



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**TEMA**

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN  
NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. CANTÓN  
YAGUACHI, PERIODO ENERO -ABRIL 2021

**AUTORAS:**

MICHELLE VANESSA LAGUAS PAREDES  
PAOLA MARGOHT BORJA SISALEMA

**TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

LCDA. ESTHELA GUERRERO

**GUARANDA – ECUADOR**

ENERO- ABRIL 2021

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de investigación a Dios por ser mi fortaleza y permitirme cumplir esta meta, por bendecirme con vida, salud y sabiduría.

A mis padres María Paredes y Williams Laguas, a mis hermanos Williams, Raimundo, Jonathan. David y Elvis quienes son las personas más importantes de mi vida, por brindarme su apoyo incondicional, los consejos, la comprensión en momentos difíciles y sobre todo por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar y llegar a culminar mi meta más anhelada.

A mi hermana Domenica que es la persona más especial que llevo a mi vida con su cariño, amor y ocurrencias, me hace feliz.

A mi tía Lupe Laguas y Alegría Paredes por haberme apoyado en los momentos del transcurso de estudio quienes me extendieron su mano amiga y en general a toda mi familia que confiaron en mí.

A mis amigas Tatiana y Jessica por siempre estar a mi lado, aunque no físicamente pero siempre me apoyaron.

Además, a mis profesores, amistades y amigas que encontré en el camino de la vida universitaria.

**Michelle Laguas**

El presente trabajo se lo dedico principalmente a mi Madre, Aída Sisalema quien me apoyo incondicionalmente en cada etapa de mi vida demostrándome su infinito amor, comprensión y paciencia, sobre todo por haber confiado en mí y llegar a cumplir mis metas.

A mi padre Víctor Borja quien desde el cielo me acompaña siempre y me cuida, sobre todo me enseñó los valores para ser una mejor persona en la vida.

A mis hermanos y sobrinas quienes son parte de mi familia, por haberme apoyado en todo momento.

A mis hijos Giancarlos y Michael por su amor y sacrificio en todos estos años, quienes eran mi fuente de motivación e inspiración para seguir adelante y cumplir con mis sueños, quienes me llenaron de amor, alegría y esperanza.

A mi esposo David por apoyarme para conseguir mis metas.

**Paola Borja**

## **Agradecimiento**

En primer lugar, agradecemos a Dios, quien nos ha guiado en el camino de la vida universitaria para culminar la etapa más importante, por brindarnos salud y vida.

A nuestras familias que han confiado en nosotras y nos han apoyado en nuestras metas durante el transcurso de nuestra carrera, por brindarnos su amor incondicional, cariño, comprensión y paciencia para sobrellevar los obstáculos.

A los docentes de la Universidad Estatal de Bolívar de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, carrera de Enfermería, quienes nos enseñaron sus conocimientos y habilidades para lograr ser unos buenos profesionales.

Al hospital básico José Cevallos Ruiz por permitirnos realizar nuestra investigación.

A nuestra tutora Lcda. Esthela Guerrero quien, gracias a su conocimiento brindado, su paciencia, apoyo incondicional nos ha sabido orientar de la mejor manera durante el proyecto de investigación.

**Michelle Laguas/Paola Borja**

## **Tema**

Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años.

Hospital básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, periodo enero -abril 2021.

## Índice General

Dedicatoria .....	II
Agradecimiento.....	IV
Tema .....	V
Índice General.....	VI
Índice de Tablas .....	X
Índice de Figuras.....	XI
Certificado de seguimiento al proceso de investigación, emitido por la Tutora.....	XIII
Declaración Juramentada de Autoría .....	XIV
Resumen Ejecutivo .....	XVI
Abstract .....	XVIII
Introducción .....	1
<b>Capítulo 1: El problema</b> .....	<b>3</b>
1.1. Planteamiento del Problema .....	3
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Objetivos:.....	5
1.3.1. Objetivo general:.....	5
1.3.2. Objetivos específicos: .....	5
1.4. Justificación de la investigación .....	6
1.5. Limitaciones.....	8
<b>Capítulo 2: Marco Teórico</b> .....	<b>9</b>
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2. Marco legal .....	13

2.2.1. Constitución de la República del Ecuador .....	13
2.2.2. Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021 .....	14
2.3. Bases Teóricas .....	15
2.3.1. Familia .....	15
2.3.2. Tipología de las familias según su funcionalidad .....	16
2.3.3. Causas que originan las familias disfuncionales.....	20
2.3.4. Instrumentos para valorar funcionalidad familiar.....	21
2.3.5. Desarrollo cognitivo.....	23
2.3.6. Instrumento para valorar el desarrollo cognitivo .....	25
2.4. Definición de términos (Glosario) .....	29
2.5. Sistema de hipótesis.....	32
2.5.1. Hipótesis alternativa.....	32
2.5.2. Hipótesis nula.....	32
2.6. Sistema de variables.....	32
2.6.1. Variable independiente .....	32
2.6.2. Variable dependiente .....	32
2.7. Operacionalización de variables .....	33
<b>Capítulo 3: Marco Metodológico.....</b>	<b>35</b>
3.1. Nivel de investigación.....	35
3.2. Diseño .....	35
3.3. Población.....	35
3.3.1. Población de la disfunción familiar: Familias .....	35
3.3.2. Población del desarrollo cognitivo: Niños de 6 a 11 años .....	36

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	36
3.4.1. Instrumentos de recolección de datos .....	36
3.5. Procesamiento y plan de análisis de datos .....	41
<b>Capítulo 4: Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados .....</b>	<b>42</b>
4.1. Resultado según objetivo N° 1.....	42
4.1.1. Análisis resultados objetivo 1 .....	48
4.2. Resultado según objetivo N° 2.....	50
4.2.1. Análisis de los resultados objetivo 2.....	56
4.3. Resultado según objetivo N° 3.....	58
4.4. Resultado según objetivo N° 4.....	62
<b>Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>103</b>
5.1. Conclusiones.....	103
5.2. Recomendaciones.....	104
<b>Bibliografía .....</b>	<b>105</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>113</b>
Anexo 1. Test APGAR familiar.....	113
Anexo 2. Test Wisc -V.....	115
Anexo 3. Consentimiento informado.....	117
Anexo 4. Oficio para la aprobación del tema y denuncia de la modalidad de titulación.....	120
Anexo 5. Oficio de asignación del tutor. ....	121
Anexo 6. Oficio de solicitud de autorización y aprobación hospital .....	122
Anexo 7. Evidencias fotográficas .....	123
Aplicación del test APGAR familiar a los familiares de los niños.....	123

Anexo 8. Evidencias fotográficas .....	124
Aplicación del test WISC-V a los niños .....	124
Anexo 9. Marco Administrativo .....	125
Anexo 10. Cronograma de Actividades.....	127
Anexo 11. Reporte URKUND .....	129

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Distribución de las familias según satisfacción de la ayuda recibida cuando se presenta algún problema o necesidad.....	42
<b>Tabla 2</b> Distribución de las familias según satisfacción por hablar y compartir sus problemas..	43
<b>Tabla 3</b> Distribución de las familias según satisfacción por aceptar y apoyar deseos para emprender nuevas actividades. ....	44
<b>Tabla 4</b> Distribución de las familias según satisfacción por expresar afectos y responder a emociones como rabia, tristeza y amor.....	45
<b>Tabla 5</b> Distribución de las familias según satisfacción al compartir el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa y el dinero. ....	46
<b>Tabla 6</b> Distribución de las familias según la funcionalidad familiar.....	47
<b>Tabla 7</b> Comprensión verbal en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	50
<b>Tabla 8</b> Visoespacial en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	51
<b>Tabla 9</b> Razonamiento fluido en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	52
<b>Tabla 10</b> Memoria de trabajo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	53
<b>Tabla 11</b> Velocidad de procesamiento en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	54
<b>Tabla 12</b> Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	55

<b>Tabla 13</b> Distribución de las familias según, funcionalidad familiar .....	58
<b>Tabla 14</b> Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	59
<b>Tabla 15</b> Frecuencias observadas; tabla cruzada Disfunción Familiar*Escala total .....	60
<b>Tabla 16</b> Frecuencias esperadas; tabla cruzada Disfunción Familiar*Escala total.....	60
<b>Tabla 17</b> Prueba de chi-cuadrado.....	61

### **Índice de Figuras**

<b>Figura 1</b> Distribución de las familias según satisfacción de la ayuda recibida cuando se presenta algún problema o necesidad.....	42
<b>Figura 2</b> Distribución de las familias según satisfacción por hablar y compartir sus problemas.	43
<b>Figura 3</b> Distribución de las familias según satisfacción por aceptar y apoyar deseos para emprender nuevas actividades. ....	44
<b>Figura 4</b> Distribución de las familias según satisfacción por expresar afectos y responder a emociones como rabia, tristeza y amor.....	45
<b>Figura 5</b> Distribución de las familias según satisfacción al compartir el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.....	46
<b>Figura 6</b> Distribución de las familias según la funcionalidad familiar.....	47
<b>Figura 7</b> Comprensión verbal en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	50
<b>Figura 8</b> Visoespacial en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V.....	51

<b>Figura 9</b> Razonamiento fluido en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	52
<b>Figura 10</b> Memoria de trabajo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	53
<b>Figura 11</b> Velocidad de procesamiento en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	54
<b>Figura 12</b> Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	55
<b>Figura 13</b> Distribución de las familias según, funcionalidad familiar .....	58
<b>Figura 14</b> Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V .....	59

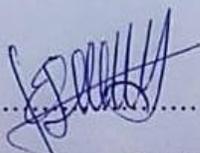
## Certificado de seguimiento al proceso de investigación, emitido por la Tutora

Guaranda, 17 de noviembre de 2021

La suscrita Lcda. Dolores Esthela Guerrero Guerrero, tutora del presente proyecto de investigación.

### CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **“Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, periodo enero -abril 2021”**, realizado por las estudiantes Laguas Paredes Michelle Vanessa con C.I. 1804921102 y Borja Sisalema Paola Margoth con C.I.0202109005, ha cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en el reglamento de la Unidad de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por la comisión de titulación, aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



.....

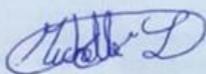
Lcda. Dolores Esthela Guerrero Guerrero

**Tutora del proyecto de investigación**

## Declaración Juramentada de Autoría

### DECLARACION JURAMENTADA DE AUTORIA

Nosotras **LAGUAS PAREDES MICHELLE VANESSA** portadora de la cedula **1804921102** y **BORJA SISALEMA PAOLA MARGOTH** portadora de la cedula **0202109005** egresadas de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo juramento declaramos en forma libre y voluntaria que el trabajo de investigación con el tema “**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. CANTÓN YAGUACHI, PERIODO ENERO –ABRIL 2021**”, ha sido realizado por nosotras con la dirección del tutor, docente de la carrera señalada, por tanto es de nuestra autoría. En tal sentido, dejamos constancia que las expresiones vertidas en el desarrollo de este documento se ha elaborado en base a la recopilación bibliográfica, tanto de libros, revistas, medios de comunicación, publicaciones y demás formas necesarias para la producción de esta investigación.



**LAGUAS PAREDES MICHELLE VANESSA**

**C.I.1804921102**

**AUTORA 1**



**BORJA SISALEMA PAOLA MARGOTH**

**C.I 0202109005**

**AUTORA 2**





DRA. MSc. GINA CLAVIJO CARRION  
Notaria Cuarta del Cantón Guaranda.

ESCRITURA N° 20220201004P00076

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

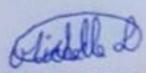
**OTORGA:**

**MICHELLE VANESSA LAGUAS PAREDES y  
PAOLA MARGOTH BORJA SISALEMA**

**CUANTÍA: INDETERMINADA**

**DI 1 COPIA**

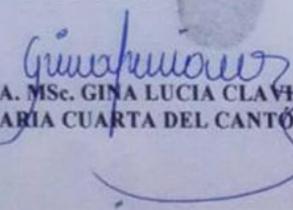
En el Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, República del Ecuador, hoy miércoles dos de febrero del año dos mil veintidós, ante mí **DRA. MSC. GINA LUCIA CLAVIJO CARRIÓN, NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA** comparece con plena capacidad, libertad y conocimiento, a la celebración de la presente escritura, **MICHELLE VANESSA LAGUAS PAREDES** de estado civil soltera, y **PAOLA MARGOTH BORJA SISALEMA**, de estado civil casada, ambas por sus propios y personales derechos en calidad de OTORGANTES. Las comparecientes declaran ser de nacionalidad ecuatorianas, mayores de edad, de estado civil como se deja expresado, de ocupación estudiante y estudiante en su orden, domiciliadas la primera en la parroquia Veintimilla, Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, con número celular cero nueve ocho siete siete seis uno cuatro cinco cuatro, y con correo electrónico [michellelaguas1820@gmail.com](mailto:michellelaguas1820@gmail.com) y la segunda en la parroquia Veintimilla, Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, con número celular cero nueve nueve ocho cuatro siete ocho seis nueve cinco, y con correo electrónico [paoborja1989@hotmail.com](mailto:paoborja1989@hotmail.com), hábiles en derecho para contratar y contraer obligaciones, a quienes de conocerles doy fe, en virtud de haberme exhibido sus documentos de identificación cuyas copias fotostáticas debidamente certificadas por mí, agrego a esta escritura como documentos habilitantes. Advertidas las comparecientes por mí la Notaria de los efectos y resultados de esta escritura, así como examinados que fueron en forma aislada y separada de que comparecen al otorgamiento de esta escritura sin coacción, amenazas, temor reverencial, ni promesa o seducción instruidas por mí de la obligación que tienen de decir la verdad con claridad y exactitud; y, advertidas sobre la gravedad del juramento y de las penas de perjurio, me solicitan que recepte su declaración juramentada: Nosotras **MICHELLE VANESSA LAGUAS PAREDES** de estado civil soltera, y **PAOLA MARGOTH BORJA SISALEMA**, de estado civil casada, declaramos bajo juramento que los criterios e ideas emitidos en el presente Proyecto de investigación de titulación, es de nuestra absoluta autoría, titulado "DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS HOSPITAL BÁSICO JOSE CEVALLOS RUIZ, CANTÓN YAGUACHI PERIODO ENERO - ABRIL 2021", previo a la obtención del título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería, otorgado por la Universidad Estatal de Bolívar, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano.- Es todo cuanto podemos declarar en honor a la verdad.- Para su otorgamiento se observaron los preceptos de ley y leída que les fue a las comparecientes íntegramente por mí la Notaria, aquellas se ratifican en todas sus partes y firma junto conmigo en unidad de acto, incorporando al protocolo de esta Notaria la presente escritura de Declaración Juramentada, de todo lo cual doy fe.

  
SRTA. MICHELLE VANESSA LAGUAS PAREDES.

C.C. 1804921102

  
SRA. PAOLA MARGOTH BORJA SISALEMA.

C.C. 0202109005

  
DRA. MSc. GINA LUCIA CLAVIJO CARRION  
NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA



## Resumen Ejecutivo

La familia es el núcleo de la sociedad donde crecen y se desarrollan sus integrantes desde su infancia hasta su vejez, es en donde se fortalece los vínculos afectivos, sociales que permiten una adaptación favorable con el medio; el cuidado familiar es parte de las responsabilidades del profesional enfermero y es en ese contexto donde se imprime el presente estudio. **Objetivo:** Identificar la disfuncionalidad familiar y su asocio al desarrollo cognitivo de los niños de 6 a 11 años, en el hospital básico José Cevallos Ruiz de Yaguachi. **Metodología:** Nivel de investigación descriptivo, diseño descriptivo correlacional-trasversal; población de estudio 20 familias y 20 niños, hijos de esas familias registrados en estadística del hospital; se empleó para la recolección de información dos instrumentos: El test del APGAR Familiar para medir la funcionalidad familiar y el test de la escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) para medir el desarrollo cognitivo de los niños.

**Resultados:** 75% de las familias de los niños presentaron disfunción familiar entre leve, moderada y grave, solo el 25% tuvieron una buena función familiar; sobre el desarrollo cognitivo de los niños el 50% presentaron un nivel medio de desarrollo cognitivo, 35% medio bajo y el 15% un desarrollo cognitivo inferior; para la correlación de las variables se utilizó la prueba de Chi Cuadrado obteniendo un p-valor = 0.579 que indica que el desarrollo cognitivo es independiente de la disfunción familiar. El estudio contempla como propuesta un proceso enfermero orientado al cuidado en la disfunción familiar aplicando la carita 9 del modelo transpersonal de Jean Watson. **Conclusión:** No existe relación entre el desarrollo cognitivo y la disfunción familiar. Se espera que el hospital aplique el proceso enfermero para acompañar a las familias disfuncionales.

**Palabras clave:** Disfunción familiar, desarrollo cognitivo, APGAR familiar, Test WISC-Cuidado transpersonal.

## **Abstract**

The family is the nucleus of society where its members grow and develop from childhood to old age, it is where affective and social ties are strengthened that allow a favorable adaptation to the environment; Family care is part of the responsibilities of the nursing professional and it is in this context that this study is printed. Objective: To identify family dysfunction and its associated with the cognitive development of children from 6 to 11 years old, at the José Cevallos Ruiz de Yaguachi basic hospital. Methodology: Descriptive research level, descriptive correlational-transversal design; study population 20 families and 20 children, children of those families registered in hospital statistics; Two instruments were used to collect information: the Family APGAR test to measure family functionality and the Wechsler intelligence scale test for children-V (WISC-V) to measure children's cognitive development.

Results: 75% of the children's families presented mild, moderate and severe family dysfunction, only 25% had a good family function; on the cognitive development of the children, 50% had a medium level of cognitive development, 35% medium low and 15% a lower cognitive development; For the correlation of the variables, the Chi Square test was used, obtaining a p-value = 0.579, which indicates that cognitive development is independent of family dysfunction. The study considers as a proposal a nursing process oriented to care in family dysfunction applying face 9 of Jean Watson's transpersonal model. Conclusion: There is no relationship between cognitive development and family dysfunction. The hospital is expected to apply the nursing process to accompany dysfunctional families.

Key words: family dysfunction, cognitive development, family APGAR, WISC-Transpersonal Care Test.

