>• 50 años y más.</li> </ul>
Escolaridad	Nivel de enseñanza educacional formal alcanzada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin educación: persona que nunca ha recibido educación formal.</li> <li>• Educación básica completa: haber cursado sus estudios hasta 8° año básico.</li> <li>• Educación básica incompleta: no haber cursado la enseñanza básica en forma completa.</li> <li>• Educación media completa: haber cursado sus estudios hasta 4° año medio.</li> <li>• Educación media incompleta: no haber cursado la enseñanza media en forma completa.</li> <li>• Educación superior completa: haber cursado sus estudios en una</li> </ul>

		<p>Universidad privada o estatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación superior incompleta: no haber cursado la enseñanza universitaria en forma completa.</li> <li>• Educación técnico – profesional completa: haber cursado sus estudios en un Instituto Técnico Profesional.</li> <li>• Educación técnico – profesional incompleta: no haber cursado la enseñanza técnico-profesional en forma completa.</li> </ul>
Estado Civil	Condición conyugal de la persona en el momento de la aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera: persona que no se ha unido en matrimonio.</li> <li>• Casada: persona unida a una pareja en matrimonio.</li> <li>• Separada: persona unida a una pareja en matrimonio, pero separada de ésta.</li> <li>• Divorciada: persona separada por la ley de su pareja.</li> <li>• Viuda: persona cuyo cónyuge ha fallecido.</li> <li>• Conviviente: persona unida a una pareja sin estar casado.</li> </ul>
Religión	Doctrina religiosa, creencia o fe que posee el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Evangélica</li> <li>• Luterana</li> <li>• Otras.</li> </ul>
Ocupación	Actividad, oficio o profesión, que realice el individuo actualmente y por la que puede o no recibir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesante: persona sin trabajo actual.</li> <li>• Dueña de casa: persona que realiza actividades</li> </ul>

	remuneración.	<p>que realiza actividades dentro de su propio hogar y que no recibe remuneración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jubilada: persona que ya no trabaja y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.</li> <li>• Trabajadora esporádica: persona que desempeña un trabajo de manera ocasional y por el cual recibe remuneración.</li> <li>• Empleada fiscal o particular: persona que desempeña un trabajo estable y por el cual recibe remuneración.</li> <li>• Estudiante: persona que cursa sus estudios en un centro educacional.</li> </ul>
Número de Parejas	Cantidad de personas que ha tenido como pareja la madre del niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de parejas</li> </ul>
Consumo de Tabaco	Presencia de hábito tabáquico actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>
Inicio del consumo de Tabaco	Tiempo que lleva consumiendo cigarrillos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> </ul>
Frecuencia de consumo de Tabaco	Número de cigarrillos consumidos diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 – 5.</li> <li>• 6 – 10.</li> <li>• 11 – 15.</li> <li>• 16 – 20.</li> <li>• Más de 20.</li> </ul>
Consumo de Drogas	Ingesta, inhalación o inyección de sustancias químicas de forma habitual, actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>

Tiempo de inicio del consumo de Drogas	Período que lleva consumiendo actualmente drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> </ul>
Tipo de Drogas que consume.	Clasificación de las drogas según sus características químicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana.</li> <li>• Cocaína.</li> <li>• Pasta base.</li> <li>• Neoprén.</li> <li>• Otras sustancias.</li> </ul>
Periodicidad en el consumo de Drogas	Intervalo de tiempo entre un consumo y otro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente.</li> <li>• Semanalmente.</li> <li>• Mensualmente.</li> </ul>
Consumo de Alcohol	Presencia de ingesta de alcohol actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>
Tiempo de inicio del consumo de Alcohol	Período que lleva consumiendo alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> </ul>
Periodicidad en la ingesta de Alcohol.	Intervalo de tiempo entre una ingesta y otra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• Mensualmente</li> </ul>
Tiempo dedicado a la estimulación del Desarrollo Psicomotor (DSM)	Tiempo que la madre dedica diariamente a la estimulación del DSM de su hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 1-2 horas.</li> <li>• Entre 3-4 horas.</li> <li>• Más de 4 horas.</li> </ul>
Embarazo Deseado	Embarazo que fue deseado por la madre, y que tuvo como consecuencia el nacimiento del niño que asiste actualmente al Programa de Estimulación del C.E.V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> </ul>
Calidad de la relación con su marido o pareja	Calificación que la madre le otorga a la relación actual con el padre de su hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena.</li> <li>• Regular.</li> <li>• Mala.</li> <li>• No tiene.</li> </ul>

Percepción de la calidad de la relación con cada red de apoyo	<p>Percepción de la madre o persona al cuidado del niño, del número de redes de apoyo con que cuenta y de la calidad de cada una de ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo.</li> <li>• Familia Paterna.</li> <li>• Familia Materna.</li> <li>• Vecinos.</li> <li>• Sala Cuna o Jardín Infantil.</li> <li>• Iglesia.</li> <li>• Consultorio.</li> <li>• Escuela de hijos mayores.</li> <li>• Otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena relación (verde).</li> <li>• Regular relación (amarillo).</li> <li>• Mala relación (rojo).</li> <li>• No existe relación (azul).</li> </ul>
---	--	--

#### 8.6.4. Datos del Padre:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 - 19 años.</li> <li>• 20 - 24 años.</li> <li>• 25 - 29 años.</li> <li>• 30 - 34 años.</li> <li>• 35 - 39 años.</li> <li>• 40 - 44 años.</li> <li>• 45 - 49 años.</li> <li>• 50 años y más.</li> </ul>
Escolaridad	Nivel de enseñanza educacional formal alcanzada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin educación: persona que nunca ha recibido educación formal.</li> <li>• Educación básica completa: haber cursado sus estudios hasta 8° año básico.</li> <li>• Educación básica incompleta: no haber cursado la enseñanza básica en forma completa.</li> <li>• Educación media</li> </ul>



		<p>completa: haber cursado sus estudios hasta 4° año medio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación media incompleta: no haber cursado la enseñanza media en forma completa.</li> <li>• Educación superior completa: haber cursado sus estudios en una Universidad privada o estatal.</li> <li>• Educación superior incompleta: no haber cursado la enseñanza universitaria en forma completa.</li> <li>• Educación técnico – profesional completa: haber cursado sus estudios en un Instituto Técnico Profesional.</li> <li>• Educación técnico – profesional incompleta: no haber cursado la enseñanza técnico-profesional en forma completa.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es el nivel de escolaridad del padre del niño.</li> </ul>
Religión	Doctrina religiosa, creencia o fe que posee el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica.</li> <li>• Evangélica.</li> <li>• Luterana.</li> <li>• Otras.</li> <li>• No tiene.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es la religión del padre del niño.</li> </ul>
Ocupación	Actividad, oficio o profesión, que realice el individuo actualmente y por la que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesante: persona sin trabajo actual.</li> <li>• Jubilado: persona que</li> </ul>

	puede o no recibir remuneración.	<p>ya no trabaja y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador esporádico: persona que desempeña un trabajo de manera ocasional y por el cual recibe remuneración.</li> <li>• Trabajador con contrato: persona que desempeña un trabajo estable y por el cual recibe remuneración.</li> <li>• Estudiante: persona que cursa sus estudios en un centro educacional.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es la ocupación del padre del niño.</li> </ul>
Consumo de Tabaco	Presencia de hábito tabáquico actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe si el padre del niño consume o no tabaco.</li> </ul>
Inicio del consumo de Tabaco	Tiempo que lleva consumiendo cigarrillos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cuanto tiempo lleva consumiendo tabaco el padre del niño.</li> </ul>
Frecuencia de consumo de Tabaco	Número de cigarrillos consumidos diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 – 5.</li> <li>• 6 – 10.</li> <li>• 11 – 15.</li> <li>• 16 – 20.</li> <li>• Más de 20.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es la</li> </ul>

		frecuencia de consumo de tabaco del padre del niño.
Consumo de Drogas	Ingesta, inhalación o inyección de sustancias químicas de forma habitual, actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe si el padre del niño consume drogas o no.</li> </ul>
Tiempo de inicio del consumo de Drogas	Período que lleva consumiendo drogas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cuanto tiempo lleva consumiendo drogas el padre del niño.</li> </ul>
Tipo de Drogas que consume.	Clasificación de las drogas según sus características químicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana.</li> <li>• Cocaína.</li> <li>• Pasta base.</li> <li>• Neoprén.</li> <li>• Otras sustancias.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe que tipo de drogas consume el padre del niño.</li> </ul>
Periodicidad en el consumo de Drogas	Intervalo de tiempo entre un consumo y otro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente.</li> <li>• Semanalmente.</li> <li>• Mensualmente.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es la periodicidad con que el padre del niño consume drogas.</li> </ul>
Consumo de Alcohol	Presencia de ingesta de alcohol actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí.</li> <li>• No.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe si el padre del niño consume alcohol o no.</li> </ul>
Tiempo de inicio del consumo de Alcohol	Período que lleva consumiendo alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de un año.</li> <li>• 1-5 años.</li> <li>• 6-10 años.</li> </ul>

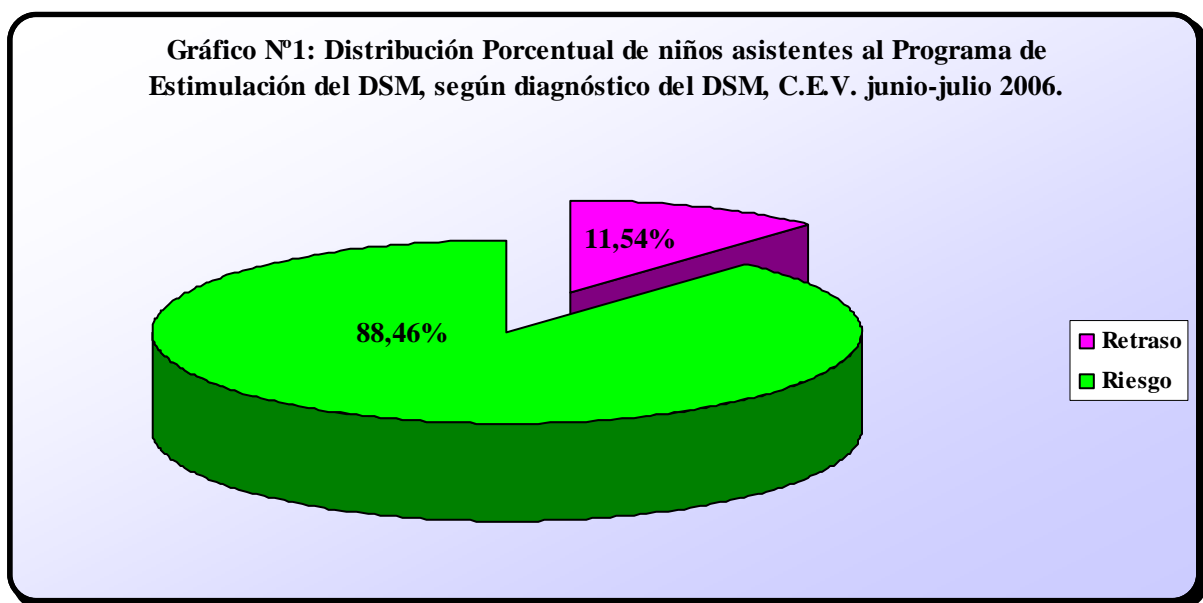
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11-15 años.</li> <li>• 16-20 años.</li> <li>• Más de 20 años.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cuanto tiempo lleva consumiendo alcohol el padre del niño.</li> </ul>
Periodicidad en la ingesta de Alcohol.	Intervalo de tiempo entre una ingesta y otra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diariamente</li> <li>• Semanalmente</li> <li>• Mensualmente.</li> <li>• No sabe: la madre no sabe cual es la periodicidad con que el padre del niño consume alcohol.</li> </ul>
Tiempo dedicado a la estimulación del Desarrollo Psicomotor (DSM)	Tiempo que el padre dedica a la estimulación del DSM de su hijo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 1-2 horas.</li> <li>• Entre 3-4 horas.</li> <li>• Más de 4 horas.</li> <li>• No tiene contacto con su hijo.</li> <li>• Todos los fines de semana.</li> </ul>

## 9. RESULTADOS

De la totalidad de las familias de los niños que se encontraban clasificados en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, en control en el Programa de Estimulación del Consultorio Externo Valdivia, fueron encuestadas 26; 23 niños en riesgo y 3 en retraso del DSM, debido a los criterios de exclusión considerados para el estudio.

Los resultados que a continuación se presentan tienen como fuente las respuestas que dieron las 26 madres de los niños con riesgo y retraso del DSM, y la revisión de las fichas clínicas de los niños, durante los meses de junio y julio del 2006.

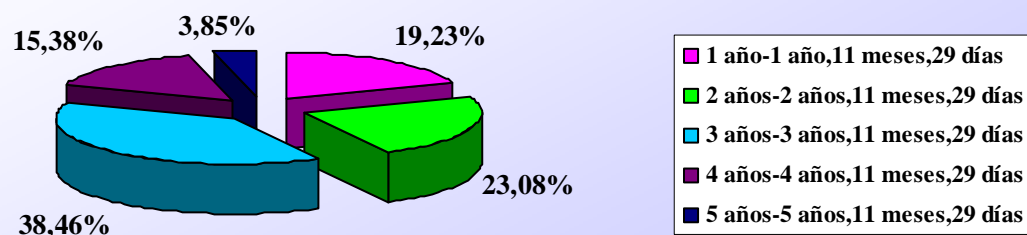
La secuencia de presentación de datos corresponde primeramente al niño, luego la familia, madre y padre, dando respuesta a los objetivos planteados anteriormente en el estudio.



Fuente: “Perfil Familiar de Niños con Riesgo y Retraso del Desarrollo Psicomotor en Control en el Consultorio Externo Valdivia, 2006”.

De la población total de niños con riesgo y retraso en el Programa de Estimulación del C.E.V., cuyas madres fueron encuestadas, el mayor porcentaje (88,46%) se encuentra en riesgo, mientras que la menor proporción (11,54%), en retraso.

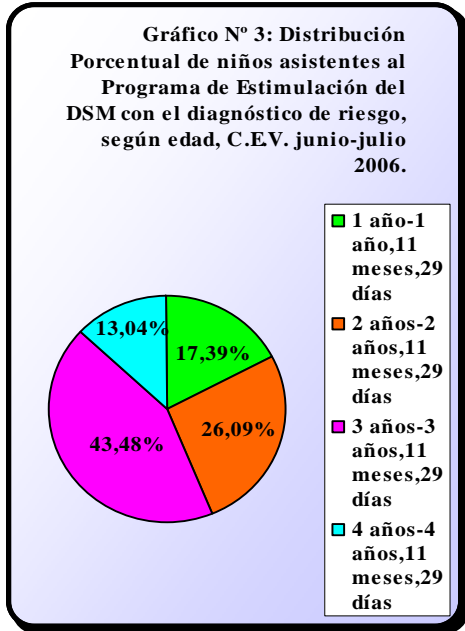
**Gráfico N° 2: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según edad, C.E.V. junio-julio 2006.**



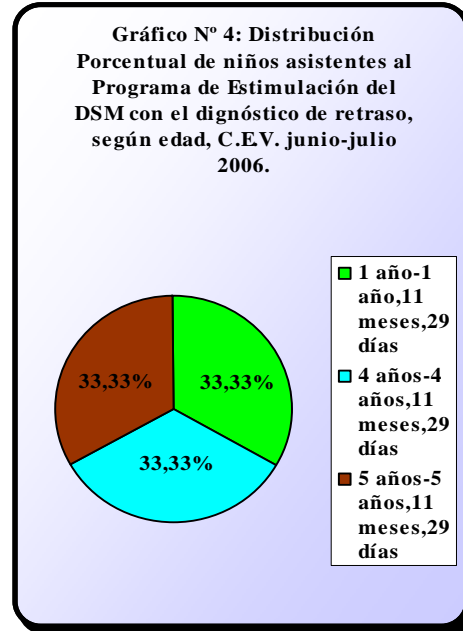
Fuente: ídem.

Como se muestra en el gráfico, de la población total de niños con riesgo y retraso en el Programa de Estimulación del C.E.V., la mayoría presenta 3 años y fracción con un 38,46%, seguido de un 23,08% de infantes con 2 años y fracción. Se observa el menor porcentaje en los 5 años (3,85%), correspondiente a un niño.

No se presentaron menores de un año con riesgo o retraso en el desarrollo.



Fuente: ídem.



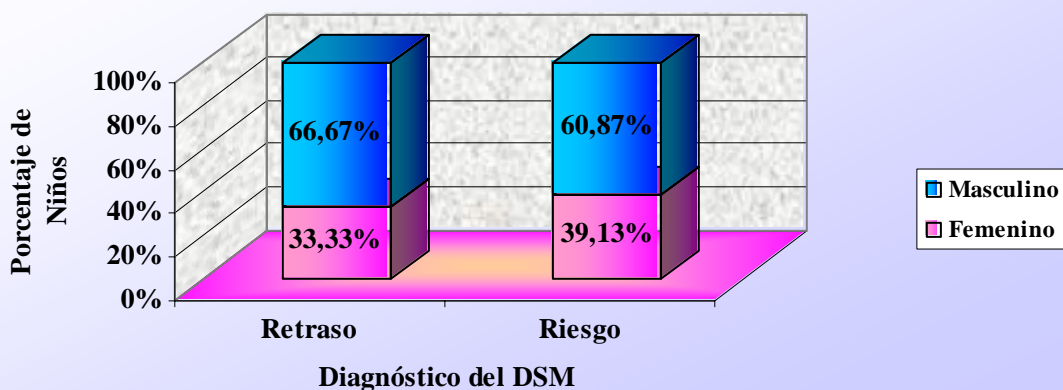
Fuente: ídem.

La población con el diagnóstico de riesgo del DSM posee en su mayoría 3 años y fracción (43,48%; 10 niños). Le siguen los niños que tienen 2 años (26,09%; 6 niños), 1 año (17,39%; 4 niños) y finalmente los de 4 años (13,04%; 3 niños).

Destaca el hecho de que los grupos de edad entre los 2 y 3 años concentran la mayor cantidad de niños asistentes al Programa de Estimulación (69,57%) y que en su totalidad se encuentran con el diagnóstico de riesgo.

Los 3 niños con diagnóstico de retraso del DSM, en cambio, se distribuyen de manera uniforme en los segmentos de edad que se muestran en el gráfico N° 4 (1, 4 y 5 años). De ésta manera, es posible apreciar que sólo un niño de la población en estudio posee 5 años, y que corresponde al diagnóstico de retraso del DSM.

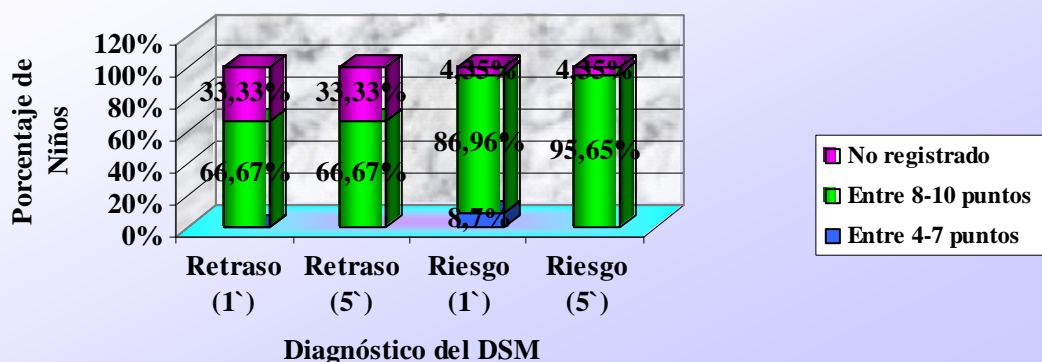
**Gráfico N° 5: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según sexo y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

El gráfico N° 5 muestra la relación entre los niños con riesgo y retraso del DSM de acuerdo al sexo al que pertenecen. Se puede apreciar que en ambos grupos (riesgo y retraso), la población masculina es la que lidera los porcentajes: 14 en riesgo y 2 en retraso del DSM.

