



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE INVESTIGACION Y POSGRADO
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Disfuncionalidad familiar asociada a desnutrición crónica en niños de 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo abril a diciembre 2016.

Informe final de investigación presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autor: Sixto Duberli Paucar Ilapapasca
Tuto: Dr. Giovanni Wladimir Rojas Velasco

Quito, enero 2017

© DERECHOS DE AUTOR

Yo Sixto Duberli Paucar Llapapasca en calidad de autor del trabajo de investigación: **DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A CIBV Y CNH DE LA PARROQUIA DE UYUMBICHO DEL CANTÓN MEJÍA EN EL PERIODO ABRIL A DICIEMBRE 2016**, autorizo a la Universidad Central del Ecuador a hacer uso del contenido total o parcial que me pertenece, con excepción de la presente autorización seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8;19 y además pertinentes de la ley de Propiedad intelectual y su Reglamento.

También autorizo a la Universidad Central del Ecuador realizar la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la ley Orgánica de Educación Superior

Firma



MD. Sixto Duberli Paucar Llapapasca

CC: N° 1750615864

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo Giovanni Wladimir Rojas Velasco en calidad de tutor del trabajo de titulación, modalidad proyecto de Investigación, elaborado por **SIXTO DUBERLI PAUCAR LLAPAPASCA**; cuyo título es “**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A CIBV Y CNH DE LA PARROQUIA DE UYUMBICHO DEL CANTÓN MEJÍA EN EL PERIODO ABRIL A DICIEMBRE 2016.**” Previo a la obtención de grado de Especialista en Medicina familiar y comunitaria; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal examinador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Central del Ecuador.

En la ciudad de Quito, a los 09 días del mes de Enero de 2017



Dr. Giovanni Wladimir Rojas Velasco

DOCENTE-TUTOR

CC. 1718027053

INDICE CONTENIDOS

	<i>Pág.</i>
INDICE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vi
INDICE DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE ANEXOS.....	ix
GLOSARIO.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Interrogante de la Investigación	4
1.3. Justificación	4
CAPITULO II.....	6
2. MARCO REFERENCIAL.....	6
2.1. Definición de familia	6
2.2. Tipos de familia	6
2.3. Definición de disfuncionalidad familiar.....	6
2.4. Etiología de la Disfuncionalidad Familiar	7
2.5. Manifestaciones clínicas de la Disfuncionalidad Familiar	8
2.6. Diagnóstico de la Disfuncionalidad Familiar	8
2.7. Terapia de la Disfuncionalidad familiar	9
2.8. APGAR familiar	9
2.8.1. Para qué sirve el APGAR familiar	9
2.8.2. Como debe emplearse el APGAR familiar.....	10
2.9. Desnutrición crónica.....	12
2.10. Epidemiología de la desnutrición	12
2.11. Etiología dela Desnutrición.....	13
2.12. Fisiopatología de la Desnutrición	13
2.13. Diagnóstico de la desnutrición.....	14

2.14.	Clasificación de la desnutrición	16
2.15.	Tratamiento de la Desnutrición.....	17
CAPITULO III.....		19
3.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	19
3.1.	Planteamiento de la Hipótesis	19
3.2.	Objetivos	19
3.2.1.	Objetivo general	19
3.2.2.	Objetivos específicos	19
3.3.	Matriz de Relación de Variables	20
3.4.	Matriz de Operacionalización de Variables.....	21
3.5.	Cronograma	22
CAPITULO IV		23
4.	METODOLOGIA	23
4.1.	Diseño de la Investigación	23
4.2.	Población, muestra y asignación	23
4.3.	Criterios de Inclusión.....	23
4.4.	Criterios de exclusión	24
4.5.	Metodología	24
4.6.	Consideraciones bioéticas	25
4.7.	Valides y Confiabilidad	25
CAPITULO V		29
5.	RESULTADOS.....	29
5.1.	Descripción y Análisis	29
5.2.	Discusión	39
5.3.	CONCLUSIONES	41
5.4.	RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		44
ANEXOS		48

INDICE DE TABLAS

	<i>Pág.</i>
Tabla N° 1.- Operacionalización de variables	21
Tabla N° 2.- Cronograma.....	22
Tabla N° 3.- Presupuesto.....	27
Tabla N° 4.- Distribución de participantes según el sexo lugar de recolección de datos.	29
Tabla N° 5.- Distribución de participantes según el sexo y la edad.	30
Tabla N° 6.- Distribución de participantes según el origen de la información.	30
Tabla N° 7.- Distribución de participantes según peso y sexo.....	31
Tabla N° 8.- Distribución de participantes según talla y sexo.....	31
Tabla N° 9.- Distribución de relación talla/edad (desnutrición crónica)	32
Tabla N° 10.- Distribución de relación talla/edad (desnutrición crónica) y lugar de recolección de datos.	32
Tabla N° 11.- Prevalencia de la disfunción familiar según APGAR Familiar	33
Tabla N° 12.- Caracterización APGAR Familiar y lugar de recolección de datos.....	33
Tabla N° 13.- Distribución del Grado de instrucción de la madre	34
Tabla N° 14.- Distribución del Grado de instrucción de la madre y lugar de recolección de datos	34
Tabla N° 15.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad (desnutrición crónica)	35
Tabla N° 16.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad (desnutrición crónica) en Masculinos.....	35
Tabla N° 17.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad en Femeninos.....	36
Tabla N° 18.- Grado de instrucción de la madre y talla /edad (desnutrición crónica).....	36
Tabla N° 19.- Grado de instrucción de la madre y APGAR familiar	37

Tabla N° 20.- Asociación de riesgo entre desnutrición crónica y disfuncionalidad familiar, grado de instrucción de la madre y sexo.38

INDICE DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura N° 1.- Funciones de la Familia evaluación por el APGAR Familiar.....	10
Figura N° 2.- Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia del APGAR Familiar	11
Figura N° 3.- Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar	12

LISTA DE ANEXOS

	<i>Pág.</i>
Figura scaneadas de ABSTRACT	48
Test de APGAR Familiar.....	49
Consentimiento Informado.....	1250
Declaratoria de confidencialidad.....	53
Certificados escaneados de aprobación para realizar la Investigación....	54
Tablas de Crecimiento del Niño y Niñas Menores de 5 años.....	56

GLOSARIO

CIBV: Centro Infantil del Buen Vivir

CNH: Creciendo con Nuestros Hijos

MSP-ECUADOR: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

IMC: Índice Masa Muscular

REDACCA: Registro Diario Automatizado de consultas y Atenciones Ambulatorias

ONU: Organización de las Naciones Unidas

APGAR FAMILIAR: Adaptación, Participación, Ganancia y Recurso familiar

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

DE: Desviaciones Estándar

T/E: Talla para la Edad

INEC: Instituto Nacional de estadística y censos (Ecuador)

TEMA: “Disfuncionalidad familiar asociada a desnutrición crónica en niños de 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la parroquia de Uyumbicho del cantón Mejía en el periodo abril a diciembre 2016.”

Autor: Sixto Duberli Paucar Llapapasca
Tutor: Dr. Giovanni Wladimir Rojas Velasco

RESUMEN

Contexto: La Disfuncionalidad Familiar y la desnutrición crónica se asocian a múltiples factores etiológicos, como es por ejemplo el machismo, la violencia de géneros para disfuncionalidad familiar, y la falta de ingesta de alimentos, la cultura de los pueblos y las enfermedades en la desnutrición crónica. **Objetivo:** Establecer la asociación entre Disfuncionalidad Familiar y Desnutrición crónica en niños de 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo Abril a Diciembre 2016. **Metodología:** Se estudiaron a 124 niños/as de 2 a 5 años, mediante un estudio transversal con aplicación del test de APGAR familiar y tablas antropométricas de MSP-Ecuador para determinar; disfuncionalidad familiar y desnutrición crónica respectivamente. **Análisis de datos:** Se realizó un análisis univariados, bivariados y multivariados en el nivel relacional, OR, IC 95% Chi Cuadrado, valor $P < 0,005$, como significancia y se usó el sistema IBM SPSS V20, Epiinfo. **Resultados:** El 53,23 %, presentaron disfuncionalidad familiar y la desnutrición crónica fue de 30,65% y su relación entre ambas es de 25,80% con más prevalencia en sexo masculino, $P = 0,0006$ OR:7,5 IC95%(2,1-26,4), siendo significativo la relación grado de instrucción de la madre con la disfuncionalidad familiar y Desnutrición crónica con OR:7,6 IC 95%(3,2-18,2) $P = 0,00002$, al realizar el análisis multivariado entre desnutrición crónica con las variables sexo, disfuncionalidad familiar y grado de instrucción de la madre; persiste el riesgo de presentar desnutrición crónica **Conclusiones:** La disfuncionalidad familiar está asociada a desnutrición crónica y se relaciona con el sexo masculino, tener un bajo grado de instrucción de la madre es un factor de riesgo para la desnutrición crónica y la disfuncionalidad familiar. Se concluye que faltan estudios para evaluar otros factores de riesgo en la desnutrición crónica.