## **Introducción**

La Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) reconoce que “La familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad”. (Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2015)

La familia es la primera educadora. Sin las familias todo el sistema educativo carecería de cimientos. La familia es vital para los niños. En la familia se aprenden los criterios, los valores y las normas de convivencia esenciales para el desarrollo y bienestar de sus propios miembros y para la construcción de la sociedad: libertad, respeto, sacrificio, generosidad, solidaridad. (Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2015)

La familia disfuncional puede verse afectada negativamente en la condición mental y de comportamiento tanto de los padres como de los niños, predominando la tensión y la desconfianza entre estos.

Los niños de origen de familias disfuncionales se quedan atrás en el desarrollo cognitivo y físico; sufren incluso trastornos psicoemocionales; la negligencia y el maltrato infantil que se vive en estos hogares conducen a traumas emocionales, agresión, desequilibrios en la comunicación, aumento del número de niños problemáticos, dando como resultado que varios niños abandonan sus hogares y se quedan sin hogar.

Como se ha mencionado la familia repercute en los niños de dos formas tanto negativa como positivamente, el presente estudio abordó la disfunción familiar asociado con el desarrollo cognitivo de los niños que asisten al hospital básico José Cevallos Ruiz de Yaguachi, en donde se encontró que la disfunción familiar es independiente del desarrollo cognitivo, negando con

esto el estereotipo empírico y convencional disfunción familiar- retraso cognitivo; al no encontrar esa correlación el grupo se planteó elaborar como propuesta un proceso de atención de enfermero(PAE) encaminado a acompañar a las familias disfuncionales sujetos de este estudio que del 100% constituye el 75%, de ahí que en el presente proyecto de investigación consta el proceso enfermero donde se evidencia el conocimiento necesario para vincular el problema con la solución.

Se espera que el conocimiento de esta realidad problemática sea mejorado con la ejecución del PAE por el profesional enfermero del hospital, aportando de esta manera a la calidad y calidez del cuidado familiar con la incorporación del modelo transpersonal con la carita 9 de Jean Watson.

## Capítulo 1: El problema

### 1.1. Planteamiento del Problema

Por desgracia, millones de niños en todo el mundo están privados de los elementos que fomentan el desarrollo óptimo del cerebro. No reciben alimentos nutritivos ni servicios de salud; están desprotegidos frente a la violencia, el estrés agudo, la contaminación o los conflictos; están privados de estimulación positiva por parte de un adulto que se ocupe de ellos; y pierden oportunidades de aprender. Pueden tener repercusiones en la capacidad de crecimiento y de aprendizaje del niño. (UNICEF, 2019)

Con todo, al menos 155 millones de niños sufren retraso en el crecimiento, mientras que varios millones están en riesgo debido a una nutrición deficiente. Aun así, cerca de 250 millones de niños de todo el mundo viven en zonas de conflictos. (UNICEF, 2019)

Con base en datos globales, el informe documenta la gran diversidad de estructuras y relaciones familiares existentes en las diferentes regiones, dentro de cada país y a través del tiempo. Si se toma el hogar como unidad de análisis, poco más de un tercio de los hogares del planeta (38 %) están formados por una pareja con hijas e hijos de cualquier edad, (27 %) son hogares extensos, en los que pueden residir abuelas y abuelos o tías y tíos, (8%) monoparentales donde solo se reside ya sea el padre o madre con los hijos. (ONU, 2019)

La población de niños, niñas y adolescentes en el Ecuador asciende a seis millones, cerca del 33% pertenece al grupo etario de 5 a 11 años, la disfunción familiar se evidencia por la escasa capacidad para dar solución a los problemas, lo que conlleva que el 42% de los niños padezcan algún tipo de agresión por sus padres, en donde: les pegan, encierran o bañan en agua fría, insultan, burlan, les sacan de la casa o les dejan sin comer, sumándose a esto la indiferencia,

posiblemente causa de que el 10% de los menores se encuentren en condición de rezago escolar. (Velasco, Tapia, Encalada, & Hurtado, 2019)

Es necesario mencionar que en el cantón Yaguachi el 79,62% de los hogares no cuentan con la capacidad para satisfacer sus necesidades básicas, es decir pertenecen a un estrato social pobre, siendo una posible causa para que exista disfunción familiar, lo que ha venido generando problemas tales como la deserción y repetición de años escolares, limitando el desarrollo cognitivo de los menores. (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad del Cantón San Jacinto de Yaguachi, 2019)

Los patrones o conductas desadaptativas e indeterminadas de uno o más miembros de la familia tienden a repercutir en el desarrollo de habilidades cognitivas de los más pequeños del hogar, lo que ha provocado que los niños presenten problemas de: apatía, poca adaptación social, incapacidad de resolución de conflictos, difícil control de conductas, razonamiento, lenguaje, entre otros aspectos que impiden llegar a una madurez de las funciones neuropsicológicas.

La disfunción familiar causa trastornos y afecta todos los niveles del desarrollo de la personalidad de un niño, sus esferas emocionales y cognitivas, así como su comportamiento, es oportuno recalcar, que también la familia disfuncional puede afectar el comportamiento de los niños a largo plazo, comprometiendo su comportamiento, interacción, habilidades sociales, e incluso interrelación familiar convirtiendo sus nuevos hogares en familias disfuncionales que pone en peligro la condición física y psicológica de sus hijos.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿La disfuncionalidad familiar influye en el desarrollo cognitivo de los niños de 6 a 11 años que asisten al hospital básico José Cevallos Ruiz?

### **1.3. Objetivos:**

#### **1.3.1. *Objetivo general:***

Identificar la disfuncionalidad familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo de los niños de 6 a 11 años, en el hospital básico José Cevallos Ruiz periodo enero-abril del 2021.

#### **1.3.2. *Objetivos específicos:***

1. Identificar familias con problemas de disfuncionalidad de los menores que asisten al hospital.
2. Evaluar habilidades cognitivas de los menores de 6 a 11 años de las familias afectadas con disfunción familiar.
3. Demostrar estadísticamente el asocio de la disfunción familiar en el desarrollo cognitivo de los niños.
4. Desarrollar el proceso enfermero para la disfunción familiar con el modelo transpersonal de Jean Watson.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

La familia siempre será la base y el pilar fundamental para generar un entorno socioemocional equilibrado, armónico, estimulante e impulsador en los niños y niñas, lo que redundará en su desarrollo cognitivo, que le puede favorecer o no; es necesario fortalecer los vínculos familiares que permitan entablar buenas relaciones humanas con toda la comunidad.

El estudio es de gran **importancia**, pues su fin es disminuir la disfuncionalidad familiar, con lo que se estaría solucionando una problemática a nivel social que viene afectando el proceso cognitivo y la formación de la personalidad de los niños y niñas. Se infiere el término “disminuir”, debido a que a pesar de todos los esfuerzos a través de la aplicación directa de programas, medidas y políticas que existen, empleadas por el gobierno nacional de turno, ha sido infructuoso, quedando claro que siempre habrá familias disfuncionales.

Es bien sabido, que los efectos de crecer en una familia disfuncional son devastadores, ya que, para prosperar física y emocionalmente, los niños necesitan sentirse seguros y eso va a depender de un cuidado (padre y madre) constante y sintonizado para que se de esa sensación de seguridad. Pero en las familias disfuncionales, los cuidadores (padre y madre) no son coherentes, ni están en sintonía con sus hijos, entendiéndose que la disfunción familiar, refleja la existencia de un ambiente lleno de conflictos, mala conducta e incluso abuso por uno o varios miembros del hogar, tanto a nivel: físico, psicológico, e incluso cognitivo, por ello es importante realizar el presente estudio a fin de establecer la relación de dependencia existente entre la formación o crianza dada a un niño(a) a través de una familia disfuncional y observar cómo influye en el desarrollo cognitivo de dicho individuo.

Es necesario mencionar que este estudio es **original** e innovador, ya que el mismo resulta ser pionero en el lugar o medio donde se va a desarrollar el tema, es decir, no hay otro similar.

El desarrollo del estudio es **pertinente** porque se basa en políticas públicas, como: Constitución de la República del Ecuador en el art 44, 46 y 347 que busca promover de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos; Plan Nacional Buen Vivir 2017-2021 objetivo 1, que garantiza una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, tomando en cuenta que en este país los niños representan una de las prioridades, ya que de ellos dependerá la nación en un futuro; además esta investigación se encuentra en la línea de investigación de la UEB aprobados por la carrera de enfermería: Sub área sistema nacional de salud, línea atención primaria de salud, sublínea promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención basada en la comunidad.

Es **factible** porque se cuenta con el apoyo de los funcionarios del hospital, quienes facilitan la obtención de información de la población en estudio, sumándose la disponibilidad de recurso tecnológicos que se requieren para ejecutar este trabajo, al igual que la orientación de la persona capacitada experto en el desarrollo del proceso de investigación asignada por la Universidad Estatal de Bolívar.

Es **beneficioso** porque permitirán conocer la realidad de los efectos o consecuencias generadas en los niños de las familias disfuncionales que asisten al hospital, con ello se podrá determinar si la disfuncionalidad en el entorno familiar repercute directamente o no sobre el nivel cognitivo de los menores, y por último la demostración estadística de esta hipótesis.

Los resultados de la investigación **benefician** directamente a las familias y niños sujetos de este estudio, ya que permitirá mejorar la condición de calidad de vida de los menores y propiciar un ambiente adecuado para desarrollar sus habilidades cognitivas así mismo acompañar a las familias disfuncionales a través del cuidado enfermero.

## **1.5. Limitaciones**

- Dificultad de acercamiento a la población de estudio debido al temor que existe al contagio de la COVID-19.
- Difícil obtención y manejo del instrumento evaluativo (WISC-V), según los estándares de costos del mercado.

## Capítulo 2: Marco Teórico

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes investigativos son referentes para analizar el contexto de forma internacional y nacional, permitiendo indagar investigaciones que se relacione y contribuya con el tema planteado, razón por la cual se considera los siguientes estudios:

El estudio “Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco” desarrollado por Zumba (2017), trabajo publicado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, ejecutado con el objetivo de inferir si la disfuncionalidad familiar es un factor determinante en las habilidades sociales de las y los adolescentes, se emplearon instrumentos psicométricos como: Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) y el inventario de situaciones sociales (ISS), se obtuvo como resultado final que la familia no es un factor que determine en su totalidad a las habilidades sociales.

El proyecto de investigación “Disfuncionalidad familiar y el desarrollo psicosocial en los adolescentes de la unidad educativa “San Camilo” año 2019”, elaborado por Chacon (2019), publicado en el repositorio digital de la Universidad Técnica de Babahoyo, con el objetivo de determinar la influencia de la disfuncionalidad familiar en el desarrollo psicosocial, en donde se desarrolló tres cuestionarios diferentes para docentes, padres de familia y estudiantes, obteniendo como resultados que la disfunción familiar genera en los jóvenes sentimientos de frustración y temor e influye sobre todo en su desarrollo cognitivo, llevándolos a mantener un comportamiento violento, agresivo y confrontativo.

El proceso investigativo “Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su repercusión en el rendimiento académico en adolescentes de entre 16 a 18 años de edad”, ejecutado por Peñafiel

(2020), realizado en la Universidad Central del Ecuador, con el objetivo de demostrar la importancia que tiene la funcionalidad familiar como factor externo en el rendimiento académico, investigación que demandó de los siguientes instrumentos: APGAR familiar, FACES III de Olson y reporte de calificaciones, luego del análisis de la información obtenida se concluye en que efectivamente existe una influencia de la familia en el rendimiento de los estudiantes con un 90,91%, en donde se hace mención que el factor más afectado es el relacionado con la comunicación.

El trabajo investigativo “Bajo rendimiento académico de los estudiantes, de tercer grado de educación básica, por efectos de la disfuncionalidad familiar en la unidad educativa fiscomisional María Mazzarello, cantón Sigsig 2018-2019”, realizado por Sánchez (2019), publicado en la Universidad Politécnica Salesiana, diseñado con el objetivo de analizar los aspectos que intervienen en el rendimiento académico escolar y la disfuncionalidad familiar; se diseñó una encuesta que busca identificar aspectos familiares, institucionales y pedagógicos, obteniendo como principales hallazgos que los estudiantes no tiene bajo rendimiento académico por efectos de la disfuncionalidad familiar, sino por otros factores tanto emocionales como sociales que intervienen en su proceso de formación.

La investigación denominada “Disfuncionalidad familiar y las relaciones interpersonales en los estudiantes de la unidad educativa “Nicolás Infante Díaz”, año 2018”, ejecutada por Calero (2018), elaborado en la Universidad Técnica de Babahoyo, diseñado con el objetivo de determinar la influencia que tiene la disfuncionalidad familiar en las relaciones interpersonales; donde se emplearon cuestionarios como instrumentos para la recolección de información, aplicables a los docentes, estudiantes, padres de familia, llegando a obtener como hallazgos que la disfunción familiar está íntimamente relacionada con el maltrato intrafamiliar lo que afecta las

relaciones interpersonales entre los compañeros del aula; los niños que provienen de hogares disfuncionales demuestran conductas inadecuadas dentro del aula como irresponsabilidad, agresividad e indisciplina.

El estudio “Influencia de la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico de los alumnos del cuarto grado de la institución educativa Francisco Lizarzaburu del distrito el Porvenir año 2017”, desarrollado por Villegas (2018), presentado en la Universidad Nacional de Trujillo, con el objetivo de identificar cómo influye la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico; estudio que utilizó como instrumento una encuesta para identificar la disfunción familiar, guía de observación para identificar comportamientos y aspectos subjetivos de los estudiantes; se identificó que la disfunción familiar deja secuelas profundas que inciden en el desarrollo de la personalidad, fracaso escolar, frustraciones, suicidios, alcoholismos y delincuencia.

El estudio “La disfuncionalidad familiar y su incidencia en la adaptación escolar de los estudiantes del 5to año de educación básica de la unidad educativa Juan E. Verdesoto del cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos, del periodo lectivo 2015-2016”, desarrollado por Vera (2016) en la Universidad Técnica de Babahoyo, con el propósito de analizar de qué manera la disfuncionalidad familiar influye en la adaptación escolar; investigación que demandó de tres cuestionarios aplicables de los estudiantes, padres de familia y docente llegando a establecer como principal hallazgo que la disfunción conlleva en los niños un comportamiento agresivo, intranquilidad, inseguridad y poca adaptación escolar.

El estudio “La disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje significativo en niños y niñas de primer año de educación general básica de la unidad educativa San Andrés, Quitumbe”, elaborado por Carrión & Laverde, (2018) publicado en la Universidad Central del

Ecuador, planteado con el objetivo de analizar cómo repercute la disfunción familiar en los niños y de qué manera estos factores afectan el entorno escolar; la investigación empleó como instrumentos, la realización de encuestas a padres de familia, docentes, y entrevistas a autoridades de la institución, logrando identificar que la disfuncionalidad familiar incide significativamente en el aprendizaje de los niños y niñas.

La investigación “Disfuncionalidad familiar como factor de riesgo en el bajo rendimiento escolar, en estudiantes de octavo de básica, unidad educativa Isaac Acosta, 2017”, ejecutado por Anrango (2017), publicado en la Universidad Técnica del Norte, se ejecutó con el objetivo de identificar si la disfuncionalidad familiar representa un factor de riesgo en el bajo rendimiento escolar, estudio que utilizó como instrumentos: la encuesta, el registro de calificaciones o promedios finales de cada estudiante dentro del período lectivo y el APGAR familiar, llegando a asumir como principal hallazgo que la disfuncionalidad familiar si afecta el rendimiento escolar.

La tesis “La familia disfuncional y desarrollo psicomotor en niños del centro infantil Campeones de Cristo, cantón El Triunfo, Ecuador, 2018”, puesto en ejecución por Villamar (2019), expuesto en la Universidad Cesar Vallejo, ejecutada con el objetivo de establecer la relación entre la familia disfuncional y el aspecto psicomotor (social/afectivo/cognitivo/sexual), en niños del centro infantil; trabajo que empleó el siguiente instrumento ,cuestionarios, logrando asumir como principal hallazgo que la disfuncionalidad familiar si afecta el rendimiento escolar. Se comprobó la relación directa moderada entre familia disfuncional y el desarrollo psicomotor de los niños de dicho centro infantil.

## **2.2. Marco legal**

### **2.2.1. Constitución de la República del Ecuador**

**Art. 44.-** El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales. (Asamblea Nacional de la Republica del Ecuador, 2008)

**Art. 46.-** El Estado adoptará las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 4.- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

**Art. 67.-** Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

Se define en el Art. **347.-** Será responsabilidad del Estado: 5.- Garantizar el respeto del desarrollo psicoevolutivo de los niños, niñas y adolescentes, en todo el proceso educativo. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

### **2.2.2. Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021**

De acuerdo a lo establecido por el Consejo Nacional de Planificación (2017) en el Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021 se reconoce:

**Objetivo 1:** Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, para lo cual el derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. (Consejo Nacional de Planificación, 2017)

## **2.3. Bases Teóricas**

### **2.3.1. Familia**

La familia es un sistema de organización complejo, con creencias, valores y prácticas desarrolladas directamente vinculadas a las transformaciones de la sociedad, en busca de la mejor adaptación posible para la supervivencia de sus miembros y la institución en su conjunto. El sistema familiar cambia a medida que cambia la sociedad, y todos sus miembros pueden verse afectados por presiones internas y externas, provocando que cambie para asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros. (Meza & Páez, 2016).

Es un grupo social conformado por personas que tienen un mismo vínculo consanguíneo, por matrimonio o adopción que se caracteriza por tener un lugar para vivir que es común, aportación económica, reproducción y cuidado de los nuevos miembros de la familia; sin embargo, en la actualidad se observa diferentes formas de familia debido a la cultura de la que provenga. (Espinosa & Vírveda, 2018)

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grado primario de adscripción. Es un sistema abierto, es decir un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción interna y con el exterior; la familia es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto. Este grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo. En la familia, cada persona adquiere sus primeras experiencias, valores, concepción del mundo. (Mazo, Mejía, & Muñoz, 2019)

Se observa con claridad a través de estos conceptos que la familia es considerada como un sistema estructurado y complejo con una cultura individualizada, mediante prácticas de valores, creencias acordes al cambio que produzca la sociedad, en función de una óptima adaptación.