**Gráfico N° 6: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación, según APGAR (1 y 5 minutos) y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



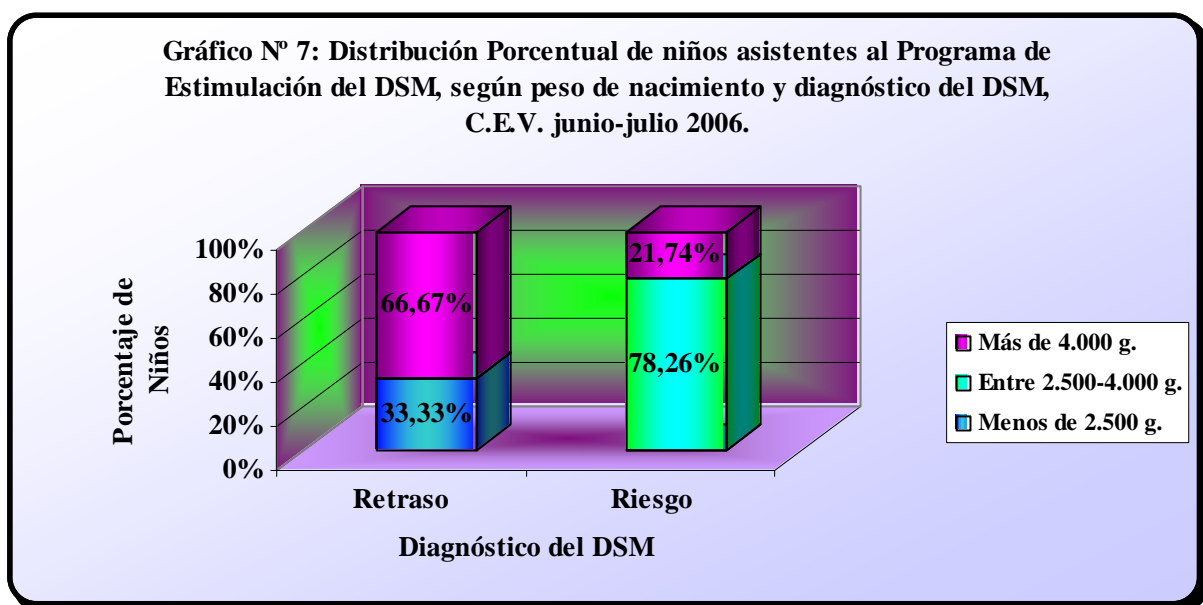
Fuente: ídem.



El gráfico N° 6 muestra la relación entre los niños con riesgo y retraso del DSM de acuerdo al puntaje APGAR obtenido al minuto y a los cinco minutos de vida. El segmento en riesgo del DSM presenta mayoritariamente un puntaje APGAR, al minuto y a los 5 minutos, entre 8 a 10 puntos. Existen dos niños con depresión neonatal leve (4-7 puntos) al minuto, los cuales en el APGAR de los 5 minutos obtienen un puntaje normal (8-10 puntos).

En el segmento de niños en retraso, dos de los tres niños que conforman éste grupo presentaron un puntaje APGAR (al minuto y a los 5 minutos) de 8-10 puntos.

En ambos grupos, se puede apreciar casos en que los puntajes APGAR (1 y 5 minutos) no estaban especificados en la ficha clínica del menor ni en el carne de control de salud infantil, y ausencia de niños cuyo puntaje APGAR, al minuto y a los cinco minutos de vida, haya sido entre 0-3 puntos.

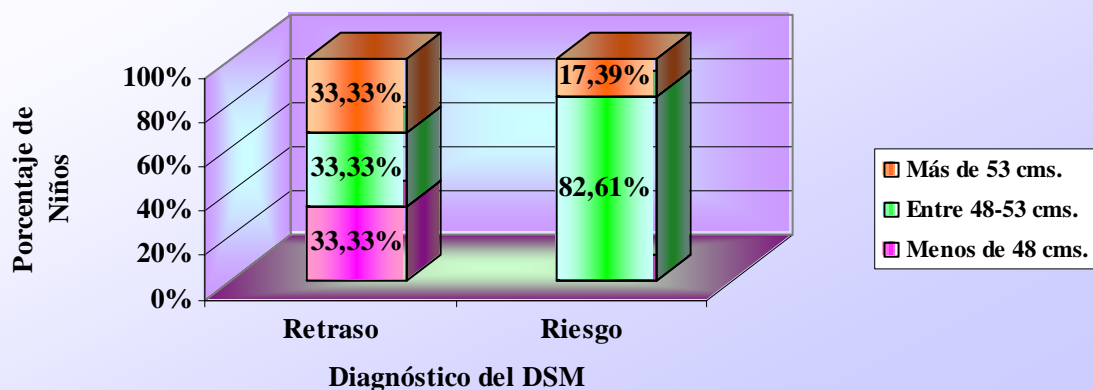


Fuente: ídem.

En el gráfico N° 7 se observa que un amplio porcentaje de los niños en riesgo del DSM tuvo un peso de nacimiento entre 2.500 y los 4.000 g. En los niños en retraso, dos de tres poseen peso de nacimiento sobre los 4.000 g.

Esto muestra que el grupo con un peso de nacimiento menor a 2.500 g. corresponde a un niño con retraso. Al contrario, la población cuyo peso se ubica entre los 2.500 y los 4.000 g., corresponde en su totalidad a niños en riesgo del DSM.

**Gráfico N° 8: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según talla de nacimiento y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

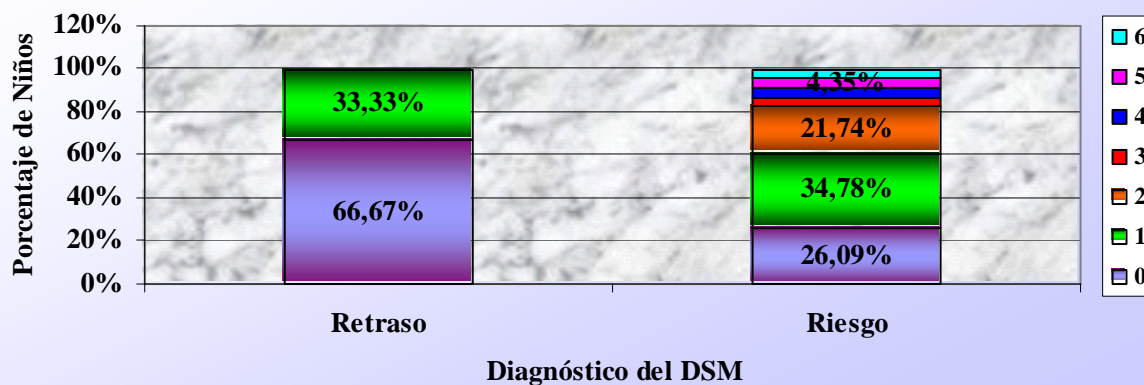


Fuente: ídem.

Se observa un alto predominio de niños en riesgo que tienen una talla de nacimiento entre 48-53 cms. (82,61%), mientras que sólo un 17,39% tiene una talla mayor a los 53 cms.

Los tres niños con el diagnóstico de retraso, se distribuyen de igual manera en las diferentes categorías.

**Gráfico N° 9: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según número de hermanos y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Aproximadamente un tercio de la población en estudio son hijos únicos, otro tercio corresponde a niños con un hermano y el resto corresponde a la población en riesgo que tienen dos o más hermanos.

**Tabla N° 1: Distribución Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según cumplimiento con los Controles de Niño Sano (correspondientes a su edad) y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Edad	Cumplimiento con los Controles de Niño Sano (correspondientes a su edad)						Total
	Riesgo			Retraso			
	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	
1 año	0	4	0	1	0	0	5
2 años	0	6	0	0	0	0	6
3 años	1	8	1	0	0	0	10
4 años	0	1	2	0	1	0	4
5 años	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	1	19	3	1	1	1	26

Fuente: ídem.

El Control de Niño Sano son controles realizados por profesionales de Enfermería a menores de seis años, que deben realizarse mensualmente desde los dos a los seis meses, luego a los 8, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses. Luego cada seis meses hasta los 5 años (11 meses, 29 días). Está enmarcado dentro del Programa de Salud del Niño (Nivel primario de atención).

En relación a ésto y como se puede visualizar en la tabla, sólo un niño de cada grupo cumple con la totalidad de sus controles. Casi la totalidad de la población en estudio cumple parcialmente con el número de Controles de Niño Sano establecidos para su edad (19 niños en riesgo y uno en retraso).

Los niños que no acuden a control de Niño Sano corresponden a tres niños en riesgo y uno en retraso, los cuales cumplen con menos de la mitad de los Controles de Niño Sano establecidos para su edad.

**Tabla N° 2: Distribución Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según cumplimiento con las evaluaciones del DSM (correspondientes a su edad) y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Edad	Cumplimiento con las evaluaciones del DSM (correspondientes a su edad)						Total
	Riesgo			Retraso			
	Sí	Parcialmente	No	Sí	Parcialmente	No	
1 año	1	3	0	0	1	0	5
2 años	0	2	4	0	0	0	6
3 años	2	3	5	0	0	0	10
4 años	0	2	1	0	1	0	4
5 años	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	3	10	10	0	2	1	26

Fuente: ídem.

Casi la mitad de la población en estudio (10 en riesgo y uno en retraso) no cumple con las evaluaciones del DSM que le corresponden según su edad, teniendo una escasa adherencia a ellos.

**Tabla N° 3: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según antecedentes de enfermedades y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Antecedentes de enfermedades	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Sí	12	52.17	1	33.33	13
No	11	47.83	2	66.67	13
<b>Total</b>	23	100	3	100	26

Fuente: ídem.

De los niños en riesgo casi la mitad posee antecedentes de enfermedades, mientras que sólo un niño con retraso cuenta con ellos.

**Tabla N° 4: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según causas de enfermedades y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Causas de enfermedades	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Enf. De piel	1	8.33	0	0.0	1
Enf. Digestivas	2	16.67	0	0.0	2
Enf. Hematológicas o cardíacas, enf. Congénitas, otras	0	0.0	1	100	1
Enf. Renales	1	8.33	0	0.0	1
Enf. Respiratorias (alta y baja)	8	66.66	0	0.0	8
<b>Total</b>	12	100	1	100	13

Fuente: ídem.

Se consideran a los infantes de la población en estudio (12 en riesgo, 1 en retraso) con antecedentes de enfermedades y sus principales causas.

El grupo de riesgo se sitúa, mayoritariamente, en las enfermedades respiratorias, mientras que el único niño en retraso se encuentra en la categoría cuyas causas mórbidas son hematológicas o cardíacas, congénitas y otras.

**Tabla N° 5: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según antecedentes de hospitalizaciones y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Antecedentes de hospitalizaciones	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Sí	11	47.83	1	33.33	12
No	12	52.17	2	66.67	14
<b>Total</b>	23	100	3	100	26

Fuente: ídem.

La tabla N° 5 muestra que algo más de la mitad de la población no presenta antecedentes de hospitalizaciones. En los niños en retraso, uno presenta hospitalizaciones.

**Tabla N° 6: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según causas de hospitalizaciones y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

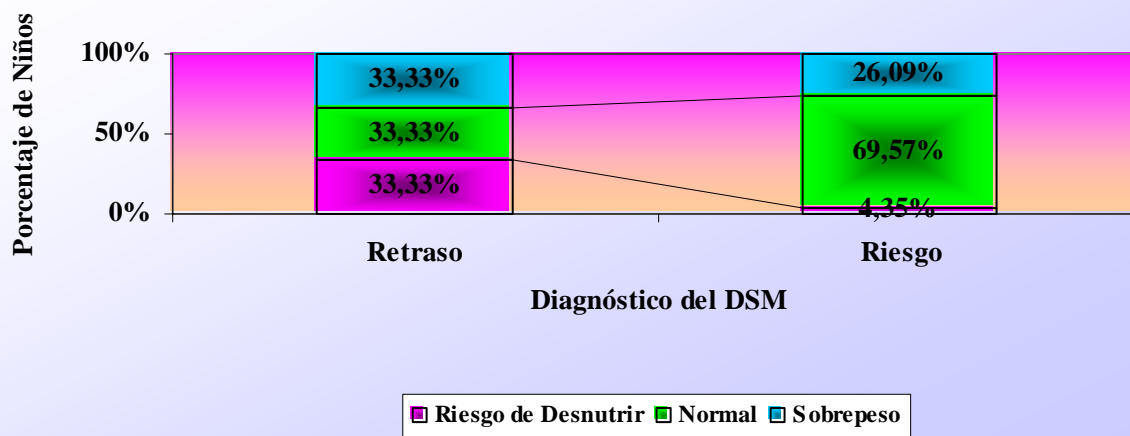
Causas de hospitalizaciones	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Enf. Digestivas	1	9.09	0	0.0	1
Enf. Hematológicas o cardíacas, enf. Congénitas, otras	0	0.0	1	100	1
Enf. Renales	1	9.09	0	0.0	1
Enf. Respiratorias (alta y baja)	9	81.81	0	0.0	9
<b>Total</b>	11	100	1	100	12

Fuente: ídem.

El grupo de riesgo se sitúa principalmente en las enfermedades respiratorias, mientras que el único niño en retraso con antecedentes de hospitalización, está en la categoría cuyas causas son hematológicas o cardíacas, congénitas y otras, requiriendo de cerca de 10 hospitalizaciones durante toda su vida.

Se puede apreciar una alta similitud entre las causas de enfermedades (tabla N° 4) y las causas de hospitalizaciones.

**Gráfico N° 10: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según diagnóstico del estado nutricional (último control) y del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



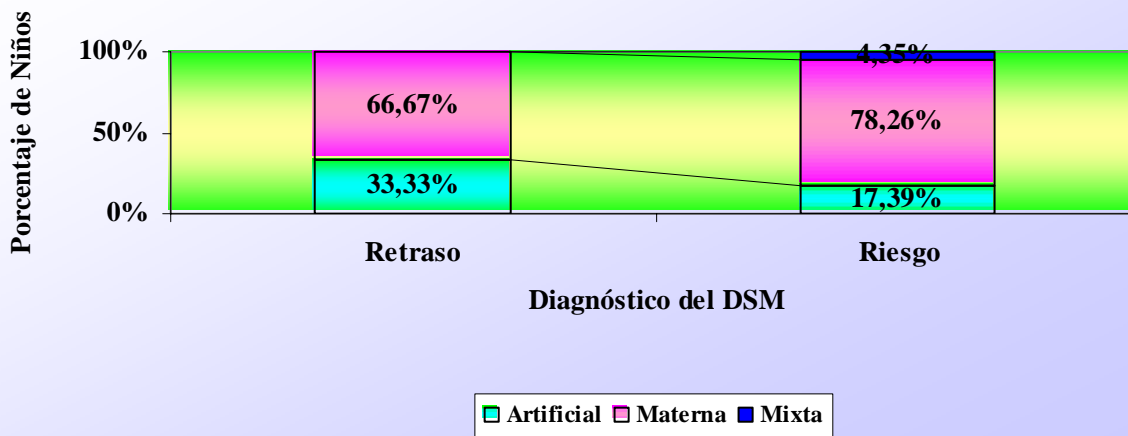
Fuente: ídem.

El mayor porcentaje del grupo en estudio tiene un estado nutricional normal. Los tres niños en retraso se distribuyen de manera equitativa en las tres categorías de diagnóstico nutricional, con un 33,33% en cada una de ellas.

No se observan niños cuyos diagnósticos sean de desnutrición o de obesidad. Esto es muy positivo, ya que como el cumplimiento a los Controles de Niño Sano es parcial, se pensaría que podrían presentarse problemas en el estado nutricional de los niños. Sin embargo, estos resultados demuestran que las madres están concientes de la importancia de la alimentación en la salud de sus hijos.



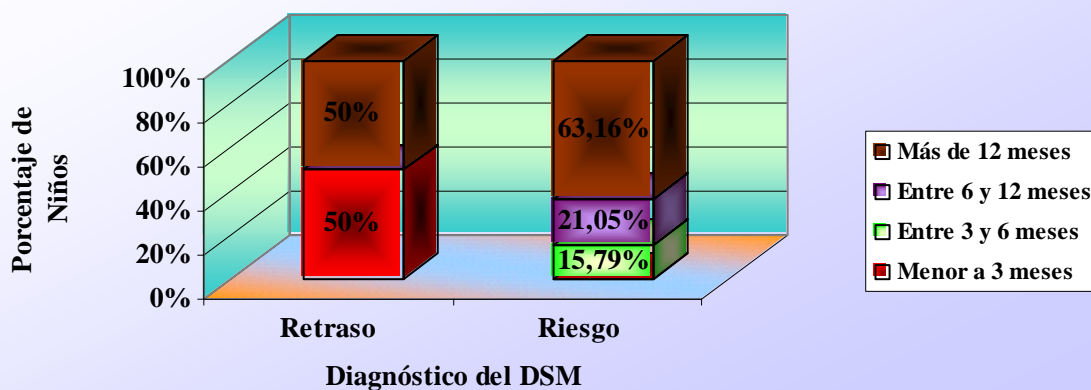
**Gráfico N° 11: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tipo de lactancia y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

En ambos grupos, la mayoría (18 en riesgo, 2 en retraso) corresponde a lactancia materna. Un niño del grupo en riesgo (4,35%), recibe alimentación mixta; y de los tres niños en retraso, uno tiene lactancia de tipo artificial (biberón).

**Gráfico N° 12: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según duración de la lactancia materna y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

El gráfico N° 12 muestra a la población en estudio que recibió lactancia materna exclusiva, de los niños con retraso, correspondiente a dos, uno recibió por más de 12 meses y el otro menos de tres meses. Con los niños en riesgo el antecedente de lactancia materna es de más de tres meses.

Se desprende que una alta mayoría de los niños en riesgo (63,16%) presenta una duración de la lactancia materna de más de 12 meses. Le siguen los niños que recibieron lactancia materna entre los 6 y 12 meses (21,05%).

En los dos niños en retraso con lactancia materna exclusiva, resalta el hecho de que tienen lactancia materna con una duración inferior a los 3 meses, y mayor a los 12 meses.

Esto demuestra que la mitad de la población en estudio (12 niños en riesgo y uno en retraso) presenta lactancia materna con una duración mayor al año.