PALABRAS CLAVE: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR / DESNUTRICIÓN CRÓNICA / Y APGAR FAMILIAR.

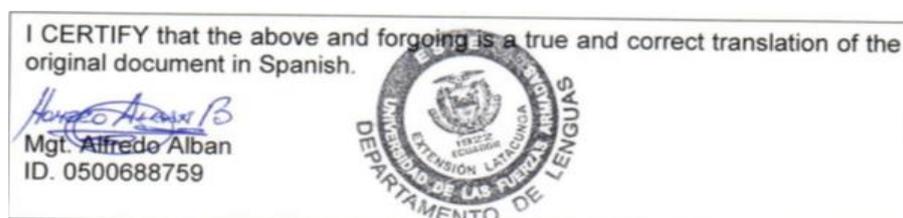
TITLE: “Family didfuncionalidad associated with chronic malnutrition in 2 to 5 years-old children who attend to CIBV and CHN from Uyumbicho parish in the Mejia canton in the period from april to december 2016.”

Author: Sixto Duberli Paucar Llapapasca
Tutor: Dr. Giovanni Wladimir Rojas Velasco

ABSTRACT

Context: The family dysfunction and chronic malnutrition are associated with multiple etiological factors, such as maleness, gender violence for family dysfunction, and lack of food intake, the people’s culture and diseases in malnutrition chronicle. **Objective:** To establish the association between family dysfunction and chronic malnutrition in children aged 2 to 5 years who attend to CIBV and CNH at the Uyumbicho parish in the Mejia Canton in the period from April to December 2016. **Methodology:** 124 children from 2 to 5 years, through a cross-sectional study using the APGAR family test and anthropometric tables of MSP-Ecuador to determine; Family dysfunction and chronic malnutrition, respectively. **Data analysis:** we performed a univariate, bivariate and multivariate analysis at the relational level, OR, 95% CI Chi Square, P value <0,005, as significance and using the IBM SPSS V20, Epiinfo system. **Results:** 53.23%, presented family dysfunction and chronic malnutrition was 30.65% and their relation between them was 25.80%, with a higher prevalence in males, P=0.0006 OR: 7.5 IC 95% (2.1-26.4), with a significant relationship between maternal education and family dysfunction. Chronic malnutrition with PR: 7.6 IC 95% (3.2-18.2) P=0.00002, when performing the multivariate analysis between chronic malnutrition with the variables gender, family dysfunction and mother’s degree of education; the risk of chronic malnutrition persists. **Conclusions:** Family dysfunction is associated with chronic malnutrition and it is related to the male sex, having a low level of mother’s education is a risk factor for chronic malnutrition and family dysfunction. We conclude that the studies are lacking to evaluate other risk factor in chronic malnutrition.

KEYWORDS: FAMILY DYSFUNCTION /CHRONIC MALNUTRITION/
AND FAMILY APGAR



INTRODUCCIÓN

La familia es la base de la sociedad y su funcionalidad influye en atesorar el equilibrio de la salud, la nutrición de sus Integrantes, por tal motivo la disfuncionalidad familiar altera su equilibrio que tanto atesora las familias.

Un estudio realizado en España, en una muestra total de 154 madres y 154 niños de 2 a 4 años; en la valoración del estado de la funcionabilidad familiar, el 6.5% de las familias fueron disfuncionales, el 31.8% moderadamente disfuncional, y el 61.7% funcional. Dentro de las variables maternas estudiadas, la escolaridad predominante fue el nivel secundario con el 47.4%, la edad fluctuó en el rango de 20 a 30 años, con un 64.9%; y el 59.1% de las encuestadas no realiza actividad laboral. La mayoría de las familias tienen un ingreso económico de más de un salario, pero menos de 2 por día, (45.5%). El número de niños menores de 5 años por vivienda fue de 1 niño lo cual correspondió al 72.1%. Del total de niños evaluados el 53.2% fueron del sexo femenino (82 menores) y 46.8% masculinos (72 menores); con edad promedio de 3 años y una desviación estándar de 0.6 meses, el 79.9% recibió lactancia materna exclusiva, el 60.4% ingiere bebidas azucaradas 3 o menos de 3 días por semana, y el 57.8% consume golosinas 3 o menos de 3 días por semana; un 25.3% ingiere bebidas azucaradas y golosinas los 7 días de la semana. ⁽¹⁾

Al igual en México se estudió la relación de la disfuncionalidad familiar con la desnutrición y problemas de aprendizaje, en donde la población se agrupo una muestra de 62 niños que se presentan conforme a las variables estudiadas un total de 64,5% de desnutridos y con disfuncionalidad familiar. La validación de medida de la funcionalidad familiar, se basó en informaciones prestadas por la madre, en las escuelas y se hicieron visitas domiciliarias. Las visitas permiten la descripción de aspectos de salud y detención de problemas que rodean a la familia (biológica, psicológica,

social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y la corrección de los mismos.

Sintetizando los resultados de la apreciación sobre la funcionalidad familiar, se pueden describir las familias como portadoras de bajo nivel de autoestima y una adaptación a situaciones adversas que no respeta su condición humana. Se caracterizan como familias con niños desnutridos, familias con niños repetidores, sin comunicación con el vecindario. Madres apáticas, que se encierran en sus limitaciones y no intentan romper la barrera de la comunicación ni con sus propios hijos. Se actuaron con terapias familiares sobre estos niños y sus familias en el mencionado estudio. ⁽²⁾

Son estudios que me servirán de guía para la realización de la investigación, actuando sobre los factores de disfuncionalidad familiar asociado a desnutrición Crónicas en niños de 2 a 5 años.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La presente investigación pretende establecer si la disfuncionalidad familiar guarda relación con el desarrollo de desnutrición crónica, teniendo en cuenta que variables, como la pobreza, el déficit accesibilidad, desconocimientos en el valor nutricional de los alimentos y la disfuncionalidad familiar incrementan la aparición de la desnutrición crónica.

La disfuncionalidad familiar, conflictos, mala conducta y frecuentemente por abusos por parte de los miembros hacia un individuo de la familia contribuyen al desequilibrio de la salud, nutrición y enfermedad de sus integrantes, por tal motivo en el Ecuador la pobreza, fenómeno multidimensional dada por una insatisfacción o privación de las necesidades básicas, para vivir sumada a una insuficiente accesibilidad, desconocimiento a la preparación de los alimentos lo que contribuye a un aporte calórico y nutricional deficiente en los niños menores de 5 años. Cabe indicar que dentro del ciclo vital familiar existen crisis normativas y no normativas entre esta última se encuentra la desnutrición crónica en los niños que la padecen y por ende afectan toda su dinámica y funcionamiento.

“En Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años se sitúa en alrededor del 25.3 %; es decir, aproximadamente 368.541 niños padecen de deficiencia de talla para la edad”⁽³⁾

Las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, presentan cifras de prevalencia de desnutrición crónica de 48.8 %, 40.8 % y 42.6%, respectivamente; es decir, en estas provincias, aproximadamente, uno de cada dos niños/as menor de cinco años de edad se encuentra desnutrido. Un niño mal alimentado durante los 2 primeros años de vida, sufrirá las consecuencias de la desnutrición, tendrá lesiones cerebrales irreversibles como: Baja capacidad de percepción y aprendizaje, dificultad en el lenguaje, la piel cambia de color y de textura, las defensas del organismo disminuyen, anorexia, etc. ⁽⁴⁾

En el centro de Salud de Uyumbicho los niños/as de 2 a 5 años que pertenecen a CIBV y CNH está la disfuncionalidad familiar como coadyuvante en la aparición de la desnutrición crónica.

1.2. Interrogante de la Investigación

¿Sera que la Disfuncionalidad Familiar se asocia a Desnutrición Crónica en niños 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo Abril a Diciembre 2016?