En la actualidad se ha abordado un concepto más amplio de lo que es familia, incluyendo ahora tipologías más extensas, dejando de lado los conocimientos de índoles religiosos, que iban más enfocado a la unión de seres humanos de sexos opuestos.

Es oportuno recalcar que la familia es un sistema pionero en toda sociedad, que puede generar cambios ligados a agentes externos que le rodean, modificando su funcionabilidad o dinámica interna.

### ***2.3.2. Tipología de las familias según su funcionalidad***

#### ***2.3.2.1. Familias Funcionales***

Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.

La principal característica de una familia funcional es que promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, teniendo jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. (Paternina & Pereira, 2017)

La familia funcional tiene la capacidad de manejar la proximidad y la distancia entre sus miembros, logrando el contacto afectivo y cálido entre todos; pero al mismo tiempo siendo capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente. (Sanabria, 2017)

El contexto familiar de una familia funcional proporciona a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman. Sus vínculos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo en el caso de necesitarse para enfrentar una dificultad o amenaza. (Benítez, 2017)

Una familia funcional es aquella en la que los adultos están en el centro de la familia, están a cargo y se unen en la misma dirección. Esto crea un entorno muy seguro para los niños. En una familia funcional los padres, divorciados o casados, asumen la responsabilidad.

### ***2.3.2.2. Familia Disfuncional***

Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

La familia disfuncional o familia obstructora es aquella que no ha alcanzado un funcionamiento óptimo en las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación y que por el contrario presentan niveles extremos sean estos altos o bajos, aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. (Muñoz & Palma, 2016)

La disfuncionalidad familiar se entiende como un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que se presentan de manera permanente en uno o varios miembros de una familia y que, afectarán a todo el sistema familiar, siendo común identificar patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. (Lastre, Salcedo, & Segovia, 2020)

Una familia disfuncional se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, debido a que el sistema familiar se enferma progresivamente. Esta disfunción se convierte en el estilo de vida familiar y produce en

muchos casos, el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos, una familia disfuncional a pesar de estar formada con lazos afectivos en común, conviven con conflictos, mal comportamiento y frecuentes abusos por parte de cada miembro de la familia, los cuales hacen sufrir a otros de la misma forma. (Galarza & Morán, 2016)

Una familia disfuncional es una familia en la que el conflicto, la mala conducta y a menudo, la negligencia o abuso infantil por parte de los padres individuales ocurren de manera continua y regular, lo que lleva a otros miembros a adaptarse a tales acciones. Los niños a veces crecen en familias de este tipo con el entendimiento de que esa situación es normal.

### ***2.3.2.3. Indicadores de funcionalidad y disfuncionalidad dentro de la familia***

#### ***2.3.2.3.1. Indicadores de Funcionalidad***

La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte. Aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente.

- Los límites y fronteras claras y flexibles, la familia no tiene límites difusos ni rígidos.
- Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
- Los papeles son complementarios y tienen consistencia interna; no son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes. (Quiroz, 2017)
- La comunicación tiende a ser clara, directa y congruente y se utiliza honestamente en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
- Redes de apoyo, existe una apertura que permite la formación de estas redes con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

- Autonomía e independencia, existe la flexibilidad suficiente para garantizar con los integrantes del grupo familiar lo cual va a procurar tanto el crecimiento individual como el mantenimiento del sistema.
- Demandas de cambio, en la familia funcional se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante estas demandas de cambio internas, externas o ambientales. (Giron, 2020)

#### ***2.3.2.4. Indicadores de Disfuncionalidad Familiar***

- Decepción y negación, las familias disfuncionales niegan sus problemas y estos nunca se resuelven.
- Imposibilidad de intimidad, estos vacíos contribuyen a la disfunción familiar.
- Formación de roles rígidos, estáticos y fijos, los niños renuncian a sus propias necesidades por satisfacer las necesidades del sistema.
- Una masa indiferenciada de egos, los miembros de las familias disfuncionales tienen límites permeables, los límites no se respetan, los individuos se invaden unos a otros, más que relacionarse se enredan. Si la madre es temida todos temen. (Lastre, Salcedo, & Segovia, 2020)
- Necesidades sacrificadas en aras del sistema, las necesidades individuales son puestas de lado para satisfacer las necesidades del sistema familiar, por ello estas familias siempre están cargadas de enojo y depresión.
- Comunicación conflictiva, muy raramente es posible establecer contacto verdadero, el conflicto abierto es la forma de comunicación.
- Irrevocabilidad de reglas, aquí las reglas son de control, perfeccionismo, de culpar a los demás, negación, el silencio tácito, la sordera selectiva, la repetición, la desconfianza.

- Omisiones, los secretos son abiertos, aunque todos saben lo que pretenden no saber, omiten hablar de ello.
- Límites perdidos, en un afán de mantener al sistema familiar funcionando, los individuos renuncian a sus límites personales, es como renunciar a su propia identidad. Las familias disfuncionales carecen de límites. (Peñañiel, 2020)

### **2.3.3. Causas que originan las familias disfuncionales**

#### **2.3.3.1. Machismo**

Es conocido también como androcentrismo (el varón como centro), supone una actitud de desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino. No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural. (Moral & Ramos, 2016)

En las familias disfuncionales el hombre machista llega a tomar un rol bastante dañino para la familia. Es incapaz de mostrar el respeto necesario hacia su pareja, tiene un concepto de fidelidad de la mujer hacia él, pero no de él hacia ella, y no asume la responsabilidad junto con la madre de criar a sus niños; en el ambiente machista la mujer se hace parte de un hogar desequilibrado. (Felitti & Rizzotti, 2016)

#### **2.3.3.2. Violencia**

Es difícil precisar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser física o emocional, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades; puede pensarse en violencia hacia los mayores; entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc., los que maltratan suelen ocupar un lugar de mayor poder, el maltrato puede verse en el: rechazo (abandonar), aterrorizar (amenazas), ignorar (falta de disponibilidad), aislar al menor (no

permitir relaciones sociales), e incluso someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción. (Mayor & Salazar, 2019)

#### **2.3.3.3. Adicciones**

Las adicciones pueden ser de varios tipos, por lo general el alcoholismo es una de las adicciones más frecuentes, aunque la adicción empieza normalmente con una persona, con el tiempo toda la familia es afectada por el problema. (Rodríguez, 2018)

#### **2.3.3.4. Falta de seguridad**

Conlleva a que los individuos de una familia tengan falta de confianza, y de este modo se corrompe la necesaria confianza en las relaciones entre ellos y también para poder crear una sana identidad y personalidad en cada uno. (Gómez & Ruiz, 2017)

### **2.3.4. Instrumentos para valorar funcionalidad familiar**

#### **2.3.4.1. APGAR familiar**

Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que también puede ser aplicado el instrumento a la población infantil. (Morales, Ramírez, & Rendón, 2016)

Permite evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación enfermero-paciente en toda su extensión. (Calderón, Lazo, & María, 2020)

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, participación, gradiente de recursos, afecto, y recursos que se describen a continuación:

- **Adaptación:** Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **Participación:** Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **Gradiente de recursos:** Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **Afectividad:** Es la relación de cariño, amor que existe entre los miembros de la familia.
- **Recursos:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. (Mayorga, Gallardo, & Galvez, 2019)

#### ***2.3.4.1.1. Puntuación de las respuestas cuestionario APGAR familiar***

Cada una de las respuestas tiene un puntaje estándar, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5)

Y la puntuación para determinar la función familiar son las siguientes: Buena función familiar (18-20), disfunción familiar leve (14-17), disfunción familiar moderada (10-13) y disfunción familiar severa (9 o menos).

Para el presente estudio se ha considerado como instrumento de valoración de la disfuncionalidad familiar el test APGAR familiar, por sugerencia de la psicóloga de la unidad debido a su rapidez y fácil aplicación.

### **2.3.5. Desarrollo cognitivo**

El desarrollo cognitivo es la construcción de procesos de pensamiento, incluidos el recuerdo, la resolución de problemas y la toma de decisiones, desde la niñez hasta la adolescencia y la edad adulta. (Urrea, 2020)

El desarrollo cognitivo se refiere a cómo una persona percibe, piensa y gana comprensión de su mundo a través de la interacción de factores genéticos y aprendidos. Entre las áreas del desarrollo cognitivo se encuentran el procesamiento de la información, la inteligencia, el razonamiento, el desarrollo del lenguaje y la memoria. (Pita & Rodríguez, 2017)

El desarrollo cognitivo se refiere a las capacidades y habilidades que los infantes adquieren de manera natural a través de las interacciones sociales donde aprenden y exploran de su ambiente para desarrollar al máximo su potencial biopsicosocial, por lo que es necesario aplicar actividades para lograr estimular ciertas áreas cognitivas. Entre las sub áreas del desarrollo cognitivo se encuentra: discriminación perceptiva, memoria, razonamiento y desarrollo conceptual. (Candela, 2018)

#### **2.3.5.1. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget**

La teoría más conocida e influyente del desarrollo cognitivo es la del psicólogo francés Jean Piaget (1896-1980). La teoría de Piaget, publicada por primera vez en 1952, surgió de décadas de observación exhaustiva de los niños, incluido el suyo, en sus entornos naturales, en oposición a los experimentos de laboratorio de los conductistas. Aunque Piaget estaba interesado en cómo reaccionaban los niños a su entorno, propuso para ellos un papel más activo que el sugerido por la teoría del aprendizaje. Imaginó el conocimiento de un niño como compuesto de esquemas, unidades básicas de conocimiento utilizadas para organizar experiencias pasadas y servir como base para comprender las nuevas. (Delgado & Villafuerte, 2018)

Los esquemas se modifican continuamente mediante dos procesos complementarios que Piaget denominó asimilación y acomodación; la asimilación se refiere al proceso de captar nueva información incorporándola a un esquema existente, en otras palabras, las personas asimilan nuevas experiencias relacionándolas con cosas que ya conocen; por otro lado, la acomodación es lo que sucede cuando el esquema en sí cambia para adaptarse a nuevos conocimientos.

Según Piaget, el desarrollo cognitivo implica un intento continuo de lograr un equilibrio entre la asimilación y la acomodación que él denominó equilibrio. (Saldarriaga, Bravo, & Loor, 2016)

En el centro de la teoría de Piaget se encuentra el principio de que el desarrollo cognitivo ocurre en una serie de cuatro etapas universales distintas, cada una de las cuales se caracteriza por niveles de pensamiento cada vez más sofisticados y abstractos; estas etapas siempre ocurren en el mismo orden y cada una se basa en lo aprendido en la etapa anterior. Son las siguientes:

- Etapa sensoriomotora (infancia). - En este período que tiene seis subetapas la inteligencia se demuestra a través de la actividad motora sin el uso de símbolos, el conocimiento del mundo es limitado, pero en desarrollo, porque se basa en interacciones y experiencias físicas. Los niños adquieren la permanencia del objeto alrededor de los siete meses de edad (memoria), el desarrollo físico (movilidad) permite que el niño comience a desarrollar nuevas habilidades intelectuales, algunas habilidades simbólicas (del lenguaje) se desarrollan al final de esta etapa. (Trujillo, 2015)
- Etapa preoperativa (infancia y primera infancia). - En este período, que tiene dos sub etapas, la inteligencia se demuestra mediante el uso de símbolos, el uso del lenguaje madura y se desarrolla la memoria y la imaginación, pero el pensamiento se hace de una manera no lógica, de manera irreversible; predomina el pensamiento egocéntrico. (Solorzano, 2019)

- Etapa operativa concreta (primaria y adolescencia temprana). - En esta etapa, caracterizada por siete tipos de conservación (número, longitud, líquido, masa, peso, área y volumen), la inteligencia se demuestra a través de la manipulación lógica y sistemática de símbolos relacionados con el objeto, se desarrolla el pensamiento operacional (acciones mentales que son reversibles); el pensamiento egocéntrico disminuye. (Perinat, 2017)
- Etapa operativa formal (adolescencia y adultez). - En esta etapa la inteligencia se demuestra mediante el uso lógico de símbolos relacionados con conceptos abstracto; al principio del período hay un retorno al pensamiento egocéntrico. (Perinat, 2017)

### **2.3.6. Instrumento para valorar el desarrollo cognitivo**

#### **2.3.6.1. Escala de inteligencia de Wechsler para niños -V (WISC- V). Wechsler**

##### ***Intelligence Scale for Children-Fifth Edition. Autor del test original: David Wechsler***

La escala de inteligencia de Wechsler para niños -V es un instrumento clínico de aplicación individual para evaluar la inteligencia de los niños y adolescentes de edades comprendidas entre 6 años 0 meses y 16 años 11 meses. Abarca los niveles educativos de Primaria (6 a 11), Secundaria (12-15) y Bachillerato (primer curso, 16 años).

La WISC-V ofrece puntuaciones de los índices primarios que refleja el funcionamiento intelectual de determinadas áreas cognitivas; una puntuación compuesta que representa el coeficiente intelectual general del evaluado.

##### **2.3.6.1.1. Estructura de las pruebas y subprueba**

Las pruebas están divididas en: Comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad del procesamiento; son pruebas imprescindibles o fundamentales para obtener el índice e inteligencia general, y otra serie de pruebas, cuya realización es opcional, a criterio del evaluador.

Las subpruebas del WISC V son las siguientes: semejanzas, vocabulario, cubos, información, comprensión, puzzles visuales, matrices, balanzas, aritmética, dígitos, span de dibujos, letras y números, claves, búsqueda de símbolos y cancelación.

Las 7 pruebas fundamentales que contribuyen al coeficiente total (CI) son: Semejanzas, Vocabulario, Cubos, Matrices, Balanzas, Dígitos y Claves.

1. Comprensión verbal (CV): Expresa habilidades de formación de conceptos verbales, expresión de relaciones entre conceptos, riqueza y precisión en la definición de vocablos, comprensión social, juicio práctico, conocimientos adquiridos y agilidad e intuición verbal; consta de 4 subpruebas:
  - Semejanzas (S): Mide la capacidad de abstraer y generalizar a partir de dos conceptos dados
  - Vocabulario (V): Mide el conocimiento léxico, la precisión conceptual y la capacidad expresiva verbal.
  - Información (I): Prueba optativa que mide la capacidad de adquirir, conservar y recuperar conocimientos adquiridos.
  - Comprensión (CO): Mide razonamiento y juicio social frente a la solución de problemas cotidianos.
2. Visoespacial (VE): Se relaciona con el razonamiento y formación de conceptos no verbales, la inteligencia visual general, la percepción y organización visual, la coordinación visomotora, la capacidad de distinguir y relacionar las figuras; consta de 2 subpruebas:
  - Cubos (C): Mide habilidades de análisis, síntesis y organización viso-espacial, a tiempo controlado.

- Puzles visuales (PV): Mide el procesamiento y la agudeza visual, la integración y síntesis de las relaciones parte-todo y el aprendizaje por ensayo- error.
3. Razonamiento fluido: (RF): Mide las habilidades constructivas, formación y clasificación de conceptos no-verbales, análisis visual y procesamiento simultáneo; consta de 3 subpruebas:
- Matrices (M): Mide el razonamiento por analogías visuales e implica integración de información visual.
  - Balanzas (B): Mide el razonamiento a través de la comparación cuantitativa.
  - Aritmética (A): Prueba optativa con control de tiempo, analiza habilidades de razonamiento numérico, agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto término
4. Memoria de Trabajo (MT): Mide la capacidad de retención y almacenamiento de información, de operar mentalmente con esta información, transformarla y generar nueva información; consta de 3 subpruebas:
- Dígitos (D): Mide la memoria inmediata y memoria de trabajo, indicando habilidades de secuenciación, planificación, alerta y flexibilidad cognitiva.
  - Spa de dibujos (SD): Mide la memoria del trabajo visual, la atención y la inhibición de la respuesta.
  - Letras y Números (LN): Mide la capacidad de retener y combinar dos tipos de información, organizarla y elaborar un conjunto organizado según consignas.
5. Velocidad de Procesamiento de la información (VP): Mide la capacidad para focalizar la atención, explorar, ordenar y/o discriminar información visual con rapidez y eficacia. Consta de 3 subpruebas que se desarrollan bajo control de tiempo:

- Claves (CL): Mide habilidades de rapidez asociativa, aprendizaje, percepción visual, coordinación viso-manual, atención, motivación y resistencia frente a tareas repetitivas.
- Búsqueda de Símbolos (BS): Mide habilidades de rapidez asociativa, aprendizaje, percepción visual, coordinación viso-manual, atención, motivación y resistencia frente a tareas repetitivas.
- Cancelación (CA): Mide la velocidad del procesamiento visual y la toma de decisiones con el reconocimiento y discriminación visoperceptiva.

#### ***2.3.6.1.2. Puntuación de las respuestas test WISC-V***

Cada una de las respuestas tiene un puntaje de acuerdo a cada ítem de cada pregunta que va de un intervalo de 1 a 7 puntos.

Y la puntuación para determinar el desarrollo cognitivo son las siguientes: muy superior (130 o más), superior (120-129), medio alto (110-119), medio (90-109), medio bajo (80-89), inferior (70-79) y muy bajo (69 o menos).