**Tabla N° 7: Distribución Porcentual y Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según persona al cuidado del niño y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

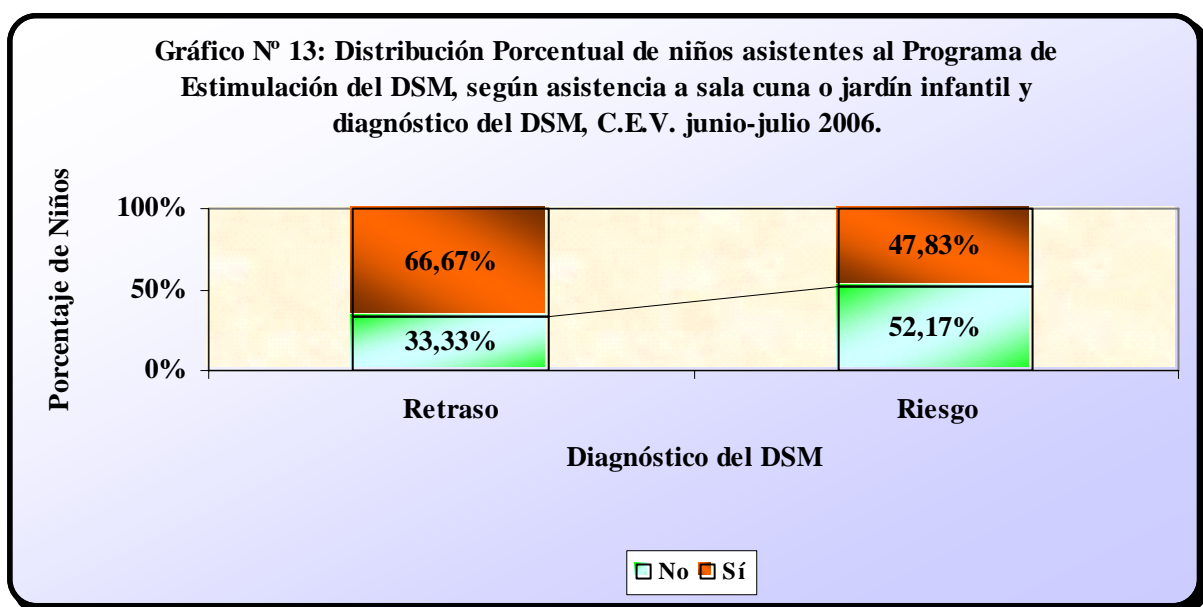
Persona al Cuidado del Niño	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Ambos padres	2	8.7	0	0.0	2
Ambos padres y otros parientes	1	4.34	0	0.0	1
Madre	9	39.13	1	33.33	10
Madre y otros familiares	5	21.73	1	33.33	6
Padre	0	0.0	0	0.0	0
Padre y otros familiares	1	4.34	0	0.0	1
Otros familiares	5	21.73	1	33.33	6
Otras personas	0	0.0	0	0.0	0
<b>Total</b>	23	100	3	100	26

Fuente: ídem.

(\*) Para una mejor apreciación de los resultados se agruparon los cuidadores del niño (a) en éstas categorías, tomando como base la clasificación nombrada anteriormente en la definición operacional de persona al cuidado del niño.

Los resultados demuestran que la madre sola o acompañada por otros familiares son los principales cuidadores de la población en estudio, independiente de la ocupación materna o del tipo de familia. Le siguen los niños que son cuidados por otros familiares (hermana y/o abuela).

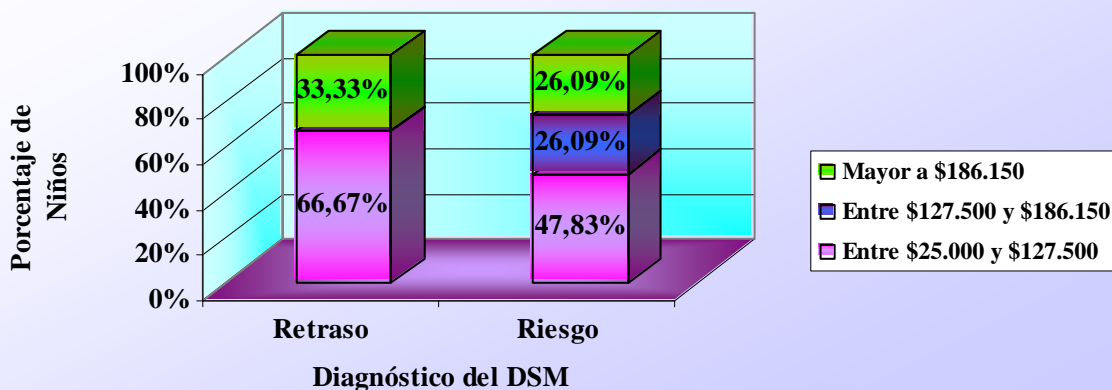
Todo esto nos lleva a la conclusión de que la gran mayoría de los niños en riesgo y retraso son cuidados por personas de su familia.



Fuente: ídem.

El gráfico N° 13 muestra la relación entre los niños con riesgo y retraso del DSM de acuerdo a la asistencia a sala cuna o jardín infantil dependiendo de su edad. La mitad de la población en estudio asiste a sala cuna o jardín infantil, al igual que la mayoría de los niños en retraso (dos de tres). Esto es bastante positivo, ya que la asistencia a alguna de estas instituciones ayuda a los niños a obtener estímulos adecuados que mejoren su DSM.

**Gráfico N° 14: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según ingreso familiar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Toda la población en estudio se encuentra sobre el nivel de pobreza, pero sus ingresos se distribuyen principalmente entre los \$25.000 y \$127.500, en ambos grupos. En la población en riesgo, se observan porcentajes idénticos para los ingresos entre \$127.500 y \$186.150, y los mayores de \$186.150.

**Tabla N° 8: Distribución Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según saneamiento ambiental y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Saneamiento Ambiental	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	Sí	No	Sí	No	
Baño dentro del hogar	22	1	3	0	26
Luz	23	0	3	0	26
Agua potable	23	0	3	0	26
Recolección de basuras	23	0	3	0	26

Fuente: ídem.

Toda la población en estudio cuenta con la implementación de saneamiento ambiental. Sólo un niño del grupo en riesgo cuenta con pozo negro en su hogar.

**Tabla N° 9: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tipo de familia y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

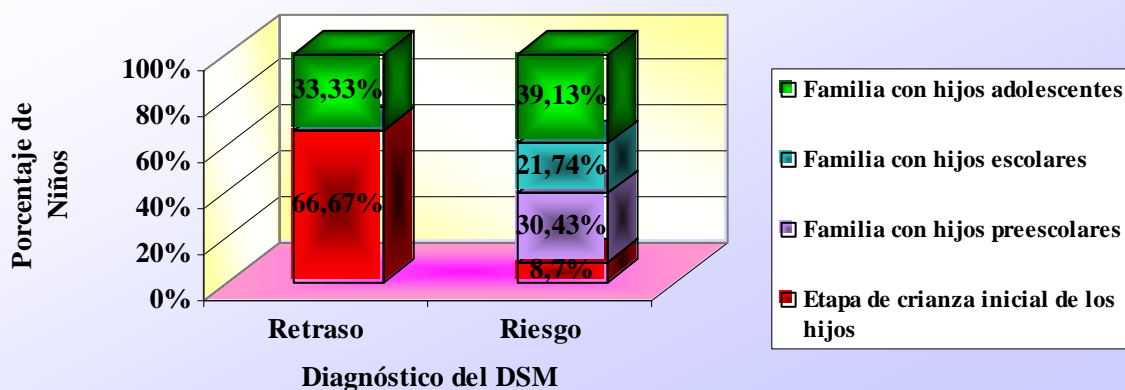
Tipo de Familia	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Nuclear Monoparental	4	17.39	1	33.33	5
Nuclear Biparental	14	60.86	1	33.33	15
Extensa Monoparental	3	13.04	1	33.33	4
Extensa Biparental	2	8.69	0	0.0	2
<b>Total</b>	23	100	3	100	26

Fuente: ídem.

Se desprende que la población en riesgo tiene principalmente un tipo de familia nuclear biparental, con 14 familias de éste tipo (60,86%). Muy por debajo de ésta cantidad se ubican las familias de tipo nuclear monoparental, extensa monoparental y extensa biparental.

En el grupo en retraso, destaca el hecho de que las familias se distribuyen de igual manera en 3 categorías: extensa monoparental, nuclear monoparental y biparental.

**Gráfico N° 15: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según etapa del ciclo vital familiar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

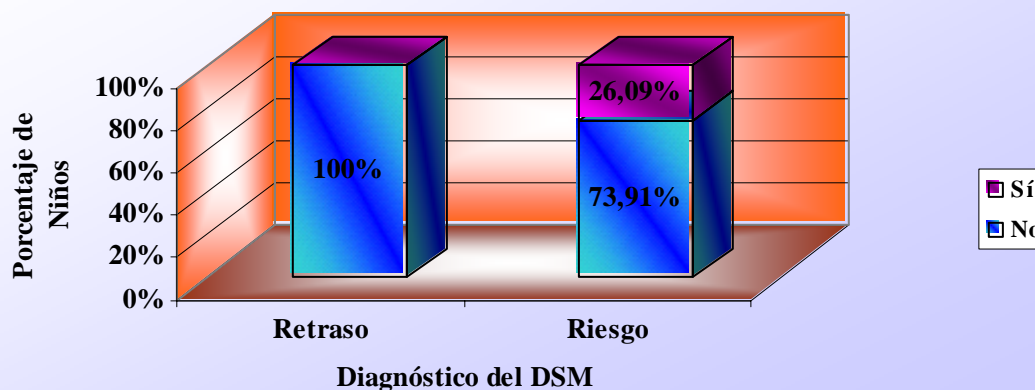


Fuente: ídem.

Claramente se observa que el mayor porcentaje de familias de niños en riesgo corresponde a aquellas cuya etapa es “familia con hijos adolescentes” (39,13%, 9 familias), seguido de “familias con hijos preescolares” (30,43%, 7 familias), “con hijos escolares” (21,74%, 5 familias) y, finalmente, aquellas que se encuentran en la “etapa de crianza inicial de los hijos” (2 familias).

Dos de tres familias de los niños en retraso del DSM, se ubican en la etapa de crianza inicial de los hijos y una familia en la etapa con hijos adolescentes.

**Gráfico N° 16: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según presencia de violencia intrafamiliar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

De la población en estudio el 26,09% presenta V.I.F., siendo de la clasificación en riesgo.

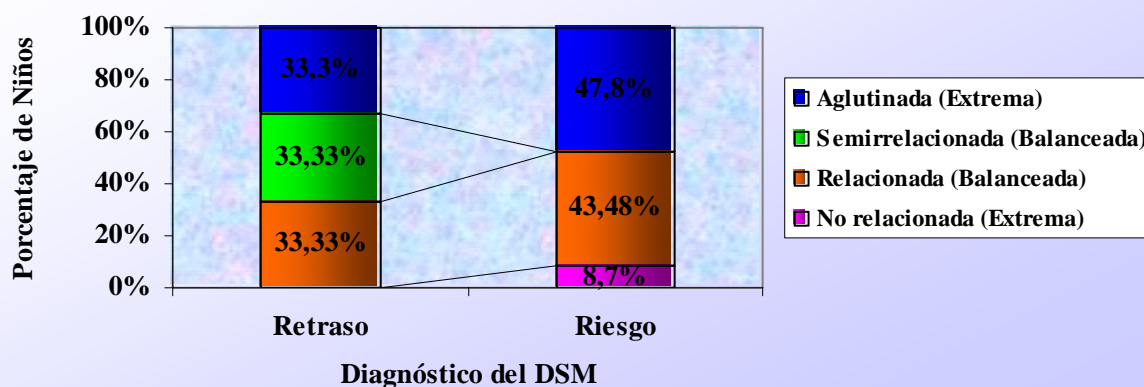
**Tabla N° 10: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tipo de violencia intrafamiliar y diagnóstico de riesgo del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Tipo de Violencia Intrafamiliar	Diagnóstico de Riesgo del DSM	
	N°	%
Física	1	16.67
Psicológica	3	50
Ambas	2	33.33
<b>Total</b>	6	100

Fuente: ídem.

Un 50% presenta violencia de tipo psicológica, seguida de un 33,33% que sufre de violencia física y psicológica. En un menor grado, con un 16,67%, una familia sufre violencia de tipo física.

**Gráfico N° 17: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según cohesión familiar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

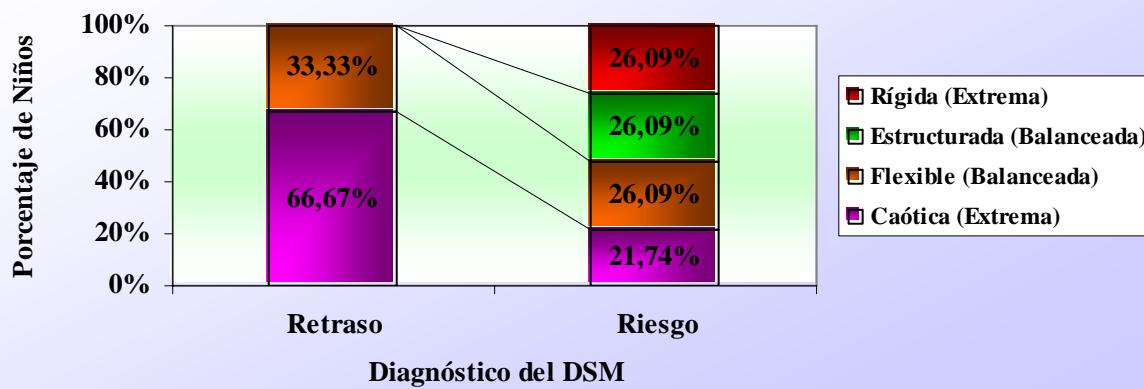
Según el grado de cohesión familiar, la población en riesgo está conformada principalmente por familias “aglutinadas” (extremas, con un nivel de cohesión muy alto) y “relacionadas” (balanceadas, con un nivel de cohesión moderado a alto). En un menor porcentaje se ubican las familias “no relacionadas” (extremas, con un nivel de cohesión muy bajo).

El grupo en retraso se distribuye uniformemente en las familias semirrelacionadas, relacionadas y aglutinadas, teniendo las dos primeras el carácter de “balanceadas”.

De lo anterior se desprende que el grado de cohesión “no relacionada” (extremas) se ubica sólo en familias de niños en riesgo.



**Gráfico N° 18: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según adaptabilidad familiar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



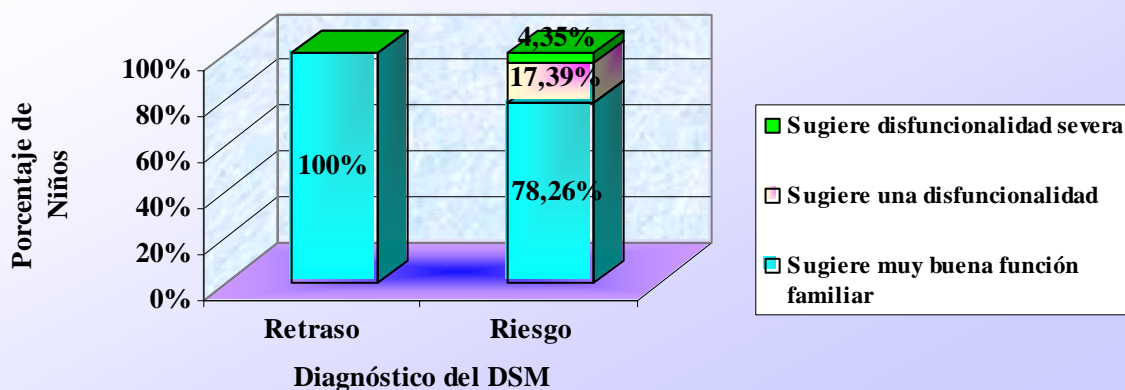
Fuente: ídem.

La mitad de la población en estudio corresponde a adaptabilidad familiar balanceada (estructurada y flexible). Un tercio de la población corresponde a la clasificación caótica (extrema). En el grupo en riesgo hay una distribución más o menos homogénea.

Las familias que pertenecen a la categoría de balanceadas significa que son capaces de realizar cambios dentro de ella que le permitan enfrentar las diferentes situaciones a las cuales se expone manteniendo la unión entre sus miembros, como lo es enfrentar el hecho de que un integrante de la familia (el niño) sufra de un problema, como es una alteración del desarrollo psicomotor.

Las extremas en tanto, corresponden a las familias que no pueden lograr el equilibrio que tienen las anteriores, sino que al contrario, cualquier situación que coloque a prueba su capacidad de adaptación, las puede conducir a una disfuncionalidad familiar.

**Gráfico N° 19: Distribución Porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según percepción de la madre del funcionamiento familiar y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



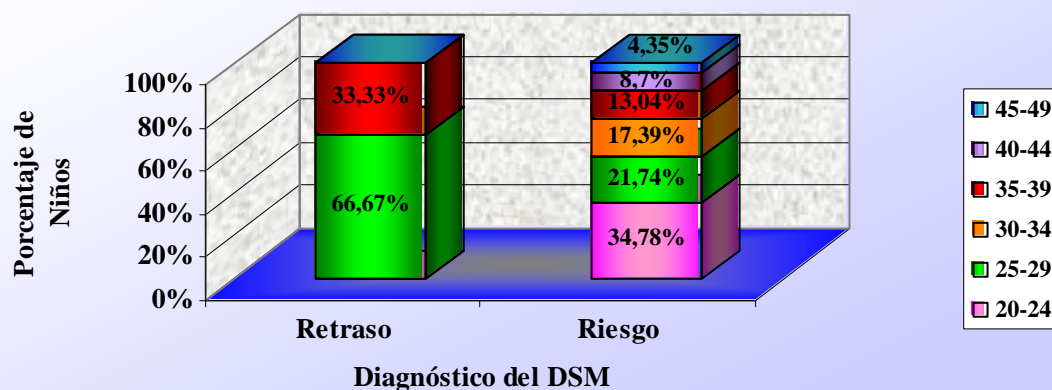
Fuente: ídem.

El gráfico N° 19 muestra la relación entre los niños con riesgo y retraso del DSM de acuerdo a la percepción de la madre acerca del funcionamiento familiar. Las madres de los niños en riesgo del DSM sugieren, que la función familiar es muy buena (78,26%). Un 17,39% de las madres sugieren algún grado de disfuncionalidad, mientras que un 4,35% sugiere una disfuncionalidad severa al interior de sus familias.

Las madres de los tres niños en retraso sólo presentan la categoría que sugiere una muy buena función familiar.

La disfuncionalidad percibida puede afectar a todos los miembros de la familia de diferente manera, pero impacta de manera especial a los niños, ya que son ellos los más susceptibles a los estímulos del ambiente que los rodea, debido a que aprenden de él y lo incorporan a su persona.

**Gráfico N° 20: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según edad de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

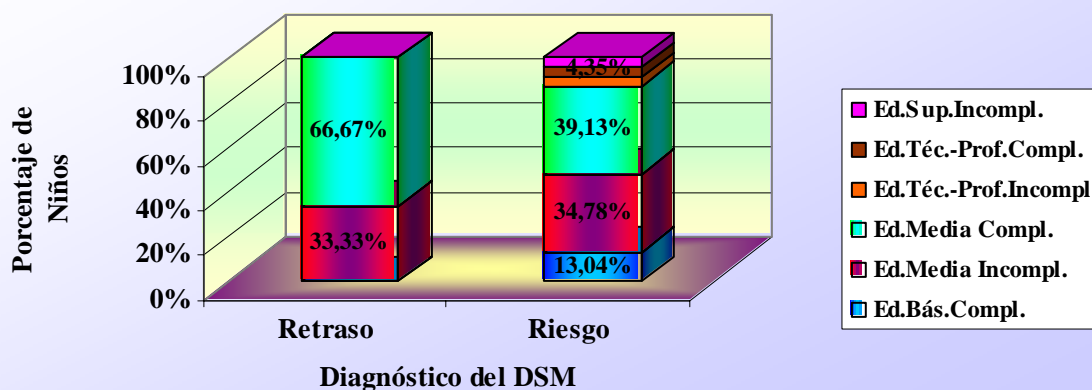


Fuente: ídem.

Se observa que en el grupo de riesgo del DSM un porcentaje importante de las madres tiene entre 20 y 24 años (34,78%). Además la cantidad de madres en cada categoría, va disminuyendo a medida que aumenta la edad de las mismas. En los niños en retraso del DSM, dos madres se ubican entre los 25 y 29 años.

Como se muestra claramente en el gráfico, no se presentaron madres con edades extremas entre 15-19 años, y de 50 años y más.