1.3. Justificación

El Gobierno Nacional del Ecuador , por intermedio del Ministerio de Salud Pública, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 y en relación con los objetivos del Milenio, enmarcado en los mandatos constitucionales, define objetivos de políticas y metas prioritarias en salud; en las cuales está la desnutrición crónica dentro de los objetivos es “Mejorar las capacidades y potencialidades, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo, a través de una visión integral de la salud, oportuna con acciones de prevención y una adecuada nutrición que permita la disponibilidad de la máxima energía vital. ⁽⁵⁾

Por tal motivo siendo la desnutrición crónica un objetivo en el Plan Nacional para el Buen vivir, y el programa Desnutrición Cero del MSP_Ecuador, en mi presente investigación es relevante relacionar la disfuncionalidad familiar con la desnutrición crónica como otro factor de riesgo para su aparición.

CAPITULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Definición de familia

La organización de las Naciones Unidas (ONU), señala que la Familia es “el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos”.⁽⁶⁾

El Manual cubano de Intervención en Salud familiar “grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla”⁽⁷⁾

2.2. Tipos de familia

Familia nuclear: padres e hijos; también se conoce como «círculo familiar»;

Familia extensa: además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;

Familia monoparental: en la que el hijo o hijos viven sólo con uno de los padres.⁽⁸⁾

2.3. Definición de disfuncionalidad familiar

La disfuncionalidad familiar es la incapacidad de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades y a resolver sus problemas. Uno de los puntos importantes en la disfuncionalidad familiar es el afecto que mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes del

grupo familiar, demostrando falta de emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos. ⁽⁹⁾

La familia disfuncional se caracteriza por no conservar relaciones familiares bien establecidas, que son negativas para todos sus miembros, mostrándose insatisfacción de estar juntos, explorando que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, con cierto grado de privacidad; tienen límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni delimitadas ⁽¹⁰⁾

Minuchin (1984) afirma que la “funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no corresponde de la ausencia de problemas dentro de esta sino; por el contrario, de la respuesta que muestre a los problemas, de la manera como se adecúa a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continua y fomenta crecimiento de cada miembro” ⁽¹¹⁾

2.4. Etiología de la Disfuncionalidad Familiar

Machismo

Arraigado en Latinoamérica, es un elemento de influencia a la familia y este es conocido como machismo. Ideológicamente sostiene que el valor es superior y la mujer debe de estar sostenida para dicha idea, entonces se trata de una construcción cultural y aunque la conducta del hombre no sea correcta la mujer no le debe criticar ⁽¹²⁾.

Violencia

Son múltiples las formas de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores; entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres los, hombres, los discapacitados, etc.

Adicciones

Es un problema grande en la sociedad, las adicciones pueden ser de varios tipos siendo el alcoholismo es el más frecuente.

Falta de seguridad

Característica general de las familias disfuncionales.

En la crianza de los miembros de la familia, un buen fundamento para una niñez excelente es la seguridad; que brindan los padres.

2.5. Manifestaciones clínicas de la Disfuncionalidad Familiar

Las siguientes características se presentan en las familias más disfuncionales:

La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos individuos de la familia. Muchas veces se cree que el maltrato es la única forma de corregir.

- Sus miembros no se respetan entre sí.
- No se atiende las necesidades de los demás.
- No comparten momentos juntos
- Hay celos, envidias, reproches
- Escasa manifestación de cariño y aprecio
- Ausencia del rol que cada uno debe cumplir

2.6. Diagnóstico de la Disfuncionalidad Familiar

Existen distintas herramientas para su diagnóstico, pero en mi Investigación de utilizo el test del APGAR familiar.

2.7. Terapia de la Disfuncionalidad familiar

Cuando una familia ecuatoriana nos llegue a terapia, me parecería importante trabajar su genograma, considero que es una técnica directa y poco amenazante de provocar un insight en la familia sobre las pautas repetitivas y nocivas de su familia. Después de estos sería ideal, psicoeducar a la familia sobre los ciclos vitales, sobre lo que se debe lograr y cuáles deben ser los cambios en cada miembro y ubicarlos así en los logros y las fallas del ciclo que están viviendo. Revisar como son las posibilidades hacia cada miembro y como su lealtad de cada miembro de la familia lo ayuda o perjudica a nivel individual, y hablando de lo individual, trabajar la individuación de cada miembro, como Bowen lo proponía. Y, por último, que la familia se reconozca como conflictiva (si lo es) y trabaje hacia los cambios que la lleven a ser una familia nutricia, una familia sanamente funcional.⁽¹³⁾

2.8. APGAR familiar

El APGAR familiar, es un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”.⁽¹⁴⁾

2.8.1. Para qué sirve el APGAR familiar

El APGAR familiar es útil para demostrar la forma en que un individuo percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Cuadro Nro 1 Funciones de la Familia evaluadas por el APGAR Familiar.	
Funciones	Contenido
Adaptación	<i>Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</i>
Participación	<i>Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</i>
Ganancia	<i>Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</i>
Afecto	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.</i>
Recursos	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</i>

Figura N° 1.- Funciones de la Familia evaluación por el APGAR Familiar

Fuente: Alegre Palomino, Y. y Suárez M. RAMPA, 2006

2.8.2. Como debe emplearse el APGAR familiar

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Cuadro Nro 2		Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia del APGAR Familiar.				
Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>						
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite</i>						
<i>Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades</i>						
<i>Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>						
<i>Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero</i>						

Figura N° 2.- Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia del APGAR Familiar

Fuente: Alegre Palomino, Y. y Suárez M. **RAMPA, 2006**

Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado en la Figura N° 3.

Cuadro Nro 3	
Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar	
Función	Puntaje
<i>Buena función familiar</i>	<i>18 - 20</i>
<i>Disfunción familiar leve</i>	<i>14 - 17</i>
<i>Disfunción familiar moderada</i>	<i>10 - 13</i>
<i>Disfunción familiar severa</i>	<i>9 o menos</i>

Figura N° 3.-Escala para la calificación de la funcionalidad de la familia, de acuerdo al APGAR familiar

Fuente: Alegre Palomino, Y. y Suárez M. RAMPA, 2006

2.9. Desnutrición crónica

La desnutrición crónica es de origen multifactorial, que envuelve una amplia gama de factores sociales y económicos. Entre las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo está la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente enfermedades respiratorias y gastrointestinales).⁽¹⁵⁾

La desnutrición crónica es definida como la presencia de un retraso en el crecimiento del individuo que se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.⁽¹⁶⁾

2.10. Epidemiología de la desnutrición

“Según el Manual Nutrición en Salud, MSP- Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años se sitúa en alrededor del 25.3 %; es decir, aproximadamente 368.541 niños/as padecen de deficiencia de talla para la edad”

La morbilidad infantil por desnutrición fue de un 28.82%. En nuestro país se llega a grados de desnutrición con pérdida muy significativa de peso, deterioro muscular, alteraciones de la piel y edema de las extremidades.

Un niño mal alimentado durante los 2 primeros años de vida, sufrirá las consecuencias de la desnutrición, tendrá lesiones cerebrales irreversibles como: Baja capacidad de percepción y aprendizaje, dificultad en el lenguaje, la piel cambia de color y de textura, las defensas del organismo disminuyen, anorexia, etc.

2.11. Etiología de la Desnutrición

Los más importantes son:

- La desnutrición en la gestante, pobreza, falta suficiente de alimentos, la baja lactancia materna, prácticas inadecuadas del destete.
- El hacinamiento, condiciones no higiénicas de la vivienda, infecciones frecuentes y desastres naturales influyen en producir desnutrición en grandes grupos de población.
- Problemas sociales, tales como el abuso físico y emocional de los niños.
- Prácticas culturales y sociales que imponen tabúes o prohibiciones de algunos alimentos, algunas modas dietéticas conducen a la desnutrición.⁽¹⁶⁾

2.12. Fisiopatología de la Desnutrición

Alteración de la ingesta: anorexia orgánica o funcional, trastornos anatómicos (paladar hendido, hemangiomas de la lengua), funcionales (incardinación crico-faríngea).

Alteración digestiva: ¿hipertrofia pilórica, anomalías congénitas del tracto gastrointestinal, fibrosis quísticas, deficiencias enzimáticas?

Alteración en la absorción: por hiper-motilidad, disminución en la superficie de absorción, o transporte adecuado de los nutrientes desde la luz intestinal hasta los capilares o linfáticos.

Defectos de la utilización o aumento de los requerimientos de nutrientes: Hipertiroidismo, enfermedades infecciosas, estrés, ejercicio exagerado.

Excreción exagerada o pérdida de nutrientes por cualquier vía:

Síndrome nefrótico, glucosuria, enteropatías perdedoras de proteínas, fibrosis quística ⁽¹⁷⁾.