## 2.4. Definición de términos (Glosario)

**Aprendizaje.** - Se refiere a la acción de aprender, proceso en el que el individuo adquiere ciertos conocimientos, aptitudes, habilidades y comportamientos. Los niños con problemas familiares presentan un retraso temporal en el aprendizaje, aunque no lo parezca, por eso la ayuda a tiempo de los docentes infiere en retomar sus actividades escolares de una forma proactiva. (Vaca, 2015)

**Autoestima.** - Es la percepción de los valores, habilidades y logros; la visión positiva o negativa, que se tiene de sí mismo. Está estrechamente relacionada con el auto concepto y auto eficacia. El comportamiento deliberado de los escolares en muchas ocasiones, es por llamar la atención de los demás ya que en casa los padres no los atienden por estar en constantes riñas. (Cortés, 2016)

**Bajo rendimiento escolar.** - Se trata del fracaso escolar por la falta de motivación al momento de adquirir conocimientos. Son múltiples los factores que inciden en el bajo rendimiento de los estudiantes, uno de ellos es la disfuncionalidad de los hogares, que no solo perjudica su desarrollo cognitivo, sino también afecta su comportamiento. (Campoverde, 2016)

**Codependientes.** - La codependencia puede ser definida como una enfermedad, cuya característica principal es la falta de identidad propia. El codependiente pierde la conexión con lo que siente, necesita y desea. Lamentablemente la carencia de tranquilidad y de buenos ejemplos, los niños no alcanzan su independencia actitudinal debido a que están ligados a seguir prototipos definidos por los padres. (Fierro, 2016)

**Conductas desadaptivas.** - El comportamiento desadaptado es aquel donde se rompe el equilibrio de una conducta acorde con la sociedad. La contraposición a los actos positivos es lo

común en niños con problemas de hogares disfuncionales, este desequilibrio interrumpe el crecimiento y desarrollo normal del individuo. (Fierro, 2016)

**Conflictos.** - Define al conjunto de dos o más hipotéticas situaciones que son excluyentes: esto quiere decir que no pueden darse en forma simultánea, por lo tanto, cuando surge un conflicto, se produce un enfrentamiento, una pelea, una lucha o una discusión, donde una de las partes intervinientes intenta imponerse a la otra; cuanta más situación de conflicto rodea al niño, menos será positivo el comportamiento de los niños en la escuela, casa o en la calle. (Becerra, 2016)

**Comportamiento.** - Es todo lo que hace un ser humano frente al medio, cada interacción de una persona con su ambiente implica un comportamiento cuando dicho comportamiento muestra patrones estables, puede hablarse de una conducta. Con frecuencia los problemas de comportamiento son evidenciados en niños que provienen de hogares disfuncionales. (Flores, 2017)

**Hogares disfuncionales.** - Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. Los hogares disfuncionales lamentablemente afectan las jornadas escolares. (Canessa, 2017)

**Familia.** - Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, común modo de existencia económico y social comunes; en términos educativos la familia forma parte de la trilogía que ayuda al logro de objetivos en los escolares. (Tapia, 2020)

**Agresividad:** Acción o efecto de agredir, la conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal. (Huntingford y Turner, 1987)

**Dismnesias:** Trastorno cualitativo de la memoria, que se caracteriza por la dificultad específica para fijar, asociar o evocar información, con olvido de nombres, fechas, rostros, etc.

**Disfasias:** Es definida por algunos autores como un trastorno de la organización del lenguaje en evolución, los niños muestran un lenguaje desorganizado.

**Disgrafias:** es un trastorno de la escritura que afecta a la forma o al significado y es de tipo funcional, se presenta en niños con normal capacidad intelectual con una adecuada estimulación ambiental y sin trastornos neurológicos sensoriales, motrices o afectivos intensos. (Portellano, 1988: 43).

## **2.5. Sistema de hipótesis**

### **2.5.1. *Hipótesis alternativa***

La disfuncionalidad familiar si influye en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital

### **2.5.2. *Hipótesis nula***

La disfuncionalidad familiar no influye en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital

## **2.6. Sistema de variables**

### **2.6.1. *Variable independiente***

Disfunción familiar

### **2.6.2. *Variable dependiente***

Desarrollo cognitivo

## 2.7. Operacionalización de variables

### Operacionalización variable independiente

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
Disfunción familiar	Se entiende como un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que se presentan de manera permanente en uno o varios miembros de una familia	Adaptación	Ayuda familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca (1)</li> <li>• Casi nunca (2)</li> <li>• Algunas veces (3)</li> <li>• Casi siempre (4)</li> <li>• Siempre (5)</li> </ul>
		Participación	Comunicación familiar	
		Gradiente de recursos	Apoyo familiar	
		Afectividad	Afecto familiar	
		Recursos o capacidad resolutiva	Tiempo compartido familiar	

**Adaptado del APGAR familiar (Gabriel Smilkstein) (1978) por: Michelle Laguas y Paola Borja**

**Operacionalización variable dependiente**

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
<b>Desarrollo cognitivo</b>	Proceso en el cual los individuos van adquiriendo conocimientos por medio del aprendizaje, desarrollando habilidades de la memoria, el lenguaje, la percepción, la resolución de problemas, otros.	Comprensión verbal	Semejanzas Vocabulario	
		Visoespacial	Cubos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy superior (130 o más)</li> <li>• Superior (120-129)</li> <li>• Medio alto (110-119)</li> </ul>
		Razonamiento fluido	Matrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio (90-109)</li> </ul>
		Memoria de trabajo	Balanzas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio bajo (80-89)</li> <li>• Inferior (70-79)</li> </ul>
		Velocidad de procesamiento	Dígitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy bajo (69 o menos).</li> </ul>
			Claves	

**Adaptado del WISC-V (David Wechsler) (2014) por: Michelle Laguas y Paola Borja**

## Capítulo 3: Marco Metodológico

### 3.1. Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo.

Carlos Sabino define a la investigación descriptiva en su obra el proceso de investigación (1992) como “el tipo de investigación que tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (Guevara, Verdezoto, & Castro, 2020). Esta investigación permitió identificar la disfunción familiar en las familias y el desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años.

### 3.2. Diseño

El diseño de la investigación es descriptivo correlacional y transversal.

Este tipo de investigación descriptivo correlacional su objetivo es evaluar, analizar y medir el grado de relación que puede haber entre dos o más variables, con el mismo objeto de estudio (Vasquez, 2020); esta investigación permitió realizar la asociación entre la variable dependiente disfunción familiar y la variable independiente desarrollo cognitivo.

Mientras la investigación transversal el desarrollo del estudio no demanda de seguimiento es decir los datos a obtenerse se los recabara en tiempo determinado (Rodríguez & Mendivelso, 2018),

### 3.3. Población

#### 3.3.1. Población de la disfunción familiar: Familias

De acuerdo a la información obtenida del hospital básico José Cevallos Ruiz, cantón Yaguachi la población para el estudio estuvo constituida por 20 familias a quienes se le aplico el

test APGAR familiar; familias registradas en estadística que presentaron en su historia clínica antecedentes de problemas familiares, alcoholismo, drogadicción, pobreza, violencia entre otros.

### ***3.3.2. Población del desarrollo cognitivo: Niños de 6 a 11 años***

La población estuvo constituida por 20 niños de 6 a 11 años, hijos de las mismas familias a quienes se les aplicó el test de WISC-V.

## **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### ***3.4.1. Instrumentos de recolección de datos***

#### ***3.4.1.1. Disfunción familiar***

El instrumento que permitió determinar la funcionalidad de las familias fue el APGAR familiar. La validación del test es de 0,83 presentando una confianza para utilizar en la investigación. (Suarez & Matilde, 2014)

Para obtener estos resultados se aplicó el test APGAR familiar a un miembro de cada familia que presentaba disfunción familiar ya identificada por el psicólogo anteriormente, donde cada test constaba de cinco preguntas sobre: la ayuda familiar, comunicación familiar, apoyo familiar, afecto familiar y el tiempo compartido familiar ; se califican por medio de una escala tipo Likert, cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: nunca(0), casi nunca(1), algunas veces(2), casi siempre(3) y siempre(4).

Después que se aplicó se suman las cinco preguntas y se obtuvo el valor para identificar qué tipo de funcionalidad familiar tiene cada hogar valorándose con el siguiente puntaje: Buena función familiar (17-20 puntos), disfunción leve (16-13 puntos), disfunción moderada (12-10 puntos) y disfunción severa (menor o igual a 9 puntos). Resultados del test del APGAR familiar.

<b>Familias según número de identificación</b>	<b>Resultado cuantitativo del test APGAR familiar</b>	<b>Resultado cualitativo del test APGAR familiar</b>
Familia 1	7	Disfunción familiar severa
Familia 2	20	Buena función familiar
Familia 3	17	Buena función familiar
Familia 4	17	Buena función familiar
Familia 5	14	Disfunción familiar leve
Familia 6	18	Buena función familiar
Familia 7	16	Disfunción familiar leve
Familia 8	18	Buena función familiar
Familia 9	11	Disfunción familiar moderada
Familia 10	14	Disfunción familiar leve
Familia 11	12	Disfunción familiar moderada
Familia 12	13	Disfunción familiar leve
Familia 13	12	Disfunción familiar moderada
Familia 14	10	Disfunción familiar moderada
Familia 15	15	Disfunción familiar leve
Familia 16	15	Disfunción familiar leve
Familia 17	12	Disfunción familiar moderada
Familia 18	13	Disfunción familiar leve
Familia 19	10	Disfunción familiar moderada
Familia 20	11	Disfunción familiar moderada

### ***3.4.1.2. Desarrollo cognitivo***

Para medir el desarrollo cognitivo se aplicó el instrumento denominado escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V) que es un conjunto de pruebas que permitió determinar el desarrollo cognitivo en niños. El instrumento tiene una validación de 0,93 por lo que presenta una confianza para utilizar en la investigación. (Hernández, Aguilar, & Paradell, 2015)

Para obtener estos resultados se aplicó el test (WISC-V) escala de inteligencia de Wechsler para niños-V a un hijo(a) de las mismas familias a las que se les aplicó el test APGAR familiar, niños que tenían una edad de 6 a 11 años; donde se evaluó a través de las siguientes áreas: Comprensión verbal (semejanzas y vocabulario), visoespacial(cubos), razonamiento fluido (matrices y balanzas), memoria de trabajo(dígitos) y velocidad de procesamiento (claves).

La comprensión verbal del niño se midió a través de las pruebas de semejanzas y vocabulario, en las semejanzas el examinador leyó dos palabras que representan objetos o conceptos comunes y el niño describió en que se parecen, esta prueba consta de 23 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos; mientras en la prueba del vocabulario estuvo formada por ítems gráficos y verbales, el niño nombró los dibujos que le mostró el examinador y también definió palabras. Esta prueba consta de 29 ítems para la puntuación de cada ítem e de 0 a 2 puntos.

La visoespacial del niño se midió a través de la prueba de cubos, el niño reproducía con los cubos un modelo construido por el examinador o una imagen que se mostró del cuaderno de estímulos, tomando en cuenta que el niño tuvo un tiempo límite para realizarlo, esta prueba consta de 23 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos.

El razonamiento fluido del niño se midió a través de las pruebas de matrices y balanzas, en las matrices el niño observó una matriz incompleta y seleccionó la respuesta que completa la matriz, esta prueba consta de 32 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos; mientras en la prueba de balanzas, el niño observó en el cuaderno de estímulos una balanza con dos platillos y seleccionó la pesa que equilibrará los dos platillos ,esta prueba consta de 34 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos.

La memoria de trabajo del niño se midió a través de la prueba de dígitos, en los dígitos el examinador leyó una serie de números y el niño repitió los números con la misma orden y también en una orden inversa, esta prueba consta de 32 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos.

La velocidad de procesamiento del niño se midió a través de la prueba de claves, en las claves el niño copió una serie de símbolos que apareció emparejados, cada figura geométrica a un número, tuvo que realizarlo en un límite de tiempo; esta prueba consta de 75 ítems la parte A, la parte B con 117 ítems para la puntuación de cada ítem es de 0 a 2 puntos.

Después que se aplicó las pruebas a los niños en un tiempo aproximadamente de 48 minutos, se suman todos los ítems de cada prueba individualmente y se anotó en el cuadernillo de anotación esas puntuaciones directas de las pruebas se convirtió en puntuaciones escalares basándose en las tablas que se encuentra en los anexos del libro

La puntuación del dominio comprensión verbal es la suma de las puntuaciones escalares de las dos pruebas semejanzas y vocabulario, la puntuación en el dominio visoespacial es la puntuación escalar de la prueba de los cubos, la puntuación del dominio del razonamiento fluido es la suma de las puntuaciones escalares de las dos pruebas de matrices y balanzas, en la puntuación del dominio de la memoria de trabajo es la puntuación escalar de la prueba de dígitos y la puntuación del dominio de velocidad de procesamiento es la puntuación escalar de la prueba de claves.

Por último, la escala total o el coeficiente total de cada niño se calculó mediante la suma de puntuaciones escalares de estas pruebas: cubos, semejanzas, vocabulario, matrices, dígitos, claves y balanzas. Una vez que se sumó el resultado se convirtió en una puntuación compuesta y se obtuvo el valor para identificar qué tipo de desarrollo cognitivo tiene cada niño valorándose

con el siguiente puntaje: muy superior (130 o más), superior (120-129), medio alto (110-119), medio (90-109), medio bajo (80-89), inferior (70-79) y muy bajo (69 o menos). Resultados del desarrollo cognitivo de los niños.

<b>Niños según número de identificación</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Resultado cuantitativo del test WISC-V</b>	<b>Resultado cualitativo del test WISC-V</b>
Hijo de la familia 1	10 años y 6 meses	Masculino	101	Medio
Hijo de la familia 2	9 años y 4 meses	Femenino	100	Medio
Hijo de la familia 3	6 años y 0 meses	Femenino	75	Inferior
Hijo de la familia 4	9 años y 6 meses	Femenino	82	Medio bajo
Hijo de la familia 5	7 años y 10 meses	Femenino	103	Medio
Hijo de la familia 6	7 años y 9 meses	Femenino	81	Medio bajo
Hijo de la familia 7	8 años y 10 meses	Masculino	83	Medio bajo
Hijo de la familia 8	9 años y 7 meses	Femenino	88	Medio bajo
Hijo de la familia 9	7 años y 6 meses	Masculino	84	Medio bajo
Hijo de la familia 10	7 años y 4 meses	Femenino	84	Medio bajo
Hijo de la familia 11	10 años y 4 meses	Masculino	97	Medio
Hijo de la familia 12	8 años y 8 meses	Masculino	85	Medio bajo
Hijo de la familia 13	7 años y 11 meses	Masculino	94	Medio
Hijo de la familia 14	6 años y 7 meses	Femenino	73	Inferior
Hijo de la familia 15	10 años y 4 meses	Masculino	101	Medio
Hijo de la familia 16	11 años y 1 mes	Femenino	92	Medio
Hijo de la familia 17	10 años y 1 mes	Masculino	100	Medio
Hijo de la familia 18	9 años y 5 meses	Masculino	106	Medio
Hijo de la familia 19	8 años y 8 meses	Femenino	107	Medio
Hijo de la familia 20	7 años y 0 meses	Femenino	71	Inferior

### **3.5. Procesamiento y plan de análisis de datos**

Para el procesamiento de información se utilizó el programa estadístico SPSS IBM V.25 para obtener las frecuencias y porcentajes, que permitió visualizar y apreciar la información de forma dinámica e intuitiva misma que estuvo representadas en tablas de datos y figuras estadísticas.

Se utilizó la prueba de asociación Chi Cuadrado para correlacionar las variables disfunción familiar y desarrollo cognitivo, método conservador para comparar las dos variables con datos de nivel nominal; el Chi Cuadrado nos permitió aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación, el cálculo se realizó en programa estadístico SPSS IBM V.25 con un nivel de confianza del 95%.

## Capítulo 4: Resultados o logros alcanzados según los objetivos planteados

### 4.1. Resultado según objetivo N° 1

- Identificar familias con problemas de disfuncionalidad de los menores que asisten al hospital.

#### Resultados del test “APGAR familiar “

##### 1 Ayuda familiar.

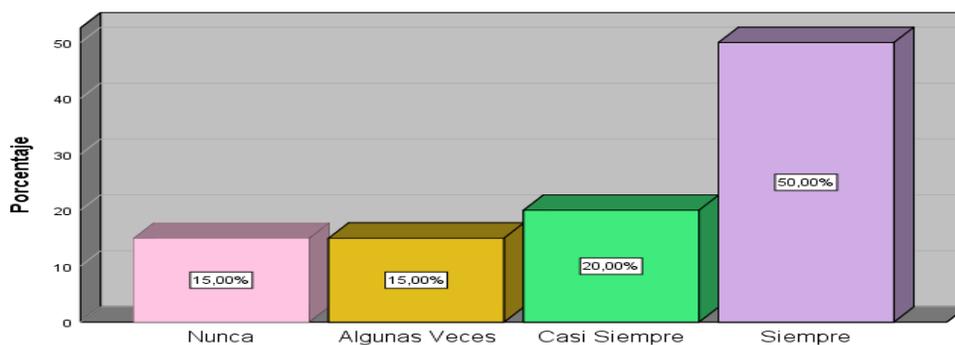
**Tabla 1**

*Distribución de las familias según satisfacción de la ayuda recibida cuando se presenta algún problema o necesidad.*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	15,0
Algunas Veces	3	15,0
Casi Siempre	4	20,0
Siempre	10	50,0
Total	20	100,0

**Figura 1**

*Distribución de las familias según satisfacción de la ayuda recibida cuando se presenta algún problema o necesidad.*



**Fuente:** Test de APGAR

## 2 Comunicación familiar

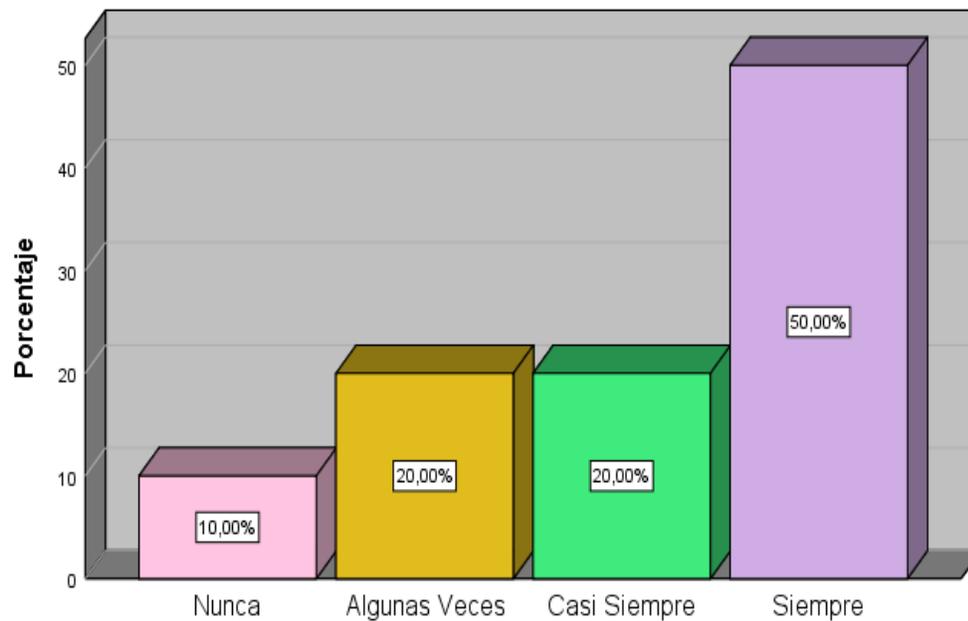
**Tabla 2**

*Distribución de las familias según satisfacción por hablar y compartir sus problemas.*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	10,0
Algunas Veces	4	20,0
Casi Siempre	4	20,0
Siempre	10	50,0
Total	20	100,0