**Gráfico N° 21: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según nivel de escolaridad de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

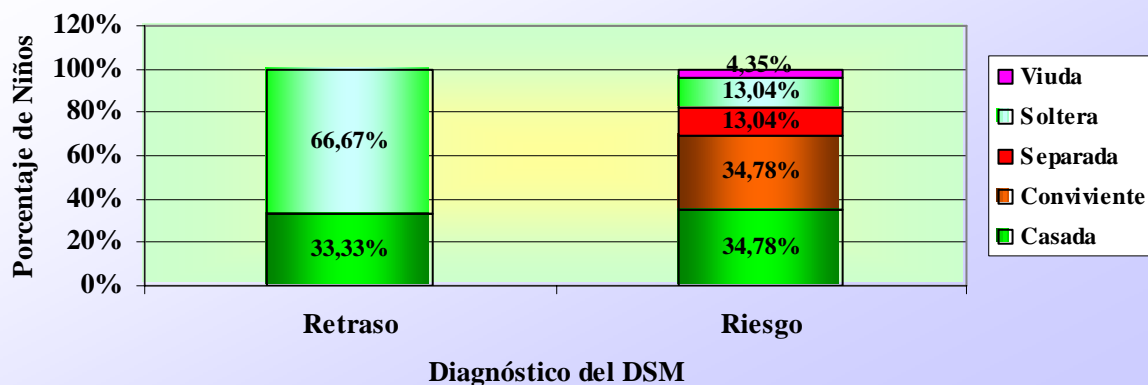


Fuente: ídem.

En la población en estudio predominan las madres cuyo nivel de escolaridad es enseñanza media completa (9 del grupo en riesgo y 2 del grupo en retraso), seguidas de aquellas que no la completaron (8 madres de niños en riesgo y una madre de niño en retraso).

Como se muestra claramente en el gráfico, no se presentaron madres sin educación, con Ed. Básica Incompleta y con Ed. Superior completa.

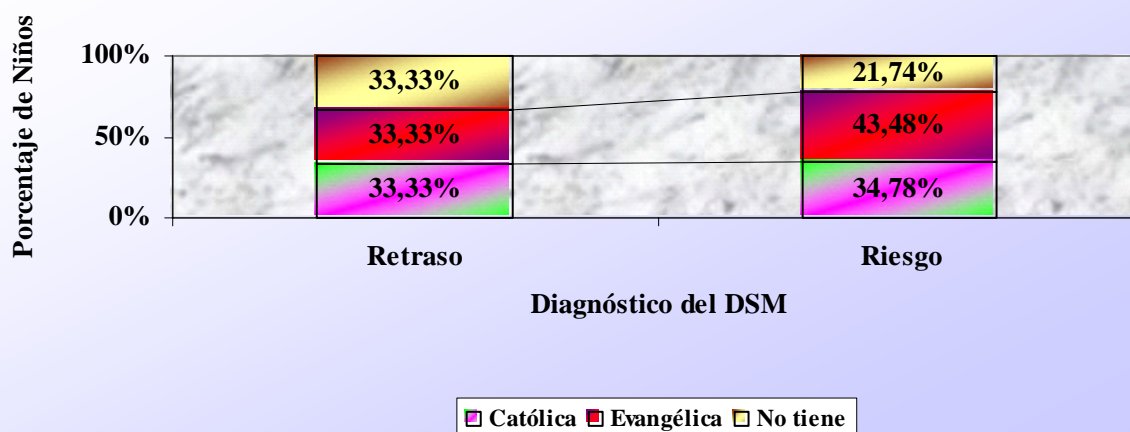
**Gráfico N° 22: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según estado civil de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Se desprende que del segmento en riesgo, las madres son principalmente casadas o convivientes (34,78%). Le siguen, en igual cantidad, las madres separadas y solteras. En tanto que las madres de los niños en retraso, dos son solteras y una casada.

**Gráfico N° 23: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según religión de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Se aprecia que las madres del grupo estudio profesan religión evangélica, seguidas de cerca por aquellas de religión católica. Un porcentaje importante refiere no tener ningún tipo de religión. Las madres del grupo en retraso del DSM se distribuyen en las tres categorías de igual manera.

**Tabla N° 11: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según ocupación de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

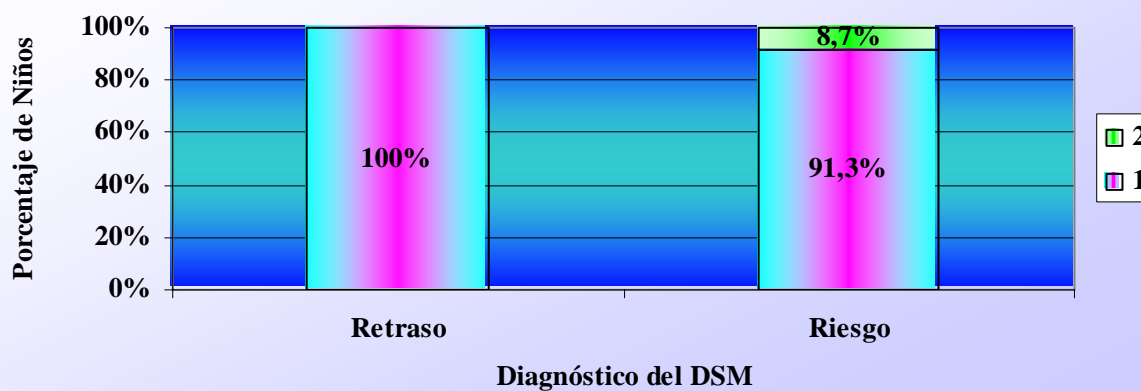
Ocupación materna	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Dueña de casa	15	65.22	2	66.67	17
Empleada fiscal o particular	5	21.74	1	33.33	6
Trabajadora Esporádica	1	4.35	0	0.0	1
Estudiante (*)	2	8.69	0	0.0	2
<b>Total</b>	23	100	3	100	26

Fuente: ídem.

(\*) Las 2 madres que son estudiantes también ejercen otras ocupaciones: una de ellas es dueña de casa y la otra empleada fiscal o particular.

La mayoría de las madres de niños en riesgo del DSM son dueñas de casa (15 madres), situación similar a lo que ocurre con el grupo en retraso (2 madres). En la población en riesgo se distinguen madres estudiantes con dos tipos de ocupaciones.

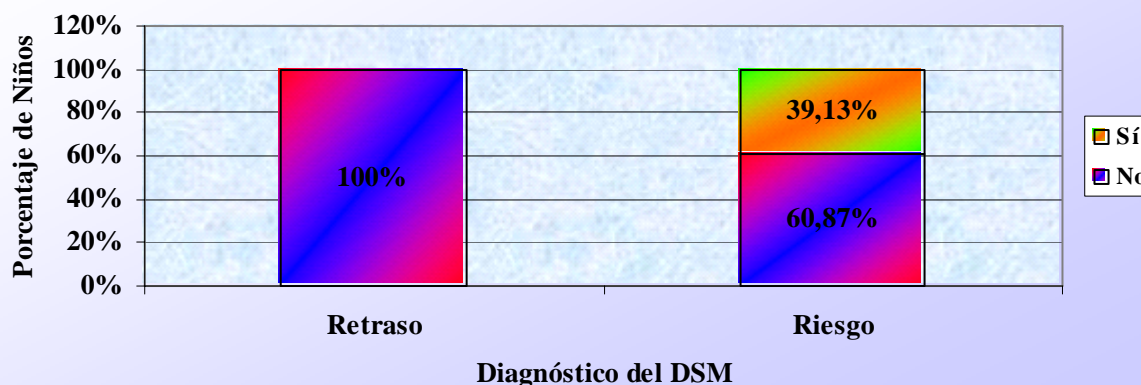
**Gráfico N° 24: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según número de parejas de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Se aprecia claramente que el número de parejas que han tenido las madres varía entre una y dos. La amplia mayoría de las madres del grupo en riesgo y la totalidad de los niños en retraso han tenido sólo una pareja (correspondiente al padre del menor en cuestión).

**Gráfico N° 25: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según consumo de tabaco de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Casi un 40% de la población en riesgo son consumidoras de tabaco. Destaca el hecho de que las madres de niños en retraso sólo se ubiquen en la categoría que no consume.

**Tabla N° 12: Distribución Numérica de niños con el diagnóstico de riesgo del DSM asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tiempo de inicio y frecuencia del consumo de tabaco de sus madres, C.E.V. junio-julio 2006.**

Tiempo de inicio del consumo de tabaco	Frecuencia diaria del consumo de tabaco (N° de cigarrillos)		Total
	1-5 cigarrillos	6-10 cigarrillos	
Menos de un año	1	0	1
1-5 años	2	1	3
6-10 años	2	0	2
11-15 años	1	0	1
16-20 años	1	0	1
Más de 20 años	1	0	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

Fuente: ídem.

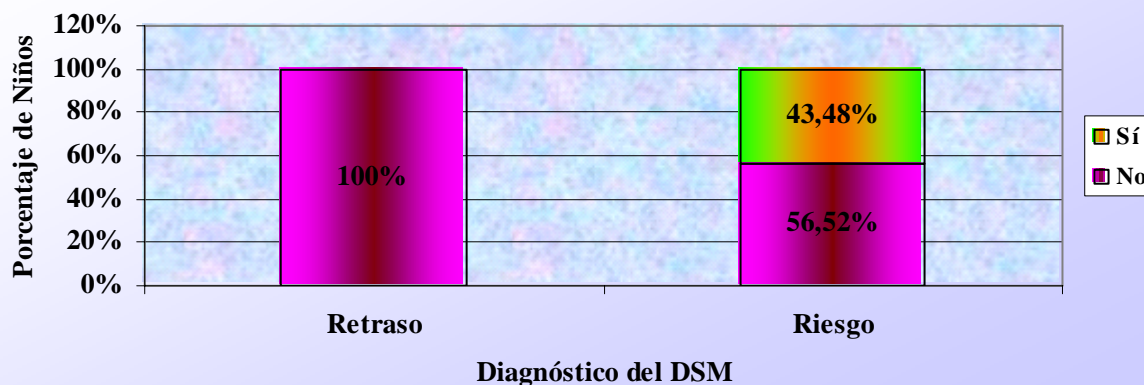
Se muestra la relación de los niños con riesgo del DSM de acuerdo tiempo de inicio y la frecuencia diaria del consumo de tabaco de sus madres. Sólo las madres de niños en riesgo consumen tabaco, por lo que los niños en retraso no se consideran.

Se aprecia que la gran mayoría de las madres (8) consume entre 0-5 cigarrillos diarios (correspondiente a la categoría más baja), y que 4 de ellas llevan consumiendo tabaco entre uno y diez años. No se presentan madres que consuman más de 10 cigarrillos diarios.

Con respecto al consumo de drogas, la totalidad de la población de madres declara no consumir ningún tipo de droga.



**Gráfico N° 26: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según consumo de alcohol de sus madres y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

El consumo de alcohol se manifiesta en un 43,48% de las madres de los niños en riesgo.

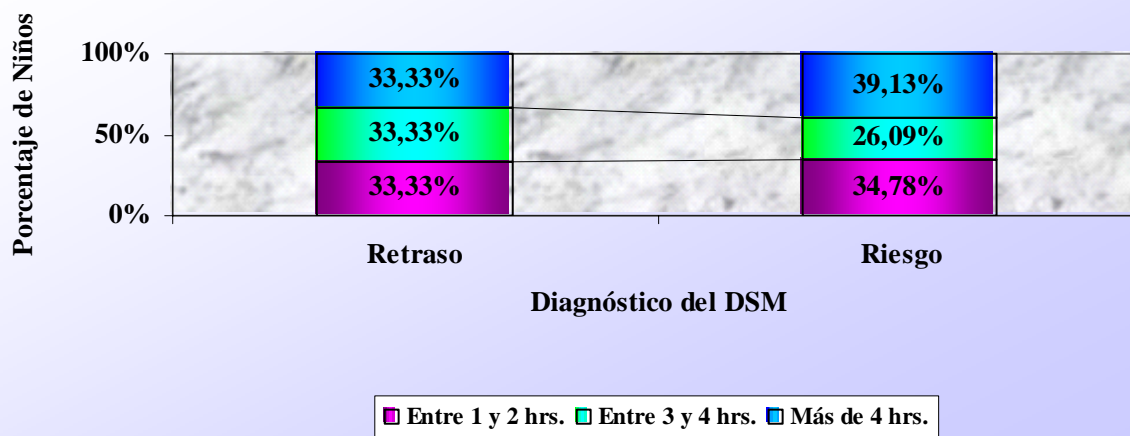
**Tabla N° 13: Distribución Numérica de niños con el diagnóstico de riesgo del DSM asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tiempo de inicio y frecuencia del consumo de alcohol de sus madres, C.E.V. junio-julio 2006.**

Tiempo de inicio del consumo de alcohol	Frecuencia del consumo de alcohol		Total
	Semanalmente	Mensualmente	
1-5 años	1	6	7
6-10 años	0	1	1
16-20 años	0	2	2
<b>Total</b>	1	9	10

Fuente: ídem.

Se muestra la relación de los niños con riesgo del DSM de acuerdo al tiempo de inicio y frecuencia del consumo de alcohol de sus madres. Sólo las madres de niños en riesgo consumen alcohol, por lo que los niños en retraso no se consideran. Destaca que 9 madres consumen alcohol con una frecuencia de tipo mensual. Ninguna de las madres consume alcohol de manera diaria.

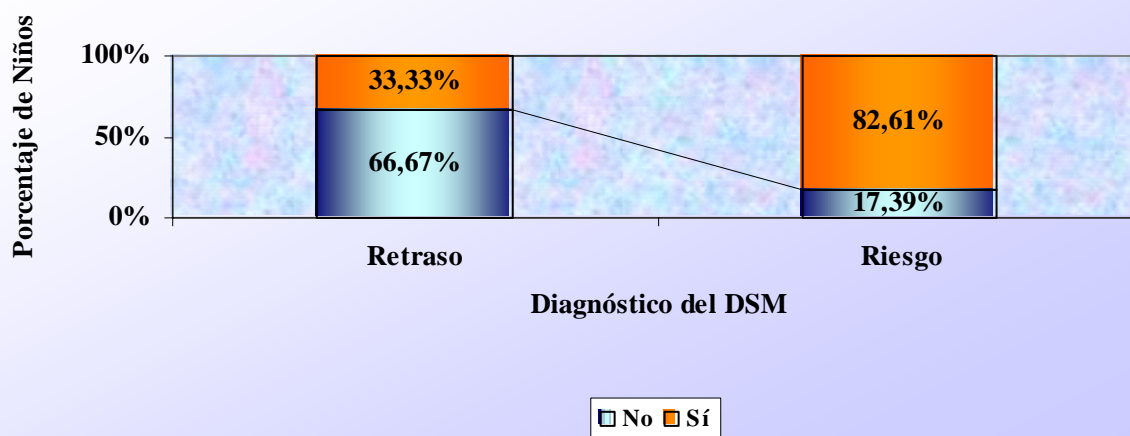
**Gráfico N° 27: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tiempo que dedica la madre a la estimulación del DSM de su hijo y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

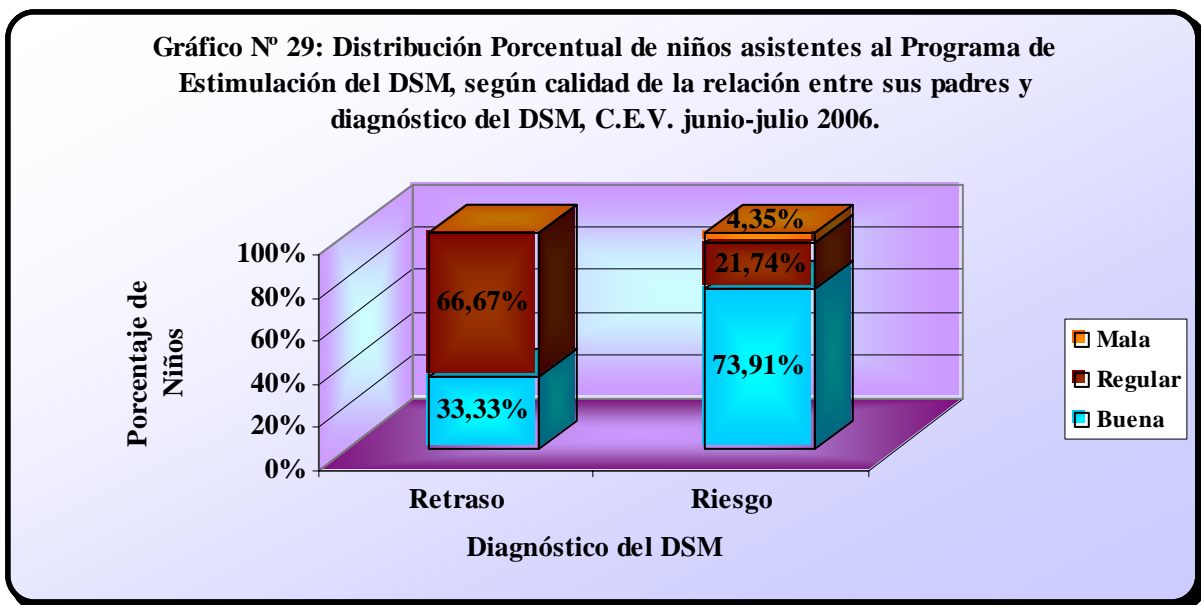
Todas las madres realizan estimulación a sus hijos, las diferencias por horas diarias muestra más de cuatro horas como la mayor frecuencia. Los tres niños en retraso, corresponde uno a cada categoría.

**Gráfico N° 28: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según embarazo deseado y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

En el grupo de riesgo la mayoría de los embarazos fueron deseados (82,61%). De la población en retraso, dos de tres embarazos fueron no deseados.



Fuente: ídem.

Las madres de los niños en riesgo califican la relación con el padre de su hijo como buena. De las madres de los niños en retraso, dos de tres consideran la relación como regular.

**Tabla N° 14: Distribución Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según número y calidad de las redes de apoyo social (intra y extrafamiliares) y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

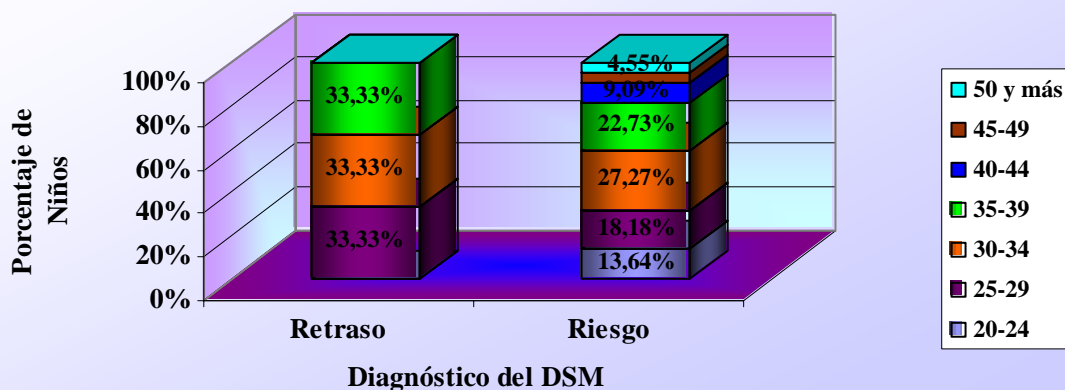
Red Social	Calidad de la Relación								Total
	Buena		Regular		Mala		No Existe		
	Riesgo	Retraso	Riesgo	Retraso	Riesgo	Retraso	Riesgo	Retraso	
Trabajo	5	1	1	0	1	0	16	2	26
Familia Paterna	10	2	3	1	2	0	8	0	26
Familia Materna	12	2	8	1	0	0	3	0	26
Vecinos	9	1	2	1	3	0	9	1	26
Sala Cuna o Jardín Infantil	12	2	0	0	0	0	11	1	26
Iglesia	6	1	0	0	0	0	17	2	26
Consultorio	16	3	5	0	0	0	2	0	26
Escuela Hijos Mayores	5	0	0	0	0	0	18	3	26
Otras	6	1	1	0	0	0	16	2	26

Fuente: ídem.