2.13. Diagnóstico de la desnutrición

Para su diagnóstico, se aplican los siguientes parámetros

Antropometría: Valora el estado nutricional y general de salud de las personas. La antropometría consta de las siguientes mediciones. Peso, talla, perímetro cefálico e Índice Masa Corporal IMC. ⁽¹⁸⁾

Peso: El peso mide la masa corporal total de un individuo y es importante para monitorear el crecimiento de los niños, porque reflejan el balance energético.

Longitud: Mide el tamaño de niños, desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones) y se mide acostado, boca arriba (en cúbito supino).

Talla: Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones); en posición vertical (parado). La talla se toma en niños y niñas mayores a veinticuatro meses ⁽¹⁹⁾.

Índice masa corporal (IMC)

Es un método que sirve como predictor del estado nutricional de los individuos a evaluar. Es un método de bajo costo y es fácil de realizar en niños de toda edad.

La definición de la OMS es la siguiente:

- El IMC se valora a partir de los 2 años de edad.
- IMC menor de 18-> peso por debajo de lo normal.
- IMC de 18 a 24.9 valor normal.
- IMC de 25 a 29.9 sobrepeso.
- IMC de 30 a 34.9 obesidad.

Fórmula de IMC (Índice Corporal):

$$I. M. C. = \frac{\text{Peso en kg.}}{(\text{Talla en m})^2}$$

Los principales índices antropométricos para la evaluación nutricional de la niñez menor de cinco años, son:

Peso para Talla (P/T): Refleja el estado nutricional actual, cuando es bajo indica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidos, en relación a la talla.

Talla para Edad (T/E): Una talla baja en relación a la edad indica una insuficiencia alimentaria crónica, que afecta el crecimiento longitudinal, a menudo se usa el término desnutrición crónica para describir la talla baja para la edad.

Peso para Edad (P/E): Es un indicador de desnutrición global. Se utiliza para monitorear el crecimiento. El bajo peso refleja dietas inadecuadas, periodos prolongados de enfermedad, entre otras.

Para el índice Z del indicador T/E, los niños se clasificaron en:

- alto $\geq 2DE$,
- normal $> -1DE$ y $< 1DE$,
- baja talla $\leq -1DE$ y $> -2DE$ y
- desnutrido $\leq -2DE$.⁽²⁰⁾

2.14. Clasificación de la desnutrición

Desnutrición primaria: Se determina si la ingesta de alimentos es escasa; por ejemplo, en zonas marginadas los niños presentaron carencias físicas de alimentos que afectarían el estado nutricional.⁽²¹⁾

Desnutrición secundaria: Cuando el organismo no utiliza los nutrientes consumidos y se interrumpe el proceso; digestivo o absorción de los

nutrientes; el ejemplo demostrado son las infecciones del tracto digestivo que lesionan las vellosidades del ilion y limitan la absorción.

Desnutrición mixta: cuando la coalescencia de ambas condiciona la desnutrición, por ejemplo, en un niño con leucemia que se encuentra en tratamiento con quimioterapia, es propenso a infecciones que condicionan catabolismo y poca ingesta de alimentos, por lo tanto, la causa es la suma de las dos.

Desnutrición aguda: Se debe a un aporte e ingestión insuficiente o desequilibrio de nutrientes, es decir por mala alimentación o falta de ella. Está determinada por un déficit del peso para la talla.

Desnutrición crónica: Presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre ⁽²¹⁾.

2.15. Tratamiento de la Desnutrición

El tratamiento del niño con desnutrición se basa en el conocimiento del mecanismo fisiopatológico del cuadro y el manejo del mismo depende de la gravedad y patología asociadas.

- Evaluación del niño desnutrido: a través de historia clínica con énfasis en aspecto antropométricos clasificando al niño como edematoso (Kwashiorkor o enflaquecido grave(marasmático))
- Detectar si cumple criterios de internación o de manejo ambulatorio.

- En el paciente internado, secuencialmente se debe: tratar o prevenir la hipotermia, teniendo un ambiente a 25 °C, con control de la temperatura cada 30 minutos.
- Se debe tratar las infecciones que presente el paciente, para luego restituir las alteraciones metabólicas, electrolíticas y calóricas que necesite el niño desnutrido. ⁽²¹⁾

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. Planteamiento de la Hipótesis

Existe una asociación entre Disfuncionalidad familiar y Desnutrición crónica en los niños de 2 a 5 años que acuden a CIVB y CNH de la parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo Abril a Diciembre 2016.

3.2. Objetivos

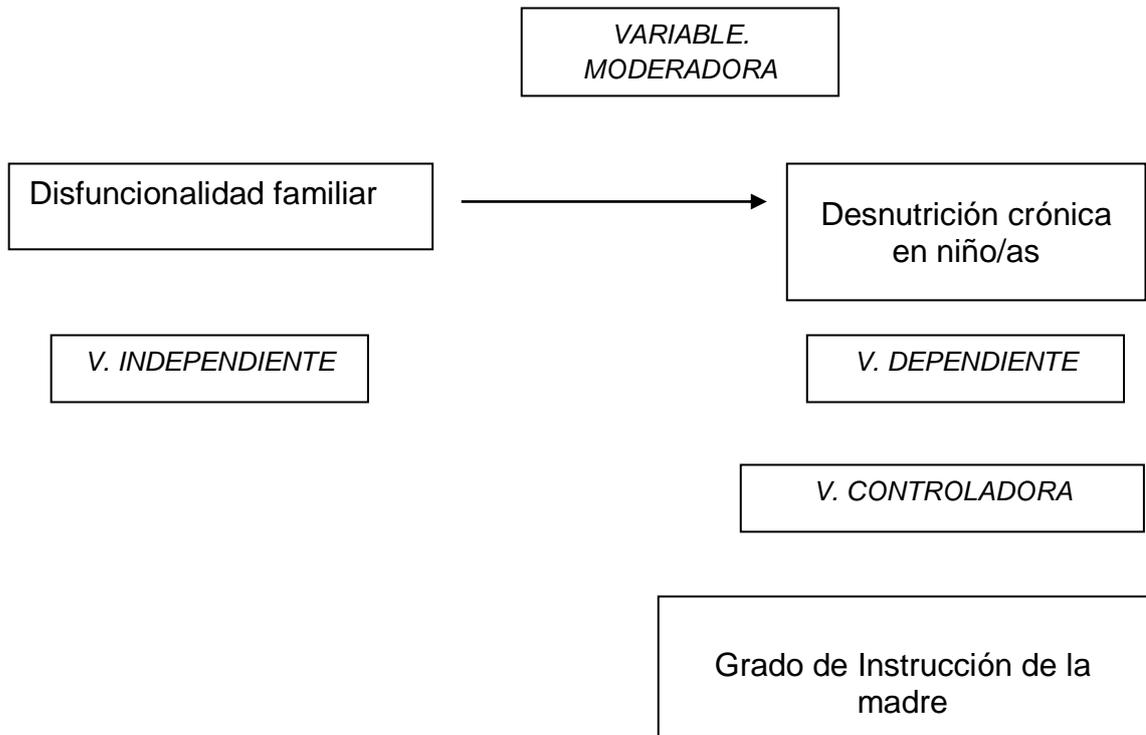
3.2.1. Objetivo general

- Establecer la asociación entre Disfuncionalidad familiar y Desnutrición Crónica en los niños de 2 a 5 años que acuden a CIVB y CNH de la Parroquia de Uyumbicho en el periodo Abril a Diciembre 2016.

3.2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la disfuncionalidad familiar en las familias de los niños 2 a 5 años que acuden a CIVB y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo de Abril a Diciembre 2016.
- Establecer la Desnutrición crónica en niño de 2 a 5 años que acuden a CIVB y CNH de la parroquia de Uyumbicho con familias disfuncionales.
- Establecer la relación entre la desnutrición crónica, disfuncionalidad familiar y el grado de instrucción de la madre

3.3. Matriz de Relación de Variables



3.4. Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla N° 1.-Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TIPO
Edad	Tiempo transcurrido en años	Tiempo	Medida de tendencia central	2 a 5 años	Cuantitativa
Sexo	Diferencia física	Diferencia	Masculino -Femenino	Nominal	Cualitativa
Disfuncionalidad familiar	Relacionada con la alteración de la salud, nutrición.	Tiempo	APGAR familiar	Funcionalidad familiar Disfuncionalidad familiar	Cualitativa
Desnutrición crónica	Talla baja en relación a la edad	Estado nutricional	Talla/edad.	Percentiles acorde a las tablas MSP-Ecuador	Cualitativa

Elaborado por: Paucar, S. 2016

3.5. Cronograma

Tabla N° 2.- Cronograma

	2016														
	Mes 01	Mes 01	Mes 02	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 2017-01	
Elección del tema	■														
Revisión bibliográfica		■													
Elaboración del proyecto de titulación			■												
Aprobación del trabajo de titulación				■											
Recolección de datos					■	■	■								
Tabulación de datos								■	■	■	■				
Análisis de datos											■	■	■		
Presentación de resultados													■		
Elaboración del informe final											■	■	■		
Presentación y evaluación de trabajo final													■	■	

Elaborado por: Paucar, S. 2016

CAPITULO IV

4. METODOLOGIA

4.1. Diseño de la Investigación

Estudio de corte transversal, que requiriera demostrar la existencia de asociación de variables.