**Figura 2**

*Distribución de las familias según satisfacción por hablar y compartir sus problemas.*



**Fuente:** Test de Apgar

### 3 Apoyo familiar.

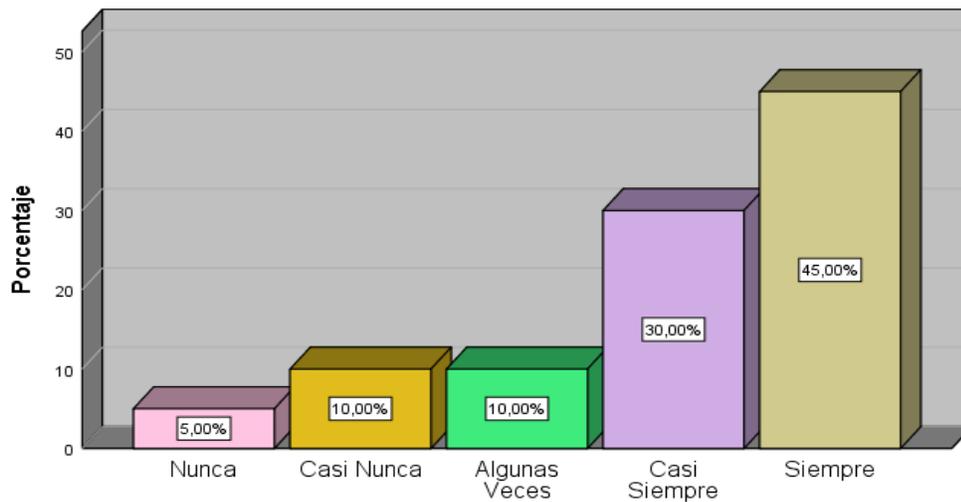
**Tabla 3**

*Distribución de las familias según satisfacción por aceptar y apoyar deseos para emprender nuevas actividades.*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	5,0
Casi Nunca	2	10,0
Algunas Veces	2	10,0
Casi Siempre	6	30,0
Siempre	9	45,0
Total	20	100,0

**Figura 3**

*Distribución de las familias según satisfacción por aceptar y apoyar deseos para emprender nuevas actividades.*



**Fuente:** Test de Apgar

#### 4 Afecto familiar.

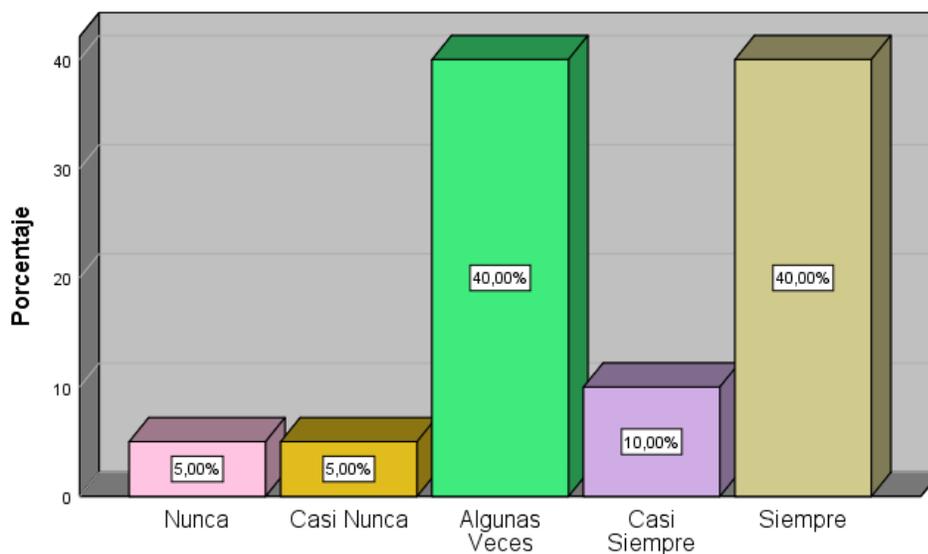
**Tabla 4**

*Distribución de las familias según satisfacción por expresar afectos y responder a emociones como rabia, tristeza y amor.*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	5,0
Casi Nunca	1	5,0
Algunas Veces	8	40,0
Casi Siempre	2	10,0
Siempre	8	40,0
Total	20	100,0

**Figura 4**

*Distribución de las familias según satisfacción por expresar afectos y responder a emociones como rabia, tristeza y amor.*



**Fuente:** Test de Apgar

## 5 Tiempo familiar compartido

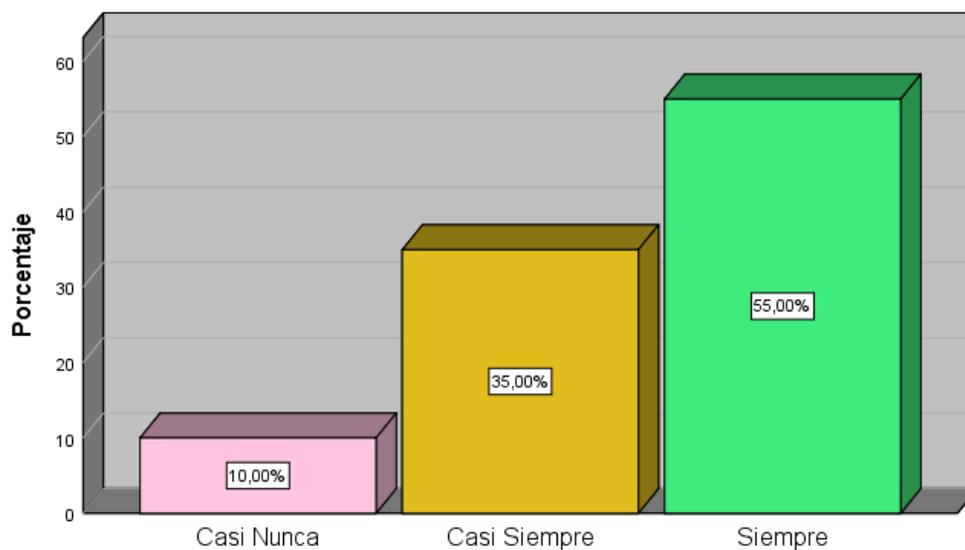
**Tabla 5**

*Distribución de las familias según satisfacción al compartir el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	2	10,0
Casi Siempre	7	35,0
Siempre	11	55,0
Total	20	100,0

**Figura 5**

*Distribución de las familias según satisfacción al compartir el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.*



**Fuente:** Test de Apgar

## 6 Funcionalidad familiar

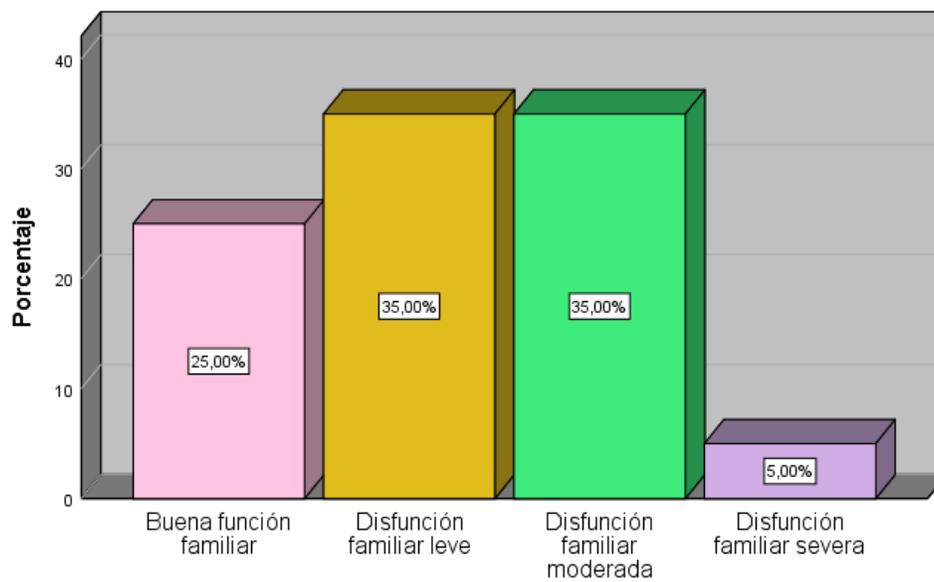
**Tabla 6**

*Distribución de las familias según la funcionalidad familiar.*

<b>Disfunción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena función familiar	5	25,0
Disfunción familiar leve	7	35,0
Disfunción familiar moderada	7	35,0
Disfunción familiar severa	1	5,0
Total	20	100,0

**Figura 6**

*Distribución de las familias según la funcionalidad familiar.*



**Fuente:** Test de Apgar familiar

#### **4.1.1. Análisis resultados objetivo 1**

Con respecto al indicador sobre la satisfacción de la ayuda recibida cuando se presenta algún problema o necesidad (tabla, grafico 1), se establece que de las 20 familias a las que se le aplicó el APGAR Familiar: 15% expresa nunca tener satisfacción por la ayuda recibida por parte de los miembros de la familia, 15% algunas veces han contado con la colaboración familiar, 20% casi siempre han recibido apoyo familiar y un 50% se han sentido satisfechos del apoyo brindado por sus familias.

Al momento de valorar el indicador sobre la satisfacción por hablar y compartir sus problemas, se evidencia que de las 20 familias: 10% nunca se ha sentido satisfecho con el ambiente familiar para tratar sus problemas, 20% manifiesta que algunas veces ha podido contar con un ambiente familiar saludable para tratar sobre algún problema, 20% expresa que casi siempre se puede tratar los problemas en casa, mientras que el 50% de las familias gozan de un ambiente familiar adecuado con quienes se puede tratar problemas que les aquejan.

En el indicador de la satisfacción por aceptar y apoyar deseos para emprender nuevas actividades, de las 20 familias valoradas a través del APGAR familiar: 5% nunca ha percibido apoyo o aceptación de las nuevas ideas que quiere poner en marcha, 10% casi nunca ha percibido ese apoyo en las ideas o actividades que han deseado emprender, 10% algunas veces se han sentido apoyado en realizar sus actividades, 30% casi siempre tiene el apoyo de sus familiares para emprender sus nuevas actividades, mientras que el restante 45% siempre cuenta con apoyo para ejecutar sus nuevas actividades.

En el indicador sobre la satisfacción por expresar afectos y responder a emociones como rabia, tristeza y amor, de las 20 familias valoradas a través del APGAR familiar se ha determinado: 10% casi nunca o nunca respectivamente, ha percibido que los miembros de su

familia responda ante alguna emoción que les afecte, 40% de las familias algunas veces participan de las emociones que presenta uno o más miembros de la familia, 10% casi siempre percibe el interés de los familiares por compartir sus emociones, mientras que el 40% siempre ha sentido expresiones de afecto de la familia ante una situación de tristeza, pena o alegría.

Con relación al indicador sobre la satisfacción al compartir el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa y el dinero, de las 20 familias valoradas a través del APGAR familiar se obtuvo lo siguiente: 10% expresa que casi nunca existe tiempo para compartir con la familia, el 35% casi siempre se interrelacionan en la familia y comparten tiempo, mientras que el 55% restante siempre buscan realizar alguna actividad que les permita compartir en familia.

Con respecto a la funcionalidad familiar identificada en las familias de los menores se ha establecido que el 35% presentan disfunción familiar leve y moderada respectivamente, mientras que el 25 % de las familias mantiene una buena función familiar, tan solo el 5% de estos hogares presentan una disfunción familiar severa.

## 4.2. Resultado según objetivo N° 2

- Evaluar habilidades cognitivas de los menores de 6 a 11 años de las familias

### Resultado del Test” WISC V”

**Tabla 7**

*Comprensión verbal en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala*

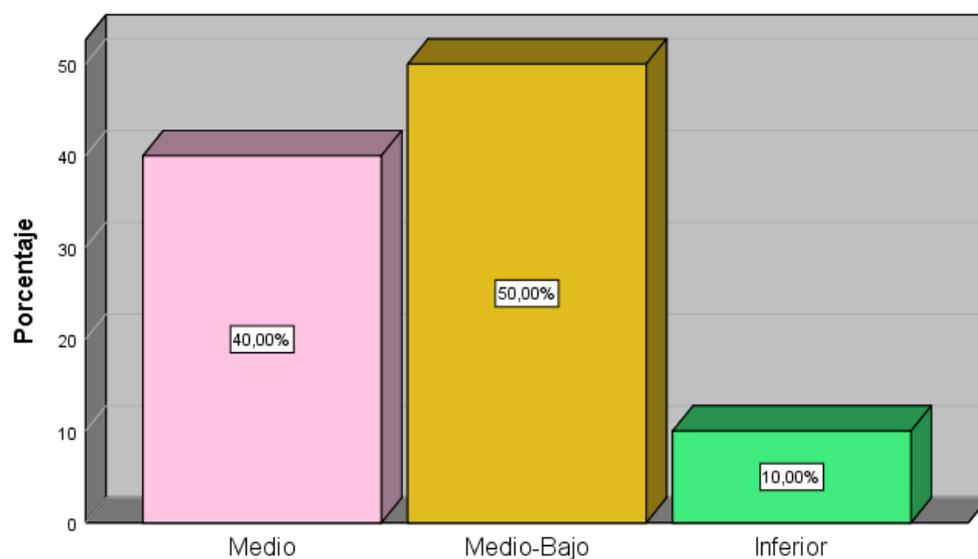
*WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio	8	40,0
Medio-Bajo	10	50,0
Inferior	2	10,0
Total	20	100,0

**Figura 7**

*Comprensión verbal en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala*

*WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

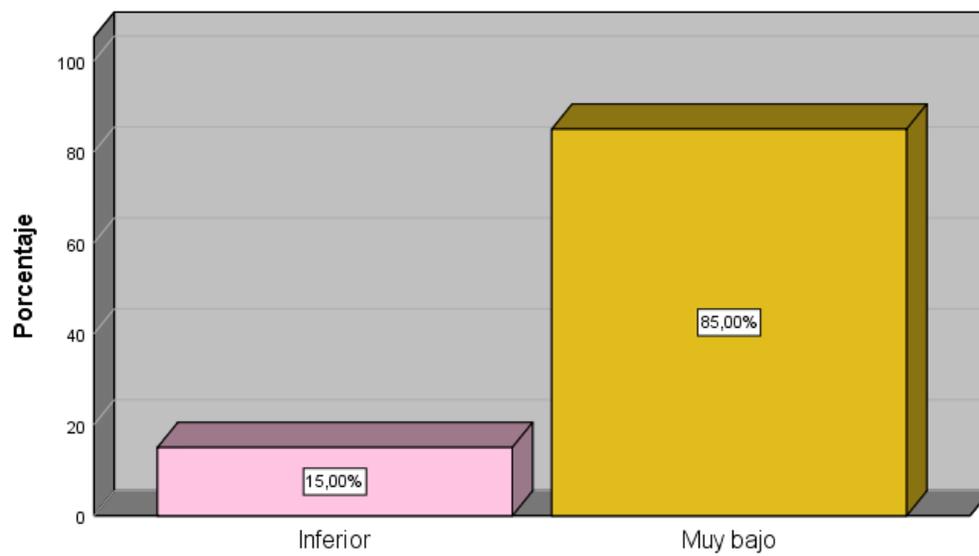
**Tabla 8**

*Visoespacial en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Inferior	3	15,0
Muy bajo	17	85,0
Total	20	100,0

**Figura 8**

*Visoespacial en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

**Tabla 9**

*Razonamiento fluido en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala*

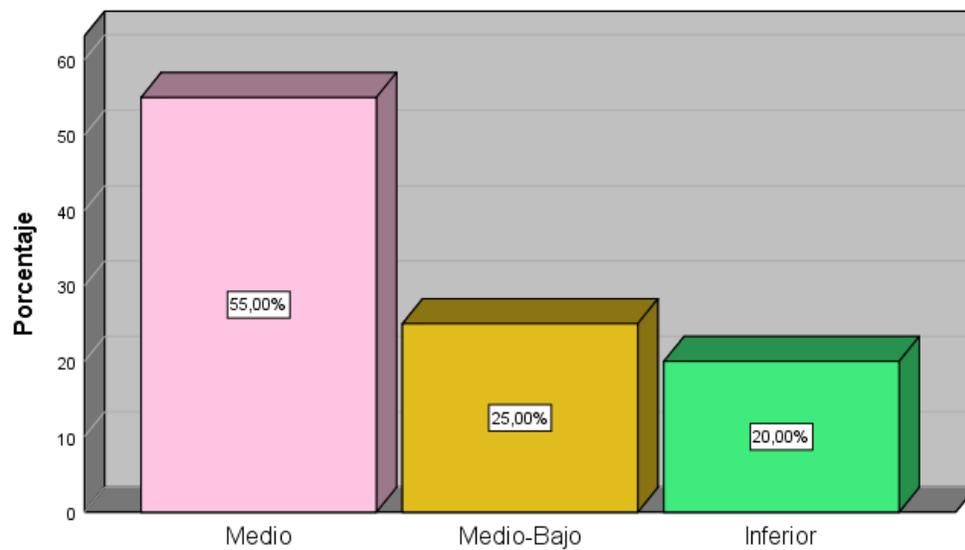
*WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio	11	55,0
Medio-Bajo	5	25,0
Inferior	4	20,0
Total	20	100,0