La calidad de la relación de las madres de los niños con el diagnóstico de riesgo y retraso del DSM con sus redes sociales es en general buena, especialmente con el consultorio, la sala cuna o jardín infantil al que asiste el niño, seguido de la familia materna y paterna; una parte importante refiere no tener relación, especialmente con la escuela a la que asisten sus hijos mayores, lo que se debe principalmente a que no participan mayormente en la educación de sus hijos o a que el hijo que se encuentra en el Programa de Estimulación no tiene hermano (s) mayor (es).

Destaca el hecho que ninguna madre del segmento en retraso refirió tener una mala relación con alguna de sus redes de apoyo social.

**Gráfico N° 30: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según edad del padre y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

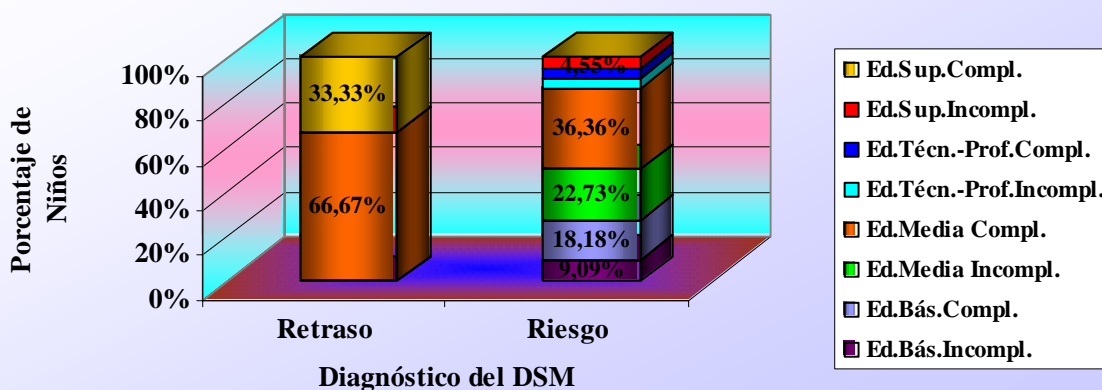
(\*) Se considerarán 25 padres de la población en estudio ya que uno de los padres se encuentra fallecido.

La edad del padre en los niños en riesgo varía entre los 30 y los 39 años. Le sigue el segmento etario de los 20 a los 29 años. También se aprecian porcentajes menores de padres mayores de 40 años.

Se observa que los padres de los niños en retraso tienen porcentajes similares, en los grupos entre los 25 y 39 años.

No se presentaron padres cuyas edades fluctuaran entre los 15 y 19 años, en ninguno de los dos grupos estudiados.

**Gráfico N° 31: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según nivel de escolaridad del padre y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

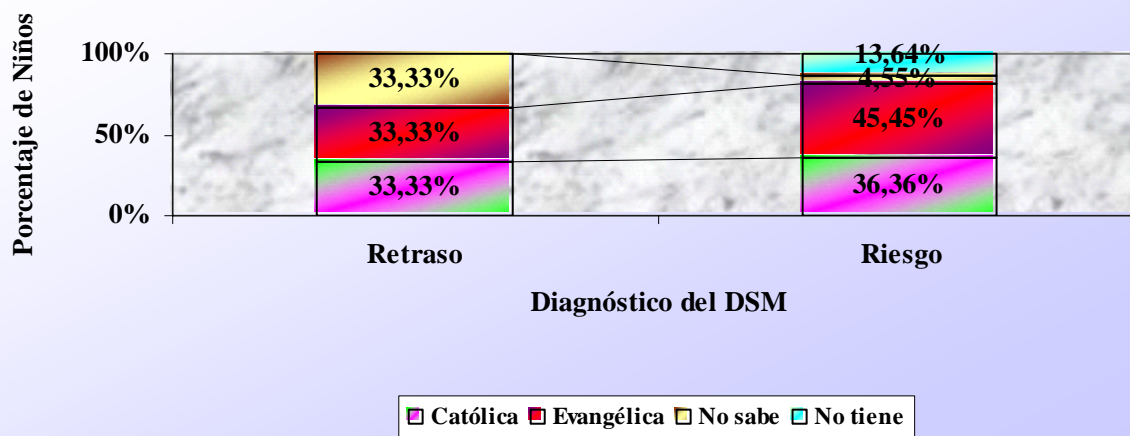


Fuente: ídem.

El gráfico N° 31 muestra la relación entre los niños con riesgo y retraso del DSM de acuerdo al nivel de escolaridad del padre. En ambos grupos, los mayores porcentajes corresponden a padres con educación media completa. Se observa, aunque en diferentes porcentajes, que los padres de niños en riesgo se ubican en la mayoría de los niveles de escolaridad establecidos en el estudio. Sólo en la población en retraso del DSM un padre tiene educación superior completa.

No se presentaron padres sin educación en ninguno de los grupos.

**Gráfico N° 32: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según religión del padre y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

Al igual que en las madres, los padres de los niños en estudio profesan religión evangélica y católica. Le siguen los que no tienen ningún tipo de religión. Dos de las madres entrevistadas (una de cada grupo) no saben si el padre del menor posee algún tipo de religión.

Los tres padres del grupo en retraso se distribuyen similarmente en tres categorías.

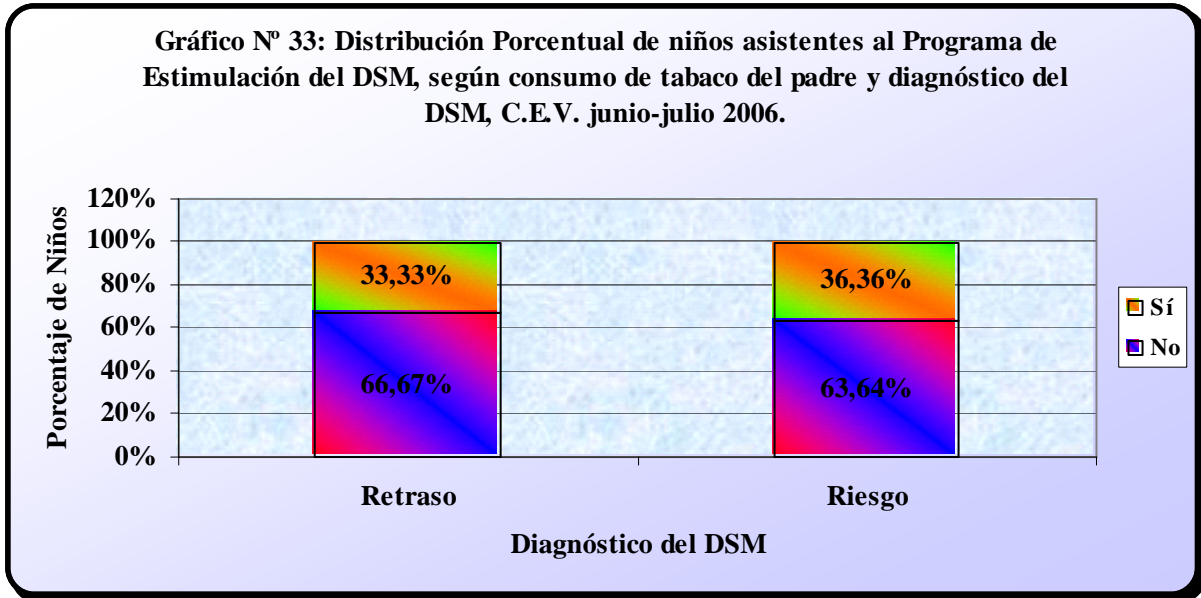
**Tabla N° 15: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según ocupación del padre y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Ocupación paterna	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Cesante	2	9.09	0	0.0	2
Empleado fiscal o particular	15	68.18	1	33.33	16
Trabajador Esporádico	3	13.64	1	33.33	4
Estudiante (*)	2	9.09	1	33.33	3
<b>Total</b>	22	100	3	100	25

Fuente: ídem

(\*) Dos de los tres padres que son estudiantes ejercen también como trabajador esporádico. Uno es padre de un niño en riesgo del DSM y otro de un infante en retraso.

La mayoría de los padres de niños en riesgo del DSM se ubican en la categoría de empleado fiscal o particular (68,18%). Los padres del segmento en retraso del DSM se distribuyen en igual porcentaje en tres de las categorías.



Fuente: ídem.

En ambos grupos la mayoría de los padres no consume tabaco. Sin embargo, un 36% de los padres del grupo en estudio fuman (8 en riesgo y 1 en retraso).



**Tabla N° 16: Distribución Numérica de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tiempo de inicio y frecuencia del consumo de tabaco del padre, y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Tiempo de inicio del consumo de tabaco	Diagnóstico del DSM							
	Riesgo						Retraso	
	Frecuencia del consumo diario tabaco (N° de cigarrillos)							
	1-5	6-10	16-20	Más de 20	No sabe	Total	No sabe	Total
11-15 años	0	0	0	0	1	1	0	0
16-20 años	2	0	0	0	0	2	0	0
Más de 20 años	0	1	0	1	0	2	0	0
No sabe	0	2	1	0	0	3	1	1
<b>Total</b>	2	3	1	1	1	<b>8</b>	1	<b>1</b>

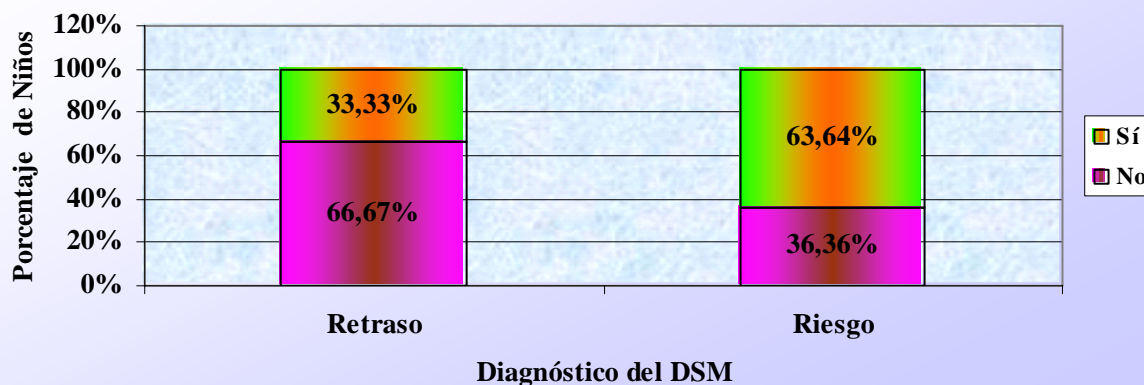
Fuente: ídem.

(\*) No existen categorías menores en el tiempo de inicio de consumo de tabaco, por lo que no se nombran en la tabla. En el caso del único niño en retraso del DSM, cuyo padre posee hábito tabáquico, no hay más categorías a excepción de la cual la madre no sabe la respuesta.

De los padres del segmento de niños en riesgo, 5 consumen entre 1 y 10 cigarrillos, con un tiempo variable de inicio del hábito tabáquico. Destaca que el único padre de un niño en retraso, que consume tabaco, se ubica en la opción en la cual la madre desconocía el tiempo y la frecuencia con que consume tabaco.

La población de padres no consume ningún tipo de droga, de acuerdo a lo referido por las madres. Sin embargo, hay cuatro madres (3 de niños en riesgo y 1 de niños en retraso) que no saben si el padre consume o no drogas.

**Gráfico N° 34: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según consumo de alcohol del padre y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**



Fuente: ídem.

De la población en riesgo, un 63,64% de padres consume alcohol. En el grupo en retraso, dos de tres no lo hacen.

En los niños en riesgo, el tiempo de inicio del consumo de alcohol de sus padres varía entre los 2 y 35 años (variable en cada caso). La frecuencia del consumo es de tipo mensual seguido del consumo semanal. Sólo un caso de un padre de un niño en riesgo presenta consumo de tipo diario.

Cerca de un 30% de las madres no conoce el tiempo de inicio del consumo de alcohol del padre.

**Tabla N° 17: Distribución Numérica y Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según tiempo que dedica el padre a la estimulación del DSM de su hijo y diagnóstico del DSM, C.E.V. junio-julio 2006.**

Tiempo que dedica el padre a la estimulación del DSM de su hijo	Diagnóstico del DSM				Total
	Riesgo		Retraso		
	N°	%	N°	%	
Entre 1-2 hrs.	9	40.91	1	33.33	10
Entre 3-4 hrs.	8	36.36	0	0.0	8
Más de 4 hrs.	1	4.55	0	0.0	1
No sabe	1	4.55	0	0.0	1
No tiene contacto con su hijo	2	9.09	2	66.67	4
Todos los fines de semana	1	4.55	0	0.0	1
<b>Total</b>	22	100	3	100	25

Fuente: ídem.

Los padres de niños en riesgo dedican entre 1-2 hrs., y entre 3-4 hrs. a la estimulación del DSM de sus hijos. En la categoría en la cual el padre no tiene contacto con su hijo, la cantidad de niños en riesgo y retraso es la misma, lo que llega a un 16% de la población en estudio.

## 10. DISCUSIÓN

La familia es considerada como la célula social básica. En todas las sociedades es posible identificar una unidad que se puede denominar familia (Salud Familiar, 1986), la cual imprime su sello indeleble en la formación personal, constituyendo el eslabón fundamental con el sistema social. Todas las experiencias posteriores serán interpretadas y enjuiciadas en función de ella. (Salud Familiar, 1986) Como sistema social, la familia es una complejidad organizada, compuesta de subsistemas o elementos en mutua interacción. De esta manera, la familia se verá afectada por cada unidad del sistema.

La familia tiene una influencia esencial dentro del desarrollo psicomotor del niño. El Desarrollo Psicomotor es “el proceso de cambios en el tiempo por los cuales un individuo adquiere las capacidades esenciales para la vida humana como son lenguaje, motricidad, y pensamiento, que permiten la comunicación, movimiento y en general adaptación al medio ambiente” (Kleinstauber y Avaria, 2006). En la actualidad existen distintas teorías que tratan de explicar este proceso, pero el modelo más aceptado es el “Modelo Transaccional” que destaca la importancia de tanto los factores genético-biológicos intrínsecos a cada individuo como del medio ambiente en el proceso de desarrollo psicomotor, siendo la suma de estas interacciones y cambios lo que da cuenta del desarrollo del niño (Desarrollo Psicomotor, Kleinstauber y Avaria, 2006).

Este estudio tiene por objetivo caracterizar el perfil familiar de los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el Programa de Estimulación del C.E.V. Para esto se aplicó un instrumento de tipo cuantitativo que respondieron las madres de los niños asistentes a éste programa, en su domicilio. El instrumento está conformado por 4 ítems, cada uno relacionado con características de la madre, el padre, la familia y el niño, con un total de 62 preguntas cerradas más 3 instrumentos. Los datos correspondientes al niño fueron obtenidos de la Ficha Clínica respectiva.

En general, la población asistente al C.E.V. posee un nivel socioeconómico bajo. No obstante, las 26 familias que participaron en el estudio se encuentran sobre el “nivel de pobreza”, es decir, sus ingresos son mayores a los \$25.000 mensuales, oscilando entre \$25.000 y \$127.500. Esta información nos permite inferir que pese a estar sobre el nivel de pobreza, la cantidad de dinero para mantener a su familia es bastante exigua, lo que podría llegar a ocasionar conflictos internos dentro de ella que irían en desmedro de un adecuado desarrollo para el niño. Cabe destacar que el nivel de pobreza utilizado en éste estudio es el mismo que se utiliza en el Consultorio Externo Valdivia para clasificar a la población asistente a control en ese centro asistencial.

La totalidad posee saneamiento ambiental completo, a excepción de una familia de un infante en riesgo, lo que proporciona mayor seguridad y confort al ambiente físico en que vive el niño.

La Profesora Gladys Jadue J. del Instituto de Filosofía y Estudios Educativos, Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Austral de Chile (Valdivia, 2003), en su ensayo “Transformaciones Familiares En Chile: Riesgo Creciente Para El Desarrollo Emocional, Psicosocial Y La Educación De Los Hijos”, dice que “se ha establecido en muchos países que los niños que presentan bajo rendimiento en la escuela provienen desproporcionadamente de familias de bajo nivel socioeconómico y cultural (Alvarez 1986; Beech 1985; Halpern 1986; Hollsteiner y Tacon 1983; UNESCO/UNICEF 1996). Los efectos acumulados de la pobreza influyen directamente en la vulnerabilidad física y psicosocial del niño que crece y se desarrolla en medio de factores ambientales adversos (UNESCO-UNICEF 1996; UNESCO 1997)”.

Otro estudio llamado “Rendimiento Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Bajo Durante su Segundo Año de Vida” (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Santiago, Chile, 1979) de M.I. Lira y S. Rodríguez, estudió una muestra de 1.330 niños de nivel socioeconómico bajo, distribuidos en cuatro grupos de edad (12, 15, 18 y 21 meses) que concurrían a consultorios del Servicio de Salud en dos sectores marginales de Santiago. La evaluación de su desarrollo se hizo mediante la E.E.D.P. y se observó que a mayor edad, menores son los promedios de coeficientes de desarrollo, menor es el porcentaje de niños normales y mayor el porcentaje de niños con retraso en su desarrollo psicomotor.

En el grupo estudio, el tipo de familia predominante en los niños en riesgo es la nuclear biparental, donde viven en el mismo hogar el padre, la madre y el hijo. Esto se podría considerar una ventaja, debido a que la convivencia familiar favorece el desarrollo del niño y de los padres. Los 3 niños en retraso, están distribuidos equitativamente entre las familias nuclear monoparental y biparental, y extensa monoparental. Se puede decir, por lo tanto, que en la mayoría de los casos, se cuenta con ambos padres para cumplir con las tareas de crianza y estimulación del niño. En el caso de las madres solteras, algunas de ellas viven con sus padres, por lo que el abuelo podría llegar a cumplir el rol de figura paterna.

Respecto a las familias monoparentales, en su estudio “Colaboración Familia-Escuela: Frente a la Situación de Familias Monoparentales” (2002), Verónica Luisa (Profesora de Filosofía, Departamento de Formación Pedagógica de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación) y Lucía Santelices (Facultad de Educación Pontificia Universidad Católica de Chile) señalan que “...estudios internacionales muestran que la educación de los niños en familias monoparentales constituye un factor de riesgo para el desarrollo armónico del niño” (Bloom y col,1978; Block, y col.1988 y Dickson y col.1999). Esto porque se ha demostrado que el retraso escolar es superior en estas familias, ya que el desempeño se ve

afectado por una “mayor ausencia, expulsiones escolares y conflictos de relación con sus pares”, además de una situación económica empobrecida al quedar sola la madre. Sin embargo señalan que “en hijos de madres viudas por lo general, no se observa menor rendimiento escolar. Lo que lleva a plantearse que éste tendría que vincularse más con aspectos afectivos tales como el estrés que provoca la ruptura conyugal o la ausencia afectiva del padre y que sería necesario profundizar en este aspecto, dado que no todas las familias monoparentales tendrían el mismo efecto sobre el rendimiento académico de los hijos” (Suet-ling Pong 1996).