4.2. Población, muestra y asignación

El estudio se llevará a cabo en niño/as de 2 a 5 años en un total de 124.

Con una prevalencia de 26%; al realizare el muestreo para una proporción considerando un nivel de confianza del 95% precisión 5% y un 10% de proporción esperada de perdida tendría una muestra ajustada de122. Se evaluará la totalidad de los niño/as de la población que acude a CIBV y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo Abril a Diciembre 2016.

4.3. Criterios de Inclusión

- Niños de 2 a 5 años de edad
- Niños con diagnóstico de desnutrición crónica
- Familias con disfuncionalidad familiar con hijos de 2 a 5 años
- Padres que aceptaron sus hijos participaran en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

- Madres que traigan su certificado de estudios para determinar su grado de instrucción

4.4. Criterios de exclusión

- Padres que se negaron a participar en el estudio y no firmaron el consentimiento informado.
- Niño/as con familias funcionales
- Niño/as menores de 2 años y mayores de 5 años
- Niño/as que no acudan a CIVB y CNH cuando se realizase la toma de antropometría y aplicación del APGAR familiar
- Madres que no traigan su certificado de estudios para determinar su grado de instrucción

4.5. Metodología

- Se aplicó el Test de APGAR Familiar a los padres para clasificar la disfuncionalidad Familiar.
- Se pidió un certificado a la madre sobre su grado de instrucción.
- Se obtuvo los datos de Antropometría y registro de las curvas crecimiento de las tablas del MSP_Ecuador para diagnóstico de Desnutrición Crónica, de las historias clínicas del Centro de Salud de Uyumbicho que pertenecen a los niños de 2 a 5 años del CIVB Y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía.

4.6. Consideraciones bioéticas

El estudio se aprobó por el Comité de Bioética de la Universidad Central del Ecuador o Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Se ha propuesto de tal forma que todos los pacientes de quienes se hizo uso de sus datos, fueron previamente informados sobre la finalidad y utilidad de las mismas, así también se dieron a conocer de la confidencialidad de todos los datos para que no existan daños a terceros.

4.7. Valides y Confiabilidad

- Autorización y permisos institucionales de las autoridades del Distrito de Salud Mejía-Rumiñahui, Ministerio de Inclusión económica y Social (MIES), directores del CIBV y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía.
- Información a los participantes sobre la finalidad del estudio.
- Obtención el consentimiento informado por parte de los padres.
- Todos los datos clínicos se registrarán en el formulario con código para guardar la confidencialidad de los niño/as diseñado para el estudio.
- La información se guardará en una nube de la universidad para su confidencialidad.

4.8. Procedimiento de recolección de datos

Se estableció un protocolo de recolección de datos clínicos y aplicación de un test, lo cual se realizó en las siguientes fases:

- Diseño de formulario de recolección de datos
- Construcción de base de datos en Excel
- Aplicación de test de APGAR Familiar
- Certificado de estudios para verificar el grado de instrucción de la madre.
- Tablas del MSP - Ecuador para medidas antropométricas, para diagnóstico de Desnutrición crónica.
- Recopilación de la Antropometría y curvas de Crecimiento de MSP_Ecuador, para diagnóstico de desnutrición crónica de las historias clínicas del Centro de Salud Uyumbicho que pertenecen a los niños de 2 a 5 años de CIBV Y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía durante el periodo de abril a diciembre 2016.

4.9. Procedimiento para el análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, acorde al tipo de variable, cualitativa (cuantitativa) con medidas de tendencia central (media, mediana y moda), porcentajes y tasas; y medidas de dispersión. Para el análisis bivariada, se emplearán medidas de estadística inferencial, tomando en cuenta la naturaleza dependiente; se utilizarán intervalos de confianza IC:

95%, en caso de grupos y subgrupos se utilizara el análisis multivariado, considerando el $P < 0.05$ para considerar significancia estadística.

Finalmente se utilizó medidas de Odds Ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza de 95%.

4.10. Recursos Humanos, Técnicos y económicos

Las investigadoras tuvieron a su cargo el siguiente presupuesto:

Tabla N° 3.-Presupuesto

RECUROS	N°	V. UNITARIO	V. TOTAL
Investigador	1	-	
Estadístico	1	400	400
RECURSOS TECNICOS			
Llamada	40	2	80
Internet	50	0.80	40
Impresiones	100	0.10	10
Infocus	1	10 hora	10
Impresora	1	150	150
Calculadora	1	-	-
Balanza con Tallimetro	1	200	200
RECURSOS MATERIALES			
Papelería	2 resmas	6	12
Tinta	4 cartuchos	20	80
Esferos	1 caja	5	5
Lápices	1 caja	4	4

Marcadores	4 unid.	1	4
Anillados	4 unid.	5	20
Empastado	4 unid	15	60
OTROS			
Transporte			
Refrigerios	120	5	600
Gastos no previstos 10%			168.5
TOTAL			1853.5

Elaborado por: Paucar, S. 2016

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. Descripción y Análisis

Se presenta la información de 124 pacientes que integraron el estudio sobre disfuncionalidad asociada a desnutrición crónica que acuden a CIBV Y CNH de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo de Abril a Diciembre 2016.

Con relación al sexo los participantes, se encontró.

Tabla N° 4.- Distribución de participantes según el sexo lugar de recolección de datos.

	Femenino	Masculino	TOTAL
CIBV	33	28	61
CNH	26	37	63

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

Con relación al sexo y edad de los participantes, se encontró que el promedio de edad fue de 2,6 años en las mujeres y 2,5 años en varones, con un rango de 2 a 5 años.

Tabla N° 5.- Distribución de participantes según el sexo y la edad.

	Femenino	Masculino
Promedio edad en años	2,6	2,5
Desvío estándar	0,8	0,6

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación con el origen de la información, se encontró que los participantes del CNH (Creciendo con nuestros hijos) fue de 50,8% frente a un 29,1% del CIBV (centro Infantil del Buen Vivir).

Tabla N° 6.- Distribución de participantes según el origen de la información.

Sitio de recolección de datos	Frecuencia n=124	Porcentaje %
CIBV	61	49,19
CNH	63	50,81

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

Con relación al peso según el sexo de los participantes, se encontró que el promedio de peso en kg fue 13.8 en mujeres, con un rango de 10 a 21 kg con una mediana de 13.3kg, en los hombres el peso promedio fue de 13.6 con un rango de 10 a 24 kg, con una mediana de 13 kg.

Tabla N° 7.- Distribución de participantes según peso y sexo

	Femenino	Masculino
Promedio de peso en kg	13.8	13.6
Desvío estándar	2.2	2.3
Rango	10 a 21	10 a 24
Mediana	13.3	13

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

Con relación al sexo y talla de los participantes, se determinó que el promedio de talla en mujeres fue de 91 cm y de 90cm en varones, el desvío estándar fue de 6.6 en mujeres y de 6.3 en varones, en un rango de 79 a 111 cm y una mediana de 90 en mujeres y 91 en hombres.

Tabla N° 8.- Distribución de participantes según talla y sexo

N=124	Femenino	Masculino
Promedio de talla en cm	91	90
Desvío estándar	6.6	6.3
Rango	80 a 111	79 a 107
Mediana	90	91

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación talla/edad (desnutrición crónica) de la información, se encontró que 69,35% era normal frente a un 30,65% que presentaron desnutrición crónica.

Tabla N° 9.- Distribución de relación talla/edad (desnutrición crónica)

Relación talla/edad	Frecuencia n=124	Porcentaje %
Normal	86	69,35
Desnutrición crónica	38	30,65

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación talla/edad según el lugar de recolección de datos en CIBV (Centro Infantil Buen Vivir) se encontró que existió un mayor porcentaje de desnutrición crónica con 18,55 % frente a un 12,10 % que no presentaron desnutrición crónica en CNH (Creciendo con Nuestros hijos).