**Figura 9**

*Razonamiento fluido en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala*

*WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

**Tabla 10**

*Memoria de trabajo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz, según la escala*

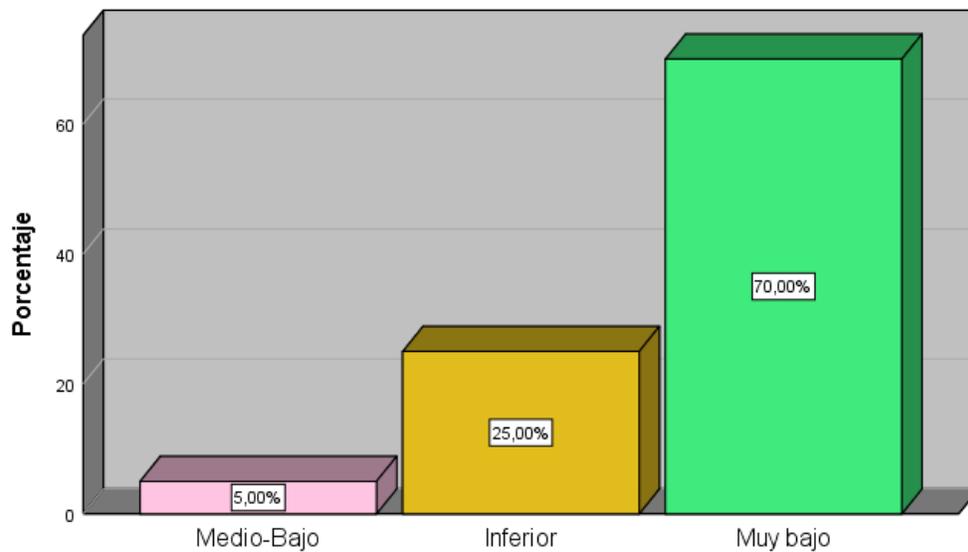
*WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio-Bajo	1	5,0
Inferior	5	25,0
Muy bajo	14	70,0
Total	20	100,0

**Figura 10**

*Memoria de trabajo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz, según la escala*

*WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

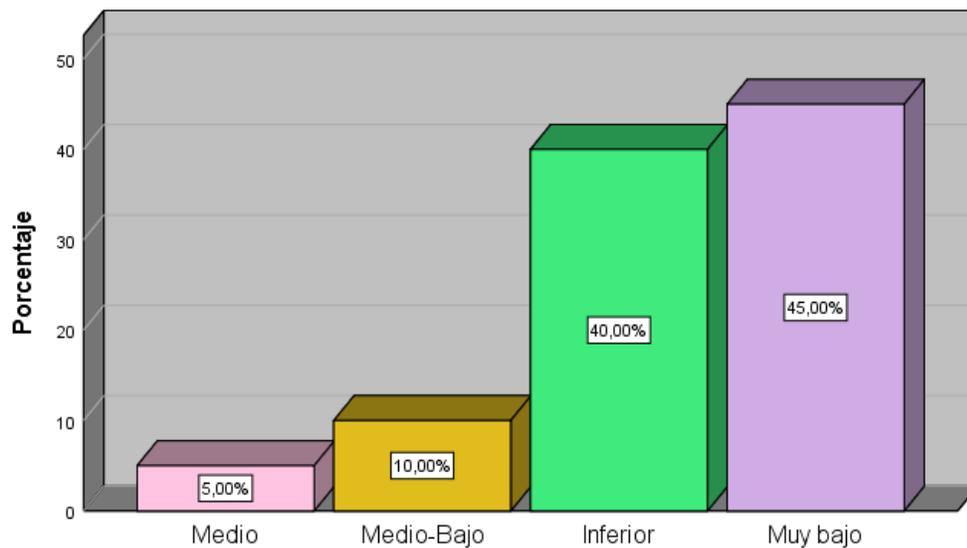
**Tabla 11**

*Velocidad de procesamiento en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio	1	5,0
Medio-Bajo	2	10,0
Inferior	8	40,0
Muy bajo	9	45,0
Total	20	100,0

**Figura 11**

*Velocidad de procesamiento en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

**Tabla 12**

*Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz*

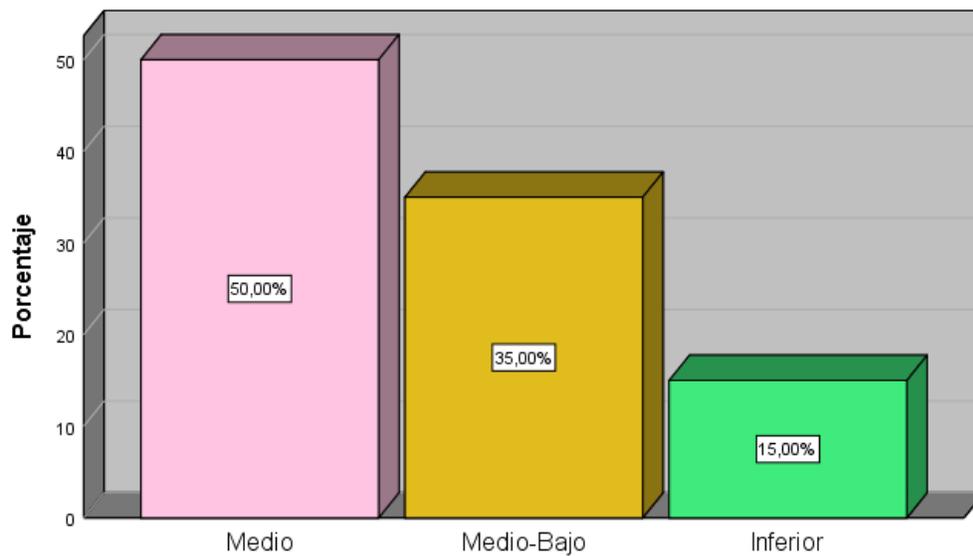
*según la escala WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio	10	50,0
Medio-Bajo	7	35,0
Inferior	3	15,0
Total	20	100,0

**Figura 12**

*Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz*

*según la escala WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

#### **4.2.1. Análisis de los resultados objetivo 2**

Luego de la aplicación del test escala de inteligencia de Wechsler para niños -V (WISC-V) el mismo que permitió medir el desarrollo cognitivo de los niños a través de cinco dimensiones se obtuvieron los siguientes resultados:

Comprensión verbal: permiten identificar las relaciones de palabras, definiciones; se encontró que 50% de los niños poseen capacidades cognitivas medio bajo, 40% cuenta con un resultado medio y el 10% tiene el dominio inferior de la comprensión verbal.

Visoespacial: ayuda a medir el nivel de razonamiento ante información abstracta, que demanda del análisis visual, los resultados obtenidos sobre esta capacidad han permitido identificar que el 85% de los niños obtuvieron una valoración de muy bajo y un 15% alcanzaron un puntaje inferior.

Razonamiento fluido: consiste en evaluar la capacidad del procesamiento simulado, utilizando el razonamiento a través de matrices y balanzas, en donde se identifica que el 55% posee un dominio medio de esta capacidad, el 25% posee un manejo medio bajo y un 20% un nivel bajo de esta capacidad.

Memoria de trabajo: permite identificar la capacidad y retención de información a través de dígitos; los resultados han permitido conocer que el 70% de los niños poseen una habilidad mental muy baja, mientras que un 20% un dominio inferior y el 5% un manejo medio de esta capacidad.

Velocidad de procesamiento: permite conocer la focalización de atención a través de claves, lo que ha llevado que en el grupo de estudio se determine que apenas el 5% presente un dominio medio de esta capacidad, predominando el muy bajo con el 45%, seguido del inferior con el 40% y medio bajo con el 10%.

Posterior a la evaluación de los niños considerados para el estudio se ha determinado que de los 20 niños sometidos a evaluación el 50% de estos presentan un desarrollo cognitivo medio, mientras que el 35% demuestran un desarrollo cognitivo medio bajo y por último el 15% mantiene un desarrollo cognitivo inferior.

### 4.3. Resultado según objetivo N° 3

- Demostrar estadísticamente el asocio de la disfunción familiar en el desarrollo cognitivo de los niños.

Para demostrar estadísticamente la influencia de la disfunción familiar en el desarrollo cognitivo se utilizó la prueba de asociación chi cuadrado; se realizó la asociación entre la variable independiente disfunción familiar y la variable dependiente desarrollo cognitivo.

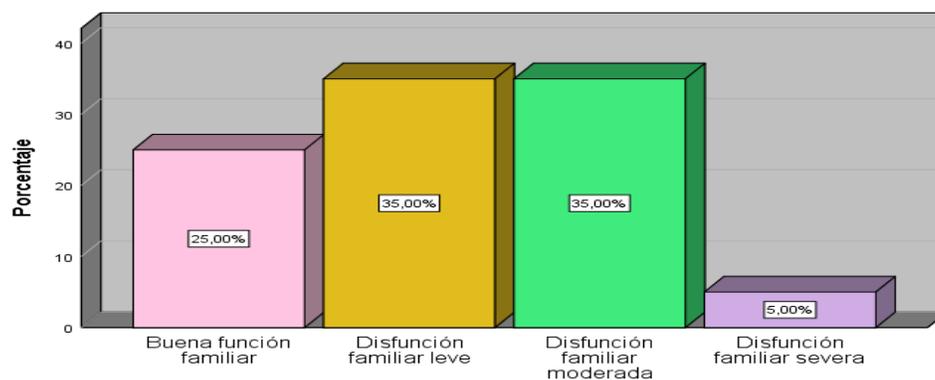
**Tabla 13**

*Distribución de las familias según, funcionalidad familiar*

Disfunción	Frecuencia	Porcentaje
Buena función familiar	5	25,0
Disfunción familiar leve	7	35,0
Disfunción familiar moderada	7	35,0
Disfunción familiar severa	1	5,0
Total	20	100,0

**Figura 13**

*Distribución de las familias según, funcionalidad familiar*



Fuente: Test de Apgar

## Análisis e interpretación

Con respecto a la disfunción identificada en las familias de los menores se ha establecido que el 35% presentan disfunción familiar leve y moderada respectivamente, mientras que las familias con una buena función familiar ascienden a un 25%, tan solo el 5% de estos hogares presentan una disfunción familiar severa,

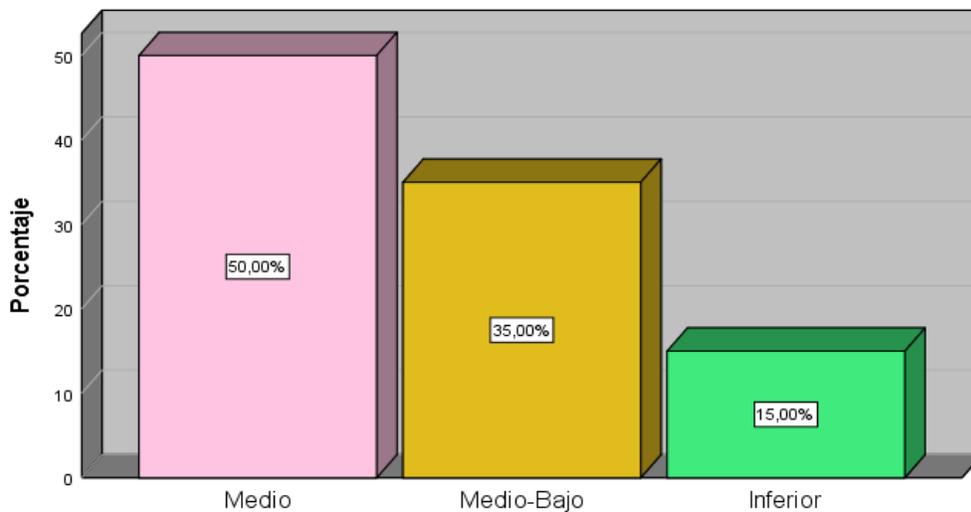
**Tabla 14**

*Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*

Desarrollo cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Medio	10	50,0
Medio-Bajo	7	35,0
Inferior	3	15,0
Total	20	100,0

**Figura 14**

*Escala total del desarrollo cognitivo en los niños de 6 a 11 años del hospital José Cevallos Ruíz según la escala WISC V*



**Fuente:** Test WISC V

## Análisis e interpretación

Posterior a la evaluación de los niños considerados para el estudio se ha determinado que de los 20 niños sometidos a evaluación el 50% de estos presentan un desarrollo cognitivo medio, mientras que el 35% demuestran un desarrollo cognitivo medio bajo y por último el 15% mantiene un desarrollo cognitivo inferior.

**Tabla 15**

*Frecuencias observadas; tabla cruzada Disfunción Familiar\*Escala total*

			Escala total			
			Medio	Medio-Bajo	Inferior	Total
Disfunción	Buena función familiar	Recuento	2	3	0	5
	Disfunción familiar leve	Recuento	3	3	1	7
	Disfunción familiar moderada	Recuento	4	1	2	7
	Disfunción familiar severa	Recuento	1	0	0	1
Total		Recuento	10	7	3	20

Fuente: programa SPSS IBM V. 25

Elaborado por: Michelle Laguas y Paola Borja

**Tabla 16**

*Frecuencias esperadas; tabla cruzada Disfunción Familiar\*Escala total*

			Escala total			
			Medio	Bajo	Inferior	Total
Disfunción	Buena función familiar	Recuento esperado	2,5	1,8	,8	5,0
	Disfunción familiar leve	Recuento esperado	3,5	2,4	1,0	7,0
	Disfunción familiar moderada	Recuento esperado	3,5	2,4	1,0	7,0
	Disfunción familiar severa	Recuento esperado	,5	,4	,2	1,0
Total		Recuento esperado	10,0	7,0	3,0	20,0

Fuente: programa SPSS IBM V. 25

Elaborado por: Michelle Laguas y Paola Borja

**Tabla 17***Prueba de chi-cuadrado*

---

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,729a	6	,579
N de casos válidos	20		

---

a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Fuente: programa SPSS IBM V. 25

**Elaborado por:** Michelle Laguas y Paola Borja

**Regla de decisión**

H0:  $p\text{-valor} > \alpha (0,05)$ ; aceptamos la hipótesis nula

H1:  $p\text{-valor} \leq \alpha (0,05)$ ; rechazamos la hipótesis alternativa

**Decisión:**

Como el valor obtenido de la Significación Asintótica (bilateral) correspondiente al p-valor del Chi Cuadrado = 0,579; y al determinar que el mismo valor es mayor que 0,05 (nivel de significancia); se acepta la hipótesis nula con un nivel de confianza del 95%, es decir, las frecuencias observadas son iguales a las frecuencias esperadas (H0: La disfuncionalidad familiar no influye en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital), por tanto tenemos evidencias estadísticas para afirmar que la disfuncionalidad familiar es independiente del desarrollo cognitivo de los niños de 6 a 11 años

#### 4.4. Resultado según objetivo N° 4



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA(PAE) EN FAMILIAS  
DISFUNCIONALES, SEGÚN EL MODELO DE MARGARET JEAN WATSON EN EL  
HOSPITAL YAGUACHI, PERIODO ENERO- ABRIL 2021.

**AUTORAS:**

LAGUAS PAREDES MICHELLE VANESSA

BORJA SISALEMA PAOLA MARGOHT

**TUTORA**

LIC. DOLORES ESTHELA GUERRERO GUERRERO Msc.

GUARANDA – ECUADOR

## Índice de la propuesta

ÍNDICE DE TABLAS .....	64
Introducción .....	65
Antecedentes .....	67
Justificación .....	68
Fundamentación teórica de la propuesta según Margaret Jean Watson .....	70
4.5. Premisas de Jean Watson .....	71
4.5.1. Conceptos de la teoría del cuidado humano .....	72
4.5.2. Metaparadigmas .....	73
4.5.3. Teoría del cuidado transpersonal .....	73
4.6. Proceso caritas de cuidados .....	74
4.7. APGAR familiar .....	77
4.8. Etapas del proceso de atención de enfermería .....	78
4.8.1. Valoración de enfermería.....	78
4.8.2. Diagnóstico de enfermería .....	80
4.8.3. Planificación de enfermería .....	80
4.8.4. Ejecución de enfermería .....	81
4.8.5. Evaluación de enfermería .....	81
Proceso de atención de enfermería .....	81
Valoración.....	81
DIAGNÓSTICA stico.....	83
Proceso de atención de enfermería .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Proceso de atención de enfermería .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

Bibliografía .....	97
--------------------	----

### Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Valoración según el proceso Caritas.....	81
<b>Tabla 2.</b> Priorización de problemas.....	83
<b>Tabla 3.</b> Diagnóstico de enfermería (NANDA): Interrupción de los procesos.....	85
<b>Tabla 4.</b> Diagnóstico de enfermería (NANDA): Riesgo de relación ineficaz .....	88
<b>Tabla 5.</b> Diagnóstico de enfermería (NANDA): Riesgo de planificación ineficaz de las actividades.....	91
<b>Tabla 6.</b> Diagnóstico de enfermería (NANDA): Riesgo de soledad.....	93
<b>Tabla 7.</b> Diagnóstico de enfermería (NANDA): Disminución de la implicación en actividades recreativas .....	95

## Introducción

Las familias, a menudo se ven afectadas por factores estresantes y barreras que impactan negativamente a los miembros individuales de la familia. Los factores estresantes que impactan en el funcionamiento familiar incluyen: pobreza, falta de vivienda, abuso, negligencia, abuso relacionado con sustancias, incluido el alcoholismo, divorcio, separación, enfermedad psicológica, cambios de poder, enfermedades físicas; aspectos biológicos, emocionales, psicológicos, sociales, culturales y espirituales; factores estresantes y crisis pueden ser agudos o crónicos. (Luis, 2016)

La disfunción familiar, es donde las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce al conflicto, la negación, los problemas, la resistencia al cambio, el problema ineficaz resolución y una serie de crisis que se perpetúan a sí mismas, la evaluación de las barreras potenciales y la corrección y mejora de estas barreras deben incorporarse al plan de atención de la unidad familiar. (Garcia, 2021)

Por lo anteriormente expuesto la disfunción familiar puede darse por causas internas del hogar o factores externos, conllevando a una mala relación entre los miembros de una familia, impidiendo el adecuado desarrollo de los más pequeños tanto físico, psicológico e intelectual.