En este estudio, el mayor número de familias se encuentra en la etapa de “familia con hijos adolescentes”, seguido de “familias con hijos preescolares”, “con hijos escolares” y, finalmente en la “etapa de crianza inicial de los hijos”. Ésto resulta paradójico, ya que el tener más hijos se considera un factor que puede ser beneficioso, al otorgar mayor experiencia a las familias para la crianza de un hijo, evitando así problemas en el desarrollo tales como un diagnóstico adverso del DSM.

La violencia intrafamiliar de cualquier tipo produce alteraciones en la dinámica familiar, lo que trae como consecuencia una disminución en la calidad de vida de sus miembros, impidiendo que éstos puedan desarrollarse plenamente como personas. Sólo los niños en riesgo presentan violencia intrafamiliar, correspondiendo a seis familias. Se evidencian los tres tipos de violencia: la mitad sufre de violencia de tipo psicológica, un tercio de violencia física y psicológica, y una familia presenta violencia de tipo física.

En cuanto al funcionamiento familiar según cohesión, los niños en riesgo se ubican en familias aglutinadas (extremas) y relacionadas (balanceadas). De los tres niños en retraso, dos de ellos se ubican en familias balanceadas (semirrelacionada y relacionada). Las familias extremas, cuya cohesión es muy alta, podrían llegar a presentar alguna disfunción, debido a que el grado de interacción entre sus miembros no es el más adecuado, ya que la unión afectiva entre sus miembros es tan fuerte, que les impide funcionar de manera individual y dependen de las decisiones o acuerdos familiares. Lo contrario sucede con las familias balanceadas, cuya vinculación emocional entre sus miembros permite una interacción familiar apropiada.

Según adaptabilidad, la mitad de la población en estudio está en la clasificación de balanceada (estructurada y flexible), un tercio corresponde a la clasificación caótica (extrema). Las familias balanceadas permiten cambios dentro de su estructura que le permiten enfrentar distintas situaciones a las cuales se ven expuestas. Lo contrario ocurre en las familias extremas, las cuales son incapaces de lograr un equilibrio, por lo que cualquier alteración en el sistema familiar, puede conducir a una disfuncionalidad familiar.

Se observó que la percepción del funcionamiento familiar de la mayoría de las madres de la población en estudio, indica que presentan una buena función familiar. Sin embargo, un 20% de niños en riesgo presenta algún grado de disfuncionalidad, lo que afecta a todos sus miembros de diferente manera, pero impacta de manera especial a los niños ya que son ellos los más susceptibles a los estímulos del ambiente que los rodea, por estar en un período muy sensible de su crecimiento y desarrollo biopsicosocial.

Esta variable se analiza en el estudio “Comportamiento del Desarrollo Psicomotor en el Menor de 1 Año, en Relación con el Manejo y Funcionamiento Familiar”, fue realizado por Gloria Robaina y Vania Rodríguez (2000), con una muestra de 51 recién nacidos sanos, en la que el 84,3% de los niños presentó DSM normal al año, el 15,7% retardo ligero a partir del tercer trimestre, siendo el lenguaje la esfera afectada; de ellos el 75% vivía con familias disfuncionales y el 100% con un manejo inadecuado.

Generalmente se señala como un factor de riesgo importante para la alteración del DSM, que los padres sean adolescentes, tal como lo hace la Dra. María de los Angeles Avaria en su artículo “Desarrollo Psicomotor”. Sin embargo, en nuestra población de estudio se pudo constatar que, contrariamente a lo esperado, no existen madres adolescentes; las edades de las madres se ubican entre los 20 y 49 años, en tanto que los padres poseen entre 20-50 y más años. En el conjunto de niños en riesgo del DSM, las madres se ubican principalmente en la categoría de 20-24 años, y los padres entre los 30-39 años. En relación a los niños en retraso, dos de las madres se encuentran entre los 25-29 años. Los padres se ubican entre los 25-39 años, con porcentajes similares entre cada grupo de edad.

En general, se pueden encontrar estudios que relacionan la edad materna, especialmente madres adolescentes, y su influencia en el desarrollo psicomotor del niño. Además, según distintos trabajos, el embarazo en una mujer adolescente conlleva mayor riesgo tanto de patología propia del embarazo, parto y puerperio, como en el niño durante el primer año de vida. Esto es lo que dice el estudio “Embarazo en la Adolescencia Como Factor de Riesgo Para la Madre y el Hijo”, de Manuel Becerra S., Alejandra Aird G., Pablo Villanueva G. y cols., 1993, que indica que el embarazo en una adolescente es siempre un factor de riesgo, para la madre y para el hijo, ya que son más enflaquecidas, se enferman más durante el embarazo (anemia, síntomas de parto prematuro), los recién nacidos son de más bajo peso, presentan más ictericia fisiológicas, patologías dérmicas y retardo del DSM el primer año de vida.

“La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, psicológicas y sociales para la díada, familia y comunidad. La inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de disfunción familiar determinan un contexto que se asocia con alteraciones, entre otras, del crecimiento y desarrollo del hijo”. Es lo que afirman Estela Arcos Griffiths, Maite Alberdi L., Cecilia

Molina Díaz y Myrna Uarac Uarac, en el trabajo “Madres Adolescentes Solteras, Relaciones Familiares y Desarrollo Psicomotor del Hijo”, 1996. Los resultados indican la existencia de un entorno familiar con signos de disfunción sobretodo con el padre, y demuestran que estrategias de prevención circunscritas a la etapa prenatal no logran efectos positivos sobre el desarrollo psicomotor del niño.

Sin embargo, también se encuentran estudios (“Factores de Riesgo Para El Desarrollo Psicomotor del Lactante de Nivel Socioeconómico Bajo”, de M. I. Lira 1993, nombrado ya anteriormente) que han descubierto la conexión existente entre los coeficientes de desarrollo obtenidos por los niños, y otros factores entre los que se cuenta madre mayor de 40 años.

El estudio anterior también menciona como factor de riesgo padres con baja escolaridad (5 años o menos). Los resultados obtenidos en la presente investigación evidencian que no se presentaron padres que no tuvieran educación. En las madres el nivel más bajo que se encontró fue el de enseñanza básica completa y el más alto a la superior incompleta; en los padres el más bajo fue básica incompleta y el más alto superior completa. En ambos grupos de déficit se encontró en mayor cantidad padres con educación media completa, por lo que el nivel de escolaridad de los padres parece no influir en el diagnóstico del desarrollo psicomotor de sus hijos.

En el segmento en riesgo, se encuentran principalmente madres casadas o convivientes, aunque también se encuentran madres separadas y solteras, pero en menor cantidad. En los tres niños con retraso, dos madres son solteras. “Parece que la ausencia del padre tiene un efecto negativo en el desarrollo cognoscitivo de los niños, y un efecto más marcado en los grupos étnicos que miran claramente al padre como la cabeza del hogar”. “Sin embargo, este hallazgo puede no continuar sustentándose ahora que las familias con un sólo padre son comunes. A medida que este estilo de vida se generaliza, algunas de las desventajas como el estigma social, la falta de modelos masculinos y la falta de sistemas de apoyo pueden reducirse a través del tiempo” (El papel del padre, Papalia 1992).

Estudios previos relacionados con el tema del desarrollo psicomotor no consideran la variable religión. En este estudio, el tipo de religión de los padres es principalmente evangélica y católica, aunque hay padres que no tienen religión. En el caso de la religión paterna se agrega a las anteriores otra opción, “no sabe”, para casos en que las madres ignoran cual es la religión del padre del niño.

Las ocupaciones de los padres influyen en el DSM del niño ya que la cantidad de tiempo que le dediquen los padres al niño dependerá en gran parte del trabajo que realicen, por sus horarios y nivel de exigencia que requiera. Además, la ocupación está directamente relacionada con el nivel de escolaridad de los padres. Así, en lo que corresponde a la



ocupación materna, en ambos segmentos de déficit, son mayoritariamente dueñas de casa. El hecho de que una parte población importante de los niños en déficit sea hijos de dueñas de casa es significativo, ya que de todas ocupaciones, son ellas las que cuentan con una mayor cantidad de tiempo para estimular a su hijo. En lo que respecta a los padres, en el grupo en riesgo se ubican en la categoría de empleado fiscal o particular, mientras que en el de retraso no se aprecia ninguna categoría predominante.

En la población en riesgo se distinguen padres con dos tipos de ocupaciones, y en la de retraso sólo el padre presenta ésta característica, lo que es importante considerar por lo ya dicho anteriormente.

El número de parejas que han tenido las madres varía entre una y dos. En las que han tenido sólo una pareja, ésta corresponde al padre del menor, y es la categoría predominante. Se aprecia un pequeño porcentaje de madres que han tenido 2 parejas, en la población de niños en riesgo.

En cuanto al tabaco, ambos padres en su mayoría no lo consumen actualmente. En las madres de la población en riesgo, cerca de un 40% lo consume, con una frecuencia que radica entre 0-5 cigarrillos diariamente, y un tiempo de consumo entre 1-10 años. En el padre, varía entre 0-10 cigarrillos, con un tiempo de inicio variable en cada caso.

En el caso de las tres madres de hijos con retraso, ninguna consume tabaco. En el caso del padre, sólo uno de ellos consume, pero debido a que la madre desconocía mayores datos acerca de su hábito tabáquico, no se pudo profundizar en mayores análisis.

En lo relacionado al consumo de drogas, las madres en general refieren no consumir drogas de ningún tipo, al igual que los padres, aunque hay un porcentaje importante de madres de niños en déficit psicomotor que no saben si el padre consume drogas. El consumo de diversas sustancias por parte de uno o ambos padres puede causar en el niño (a) una Hipoestimulación severa, ya que los padres no se preocupan de que reciba las experiencias necesarias para un adecuado DSM (Dra. María de los Angeles Avaria en su artículo “Desarrollo Psicomotor”).

Se han realizado estudios que evidencian el daño que se produce en el crecimiento y desarrollo intrauterino, y las consecuencias posnatales que tienen para el niño el consumo de drogas de la madre durante el embarazo. Por ejemplo, la cocaína “por acción vasoconstrictora en la embarazada y en el feto, produce rasgos craneofaciales semejantes a los del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Si al mismo tiempo se ingiere alcohol, los rasgos clínicos se acentúan por potenciación de drogas. Por igual mecanismo se producen disrupciones vasculares y

diversas malformaciones: cardíacas, renales, genitourinarias, esqueléticas. Sin embargo, el órgano más dañado es el cerebro debido a que en él la cocaína se concentra cuatro veces más que en el resto del organismo y sus consecuencias se observan más tardíamente como: alteraciones del desarrollo psicomotor, hiperactividad, trastornos conductuales y del aprendizaje” (“Gastos en Salud de Hijos de Consumidoras de Pasta Base de Cocaína”, 2002, María Mena R, Sergio Corvalán V. (Servicio de Pediatría y Unidad de Informática Maternidad, Hospital Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente), y Paula Bedregal B. (Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile)).

En la población estudiada se evidencia consumo de alcohol ocasional, aparentemente social ya que en el caso de las madres declaran consumirlo mensualmente.

Todas las madres realizan estimulación del DSM a sus hijos, cerca del 40% lo realiza por más de cuatro horas diarias. En los padres, cuatro de ellos no realizan estimulación del DSM, por no existir contacto con el niño.

Uno de los puntos importantes a destacar es la falta de tiempo para compartir con la familia, las que junto con la escasez de recursos económicos y la insuficiencia del espacio físico, son los problemas que más frecuentemente enfrentan las familias chilenas (“Percepción de la Familia y de la Formación de los Hijos”, M. Edwards, Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Santiago, 1993). Así, el hecho de que las madres estén más tiempo con el niño favorece la estimulación del DSM.

En este estudio los embarazos deseados corresponden a un 82,61% de niños en riesgo, y a uno de tres embarazos de niños en retraso. Importante es mencionar el hecho que las madres cuyo embarazo no fue deseado, posteriormente aceptaron a su hijo sin mayores problemas. “La calificación de un niño como no deseado es de extraordinaria dificultad, por el juicio de valores que ello implica y la dificultad en obtener información confiable”. “(...) parece razonable suponer que el embarazo no deseado no origina necesariamente un hijo no deseado (HND) y que éste, inicialmente en condición de desmedro, puede pasar a ser un niño amado y con un medio familiar totalmente acogedor, si se desarrollan exitosamente los procesos de apego. Si así ocurriese, la frecuencia pudiese ir en disminución durante el primer año de vida” (“Hijo no deseado después del parto: medición de frecuencia y análisis de tendencia”, Nelson A Vargas C, Marcela Valdés G, Francisca Sabugo S. del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y María Victoria Díaz-Valdés A. y María Inés Arce V., Internas Carrera de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2002).

En la población en estudio, en lo que respecta a la calidad de la relación entre los padres, la mayoría de las madres de infantes en riesgo califican la relación con el padre de su hijo como buena. En tanto, dos de tres madres de niños en retraso describen la relación como regular.

Como principales redes de apoyo social, las madres consideran indispensables al consultorio, seguido de la sala cuna o jardín infantil al que asiste el niño, la familia materna y paterna. La escuela no es considerada como una red de apoyo potente dada las características de la población.

La población en estudio, que se encuentra en el Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor del Consultorio Externo Valdivia, corresponde principalmente a niños con diagnóstico en riesgo (88,46%), muy por encima del 11,54% de niños en retraso. Esto podría considerarse una ventaja, ya que pese a que ambos diagnósticos significan una alteración en el normal desarrollo biosicosocial del niño, el diagnóstico de riesgo reviste menor gravedad y, por lo tanto, implica una menor dificultad para salir de él, siempre que exista un compromiso real por parte de la familia en hacerlo.

No se aprecian menores de un año en el Programa de Estimulación del C.E.V. Las edades de la población varían entre 1 año y los 5 años y fracción, mostrándose una mayor cantidad de infantes entre los 2 y 3 años, los cuales se encuentran en riesgo del DSM.

En cuanto al género, es el masculino el que lidera los porcentajes en ambos grupos. La variable sexo generalmente se analiza en la influencia que tiene en áreas específicas del desarrollo psicomotor. El Dr. Luis Schlack (2006), en su artículo “Desarrollo Neurológico Infantil”, dice que clásicamente las mujeres tendrían un mejor desarrollo del lenguaje y que los niños tendrían un mejor desarrollo motor. Además dice que existen trabajos que demuestran que la influencia de los roles asignados precozmente a niños o niñas, generan estimulación preferencial de ciertas áreas y no así de otras.

La variable APGAR se estudia en profundidad en el estudio “Relación Entre Apgar al Nacimiento y Desarrollo Psicomotor de Niños de 2 a 5 años Nacidos en el Hospital de Ilo”, de Humberto Hancco Tumi, 1996. Se tomó una muestra de 100 niños nacidos entre 1991-1994, de una población aproximada de 2.980, clasificados en tres grupos: 18 niños del grupo A (Apgar de 1-3), 36 niños del Grupo B (Apgar de 4-6), y 46 niños del Grupo C (Apgar de 7-10), en los que el 88%, 45% y 15%, respectivamente, se encuentran debajo de los niveles de normalidad para el TEPSI; resultados similares se observan en los subtests. Esto demuestra que al existir diferencias significativas en el TEPSI (total y subtests) entre los grupos estudiados, existe una correlación positiva entre el Apgar al primer minuto y el desarrollo psicomotor. Se destaca que todos los niños se encontraban dentro de los límites de normalidad

para la talla y peso según la edad; además no existen diferencias entre grupos en cuanto a edad, peso, talla, y grado de instrucción de los padres.

En el presente estudio, el mayor porcentaje se encuentra con APGAR normal (8-10 puntos) lo que no apoya ni debate los resultados expuestos anteriormente.

En relación al peso de nacimiento, se muestra que la población en riesgo se ubica, en su gran mayoría, entre los 2.500 y 4.000 g. Dos de tres niños en retraso tienen un peso superior a los 4.000 g. La Dra. María de los Angeles Avaria B. (2004) en su artículo “Desarrollo Psicomotor” nombra la prematuridad/bajo peso como un factor de riesgo perinatal de retardo del desarrollo, situación que no se detecta con claridad en este estudio.

El estudio “Factores de Riesgo Para El Desarrollo Psicomotor del Lactante de Nivel Socioeconómico Bajo”, de M. I. Lira (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Chile, 1993) muestra que entre las cuatro variables que mostraron una asociación significativa con el coeficiente de desarrollo se encuentra el bajo peso de nacimiento. Un resultado contrario se evidencia en el estudio “Influencia del Bajo Peso al Nacer en el Crecimiento y Desarrollo”, de Ohilda Montero R., Ana L. García. y Bernardo Sánchez P., 1997, que abarcó una población de 245 niños con bajo peso en el período de enero de 1992 a diciembre de 1994, y se seleccionaron los niños sin otra alteración al nacer, para así analizar la influencia de éste en su desarrollo psicomotor. La curva de peso fue en ascenso con la edad, alcanzándose el peso adecuado al año de edad, y el DSM no fue afectado por el peso en ninguna de sus áreas (social, lenguaje, coordinación y motora). Predominó el sexo femenino con el 56,4%.

En relación a la talla del grupo estudio, la mayoría se encuentra entre los 48 y 53 cms. Los indicadores antropométricos de peso y talla no muestran mayor relación con el desarrollo psicomotor según el estudio descriptivo “Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Niños de Lima Metropolitana” (Perú, 1991-1992), de Carmen Marín, Luis Segura, Andrés Lescano, Luis Cordero y Luis Benavente.

Se cree que los hijos únicos tendrían un mejor desarrollo ya que los padres podrían dedicarse exclusivamente a su cuidado, y recibirían mayores estímulos en comparación con los niños que tienen más hermanos. “Los padres, por primera o segunda vez, tienen más tiempo para estar con cada hijo...” (En Defensa Del Hijo Único, Papalia 1992, 383). Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que un tercio de la población son hijos únicos.

La población encuestada presenta una adherencia parcial a los Controles de Niño Sano y a las evaluaciones del Desarrollo Psicomotor, lo que sin duda es un problema muy preocupante, ya que la asistencia y el compromiso de los padres son fundamentales para poder implementar cambios que permitan modificar la situación de déficit del niño. La mitad de la población estudio no cumple con las evaluaciones del DSM necesarias para lograr una mejoría, y en muchos casos sólo hay un control de DSM que es en el cual se detecta el déficit, pero posteriormente por la escasa o nula asistencia es bastante difícil revertir ésta situación.

La mitad del grupo estudio presenta antecedentes de enfermedades y hospitalizaciones. La patología más prevalente es de origen respiratorio, quizás debido a las características climáticas de nuestra zona. Existe una gran similitud entre las causas de enfermedades y de hospitalizaciones, por lo que se infiere que muchas veces las causas que provocan algún tipo de enfermedad en los niños, requieren de hospitalización por un período determinado de tiempo, dependiendo de cada patología.

Diversas investigaciones se han centrado en la desnutrición de niños y su relación con el desarrollo psicomotor. Es así como tenemos al estudio “Desnutrición y Retraso del Desarrollo: Dos Indicadores de Carencias Prolongadas: Identificación de Población Infantil con Desarrollo Vulnerable” (Argentina, 1997), de María A. Rodrigo, Irma Piacente, María Inés Urrutia, que evaluó el estado nutricional de una muestra de 830 niños de 2 a 5 años, utilizando los indicadores Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad y registrando peso de nacimiento. El desarrollo psicológico se investigó mediante el TEPSI. Cuando se analizó el estado nutricional con el indicador Talla/Edad, tanto con el punto de corte a -2 Z como a -1 Z, se encontraron diferencias significativas en el desarrollo psicológico de los niños eutróficos (normales) y desnutridos.