Tabla N° 10.- Distribución de relación talla/edad (desnutrición crónica) y lugar de recolección de datos.

Relación talla/edad (desnutrición crónica)	CIBV	PORCENTAJE %	CNH	PORCENTAJE %
Normal	38	30,64	48	38,71
Desnutrición crónica	25	20,16	13	10,48

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación con la aplicación del test de APGAR familiar, se encontró que la disfuncionalidad familiar fue mayor con 52,23% seguido de funcionalidad familiar o normal, en 46,77%.

Tabla N° 11.- Prevalencia de la disfunción familiar según APGAR Familiar

APGAR Familiar	Frecuencia n=124	Porcentaje %
Funcionalidad familiar	58	46,77
Disfuncionalidad familiar	66	53,23

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al APGAR familiar y lugar de recolección de datos se encontró que la disfuncionalidad familiar fue mayor en CIBV (Centro Infantil del Buen vivir) con 27,42 y en CNH (Creciendo con nuestros hijos), es de 25,81%.

La funcionalidad familiar es más representativa en CNH (Creciendo con nuestros hijos).

Tabla N° 12.- Caracterización APGAR Familiar y lugar de recolección de datos.

APGAR Familiar	CIBV	Porcentaje %	CNH	Porcentaje %
Funcionalidad Familiar	27	21,77	31	25
Disfuncionalidad Familiar	34	27,42	32	25,81

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al grado de escolaridad de la madre, la escolaridad secundaria ocupa el primer lugar con 58,87%, seguido por escolaridad primaria con un 41,13%. No se encontraron madres con educación superior completa o incompleta.

Tabla N° 13.- Distribución del Grado de instrucción de la madre

Grado de Instrucción de la madre	Frecuencia n=124	Porcentaje %
primaria	51	41,13
secundaria	73	58,87

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al grado de instrucción de la madre y lugar de recolección de datos, la escolaridad secundaria prevalece siendo mayor porcentaje de 32,26% en el CNH (Creciendo con nuestros hijos), y CIBV (Centro Infantil del buen vivir) mayor es la representación de escolaridad primaria con 23,38%.

Tabla N° 14.- Distribución del Grado de instrucción de la madre y lugar de recolección de datos

Grado de Instrucción de la madre n=124	CIBV	Porcentaje %	CNH	Porcentaje %
Primaria	29	23,38	23	18,55
Secundaria	32	25,80	40	32,26

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al APGAR Familiar y Talla/edad (desnutrición crónica), se encontró que el sexo masculino, hubo una asociación con significancia estadística, de esta forma, se encontró un OR de 8,01 con un IC95%: 3,08 a 21,58; con un valor $p= 0,001$

Tabla N° 15.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad (desnutrición crónica)

	N=124	Talla/edad (Desnutrición Crónica)	
		Presente	Ausente
APGAR Familiar			
	Disfuncionalidad familiar	32	34
TOTAL	Funcionalidad familiar	6	52
		38	86

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al APGAR Familiar y Talla/edad (desnutrición crónica), al sexo masculino se encontró que hubo una asociación con significancia estadística, de esta forma, se encontró un OR de 7,5 con un IC95%: 2,1 a 26,4; con un valor $p=0,0006$

Tabla N° 16.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad (desnutrición crónica) en Masculinos

APGAR Familiar		Talla/edad (Desnutrición Crónica)	
		Presente	Ausente
	Disfuncionalidad familiar	18	16
	Funcionalidad familiar	4	27

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al APGAR y Talla/edad (desnutrición crónica), en el sexo femenino, hubo una asociación con significancia estadística, de esta forma, se encontró un OR de 9,7 con un IC95%: 1,9 a 48,1; con un valor $p=0,000001$

Tabla N° 17.- Distribución de Riesgo para APGAR Familiar y talla /edad en Femeninos

		Talla/edad (Desnutrición Crónica)	
		Presente	Ausente
APGAR Familiar	Disfuncionalidad familiar	14	18
	Funcionalidad familiar	2	25

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En relación al grado de instrucción de la madre y Talla/edad (desnutrición crónica), el tener un grado alto en educación (secundaria); en las madres es un factor protector para prevenir la desnutrición crónica y se encontró un OR de 7,6 con un IC95%: 3,2 a 18,2; con un valor $p=0,00002$

Tabla N° 18.- Grado de instrucción de la madre y talla /edad (desnutrición crónica)

Grado de instrucción de la madre	Talla/edad (Desnutrición Crónica)	
	Presente	Ausente
Primaria	28	23
Secundaria	10	63

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

En cuanto al grado de instrucción de la madre y AGPAR familiar, el tener un alto grado de instrucción (secundaria); en las madres es un factor protector para prevenir la disfuncionalidad familiar y se encontró un OR de 11,6 con un IC 95%: 4,7 a 28,7; con un valor $p < 0,00001$.

Tabla N° 19.- Grado de instrucción de la madre y APGAR familiar

Grado de instrucción de la madre	APGAR familiar	
	Disfuncionalidad familiar	Funcionalidad familiar
Primaria	43	8
Secundaria	23	50

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

Al realizar el análisis multivariado, mediante el modelo de regresión logística, con los tres factores relacionados con la desnutrición crónica, encontramos que la disfuncionalidad familiar y grado de instrucción de la madre y sexo; persiste el riesgo elevado de presentar desnutrición crónica, conjuntamente menor al quitar la variable sexo, al modelo multivariado no hay asociación de riesgo. Cuando retiramos sexo del modelo multivariado, la desnutrición crónica, el riesgo no se modifica significativamente.

Tabla N° 20.- Asociación de riesgo entre desnutrición crónica y disfuncionalidad familiar, grado de instrucción de la madre y sexo.

N=124	OR	IC:95%	OR CORREGIDO	IC:95%
Disfuncionalidad Familiar	8,1569	3,0821-21,5870	4,457	1,515-13,114
Grado de instrucción de la madre	7,6696	3,2272-18,2273	4,156	1,598-10,807
Sexo	1,375	636- 2,971	1,517	622- 3,702

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Paucar, S. 2016

5.2. Discusión

En el Cantón Mejía, en la parroquia de Uyumbicho, la desnutrición crónica afecta al 28,12%, según informe de Morbilidad REDACAA_ 2013 MSP-Ecuador. En nuestra investigación se determinó que la desnutrición crónica afecto al 30,65% de niños/as de dos a cinco años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) y Creciendo con nuestros hijos (CNH) de la Parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía.

La frecuencia de disfuncionalidad en niños con desnutrición crónica varía de un estudio a otro. Así, Taborda P, y col en Colombia, hallaron que el 49 % de los menores de cinco años con desnutrición crónica tienen algún grado de disfuncionalidad familiar ⁽²²⁾

La investigación realizada por Rojas J. en México, reportó que el 38.3% de niños que provienen de familias disfuncionales tienen desnutrición crónica ⁽²³⁾.

En la presente investigación, se determinó que la disfuncionalidad familiar fue de 52,87% y la desnutrición crónica de 30,65%.

En relación al grado de instrucción de la madre se determinó que el tener e instrucción primaria es un riesgo para tener desnutrición crónica en la presente investigación, dato que corroboran Víctor A. 2010 en Perú. (24) y Mónica A. y Col, en Colombia 2011, determinaron que la prevalencia de desnutrición crónica, es 3 veces mayor en las madres sin ningún grado de instrucción. ⁽²⁵⁾

Al determinar la asociación, desnutrición crónica y sexo; se estableció que el sexo masculino representa la mayor prevalencia de desnutrición crónica,

de igual forma Manuel S. y Col 2014 en Perú en su trabajo investigativo, la desnutrición crónica, registro mayor incidencia en infantes del sexo masculino. ⁽²⁵⁾

En el Perú 2011 en el trabajo realizado por Manuel S, y Col.2014, se estudiaron múltiples factores asociados con la desnutrición crónica, siendo estas variables similares al estudio realizado. Se encontró que la zona rural presenta mayor porcentaje de desnutrición crónica, bajo grado de instrucción de las madres y alto porcentaje de disfuncionalidad familiar al igual que en el presente estudio. Por tal motivo, los médicos familiares son un pilar fundamental para fortalecer las capacidades en pos de la prevención, arma fundamental en la salud pública.