Según INEC el 65 % de las familias tienen problemas disfuncionales, lo cual genera problema en la vida de los hijos principalmente. (Diario la prensa, 2020)

El desarrollo de la propuesta se sustenta en los resultados obtenidos del estudio denominado “Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, periodo enero - abril 2021”, mismas que se han determinado a través del instrumento del test APGAR que fue aplicada a 20 familias donde se evidenció que 75% de las familias existe disfunción leve, moderada y severa, 25% tiene

una buena función familiar, por lo antes mencionado se desarrolló un proceso de atención de enfermería en la disfunción familiar, según el modelo de Margaret Jean Watson.

## **Antecedentes**

El punto de partida del cual surge la presentación de esta propuesta es la investigación denominada “Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, periodo enero - abril 2021”, es un estudio de tipo descriptivo, correlacional-transversal empleándose instrumentos de recolección de información específicos para cada variable siendo, para la variable independiente/disfunción familiar utilizamos el APGAR familiar mientras que para la variable dependiente/desarrollo cognitivo fue usado el test WISC-V.

Los resultados obtenidos a través del test de APGAR indican que las familias tienen una buena función familiar 25%, mientras la disfunción leve y moderada 35% respectivamente y una disfunción severa 5%; mientras que los resultados del test de WISC-V indican que el 50% de los niños tienen un desarrollo cognitivo medio, 35 % tienen un desarrollo medio bajo y 15% tiene un desarrollo cognitivo inferior. Una vez establecidos los resultados se realizó una correlación entre las variables utilizando el estadístico Chi Cuadrado con un valor de  $= 0,579$  obteniendo como resultado que la disfunción familiar es independiente del desarrollo cognitivo por lo antes mencionado se desarrolla un proceso de atención de enfermería en la disfunción familiar, según el modelo de Margaret Jean Watson.

El hospital de Yaguachi cuenta con el servicio de consulta externa donde encontramos las siguientes áreas: Medicina general, Pediatría, Gineco obstetricia, Medicina interna, Cirugía, Enfermería y Psicología, las áreas que nos ayudaron para recopilar información son enfermería, Pediatría y Psicología por la cual esta propuesta es para dichas áreas para mejorar la atención en las familias que asisten al hospital.

## **Justificación**

El presente proceso de atención de enfermería se fundamenta en el modelo de Margaret Jean Watson en la Teoría del Cuidado Humano la cual sostiene que es necesario el rescate del aspecto humano en el acto de cuidar, mismo que se denominada cuidado transpersonal y que está basado en el proceso Caritas como un proceso determinado por la conexión más allá del ego; una conexión entre la persona que cuida (enfermera) y la persona sujeto de cuidado (ser humano que recibe el cuidado) (Guerrero & Rodriguez, 2018)

Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial- fenomenológico), con base espiritual, se ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. (Amaya, Fuentes, & Polo, 2017)

El proceso se basa en una necesidad debido a que se encontró que el 75% de las familias tienen problemas en sus hogares ya sea con su pareja o hijos lo cual influye negativamente en el estado de salud y mental en cada uno de los miembros.

Lo anteriormente expuesto, se considera como un fundamento, que demuestra la importancia de un proceso de atención de enfermería que permita disminuir la disfuncionalidad familiar, pudiendo con esto propiciar un hogar donde cada uno de los miembros de forma particular y grupal tengan capacidades que les permitan solventar, afrontar y solucionar problemas que posiblemente irrumpan la armonía de los hogares.

El desarrollo del estudio es pertinente dado que al tomar medidas que permitan mejorar la funcionalidad familiar se da cumplimiento a derechos constitucionales como recibir una atención de calidad en función de las necesidades particulares de cada individuo, con esto se busca disminuir problemas (psicológicos, de interrelaciones social, desarrollo cognitivo) en los

menores que crecen en este tipo de hogares, pudiendo mejorar capacidades intelectuales (razonamiento, atención, memoria, otros).

La propuesta se considera original ya que dentro del hospital no se han definido procesos de atención de enfermería en la disfunción familiar según el modelo de Margaret Jean Watson con la teoría transpersonales y novedoso por el uso del proceso caritas.

Como beneficiarios directos de la propuesta se tendría a las familias que asisten al Hospital Básico José Cevallos Ruiz, de forma indirecta el personal de salud y la sociedad en general en donde se inscriben.

## **Fundamentación teórica de la propuesta según Margaret Jean Watson**

Margaret Jean Watson, nació en los estados unidos de Norteamérica en 1940, es licenciada en enfermería con una maestría en enfermería en salud mental y psiquiatría, y posteriormente realiza un doctorado en psicología de la educación y consejería. En 1979 Watson publica su primer libro: enfermería: (la filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: “emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes”.

Posteriormente, Watson corregirá y complementará el sentido original de su teoría y estructura de los diez factores caritativos (fc) por el de proceso caritas o proceso de cuidar (pc) que fueron expuestos en su libro: (enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de enfermería) en 1985, reimpresso en los años 1988 y 1999. En este libro afirma que expande los aspectos filosóficos y transpersonales del “momento de cuidados” como el eje de su marco de referencia y hace más evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales-metafísicos.

Además, impregnada en el pensamiento postmoderno, Watson publica su libro:(enfermería posmoderna y otros enfoques) en el año 1999, que se basa en la ontología de las relaciones y fundamento ético-ontológico frente a una epistemología de la ciencia y tecnología. En este libro se desarrollan los aspectos espirituales y energéticos de los cuidados, conscientes e intencionales, más la presencia y evolución humana de las practicantes.

Su trabajo más reciente es: (ciencia del cuidado como ciencia sagrada), libro que, según la autora, invita a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería. Watson también afirma que se ha apoyado en la filosofía de la alteridad de Emmanuel en la búsqueda de un modelo de ciencia que reintegre la metafísica con el dominio material y así reencuentre la trascendencia en el ser en un mundo con los otros. (Montano, 2021)

Actualmente, Watson se desempeña como académica en la escuela de enfermería de la universidad de colorado y es una de las fundadoras del centro de cuidados humanos que se fundó en 2005, sin ánimo de lucro que desarrolla la finalidad, era dar a conocer su teoría en todo el mundo basada en el conocimiento del cuidado en la sanación de los individuos con un aporte de una base científica y moral para la práctica clínica. (Montano, 2021)

#### **4.5. Premisas de Jean Watson**

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. (Urrea & Garcia, 2012)

#### ***4.5.1. Conceptos de la teoría del cuidado humano***

- **Interacción enfermera paciente.** - El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.
- **Campo fenomenológico.** -El cuidado de la enfermera inicia en el campo fenomenológico que responde a la condición del ser.
- **Cuidado transpersonal.** - Unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno” El compromiso de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado.
- **Momento del cuidado.** - Momento en que la enfermera y otra persona viven juntos del modo que la ocasión para el cuidado es creada. Ambas personas tienen la posibilidad de venir

juntos a una transacción humana a humano. El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente. (Amaya, Fuentes, & Polo, 2017)

#### **4.5.2. Metaparadigmas**

- **Persona:** Se considera como un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones.
- **Salud:** Tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Entorno:** Espacio de la curación. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo.
- **Enfermería:** Ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética (Amaya, Fuentes, & Polo, 2017)

#### **4.5.3. Teoría del cuidado transpersonal**

La teoría de Jean Watson el cuidado transpersonal es uno de los elementos importantes de la teoría del cuidado humano. La palabra transpersonal significa tener una relación con el paciente que va más allá del momento en el que se establece la comunicación y la empatía. llegando a crear conexiones espirituales con el paciente y /o familia.

El principal objetivo del cuidado transpersonal consiste en: proteger, mejorar y preservar la dignidad, la humanidad y la integridad de la persona. Watson hace referencia a que las personas disponen de 3 esferas (mente, cuerpo y alma).

Este cuidado, se produce en el momento en el que existe una conexión intersubjetiva entre enfermera y paciente, creando una armonía entre cuerpo mente y alma. El cuidado del alma

es vital, ya que la salud de la persona depende totalmente de la armonía entre cuerpo, mente y alma.

La enfermera debe cultivar sus habilidades con la finalidad de desarrollarse y crecer personalmente, así mismo debe estar continuamente presente psicológicamente con el paciente.

Para que exista un cuidado transpersonal, es esencial que haya un buen ambiente terapéutico dirigida al paciente ya que por ejemplo la habitación tiene que ser un espacio curativo y sagrado donde se transmita en todo momento calma.

El entorno, depende fundamentalmente en el ambiente terapéutico que exista, es decir la comunicación que hay entre el paciente y la familia. Un entorno adecuado, permite a la persona lograr un buen nivel de curación dirigida a su enfermedad, pero un entorno desfavorable no beneficia a la persona en alcanzar la curación.

El momento del cuidado. es uno de los tres elementos más importantes de la teoría de Jean Watson. Este momento se produce cuando existe una relación enfermera -paciente, en la cual intercambian historias teniendo un intercambio de humana a humano.

Aunque sea un momento breve, la presencia de la enfermera tiene que ser auténtica siendo sensible, con presencia y capacidad de reflexión en el momento del cuidado, el momento transpersonal siempre acaba convirtiéndose en una parte importante de las vidas de los pacientes y de las enfermeras. (Orenga, 2018)

#### **4.6. Proceso caritas de cuidados**

La palabra "Caritas", procede del griego que significa: querer, apreciar. y proporcionar especial atención a la persona que no ha sido cuidada con afecto.

En estos factores, se produce una correlación entre la ciencia y el humanismo creadas con la finalidad de estudiar y entender a la enfermería como la ciencia del cuidado, principalmente

van dirigidos al personal sanitario con el objetivo de proporcionar coherencia a los procedimientos hospitalarios, fundamentándose en la práctica basada en la evidencia, con el objetivo de que la teoría de Watson siguiese evolucionando.

Jean Watson introdujo el concepto proceso caritas de cuidados por el concepto factores de cuidados. (Orenga, 2018)

A continuación, se manifiesta los 10 factores del proceso caritas:

**1. La formación de un sistema humanístico-altruista de valores.**

"Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.

**2. Inculcación de la fe-esperanza.**

Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.

**3. El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.**

El cultivo de las propias practicas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.

**4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza se convierte en desarrollo de una relación de cuidado humano de ayuda-confianza.**

Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.

**5. La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.**

Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.

**6. El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones se convierte en el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo**

Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.

**7. La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal.**

Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de los otros.

**8. La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.**

Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia), allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.

**9. La asistencia en la gratificación de necesidades humanas.**

Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando "cuidados humanos esenciales" que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

## **10. La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas se convierte en la permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.**

Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado. (Díaz, 2012)

### **4.7. APGAR familiar**

El APGAR Familiar, instrumento utilizado para la evaluación familiar, fue elaborado con el objetivo de que el médico de familia obtenga información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familiares. Consta de cinco preguntas, aplicables a los diferentes miembros de la familia y en momentos distintos para mejor percepción de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar. Además, es de utilidad para conocer si la familia representa una respuesta positiva para el paciente o, por el contrario, afecta a su enfermedad.

Es una herramienta para detectar disfunción familiar. Considerando los principios del médico de familia, el de intentar comprender el contexto de la enfermedad desde el punto de vista personal, familiar y social.

El APGAR familiar se define como un instrumento cuantitativo para evaluar la percepción del paciente en relación a la situación funcional con sus familiares y nos orientara a un mejor manejo y seguimiento integral.

Para utilizarla es importante el concepto de funcionalidad familiar que es la capacidad que tiene una familia de interactuar en forma armónica entre los componentes del mismo, donde debe premiar la comunicación, respetar las diferencias entre sus integrantes y buscar solucionar los problemas en forma apropiada.

La escala utiliza cinco parámetros para determinar el grado de funcionalidad familiar:

**Adaptación:** capacidad del individuo para adaptarse a los cambios que puedan ocurrir en situaciones de crisis.

**Participación:** actividades del individuo para formar parte de las responsabilidades y toma de decisiones, confiriéndole un cierto grado de participación a cada miembro.

**Crecimiento:** adquisición de una maduración física, emocional y autorrealización de cada componente de la familia.

**Afecto:** constituye la relación afectiva entre los componentes de la familia

**Recursos:** determinación que un individuo realiza en cuestión de tiempo, espacio y dinero con los miembros de la familia. (Vera, 2018)

### **Proceso de atención de enfermería en relación con el modelo de Jean Watson**

Es un método organizado y sistemático para brindar cuidados de enfermería al usuario en forma individualizada e integral, su aplicación está guiada por la teoría cuidado transpersonales que este caso es el de Jean Watson. El principal objetivo del proceso de atención de enfermería es dar intervenciones individualizadas de acuerdo a la valoración de la carita número 9” La asistencia en la gratificación de necesidades humanas· del proceso caritas cuidado, identificando diagnósticos reales o potenciales y así evaluar el grado de independencia que el paciente adquiere una vez ejecutada las intervenciones.

## **4.8. Etapas del proceso de atención de enfermería**

### **4.8.1. Valoración de enfermería**

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos, valorando a través del factor número 9 "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que

toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger". Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson:

- El primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación.
- En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo-actividad, y las sexuales.
- En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros se encuentra: la necesidad de amor, la necesidad del estima social y autoestima, necesidad de seguridad, necesidad de logro y la necesidad de autorrealización.
- En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, la interacción con el ambiente y a la búsqueda de crecimiento personal.

Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles, el brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades (Pecho, 2018)

Los datos se obtendrán a través de diferentes fuentes como la entrevista, la observación y la exploración física, datos que deben ser verificados y comprobados los mismos que deben ser organizados facilitando la detección e identificación de problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los cuales se planificarán los cuidados individualizados.

#### **4.8.2. Diagnóstico de enfermería**

Juicio clínico real o potencial que se realiza seguido a la valoración siendo la base para la selección de intervenciones destinadas a lograr los objetivos cuya responsabilidad es de la enfermera (Alba, y otros, 2010)

**Para la elaboración se utilizará el formato PES que a continuación se detalla**

- **Problema** = es la afección, alteración, déficit o dificultad de la persona a un cambio en el estado de salud.
- **Etiología** = refleja los agentes o factores causales que favorecen la aparición del problema.
- **Signos y síntomas** = son las manifestaciones objetivas y subjetivas del problema. (Costa, 2019)

#### **Tipos de diagnósticos**

- **Diagnósticos de enfermería reales**, su enunciado consta de las tres partes:  
Problema de salud + Etiología + Sintomatología.
- **Diagnósticos de enfermería de riesgo**, su enunciado consta de la dos primeras partes:  
Problema de salud + Etiología
- **Diagnósticos de enfermería de bienestar**, su enunciado consta sólo de la primera parte:  
problema de salud (Costa, 2019)

#### **4.8.3. Planificación de enfermería**

En esta etapa se elabora el plan de cuidados que debe responder a las necesidades afectadas del usuario, se identifica los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos (Alvarez, y otros, 2004)

#### 4.8.4. *Ejecución de enfermería*

Puesta en práctica del plan de cuidados para el logro de los objetivos establecidos, en esta etapa la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener su salud, recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte tranquila (Alvarez, y otros, 2004)

#### 4.8.5. *Evaluación de enfermería*

Es la etapa final del proceso de atención de enfermería, donde se determina la eficacia de la intervención enfermera y el logro de los objetivos propuestos. (Alvarez, y otros, 2004)

### Proceso de atención de enfermería

#### Valoración

Se realiza una valoración según el proceso Caritas de Cuidados con la carita numero 9 denominada “La asistencia con la gratificación de necesidades humanas” de Jean Watson con relación a las 5 dimensiones del APGAR familiar.

<b>Valoración según el proceso Caritas</b>			
<b>Nivel de necesidades</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Necesidades intra/interpersonal se encuentra la interrelación con el ambiente donde se relaciona con la adaptación porque es la capacidad del individuo para adaptarse a los cambios y facilite convivir en un ambiente con plena	Adaptación	Tiene problemas familiares en su hogar que haya necesitado ayuda externa (psicólogo, psiquiatría, familiares, otros).	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Ha presentado periodos de crisis familiares.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre

satisfacción.

		Le satisface la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
Necesidades intra/interpersonal se encuentra la interrelación con el ambiente donde se relaciona con la participación porque se refiere a la capacidad del individuo de participar en responsabilidades, toma de decisiones y obtener nuevos conocimientos para actuar en su medio que lo rodea.	Participación	Le satisface como su familia habla o comparten sus problemas.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Tiene interés por aprender a resolver problemas.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Participa en, resolución de problemas o toma de decisiones en su familia	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Ha emprendido nuevas actividades para su autorrealización.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
Necesidades psicosociales se encuentra la necesidad de logro y la necesidad de autorrealización donde se relaciona con los gradientes de recursos porque se refiere a la capacidad del individuo de desarrollar actividades para su autorrealización.	Gradiente de recursos	Le satisface como su familia acepta y apoya su deseo de emprender nuevas actividades.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
Necesidades psicosociales se	Afectividad	Ha habido demostraciones de	Nunca Casi nunca

encuentra: la necesidad de amor donde se relaciona con la afectividad porque se refiere a los sentimientos que tiene las personas con respecto a los demás.		falta de afectividad en su familia.	Algunas Veces Casi siempre Siempre
Necesidades intra/interpersonal se encuentra la interrelación con el ambiente donde se relaciona con recursos o capacidad resolutive porque se refiere a la habilidad de vivir experiencias en su vida compartiendo con las personas que le rodea.	Recursos o capacidad resolutive	Le satisface como su familia expresa afecto y responde a sus emociones tales como rabia, tristeza y amor. Le satisface como comparte con su familia el tiempo para estar juntos.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre  Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Le satisface como comparte los espacios en la casa.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre
		Le satisface con su familia distribuye y gasta el dinero.	Nunca Casi nunca Algunas Veces Casi siempre Siempre

## DIAGNÓSTICO

### *Priorización de problemas*

<b>Dimensión</b>	<b>Problema</b>	<b>Etiqueta diagnóstica</b>
Adaptación	Nunca le satisface la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad.	Interrupción de los procesos familiares
Participación	Nunca le satisface como su familia habla o comparten sus problemas.	Riesgo de relación ineficaz

Gradiente de recursos	Casi nunca le satisface como su familia acepta y apoya su deseo de emprender nuevas actividades.	Riesgo de planificación ineficaz de las actividades
Afectividad	Nunca le satisface como su familia expresa afecto y responde a sus emociones tales como rabia, tristeza y amor.	Riesgo de soledad
Recursos o capacidad resolutiva	Limitación para realizar las actividades recreativas con su familia.	Disminución de la implicación en actividades recreativas

## Planificación de enfermería

*Diagnóstico de enfermería (NANDA): Interrupción de los procesos*

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** interrupción de los procesos familiares r/c cambio de poder entre los miembros de la familia m/p disminución del apoyo mutuo.