En la investigación “Evaluación Nutricional y Psicomotriz de Lactantes Desnutridos en un Programa Ambulatorio Para el Seguimiento y Recuperación Nutricional 1991-1992”, de Edwin López Angulo, 1992, se realizó una evaluación nutricional en lactantes con desnutrición severa, y que fueron tratados en un sistema abierto (ambulatorio) con un programa integral e intensivo. Los resultados mostraron diferencias significativas en la evolución nutricional (peso/talla, peso/edad) y en el desarrollo psicomotor del ingreso respecto al egreso del programa.

En este estudio respecto al estado nutricional del último control, el mayor porcentaje de los niños en riesgo se ubica en la categoría normal (69,57%), en tanto que los tres niños en retraso, se ubica equitativamente en las tres categorías (riesgo de desnutrir, normal, sobrepeso). No se observan en ninguno de los 2 grupos desnutrición ni obesidad, lo que es bastante positivo, ya que como el cumplimiento a los Controles de Niño Sano es parcial, se pensaría que podrían presentarse problemas en el estado nutricional de los niños.

La lactancia materna lidera las opciones en ambas poblaciones de déficit del DSM; en el grupo de riesgo, y en una cantidad significativamente menor, se ubica la lactancia artificial y la mixta (complemento de lactancia natural y artificial).

En relación a la duración de la lactancia materna el grupo estudio evidenció un alto porcentaje de mantención de la lactancia materna por sobre los seis meses, cumpliendo así con los consejos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recomienda la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del niño, complementada con alimentos sólidos a partir de ésta edad y durante los dos primeros años de vida. Se puede inferir que las madres están concientes de la importancia de la alimentación en el desarrollo y crecimiento de sus hijos, quizás debido a un aumento de la difusión de los beneficios de la lactancia materna en los últimos años. Entre ellos se puede nombrar que los niños alimentados con lactancia materna, tienen un mejor desarrollo del sistema neuronal debido a su alto contenido de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (Ferrández, 1998), un mejor desarrollo psicomotor al presentar mayor fuerza muscular en bíceps y cuádriceps, se ponen de pie antes que los alimentados con fórmula láctea (Casado, 1992), entre otros beneficios.

Existen estudios relacionados con el desarrollo psicomotor de los niños, que arrojan resultados que mencionan una relación significativa entre éste y la lactancia materna, como por ejemplo, “Desarrollo Psicomotor en Lactantes que Viven en un Área Rural de la Región Metropolitana” (Chile, 1998), de Pamela Alarcón C., Rosa Olave D., Macarena Zamora Z. en donde se aplicó la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.) a una muestra de 58 lactantes mayores, y una entrevista estructurada durante una visita domiciliaria a un miembro de la familia. Los resultados reflejan que el 26.7% presenta un riesgo en su DSM y que el área más afectada fue la de coordinación. Más de la mitad de la muestra era de sexo masculino (53.3%). Entre los factores que se asocian significativamente al déficit del DSM se encuentran la lactancia materna exclusiva (LME) menor a 6 meses y el estado nutritivo deficitario.

Otros estudios investigan directamente la asociación entre ambas variables, tal como ocurre en el estudio “Duración de la Lactancia Materna Exclusiva y Factores Asociados” (Santiago, Chile, 1995), de Ximena Vásquez M., Ana Olave N., Ilse López B. y Haydeé Sepúlveda B. que tomó una muestra de 88 niños atendidos en el consultorio José Symon Ojeda, que cumplían con los requisitos de: cursar el 6º mes de edad al realizar la investigación y contar con un mínimo de seis controles en dicho consultorio. Se encontró que sólo el 34,1% de los niños llegaba al sexto mes recibiendo leche materna como único aporte lácteo.

Con respecto a la influencia que ejercen los cuidadores en el DSM del niño, M. I. Lira y Z. Contreras realizaron el estudio “Desarrollo Psicomotor en Lactantes de Nivel Socioeconómico Bajo a Cargo de Distintos Cuidadores” (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Chile, 1998). En los meses de abril y noviembre (pre-post) se aplicó

el E.E.D.P. a 90 lactantes de sectores pobres para explorar variaciones del coeficiente de desarrollo (C.D.) atribuibles al tipo de atención recibida: sala cuna, sus madres y abuelas o tías. Los niños que partieron con un desarrollo normal bajaron en forma significativa su C.D. promedio, ya sea que estuvieran en sala cuna o al cuidado de su madre, abuela o tía. Ninguno de los grupos tuvo una disminución estadísticamente mayor. En los niños que partieron con déficit no hubo diferencias significativas pre-post test, en ninguno de los tres grupos. El mayor porcentaje de recuperación (déficit a normal) y el menor porcentaje de incidencia (normal a déficit) se da en los niños que están al cuidado de sus madres. El mayor porcentaje de incidencia se da entre los niños que estuvieron a cargo de una abuela o tía.

En este estudio, toda la población en déficit de desarrollo psicomotor es cuidada por personas de su familia, la madre lidera esta categoría como la principal cuidadora, sola o en conjunto con otros familiares.

De los niños en riesgo, un 52,17%, no asisten a sala cuna ni jardín infantil; de los tres niños en retraso, dos asisten a jardín infantil. Ésta situación es preocupante debido a que estas instituciones son un apoyo fundamental para los niños y sus familias, reforzando en los padres aquellos aspectos que deben potenciar en sus hijos, y que son necesarios para poder revertir la condición de déficit del niño. En cuanto al cuidado de los niños se han realizado investigaciones como “Que Piensan las Madres de Sectores Populares Acerca de la Sala Cuna”, de M. I. Lira y Z. Contreras (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Chile, 1998), en donde un 60-70% de los lactantes era cuidado en forma exclusiva por sus madres, y el cuidador sustituto preferido es la abuela. Las madres reconocen algunos méritos a la sala cuna pero envían a sus hijos a ella sólo cuando deben trabajar y cuando no cuentan con otros cuidadores, que prefieren. En general, más de la mitad de las madres no lo enviarían, aunque ésta estuviera disponible.

Espero que el presente estudio sirva de base para futuras intervenciones destinadas a mejorar la comprensión de éste fenómeno, implementando medidas efectivas a favor de una intervención que potencie las características positivas de cada familia.

## 11. CONCLUSIONES

El objetivo del tema desarrollado radica fundamentalmente en caracterizar el perfil familiar de los niños con el diagnóstico de riesgo o retraso del desarrollo psicomotor que se encuentran en control en el Programa de Estimulación en el Consultorio Externo Valdivia, con el fin de que sirva tanto a los estudiantes como profesionales de Enfermería a tener mayor conocimiento acerca de la importancia de la familia en el desarrollo psicomotor infantil, de su estimulación por parte de los padres y de lo imprescindible que es tener una visión general de la realidad epidemiológica de la población bajo nuestro cuidado, todo esto enfocado a mejorar la atención de salud de acuerdo a las necesidades de ella.

- Las familias que participaron en el estudio corresponden a familias de nivel socioeconómico bajo, con saneamiento ambiental completo. En general, los niños con la condición de riesgo poseen familias nucleares biparentales, con hijos adolescentes y preescolares; seis presentan V.I.F., la mitad de tipo psicológica. Dos infantes en retraso presentan familias nucleares (monoparental y biparental), en la etapa de crianza inicial de los hijos; no presentan V.I.F. En cuanto al funcionamiento familiar según cohesión, el grupo estudio en riesgo se ubican en familias aglutinadas (extremas) y relacionadas (balanceadas). De los tres niños en retraso, dos de ellos se ubican en familias balanceadas (semirrelacionada y relacionada). Según adaptabilidad, la mitad de la población en estudio está en la clasificación de balanceada (estructurada y flexible), un tercio corresponde a la clasificación caótica (extrema). La percepción del funcionamiento familiar de la mayoría de las madres indica que presentan una buena función familiar, pero un 20% de niños en riesgo presenta algún grado de disfuncionalidad.
- No existen madres adolescentes, y en general las madres de niños en riesgo se ubican en la categoría de 20-24 años, y el padre entre los 30-39 años. En relación a los niños en retraso, dos de las madres se encuentran entre los 25-29 años, y el padre se ubica entre los 25-39 años, con porcentajes similares entre cada grupo de edad. No se presentaron padres que no tuvieran educación, y la mayoría poseían educación media completa. En el segmento en riesgo, se encuentran principalmente madres casadas o convivientes. En los tres niños con retraso, dos madres son solteras. El tipo de religión de los padres es principalmente evangélica y católica, aunque hay padres que no tienen religión. La ocupación materna predominante es dueña de casa. En lo que respecta a los padres, en el grupo en riesgo se ubican en la categoría de empleado fiscal o particular, mientras que en el de retraso no se aprecia ninguna categoría predominante. La mayoría de las madres han tenido sólo una pareja durante su vida. Un 40% de los



padres del grupo de riesgo consumen tabaco, al contrario del grupo en retraso en donde sólo un padre presenta éste hábito. Ninguno consume drogas, y las madres presentan consumo de alcohol de tipo social. Un 40% de las madres realiza estimulación por más de 4 hrs. y en el padre, 4 no tienen contacto con su hijo. Los embarazos deseados corresponden a un 82,61% de niños en riesgo, y uno de tres embarazos de niños en retraso. La calidad de la relación entre los padres es buena; dos de tres madres de niños en retraso describen la relación como regular. Como principales redes de apoyo social, las madres consideran al consultorio, seguido de la sala cuna o jardín infantil al que asiste el niño, la familia materna y paterna.

- Un 88,46% de los niños asistentes al Programa de Estimulación del C.E.V. se encuentra en riesgo del DSM, mientras que el 11,54% está en retraso. No existen menores de un año; las edades de la población varían entre 1 año y los 5 años y fracción, mostrándose una mayor cantidad entre los 2 y 3 años, los cuales se encuentran en riesgo del DSM. Predomina el género masculino; el mayor porcentaje se encuentra con APGAR normal (8-10 puntos) al minuto y a los cinco minutos. El peso de nacimiento, de la población en riesgo es de 2.500 - 4.000 g., mientras que dos de tres infantes en retraso tienen un peso superior a los 4.000 g. En relación a la talla del grupo estudio, la mayoría se encuentra entre los 48 y 53 cms.; un tercio de la población son hijos únicos. Se presenta una adherencia parcial a los Controles de Niño Sano y a las evaluaciones del Desarrollo Psicomotor, y la mitad de la población estudio no cumple con las evaluaciones del DSM necesarias para lograr una mejoría. Cerca del 50% presenta antecedentes de enfermedades y hospitalizaciones, siendo la causa más frecuente, en ambos grupos, patologías de origen respiratorio. La mayoría presenta un estado nutricional normal; la lactancia es de tipo materna, por más de seis meses. El principal cuidador es la madre, sola o junto con otros familiares; más del 50% de la población en riesgo no asiste a sala cuna o jardín infantil, mientras que dos de los tres niños en retraso, asisten a jardín infantil.

Todo esto permitirá fortalecer la profesión de enfermería, en las cuatro áreas del rol, especialmente en lo relativo a Salud Familiar, que en el último tiempo ha adquirido gran importancia sobretodo dentro del ámbito de las políticas de salud que la han situado como la principal base a partir de la cual ejercer nuestras intervenciones.

Enfermería, como profesión y disciplina, ofrece tanto a los niños, familias y comunidad en general, las herramientas necesarias para mejorar y desarrollar sus estilos de vida mediante la prevención, promoción y educación. Para este propósito, la enfermera debe entender cuál es el entorno biopsicosocial que rodea a la familia, y por ende al niño, para poder efectuar una intervención efectiva que sea beneficiosa.

Por esta razón, es necesario tener claro la gran influencia y responsabilidad que tenemos en este ámbito, lo que pasa necesariamente por la adecuada información y manejo de todas aquellas situaciones de carácter biopsicosocial que afectan a la población bajo nuestro cuidado, fomentando todas aquellas prácticas de autocuidado que de una manera u otra influirán en el desarrollo del niño.

La necesidad de trabajar con las familias establece un reto, fundamentalmente en el plano de la atención primaria, razón por la cual el acercamiento hacia ellas debe basarse en un compromiso mutuo, ya que sin ésto todas las intervenciones dirigidas hacia ellas serán inefectivas.

El profesional de Enfermería es responsable de concientizar a la familia de que mientras más satisfactorios sean los lazos afectivos y emocionales entre ellos, mejor será la oportunidad que tendrá el niño de desarrollar sus potencialidades de manera plena en todos los ámbitos de su vida, y de mejorar su propia calidad de vida. También es la encargada de iniciar las acciones tendientes a modificar estilos y hábitos de vida que van en desmedro de un adecuado desarrollo para el (la) niño (a).

Cabe destacar que el potencial que posee el tema en estudio nos permite fortalecer el área de investigación en Enfermería, que por lo general es dejada de lado dentro de nuestra profesión. Muchas veces la poca difusión de los estudios realizados en la Universidad Austral de Chile por estudiantes de Enfermería impide que la información recogida por ellos pueda ser conocida por una mayor cantidad de personas, requisito fundamental para lograr un conocimiento generalizado acerca del tema tratado, y provocar un cambio, en caso de que sea necesario.

Indispensable es dejar de nombrar la importancia de fortalecer y ampliar el nexo existente entre el Consultorio Externo Valdivia y la Universidad Austral de Chile, cuyo beneficio mutuo permitirá ampliar las posibilidades de aprendizaje, más allá del área puramente asistencial, y establecer pautas para futuras cooperaciones de carácter investigativo.

Todo esto se verá reflejado en una mejor calidad de atención, un mejor nivel de preparación de los profesionales de enfermería y una mejor satisfacción usuaria.

## 12. BIBLIOGRAFÍA:

- AVARIA,MARIA 2004. DESARROLLO PSICOMOTOR. (Apunte) Neurología Infantil, Instituto de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. 7p
- BARNA,R.;I.CONCHA;R.FLORENZANO;A.GONZALEZ;N.HORWITZ. 1986. Salud Familiar. Santiago,Chile, C.P.U. pp59-72.
- BRALIC,S.;I.M.HAEUSSLER;H.MONTENEGRO;S.RODRÍGUEZ. 1978. Estimulación Temprana;Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Santiago,Chile, UNICEF. pp7-78.
- CASADO,M.E;F.CORONEL;L.VIDAL. 1992 LACTANCIA MATERNA;Preguntas y respuestas. Santiago,Chile, Mediterráneo. pp60-61.
- FERRÁEZ,M.A. 1998. Lactancia Materna. México, McGraw-Hill Interamericana pp37-38.
- HAEUSSLER,I.M.;T.MARCHANT. 2003 Tepsi:TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 – 5 AÑOS. Décima Edición. Santiago,Chile, Ediciones Universidad Católica De Chile. pp13 – 22.
- HIDALGO,C.;E.CARRASCO. 1999. Salud Familiar;un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago,Chile, Ediciones Universidad Católica De Chile. pp8.
- MARRINER-TOMEY,ANN;M.RAILE. 1999. Modelos y teorías en enfermería. Tercera Edición. España, Mosby/Doyma Libros. pp411.
- MOLINA,CECILIA. 2006. LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS COMO MARCO PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA In: GISSI,JORGE. 1985. “Sistémica, identidades, familia y terapia”. **Revista de Trabajo Social** N°47:p.23-34.

In: PREISTER,STEVEN. 1981 “La teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia”. **Revista de Trabajo Social** N°?: p.5-17.

- PAPALIA,DIANE;S.OLDS. 1992. *Psicología Del Desarrollo: De La Infancia a La Adolescencia*. México,McGraw-Hill. pp328.
- RODRÍGUEZ,S.;V.ARANCIBIA;C.UNDURRAGA. 1979 EEDP:ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 – 24 MESES. Tercera Edición. Santiago,Chile, Editorial Galdoc Ltda. pp19 – 21.
- URIBE,P. 1992. REDACCIÓN DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS EN EDUCACIÓN. Valdivia, UACH. 26p.
- Desarrollo psicomotor. Dras. Karin Kleinsteuber S. y María de los Ángeles Avaria B. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología Hospital de Niños Roberto del Río. Santiago Chile. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.hrrio.cl/temas%20de%20salud/desarrollo.htm> Acceso el 10 de Abril, 2006.
- Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Dra Rosario Moore V. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html> Acceso el 10 de Abril, 2006.
- Desarrollo Neurológico Infantil. Dr. Luis Schlack [Sitio en Internet] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/DessNeuroInf.html> Acceso el 11 de Abril, 2006.
- Pediatría del desarrollo y comportamiento. Antecedentes. Dra. María de los Ángeles Avaria. Departamento Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Hospital de Niños Roberto del Río [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.revistapediatría.cl/vol2num1/14.htm> Acceso el 13 de Abril, 2006.
- ¿Cómo promover la salud en nuestra familia? [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.minsal.cl> Acceso el 20 de Abril, 2006.

- Glosario de Términos en Promoción de Salud. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.minsal.cl> Acceso el 20 de Abril, 2006.
- Revista Cubana de Medicina General Integral. Trabajos de Revisión. La Salud Familiar. María Teresita Ortiz Gómez. 1999. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000400017&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000400017&script=sci_arttext&tlng=es) Acceso el 20 de Abril, 2006.
- Revista chilena de neuro-psiquiatría. La Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Chile and Adolescent Psychiatry. Hernán Montenegro. 2000 [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000300001&script=sci_arttext) Acceso el 21 de Abril, 2006.
- Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial. Investigaciones Sobre el Niño, su Familia y el Entorno Social. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.cedep.info/investigaciones.php.#4> Acceso el 26 de Abril, 2006.
- Relación entre apgar de nacimiento y desarrollo psicomotor de niños de 2 a 5 años nacidos en el Hospital de Ilo. Humberto Hancco Tumi 1996 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 27 de Julio, 2006.
- Influencia del bajo peso al nacer en el crecimiento y desarrollo. Ohilda Montero R., Ana García, Bernardo Sánchez P. 1997 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 27 de Julio, 2006.
- Evaluación del desarrollo psicomotor en niños de Lima Metropolitana. Evaluation of the children psicomotor development in Metropolitan Lima. Carmen Marín, Luis Segura, Andrés Lescano, Luis Cordero y Luis Benavente [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 27 de Julio, 2006.
- Desnutrición y retraso del desarrollo: dos indicadores de carencias prolongadas: identificación de población infantil con desarrollo vulnerable. María A. Rodrigo, Irma Piacente, María Inés Urrutia. 1997 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 27 de Julio, 2006.

- Evaluación nutricional y psicomotriz de lactantes desnutridos en un programa ambulatorio para el seguimiento y recuperación nutricional 1991-1992. Nutritional and psychometric evaluation of malnourished infants at outpatient program. Edwin López Angulo. 1992 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 28 de Julio, 2006.
- Desarrollo psicomotor en lactantes que viven en un área rural de la Región Metropolitana / Psychomotor performance of less than 2 years-old children that live in the rural areas of Santiago, Chile. Pamela Alarcón, Rosa Olave, Macarena Zamora. 1998 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 28 de Julio, 2006.
- Duración de la lactancia materna exclusiva y factores asociados / Only breast feeding length and associated factors. Ximena Vásquez M., Ana Olave, Ilse López, Haydée Sepúlveda B. 1995 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 28 de Julio, 2006.
- Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar / Behaviour of psychomotor development in children under 1 year of age in relation to family management and functioning Gloria Robaina S., Vania Rodríguez. 2000 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 28 de Julio, 2006.
- Embarazo en la adolescencia como factor de riesgo para la madre y el hijo / Pregnancy in adolescence as risk factor for mother and child. Manuel Becerra, Alejandra Aird G., Pablo Villanueva G., Gastón Soto C., Cristina Lagos F., Jorge Olivos A. 1993. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 20 de Agosto, 2006.
- Madres adolescentes solteras, relaciones familiares y desarrollo psicomotor del hijo / Single adolescent mothers, family relations and psychomotor development of the child. Estela Arcos Griffiths, Maite Alberdi L., Cecilia Molina D., Myrna Uarac U. 1996. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 20 de Agosto, 2006.
- Revista médica de Chile 2002. Gastos en salud de hijos de consumidoras de pasta base de cocaína. Health care expenses among the offspring of cocaine

base paste consumers. María Mena R, Sergio Corvalán V, Paula Bedregal B. 2002. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001100006&script=sci_arttext) Acceso el 16 de Septiembre, 2006.