Durante el presente trabajo Investigativo, se determinó que la disfuncionalidad familiar, al igual que otros múltiples factores asociados a la desnutrición crónica, siendo las madres el primer vínculo con sus hijos, su grado de instrucción está íntimamente ligado con la aparición con disfuncionalidad familiar y la aparición de la desnutrición crónica. Por tanto, la medicina familiar, noble rama de la Medicina, dentro de sus múltiples perfiles de actuación, siendo la prevención una arma poderosa, debemos enfocarnos en buscar, establecer y reducir los factores vinculados en las familias, con la disfuncionalidad familiar y así disminuir la desnutrición crónica.

Los gobiernos de turno están llamados a direccionar y canalizar su esfuerzo en disminuir la desnutrición crónica; problema de Salud Pública, que no solo afecta al Ecuador, sino es a nivel mundial, siendo los niños los más sensibles y vulnerables a este problema estudiado.

5.3. CONCLUSIONES

- La aplicación del test de APGAR familiar se pudo determinar disfuncionalidad familiar de 53,23 %. Con mayor prevalencia en sexo masculino, y pertenecen a Creciendo con nuestros hijos (CNH), fue de 25,81%, continuando con el Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) con 22,58%.
- La desnutrición crónica encontrada fue de 30,65% distribuida orden decreciente y en relación al sexo se obtuvo que en el Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) fue de 18,55% y Creciendo con nuestros hijos (CNH) de 12,10% con predominio del sexo masculino respectivamente.
- Se encontró una asociación con significancia estadística entre el grado de instrucción de la madre, con disfuncionalidad familiar y desnutrición crónica siendo la educación primaria un factor de riesgo importante para que los niños vivan en una familia disfuncional. (OR: 11,6 IC 95%: 4,7- 28,7, Valor $P < 0,000001$), al igual que el grado de instrucción primaria de la madre es un factor de riesgo importante (OR: 7,6 IC 95%: 3,3 -18, 2, Valor $P = 0,000002$) asociado a desnutrición crónica.
- La disfuncionalidad familiar (por APGAR familiar) con relación a la desnutrición crónica (Talla/edad), se determinó que el 14,51% presentaron desnutrición crónica en el sexo masculino, y pertenecen al Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) y en menor porcentaje con el 11,29% el sexo femenino con desnutrición crónica y acuden a Creciendo con nuestros hijos (CNH).

5.4. RECOMENDACIONES

- Es necesario difundir los resultados del presente estudio al Ministerio de salud Pública del Ecuador (MSP_Ecuador), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), por lo cual el MSP_Ecuador a través de las políticas públicas desarrollados en los diferentes niveles de atención, puedan incluir en sus actividades la información, comunicación y educación, datos que permitan fortalecer las actividades de intervención con enfoque familiar y de riesgo.
- Se recomienda, fortalecer la educación en ecuatorianos/as y continuar con la disminución del analfabetismo, ya que el alcanzar un alto grado de escolaridad especialmente en las madres contribuye en la disminución de la disfuncionalidad familiar y previene la aparición de la desnutrición crónica.
- Fortalecer la intervención oportuna por parte del personal de salud en la aplicación del APGAR familiar, para clasificar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar y para canalizar la correcta derivación para manejo por parte de psicología clínica.

Es necesario desarrollar otros estudios que abarquen una mayor población que permitan evaluar otros factores de riesgo que estarían involucrados en la desnutrición crónica, como también establecer la existencia de factores protectores, que ayuden a mejorar el enfoque preventivo. Este estudio no permite generalizar los resultados más allá del grupo estudiado.

LIMITACIONES

Aspectos logísticos como la continuidad de los participantes en la asistencia a los centros de cuidado infantil, así como la coordinación con sus padres fueron las principales limitantes de este estudio, se pudieron superar gracias al apoyo de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas, L. (2010). Influencia de la disfuncionalidad familiar y factores sociales en la prevalencia de obesidad y desnutrición. Orizaba, Veracruz, México: Instituto de Seguridad Social.
2. Josetti Do Carmo Barrosa De Parada, Disfuncionalidad Familiar, Desnutrición y problemas de aprendizaje (1988).
3. Freire wilma. B. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Quito, 2011-2013.
4. Rivadeneira M. La Solución Nutricional del Ecuador. 1998.
5. MSP-Ecuador. Manual del Modelo de Atención integral de Salud -MAIS. Quito; 2013. p. 32-34.
6. Norma Arma Guerra, Lenin Díaz Muñoz. Entre voces y silencio las familias por dentro. Quito. Ediciones América, 2007. p.22.
7. Bernal IL. Manual para la intervención en salud familiar. In Isabel Lauro Bernal OIP. Manual para la intervención en salud familiar. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 11.
8. Enciclopedia Británica en español (2009). La Familia: Conceptos, tipos y evolución.
9. Martín-Zurro M, Jordar G. Atención familiar y salud comunitaria. Madrid. Elsevier España. 2011; pp 24-29.

10. Zurro M. Cano F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Madrid Elsevier 2010 pp166Rubinstein A, Terrasa S, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. Editorial-Panamericana, 2º Edición. Argentina. 2006. Pag. 144.
11. Mariana, P Mirian. Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar 2010.
12. Rivadeneira Samaniego, Gladys N, Trelles, López Leydys. M. Incidencia de las familias Disfuncionales en el contexto de la formación integral en los niños del sexto año de educación básica de la unidad educativa República del Ecuador (2013).
13. Pier, Yolanda Chávez. Funcionalidad y disfuncionalidad en la Familia (2015)
14. Dr. Yuri Alegre Palomino* DMSB. Instrumentos de Atención a la familia: El familiograma y APGAR familiar. RAMPA. 2006; 1(1).
15. Pollit E. Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica, 2002. pp 350
16. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, Periodo 2014 al 2016. MINSA 2014.
17. Gómez Clavelina Francisco Javier, Ponce Efrén Raúl, Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (2010)
18. Aguayo J. Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años, atendidos en el dispensario médico Felices Cantón Yaguachi Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012.

19. Torún B. Circulo vicioso de la desnutrición. In Torún b. Salud de la Niñez. La Habana: Ciencias Médicas de La Habana; 2001. p. 11.
20. Iñiguez, Juan Antonio Coyago, Prevalencia y factores asociados de desnutrición crónica en niños de 0 a 10 años de la población Zhucay-Tarquí, periodo Mayo-octubre 2014.
21. MSP Ecuador. Evaluación de crecimiento a través de las medidas antropométricas. In MSP-Ecuador. Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña. Quito; 2011. p. 23-25.
22. Taborda P, Pérez-Cano M, Berbesi D, Funcionalidad familiar, seguridad alimentaria y estado nutricional de niños del Programa Departamental de Complementación Alimentaria de Antioquia CES Medicina 2011;25(1):6-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119568002.pdf>,
23. Rojas J. Influencia de la disfunción familiar y factores sociales, en la prevalencia de Obesidad/desnutrición. Tesis para obtener el posgrado de: Medicina familiar. Veracruz. 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30700/1/RojasLopezJP.pdf>
24. Canazas, Víctor Arocena Factores asociados a la desnutrición crónica infantil Perú: Una aplicación de modelos multinivel, (2010).
25. Mónica Arias, María C, Trazona, Francisco Lamus y Carlos Granados, Estados nutricionales y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad, (2013).

26. Bellot F, Cahuana N, Ayala E, Vargas E. Estado Nutricional y su Relación con la Estructura-Función Familiar en Menores de 5 Años de Pediatría, Caja Nacional de Salud 2009. Rev Cient Cienc Méd Cochabamba 2010.; 13(1): 34-38. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181774332010000100008&scrypt=sci_arttext

ANEXOS
ABSTRACT



FAMILY DISFUNCTIONALITY ASSOCIATED WITH CHRONIC MALNUTRITION IN 2 TO 5 YEARS-OLD CHILDREN WHO ATTEND TO CIBV AND CNH FROM UYUMBICHO PARISH IN THE MEJIA CANTON IN THE PERIOD FROM APRIL TO DECEMBER 2016"

Author: MD. Sixto Duberli Paucar Llapapasca

Tutor: Dr. Giovanni Wladimir Rojas Velasco

January 31st, 2017

ABSTRACT

Context: The family dysfunction and chronic malnutrition are associated with multiple etiological factors, such as maleness, gender violence for family dysfunction, and lack of food intake, the people's culture and diseases in malnutrition chronicle. **Objective:** To establish the association between family dysfunction and chronic malnutrition in children aged 2 to 5 years who attend to CIBV and CNH at the Uyumbicho parish in the Mejía Canton in the period from April to December 2016. **Methodology:** 124 children from 2 to 5 years, through a cross-sectional study using the APGAR family test and anthropometric tables of MSP-Ecuador to determine; Family dysfunction and chronic malnutrition, respectively. **Data analysis:** We performed a univariate, bivariate and multivariate analysis at the relational level, OR, 95% CI Chi Square, P value <0.005, as significance and using the IBM SPSS V20, Epiinfo system. **Results:** 53.23% presented familiar dysfunction and chronic malnutrition was 30.65% and their relation between them was 25.80%, with a higher prevalence in males, P = 0.0006 OR: 7.5 IC95 (2.1-26.4), with a significant relationship between maternal education and family dysfunction. Chronic malnutrition with OR: 7.6 CI 95% (3.2-18.2) P = 0, 00002, when performing the multivariate analysis between chronic malnutrition with the variables gender, family dysfunction and mother's degree of education; The risk of chronic malnutrition persists **Conclusions:** Family dysfunction is associated with chronic malnutrition and it is related to the male sex, having a low level of mother's education is a risk factor for chronic malnutrition and family dysfunction. We conclude that the studies are lacking to evaluate other risk factors in chronic malnutrition.

Keywords: Family dysfunction, chronic malnutrition, and family APGAR.

I CERTIFY that the above and forgoing is a true and correct translation of the original document in Spanish.


Mgt. Alfredo Alban
ID. 0500688759





TEST DE APGAR FAMILIAR

Nombres y Apellidos: _____

Edad _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	FUNCION	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
APOYO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tiene un problema o necesidad?					
PARTICIPACION	¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas?					
CRECIMIENTO	¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?					
AFEECTO	¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?					
RECREACIÓN	¿Me satisface como compartimos en familia? El tiempo para estar juntos Los espacios de la casa El dinero?					

Análisis:

Puntaje Total: _____

Grado de Instrucción de la madre

Analfabeta Primaria Secundaria Superior



**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido seleccionado para un estudio en el que todos los informantes participarán como voluntarios. Si acepta participar en esta investigación se le solicitará información concerniente a sus datos de filiación, se le pedirá que llene un cuestionario, y podría solicitársele que se someta a algunas pruebas o proporcione muestras para diversos exámenes.

TEMA: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN A CIBV Y CNH DE LA PARROQUIA DE UYUMBICHO DEL CANTON MEJIA EN EL PERIODO ABRIL A DICIEMBRE 2016.

Breve descripción de la investigación: La presente investigación es para determinar si la disfuncionalidad familiar está asociada a la desnutrición crónica, esta investigación se lo realizara aplicando un test APGAR Familiar y tomando los datos antropométricos de los niños de 2 a 5 años.

Objetivos de la investigación:

Establecer la asociación entre la Disfuncionalidad Familiar asociada a desnutrición crónica en niños de 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo abril a diciembre 2016.

Riesgos y beneficios:

NO represente ni conlleva ningún tipo de riesgo, ya sea actual o futuro derivado de la investigación.

Tiene como beneficio diagnosticar disfuncionalidad familiar y desnutrición crónica por lo cual se realizará acciones para mejorar la desnutrición y apoyo psicológico para la familia.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Los datos de filiación serán utilizados exclusivamente para garantizar la veracidad de los mismos y a estos tendrán acceso solamente los investigadores y los organismos de evaluación de la Universidad Central del Ecuador.

Derechos:

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

Yo,

_____,
portador de la Cédula de Identidad No. _____ he recibido la información necesaria sobre la presente investigación o estudio, y acepto que mi hijo/a participe voluntariamente en la ejecución de la misma.

El investigador MD. Sixto Duberli Paucar LLapapasca, me ha brindado información suficiente en relación al estudio y me ha permitido efectuar

preguntas sobre el mismo, entregándome respuestas satisfactorias.
Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte mis cuidados médicos.

También he sido informado de forma clara, precisa que los datos de esta investigación serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad. Doy, por tanto mi consentimiento para utilizar la información necesaria para la investigación en ella, sin posibilidad de compartir o ceder esta, en todo o en parte a otro investigador o centro distinto del responsable de la misma. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por ello firmo este consentimiento informado que de forma voluntaria **MANIFIESTO MI DESEO DE MI HIJO/A PARTICIPE EN EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN** hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Nombre del Representante legal

Cedula Ciudadanía

Firma

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento, así como he explicado los riesgos y beneficios que derivan del mismo

MD. Sixto Duberli Paucar Llapapasca 1750615864

Nombre del Investigador

Cedula Ciudadanía

Firma 



DECLARATORIA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo SIXTO DUBERLI PAUCAR LLAPAPASCA, portador de la Cedula de Ciudadania con munero 1750615864 declaro , que la informacion proporcionada anteriormente sobre esta investigacion es fidedigna, y que utilizare los datos e informacion que crecolectare parala misma, asi como cualquiera resultado que se obtenga de la investigacion EXCLUSIVAMENTE para fines academicos de acuerdo con la descripcion de confidencialidad antes anotada en este documento.

Ademas , soy conciente de las implicaciones legales de la utilizacion de datos , informacion o resultados recolectados omproducidos por esta investigacion , con cualquier otra finalidad que no sea a la estrictamente academica y sin el consentimiento informado del paciente.

En fe y constancia de aceptacion de estos terminos , firmo (firmamos), los autores de la investigacion.

MD: Sixto Duberli Paucar Llapapasca

1750615864

C.C N°

Firma 

CERTIFICADOS DE APROBACION PARA REALIZAR LA TESIS



MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Oficio Nro. MIES-CZ-2-DDR-2016-0234-OF

Rumiñahui, 01 de julio de 2016

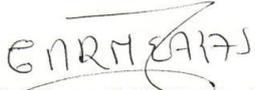
Asunto: Autorizando que Señor Sixto Duberli Paucar Llapapasca desarrolle una investigación para su tesis en unidad CIBV "Bertha C. de Salazar"

Doctor
Juan Carlos Cazar García
**Coordinador de Posgrado Medicina Familiar y Comunitaria - Facultad de Medicina
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**
En su Despacho

En respuesta al Oficio 071-CPMFYC-2016, mediante el cual solicita se autorice al Dr. Sixto Duberli Paucar Llapapasca, y sus colaboradores que cursan tercer año de Posgrado desarrollen una investigación para su tesis en unidades de primer nivel que corresponde al Distrito 17D11 del Ministerio de Inclusión Económica y Social, durante el periodo abril – diciembre 2016.

Pongo en su conocimiento que el Dr. Sixto Duberli Paucar Llapapasca y sus colaboradores, tienen la autorización para realizar su Proyecto de Investigación Disfuncionalidad Familiar Asociada a Desnutrición Crónica en niños de 2 a 5 años que acuden a CIBV y CNH de la parroquia de Uyumbicho del Cantón Mejía en el periodo de abril a diciembre del 2016.

Atentamente,


Dra. Carmen Del Rocio Arias Guanin
DIRECTORA DISTRITAL RUMIÑAHUI



Copia:
Señora Psicóloga
Janneth del Rosario Bolaños Mangua
Técnica de Juventudes

jb



Dirección Distrital No. 17D11 MEJIA - RUMIÑAHUI - SALUD
Dirección Distrital de Salud

Memorando Nro. MSP-CZ2DD17D11-2016-1053-M

Sangolquí, 20 de abril de 2016

PARA: Srta. Dra. Valeria Esthela Obando Cepeda
Médica Especialista en Medicina Familiar

Sra. Dra. Maria Lucrecia Reimundo Guasumba
Médico Especialista

ASUNTO: Solicitud de investigación de tesis

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZQDD17D11GVUUAU-2016-0061-E emitido por el Dr. Juan Carlos Cazar COORDINADOR POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UCE en el cual solicita autorización para que el Dr. Sixto duberli Paucar Llapasca, pueda realizar su trabajo de tesis en las unidades operativas del Distrito 17d11.

Con este antecedente informo que el Doctor se encuentra autorizado para lo cual solicito se le de la respectiva guía para que las unidades no queden desabastecidas y los resultados de la investigación puedan ser expuestos a la Dirección Distrital.

NOTA: Dentro del trabajo de investigación informo que trabajará con unidades CIBV, CNH y centros infantiles con los cuales nosotros no tenemos ingerencia por lo que sugiero que el médico pida Permiso al MIES para que no tenga problema en la realización de su trabajo.

Dar pertinencia al documento

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN DISTRITAL 17D11
MEJIA-RUMIÑAHUI-SALUD
DIRECCIÓN

Med. Verónica Rocio Rodríguez Bravo
DIRECTORA DISTRITAL DE SALUD MEJÍA-RUMIÑAHUI

Referencias:
- MSP-CZQDD17D11GVUUAU-2016-0061-E

TABLAS DE CRECIMIENTO SANO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 5 AÑOS