- Revista médica de Chile 2002. Hijo no deseado después del parto: medición de frecuencia y análisis de tendencia. Frequency of unwanted children alter birth. Nelson Vargas, Marcela Valdés, Francisca Sabugo, María Díaz-Valdés, María Arce. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000600006&script=sci_arttext) Acceso el 16 de Septiembre, 2006.
- EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE LACTANCIA Resultados Encuestas Nacionales 1993-2000 COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/lactancia/informe\\_lactancia\\_oct\\_2005.pdf#search=%22efectividad%20del%20programa%20de%20lactancia%20resultado%20encuestas%20nacionales%201993-2000%22](http://www.minsal.cl/ici/lactancia/informe_lactancia_oct_2005.pdf#search=%22efectividad%20del%20programa%20de%20lactancia%20resultado%20encuestas%20nacionales%201993-2000%22) Acceso el 17 de Septiembre, 2006.
- Estudio descriptivo del desarrollo psicomotor de los niños de la Isla de Alao, Chiloé / Descriptive study of psychomotor development in children from Alao island, Chiloé [Sitio en Internet] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acceso el 17 de Septiembre, 2006.
- Estudios Pedagógicos (Valdivia) N° 29 TRANSFORMACIONES FAMILIARES EN CHILE: RIESGO CRECIENTE PARA EL DESARROLLO EMOCIONAL, PSICOSOCIAL Y LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS. Family transformations in Chile: present increasing risk in the emotional, psychosocial and educational development of children. Gladys Jadue J. 2003. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es) Acceso el 28 de Septiembre, 2006.
- REVISTA ELECTRÓNICA: DIÁLOGOS EDUCATIVOS. REVISTA N° 4, 2002. COLABORACIÓN FAMILIA-ESCUELA: FRENTE A LA SITUACIÓN DE FAMILIAS MONOPARENTALES. Verónica Luisi, Lucía Santelices. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es) Acceso el 28 de Septiembre, 2006.

- Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña Menor de 6 años, 2004. Programa de Salud del Niño. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. [Sitio en Internet] Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/S\\_1/salud\\_nino/Manual.pdf](http://www.minsal.cl/ici/S_1/salud_nino/Manual.pdf) Acceso el 8 de Diciembre, 2006.



## 13. ANEXOS

### ANEXO 1. INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN.

Nº de caso:

#### PRIMER ITEM: DATOS DE LA MADRE

I Edad:

1.  15 – 19 años
2.  20 – 24 años
3.  25 – 29 años
4.  30 – 34 años
5.  35 – 39 años
6.  40 – 44 años
7.  45 – 49 años
8.  50 años y más

II Nivel de escolaridad:

1.  Educación básica completa
2.  Educación básica incompleta
3.  Educación media completa
4.  Educación media incompleta
5.  Educación superior completa
6.  Educación superior incompleta
7.  Educación técnico – profesional completa
8.  Educación técnico – profesional incompleta
9.  Sin educación

III Estado civil:

1.  Soltera
2.  Casada
3.  Separada
4.  Divorciada
5.  Viuda
6.  Conviviente

IV Religión:

1.  Católica
2.  Evangélica
3.  Luterana
4.  Otra. ¿Cuál?.....
5.  No tiene.

V Ocupación:

1.  Cesante
2.  Dueña de casa
3.  Jubilada
4.  Trabajadora esporádica
5.  Empleada fiscal o particular
6.  Estudiante

VI Parejas:

Número

VII ¿Usted consume tabaco?

1.  Sí
2.  No

VIII ¿Desde cuándo consume tabaco?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.

IX Número de cigarrillos consumidos diariamente.

1.  1 – 5
2.  6 – 10
3.  11 – 15
4.  16 - 20
5.  Más de 20

X ¿Ha consumido usted alguna vez drogas?

1.  Sí
2.  No

XI ¿Desde cuándo consume drogas?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.

XII ¿Qué tipo de droga ha consumido?

1.  Marihuana.
2.  Cocaína
3.  Pasta base
4.  Neopren
5.  Otras sustancias. ¿Cuales? -----

XIII ¿Con qué frecuencia consume drogas?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

XIV ¿Usted consume alcohol?

1.  Sí
2.  No

XV ¿Desde cuándo consume alcohol?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.

XVI ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente

XVII ¿Su embarazo fue deseado?

1.  Sí
2.  No

XVIII ¿Cuánto tiempo dedica a la estimulación del DSM de su hijo diariamente?

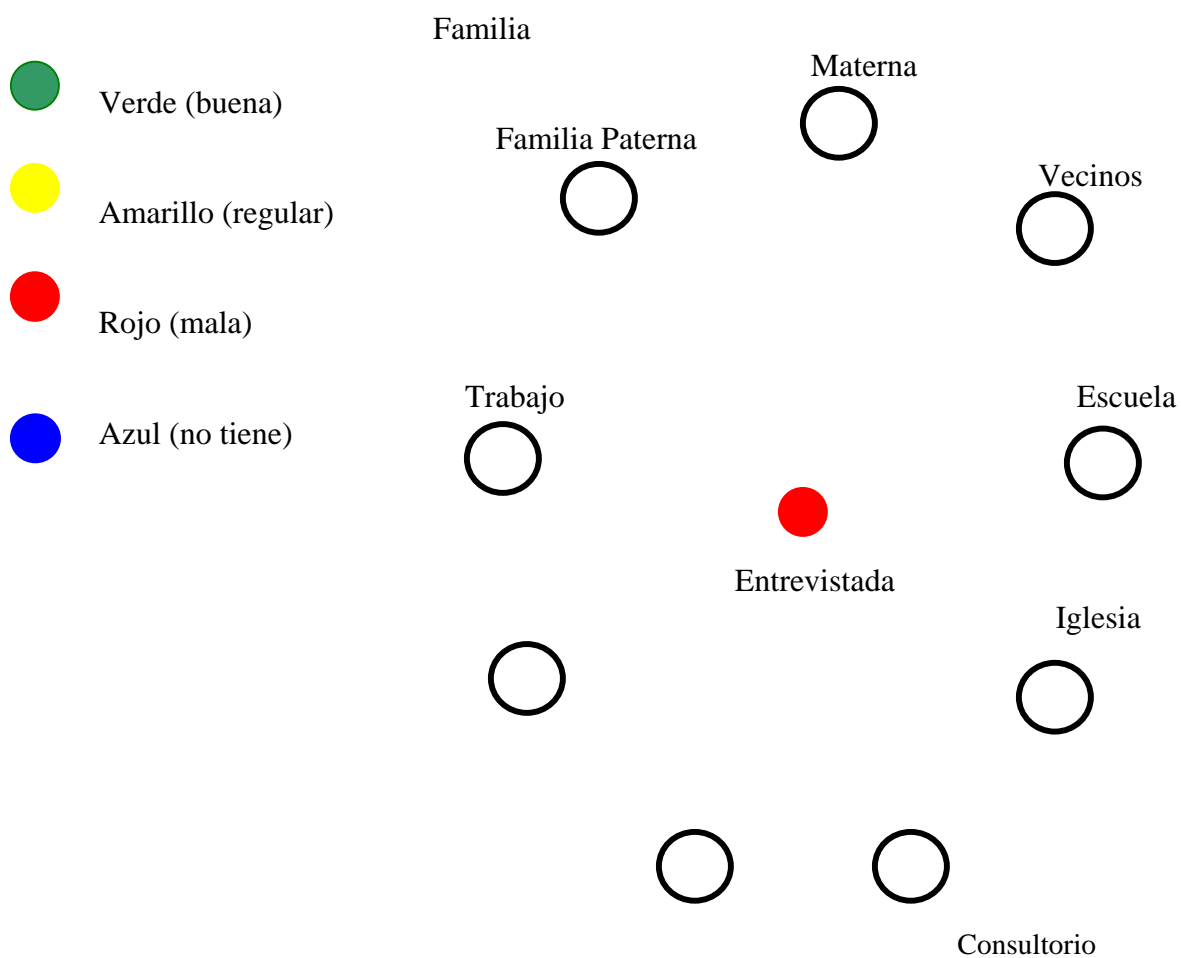
1.  Entre 1-2 horas.
2.  Entre 3-4 horas.
3.  Más de 4 horas.

XIX ¿Cómo considera la relación con su marido o pareja?

1.  Buena.
2.  Regular.
3.  Mala.
4.  No tiene.

## XX Ecomapa

Obtener aspectos relacionados con tres medidas: tamaño, estructura y percepción por parte del entrevistado (a) sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo.



## SEGUNDO ITEM: DATOS DEL PADRE

I Edad:

1.  15 – 19 años
2.  20 – 24 años
3.  25 – 29 años
4.  30 – 34 años
5.  35 – 39 años
6.  40 – 44 años
7.  45 – 49 años
8.  50 años y más.

II Nivel de escolaridad:

1.  Educación básica completa
2.  Educación básica incompleta
3.  Educación media completa
4.  Educación media incompleta
5.  Educación superior completa
6.  Educación superior incompleta
7.  Educación técnico – profesional completa
8.  Educación técnico – profesional incompleta
9.  Sin educación
10.  No sabe.

III Religión:

1.  Católica
2.  Evangélica
3.  Luterana
4.  Otra. ¿Cuál?.....
5.  No tiene
6.  No sabe

IV Ocupación:

1.  Cesante
2.  Jubilado
3.  Trabajador esporádico
4.  Empleado fiscal o particular
5.  Estudiante
6.  No sabe

V ¿Su marido o pareja consume tabaco?

1.  Sí
2.  No
3.  No sabe

VI ¿Desde cuándo consume tabaco?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.
7.  No sabe.

VII Número de cigarrillos consumidos diariamente.

1.  1 – 5
2.  6 – 10
3.  11 – 15
4.  16 - 20
5.  Más de 20
6.  No sabe

VIII ¿Sabe si ha consumido drogas?

1.  Sí
2.  No
3.  No sabe

IX ¿Desde cuándo consume drogas?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.
7.  No sabe.

X ¿Qué tipo de droga consume?

1.  Marihuana.
2.  Cocaína
3.  Pasta base
4.  Neopren
5.  Otras sustancias. ¿Cuales? -----
6.  No sabe

XI ¿Con qué frecuencia consume drogas?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente
4.  No sabe

XII ¿El consume alcohol?

1.  Sí
2.  No

3.  No sabe

XIII ¿Desde cuándo consume alcohol?

1.  Menos de un año.
2.  1-5 años.
3.  6-10 años
4.  11-15 años.
5.  16-20 años.
6.  Más de 20 años.
7.  No sabe.

XIV ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

1.  Diariamente
2.  Semanalmente
3.  Mensualmente
4.  No sabe

XV ¿Cuánto tiempo dedica a la estimulación del DSM de su hijo diariamente?

1.  Entre 1-2 horas.
2.  Entre 3-4 horas.
3.  Más de 4 horas.
4.  No tiene contacto con su hijo.
5.  Todos los fines de semana.

### **TERCER ITEM: DATOS DE LA FAMILIA**

I Nivel socioeconómico:

1.  Bajo el nivel de pobreza.
2.  Sobre el nivel de pobreza.

II Ingreso

1.  Menor a \$25.000
2.  Entre \$ 25.000 y \$ 127.500
3.  Entre \$ 127.500 y \$ 186.150
4.  Mayor \$ 186.150



III Saneamiento ambiental:

1.  Baño dentro del hogar
2.  Baño fuera del hogar (letrina)
3.  Luz
4.  Agua potable
5.  Recolección de basuras

IV Tipo de familia:

1.  Nuclear, monoparental
2.  Nuclear, biparental
3.  Extensa, monoparental
4.  Extensa, biparental

V Etapa del ciclo vital familiar:

1.  Formación de pareja e inicio de la familia
2.  Etapa de crianza inicial de los hijos
3.  Familia con hijos pre-escolares
4.  Familia con hijos escolares
5.  Familia con hijos adolescentes
6.  Período medio y terminal de la familia

VI ¿Existe presencia de violencia intrafamiliar en su hogar?

1.  Sí
2.  No

VII ¿De que tipo?

1.  Físico
2.  Psicológico
3.  Ambas

### VIII FASES III

---

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

---

#### **Describe a su familia:**

- \_\_\_\_\_ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- \_\_\_\_\_ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- \_\_\_\_\_ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- \_\_\_\_\_ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- \_\_\_\_\_ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- \_\_\_\_\_ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- \_\_\_\_\_ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- \_\_\_\_\_ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- \_\_\_\_\_ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- \_\_\_\_\_ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.
- \_\_\_\_\_ 11. Nos sentimos muy unidos.
- \_\_\_\_\_ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- \_\_\_\_\_ 13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- \_\_\_\_\_ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- \_\_\_\_\_ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- \_\_\_\_\_ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- \_\_\_\_\_ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- \_\_\_\_\_ 18. En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad.
- \_\_\_\_\_ 19. La unión familiar es muy importante.
- \_\_\_\_\_ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

## PUNTAJES DE CORTE PARA FACES III

1.- Puntajes de COHESION: suma de todos los ítemes impares:

a.- Para adultos en cualquier estadio del ciclo familiar:

- 35 puntos o menos: DESLIGADA
- 36 puntos a 40 : SEPARADA
- 41 puntos a 46 : CONECTADA
- 47 puntos o más : ENMARAÑADA O AGLUTINADA

b.- Para padres de adolescentes:

- 31 puntos o menos: DESLIGADA
- 31 puntos a 37 : SEPARADA
- 38 puntos a 47 : CONECTADA
- 48 puntos o más : ENMARAÑADA O AGLUTINADA

c.- Para parejas jóvenes:

- 36 puntos o menos: DESLIGADA;
- 37 puntos a 42 : SEPARADA;
- 43 puntos a 47 : CONECTADA;
- 48 puntos o más : ENMARAÑADA O AGLUTINADA;

2.- Puntajes de ADAPTABILIDAD:

a.- Para adultos en cualquier estadio del ciclo familiar:

- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos : ESTRUCTURADA
- 24 a 29 puntos : FLEXIBLE
- 30 puntos o más : CAÓTICA

b.- Para padres de adolescentes

- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos : ESTRUCTURADA;
- 24 a 29 puntos : FLEXIBLE
- 30 puntos o más : CAÓTICA

c.- Para parejas jóvenes

- 19 puntos o menos: RÍGIDA
- 20 a 23 puntos : ESTRUCTURADA
- 24 a 29 puntos : FLEXIBLE
- 30 puntos o más : CAÓTICA

Dimensiones de evaluación de la familia a través de FACES III:

---

Dimensión	Familias	Puntuación
Cohesión	No relacionadas	<input type="checkbox"/> 10 - 34*
	Semirrelacionadas	<input type="checkbox"/> 35 - 40**
	Relacionadas	<input type="checkbox"/> 41 - 45**
	Aglutinadas	<input type="checkbox"/> 46 - 50*
Adaptación	Rígidas	<input type="checkbox"/> 10 - 19*
	Estructuradas	<input type="checkbox"/> 20 - 24**
	Flexibles	<input type="checkbox"/> 25 - 28**
	Caóticas	<input type="checkbox"/> 29 - 50*

---

\* Familias extremas. \*\* Familias balanceadas (equilibradas).

## IX CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Lea el presente cuestionario. Si tiene dudas consulte con confianza. Enseguida conteste sinceramente cada ítem, marcando con un X una sola respuesta en cada frase en el caso de ser autoaplicado. Además, puede aplicarse durante una entrevista.

	Casi siempre	A veces	Casi nunca
1 Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta <u>Comentario:</u>			
2 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo <u>Comentario:</u>			
3 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas <u>Comentario:</u>			
4 Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor <u>Comentario:</u>			
5 Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero <u>Comentario:</u>			

### Puntaje:

- Casi siempre : 2 puntos
- A veces : 1 punto
- Casi nunca : 0 punto

- Apgar       8 - 10 puntos      :      Sugiere muy buena función familiar.  
               4 - 7 puntos        :      Sugiera una disfuncionalidad.  
               0 - 3 puntos        :      Sugiere disfuncionalidad severa.

#### **CUARTO ITEM: DATOS DEL NIÑO**

##### **I Edad:**

1.  0 – 11 meses, 29 días
2.  1 año – 1 año, 11 meses, 29 días
3.  2 años – 2 años, 11 meses, 29 días
4.  3 años – 3 años, 11 meses, 29 días
5.  4 años – 4 años, 11 meses, 29 días
6.  5 años – 5 años, 11 meses, 29 días

##### **II Sexo:**

1.  Femenino
2.  Masculino

##### **III APGAR: 1 minuto**

1.  Entre 0 –3 puntos
2.  Entre 4 –7 puntos
3.  Entre 8 – 10 punto

##### **IV APGAR: 5 minutos**

1.  Entre 0 –3 puntos
2.  Entre 4 –7 puntos
3.  Entre 8 – 10 puntos

##### **V Peso:**

1.  Menos de 2.500 g.
2.  Entre 2.500 – 4.000 g.
3.  Más de 4.000 g.

##### **VI Talla:**

1.  Menos de 48 cms.
2.  Entre 48 – 53 cms.
3.  Más de 53 cms

##### **VII Hermanos:**

- Número

VIII Controles de Niño Sano:

Número.

IX Evaluaciones del DSM:

Número.

X Diagnóstico del DSM:

1.  Normal
2.  Riesgo
3.  Retraso

XI Antecedentes de enfermedades:

1.  Sí
2.  No

XII Causas de enfermedades:

1.  Enf. Respiratorias (alta y baja)
2.  Enf. digestivas
3.  Enf. de piel
4.  Enf. Hematológicas o cardiacas
5.  Enf. congénitas
6.  Enf. renales
7.  Accidentes
8.  Otras. ¿Cual? -----

XIII Antecedentes de hospitalizaciones:

1.  Sí
2.  No

XIV Causas de hospitalizaciones:

1.  Enf. Respiratorias (alta y baja)
2.  Enf digestivas
3.  Enf de piel
4.  Enf. Hematológicas o cardiacas
5.  Enf congénitas
6.  Enf renales
7.  Accidentes
8.  Otras. ¿Cual? -----

XV Número de hospitalizaciones:

Número

XVI Diagnóstico del estado nutricional:

1.  Normal
2.  Riesgo de desnutrir
3.  Desnutrición
4.  Sobrepeso
5.  Obesidad

XVII ¿Su embarazo fue deseado?

1.  Sí
2.  No

XVIII Tipo de lactancia:

1.  Materna.
2.  Artificial.
3.  Mixta.

XIX Duración de la lactancia:

1.  Menor a 3 meses.
2.  Entre 3 y 6 meses.
3.  Entre 6 y 12 meses.
4.  Más de 12 meses.

XX Persona al cuidado del niño:

1.  Madre
2.  Padre
3.  Hermana (o)
4.  Tía (o)
5.  Abuela (o)
6.  Otra: \_\_\_\_\_

XXI Asistencia a sala cuna o jardín infantil:

1.  Sí
2.  No



## ANEXO 2. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Proyecto: “Perfil Familiar De Niños Con Riesgo y Retraso En El Desarrollo Psicomotor En Control En El Consultorio Externo Valdivia, Chile 2006”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral De Chile con el objeto de conocer las características de las familias de los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor en control en el Consultorio Externo Valdivia.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo en mi domicilio.

Yo entiendo que ésto no implica riesgo para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Su identidad es confidencial y los datos obtenidos pueden ser publicados.

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Persona que aplicó el cuestionario y con quién se conversó el consentimiento:

Nombre : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

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