**Definición:** interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros. (NANDA, 2018-2020)

DOMINIO: 07	CLASE: 02	ETIQUETA DIAGNÓSTICA:	CÓDIGO:
Rol y relaciones	Relaciones familiares	Interrupción de los procesos familiares	00060
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
Normalización de la familia (2604)	Terapia familiar	<b>Fundamentación teórica</b>	
Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia. (260417)	1.1. Utilizar la historia clínica para investigar a la familia.	Mejora la capacidad de los miembros de la familia para apoyarse mutuamente. (Díaz, 2012)	
Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado.	1.2. Determinar los patrones de comunicación de la familia.	1.1. Es un documento legal donde tiene información de índole variada de una persona ya sea del presente o del pasado que es necesario para la enfermera en el cuidado de la familia donde encontramos una gran información en la ficha familiar o en el familiograma.	
	1.3. Determinar como la familia toma decisiones.		
	1.5. Facilitar estrategias para reducir el estrés. (NIC, 2018-2020)		

(260405)

Satisface las necesidades físicas de los miembros de la familia. (260406)

Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia.

(260407)

Satisface las necesidades de desarrollo de los miembros de la familia.

(260408) (NOC, 2018-2020)

1.2. Los comportamientos comunicativos se identifican en los patrones de comunicación familiar que describen la tendencia de las familias a desarrollar modos de comunicación estables y predecibles para esto utilizan dos dimensiones centrales en el funcionamiento familiar: (a) la orientación a la conversación (grado en que las familias crean un clima que anima a sus miembros a participar con libertad en las interacciones), y (b) la orientación a la conformidad (grado en el que la comunicación familiar propicia la homogeneidad en actitudes, valores y creencias). (Koerner & Fitzpatrick, 2004)

1.4. Es fundamental a la hora de que los integrantes de la familia estén dispuestos a tomar decisiones, tener claro que simplemente podemos aportar con un consejo crítico positivo, si la persona nos pide dicho comentario, es primordial que aprendamos a hacerle frente a las diferentes situaciones que se presenten y llevar con responsabilidad las

consecuencias de ello.

1.5. La enfermera debe enseñar estrategias para reducir el estrés e el paciente como puede ser las siguientes; el ejercicio físico. compartir tiempo con los familiares y amigos, yoga, escuchar música relájate y el uso de la respiración profunda.

*Diagnóstico de enfermería (NANDA): riesgo de relación ineficaz*

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** riesgo de relación ineficaz r/c habilidades de comunicación ineficaces.

**Definición:** Susceptible de desarrollar un patrón de colaboración mutua que es insuficiente para satisfacer las necesidades de cada uno. (NANDA, 2018-2020)

<b>DOMINIO: 7</b>	<b>CLASE: 3</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b>	<b>CÓDIGO:</b>
Rol y relaciones	Desempeño del rol	Riesgo de relación ineficaz	00229
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Integridad de la familia (2603)</b>	<b>Estimulación de la integridad familiar (7100)</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	
Interacciona frecuentemente con toda la familia. (260305)	1.1. Escuchar a los miembros de la familia. 1.2. Establecer una relación de confianza entre los miembros. 1.3. Facilitar la armonía dentro de la familia. 1.4. Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. 1.5. Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia. (NIC, 2018-2020)	La integración familiar es el grado de salud, armonía y equilibrio existente en las relaciones mantenidas dentro de los miembros de una familia, incluyendo y valorando a la persona y a su rol dentro del núcleo familiar. (Castillero, 2016) 1.1. Una parte fundamental de la comunicación es la escucha. Escuchar al otro nos permite conocerle, entenderle y nos ayuda a ponernos en su lugar. Escuchar al otro hace que este perciba nuestra atención y que se perciba apoyado y note nuestro cariño. 1.2. La confianza familiar es un lazo de	
Estimula la autonomía e independencia individuales. (260310)			
Los miembros se expresan afecto entre sí. (260303) (NOC, 2018-2020)			

pertenencia indestructible que se tiene que construir. Se podría argumentar que la confianza depositada en los demás aporta seguridad y satisfacciones que redundan en un aumento de la felicidad. (Fundacion Belen, 2019)

1.3 La armonía es el trabajo continuo y una reflexión constante sobre las acciones que mantienen una conexión saludable con la familia como una unidad mayor. (Houden, 2015)

1.4. Tener una relación positiva con las familias les permite compartir inquietudes y trabajar juntos para ayudar y aprender de manera diferente a prosperar en su hogar.

1.5. Para el buen funcionamiento de la pareja y la familia es fundamental desarrollar una comunicación abierta efectiva y positiva. mantenerla requiere de esfuerzos, actividades y acciones llevadas a cabo que permitan una relación y vinculación fuerte, estructurada y coherente

de todos y cada uno de los miembros de un núcleo familiar. (Castillero, 2016)

*Diagnóstico de enfermería (NANDA): riesgo de planificación ineficaz de las actividades*

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** riesgo de planificación ineficaz de las actividades r/c habilidad insuficiente para procesar la información.

**Definición:** Susceptible de ser incapaz de prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones, que puede comprometer la salud. (NANDA, 2018-2020)

<b>DOMINIO: 9</b>	<b>CLASE: 2</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b>	<b>CÓDIGO:</b>
Afrontamiento /tolerancia al estrés	Respuestas de afrontamiento	Riesgo de planificación ineficaz de las actividades	00226
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
		<b>Fundamentación teórica</b>	
<b>Gestión del tiempo personal (1635)</b> Prioriza compromisos. (163501) Identifica un período de tiempo realista para cada actividad. (163504) Planifica las actividades de la semana. (163509) (NOC, 2018-2020)	<b>1. Asesoramiento (5240)</b> 1.1. Establece una relación terapéutica basada en la confianza y respeto. 1.2. Ayudar al paciente a identificar los problemas o la situación causante del trastorno. 1.3. Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.	Ayuda sistemática, en forma de orientación y consejo, que una persona cualificada presta a un sujeto. Dicha ayuda está dirigida a conseguir en el asesorado un conocimiento mayor de sus propias capacidades e intereses y a ayudarle a definir y a alcanzar con más claridad y seguridad sus objetivos. (Clinica universidad de Navarra, 2018) 1.1. Relación terapéutica a la construcción o vínculo que surge entre un paciente y el profesional que lleva la intervención. Tanto las opiniones como las expectativas y la visión del otro serán imprescindibles para establecer un clima de seguridad donde el paciente exprese con desahogo sus emociones y vivencias y, al mismo tiempo, se cree una alianza entre ambos. (La universidad en	

1.4. Ayuda al paciente que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.  
1.5. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.  
(NIC, 2018-2020)

internet , 2021)

1.2. Esto permite al paciente a expresar las situaciones que impide realizar las actividades y así buscar unas posibles soluciones.

1.3. La creatividad de la enfermera con el paciente permite estimular a la familia mediante técnicas para generar ideas que sean las posibles alternativas para solucionar el problema.

1.4. La relación de la enfermera con el paciente permite conocer las características personales para así identificar sus puntos fuertes y sea aprovechados para realizar las actividades.

1.5. Las competencias personales son completamente individuales para cada persona por la cual se de buscar desarrollar cada una de ellas para que el paciente utilice esa capacidad que tiene para lograr el éxito en la tarea que está realizando gracias a su destreza.

*Diagnóstico de enfermería (NANDA): Riesgo de soledad*

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Riesgo de soledad r/c aislamiento social.

**Definición:** Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud. (NANDA, 2018-2020)

<b>DOMINIO: 12</b>	<b>CLASE: 03</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b>	<b>CÓDIGO:</b>
Confort	Confort social	Riesgo de soledad	00054
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Clima social de la familia (2601)</b>	<b>Apoyo a la familia (7140)</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	
Participa en las tradiciones de la familia. (260102)	1.1. Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.	El apoyo familiar engloba todo aquello que los miembros de una familia hacen los unos por los otros. (Martin, 2020)	
Mantiene relaciones con la familia extensa. (260121)	1.2. Facilitar la comunicación de inquietudes/ sentimientos entre el paciente y la familia o entre miembros de la misma.	1.1. Esta escucha es esencial porque pretende devolver a los miembros de la familia su estabilidad emocional y cohesionarla como elemento terapéutico que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente. (Anchury, 2016)	
Establece las normas de la familia. (260106)	1.3. Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.	1.2. El encuentro con los pacientes y sus familias requiere que el profesional de enfermería que va a proporcionarle un cuidado integral demuestre no solo capacitación técnica, sino una serie de competencias emocionales y humanas, para desarrollar	
Se apoyan unos a otros. (260109)	1.4. Ofrecer una esperanza realista.		
Proporciona intimidad	(NIC, 2018-2020)		

a los miembros de la familia. (260110)  
Apoya la individualidad y la independencia.  
(260111) (NOC, 2018-2020)

actitudes empáticas y sensibles que permitan proporcionar un acompañamiento capaz de identificar y satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente y su familia, y es ahí donde la comunicación se convierte en un aspecto esencial. (Anchury, 2016)

1.3. El mejor modo de mantener el respeto y el equilibrio personal con los otros, es aceptar a los demás tal y como son: sin juzgar. (Sabater, 2019)

1.4. La esperanza puede ser un aspecto terapéutico muy poderoso en la relación enfermero -paciente permite orientarse hacia una meta determinada, además de permitir que un individuo invierta tiempo y energía en la planificación de sus objetivos. (Camarelles, 2017)

*Diagnóstico de enfermería (NANDA): disminución de la implicación en actividades recreativas*

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** disminución de la implicación en actividades recreativas r/c motivación insuficiente m/p cambios de humor.

**Definición:** Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre. (NANDA, 2018-2020)

<b>DOMINIO: 1</b>	<b>CLASE: 1</b>	<b>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</b>	
<b>CÓDIGO:</b>			
Promoción de la salud 00097	Toma de conciencia de la salud	Disminución de la implicación en actividades recreativas	
<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Ejecución</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Participación en actividades de ocio (1604)</b>	<b>Distracción</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	
Participación en actividades diferentes al trabajo habitual. (160401)	1.1. Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada como música, participar en una conversación.	Entretenimiento, actividad que sirve de diversión, descanso o que produce alegría. (Gran Diccionario de la Lengua Español, 2016)	
Elige actividades de ocio de interés. (160412)	1.2. Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos.	1.1. Esto permite que la enfermera actúe con el paciente para que el elija la mejor técnica de distracción que sea apto para su edad, su estado físico y mental.	
	1.3. Fomentar la participación de la familia y seres queridos. (NIC, 2018-2020)	1.2. Los sentidos nos permiten percibir lo que hay a nuestro alrededor y percibirnos a nosotros mismos, internamente y en relación a nuestro	

Sentimiento de  
satisfacción con las  
actividades de ocio.  
(160402)

Uso de habilidades  
sociales de interacción  
apropiadas. (160403)

Refiere relajación con  
las actividades de  
ocio. (160404) (NOC,  
2018-2020)

entorno. Son el vehículo que tenemos para comunicarnos y para recibir información. Los sentidos “activan” nuestro cerebro, y nos permiten “entrenarlo”, fortalecerlo, cargarlo de información, aprender y adquirir conocimientos. Los sentidos nos permiten, en definitiva, desarrollarnos. (Persona mayor, 2019)

1.3. La participación de la familia es importante porque permite el desarrollo integral de cada uno de los miembros ya que es el primer entorno social en donde se desenvuelven. (Aika , 2017)

## Bibliografía

- Aika . (19 de Diciembre de 2017). *Siete consejos para fomentar la participación de las familias en la escuela*;Aika. Obtenido de Aika: <http://www.aikaeducacion.com/consejos/siete-consejos-fomentar-la-participacion-las-familias-la-escuela/>
- Alba, M., Bellido, J., Cardenas, V., Muñoz, J., Lopez, A., Millan, M., . . . Rios, A. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Alvarez, M., Estrada, I., Arratibel, A., Toledo, S., Criado, A., Gonzalez, M., . . . Santos, I. (2004). *Guia de practica clinica :Cuidados clinicos de enfermeria* . España: Evagraf,S.Coop. Obtenido de <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>
- Amaya, O., Fuentes, D., & Polo, A. (7 de Febrero de 2017). *Teoría del cuidado transpersonal:Slideshare*. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/denysff/teora-del-cuidado-transpersonal>
- Anchury, D. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000100055](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055)
- Camarelles, P. (21 de Diciembre de 2017). *La esperanza es un arma terapéutica;Grupo de educacion sanitaria y promocion de la salud PAPPS*. Obtenido de Grupo de educacion sanitaria y promocion de la salud PAPPS: <http://educacionpapps.blogspot.com/2017/12/la-esperanza-es-un-arma-terapeutica.html>

- Castillero, O. (16 de Abril de 2016). *Integración familiar: qué es y por qué es necesaria: Psicología y mente*. Obtenido de Psicología y mente: <https://psicologiaymente.com/social/integracion-familiar>
- Clinica universidad de Navarra. (15 de Abril de 2018). *Asesoramiento ;Diccionario medico*. Obtenido de Diccionario medico: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/asesoramiento>
- Correa, E., Verde, E., & Rivas, J. (2016). *Descripcion de la tipologia de las 14 necesidades; Valoración de enfermería basada en la fisiología de Virginia Henderson*. Mexico: Division CBS. Obtenido de [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion\\_de\\_enfermeria.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf)
- Costa, J. (20 de Noviembre de 2019). *DIAGNÓSTICA sticos Enfermeros; Enfermería Blog*. Obtenido de Enfermería Blog: <https://enfermeriablog.com/DIAGNÓSTICA sticos-enfermeros/>
- Diario la prensa. (25 de Noviembre de 2020). Familia. *La Prensa*. Obtenido de <https://www.laprensa.com.ec/familias-disfuncionales-ecuador/>
- Díaz, F. (2012). Terapia familiar. *Scielo* , 163. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2012000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000100010)
- Fundacion Belen. (16 de Enero de 2019). *Confianza, autoconfianza y desconfianza dentro de la familia :Fundacion Belen*. Obtenido de Fundacion Belen: <https://fundacionbelen.org/familias/confianza-autoconfianza-desconfianza-dentro-familia/>

- Galvis, M. (2015). Teoría y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 1112-1113. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
- García, C. (2021). Plan de cuidados de enfermería en paciente con alcoholismo manifestado en alteraciones psíquicas y fisiológicas. Caso clínico. *Revista electrónica de portales médicos . com* .
- Gran Diccionario de la Lengua Española. (2016). *Distraición;The free dictionary by farlex*. Obtenido de The free dictionary by farlex: <https://es.thefreedictionary.com/distracci%C3%B3n>
- Guerrero, R., & Rodríguez, N. (2018). Proceso caritas en una narrativa de enfermería: cuidando al adulto mayor. *UNILIBRE - Revista cultura del cuidado* , 79. Obtenido de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3839/3220>
- Houden, D. (31 de Marzo de 2015). *La construcción de la armonía familiar empieza por vivir nuestros valores :The fbcg*. Obtenido de The fbcg: <https://www.thefbcg.com/es/resource/building-family-harmony-starts-with-living-our-values/>
- Koerner, A., & Fitzpatrick, M. (2004). *Communication in intact families*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- La universidad en internet . (5 de Marzo de 2021). *La relación terapéutica y su importancia;Unir*. Obtenido de Unir: <https://www.unir.net/salud/revista/relacion-terapeutica/>

- Luis, C. (2016). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*. Obtenido de [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori\\_i\\_1/cap2.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_1/cap2.htm)
- Martin, E. (4 de Octubre de 2020). *Qué es el apoyo familiar y cómo influye en el crecimiento: Eres mama*. Obtenido de Eres mama: <https://eresmama.com/que-es-apoyo-familiar-como-influye-crecimiento/>
- Montano, J. (28 de Abril de 2021). *Jean Watson. Biografía y teoría del cuidado humano :Lifeder*. Obtenido de Lifeder: <https://www.lifeder.com/jean-watson/>
- NANDA, I. (2018-2020). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación* (Undécima ed.). (H. T. Heather, & K. Shigemi, Edits.) Barcelona, España: Elsevier España S.L.U.
- NIC. (2018-2020). *Clasificación de intervenciones de enfermería* (Séptima ed.). (H. Butcher, Ed.) Barcelona, España: Elsevier España S.L.U.
- NOC. (2018-2020). *Clasificación de resultados de enfermería* (Sexta ed.). (S. Moorhead, E. Swanson, M. Johnson, & M. Mass, Edits.) Barcelona, España: Elsevier España S.L.U.
- Orenga, E. (17 de Julio de 2018). *Modelo humanístico de Jean Watson: implicaciones en la práctica del cuidado* :Repositorio.uci.es. Obtenido de Repositorio.uci.es: [http://repositorio.uci.es/bitstream/handle/20.500.12328/917/TFG\\_Esther%20Orenga%20Villanueva\\_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://repositorio.uci.es/bitstream/handle/20.500.12328/917/TFG_Esther%20Orenga%20Villanueva_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y)
- Pecho, M. (17 de Enero de 2018). *Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital "Augusto Hernandez Mendoza" ESSALUD ICA - 2016*:Repositorio.unsa.edu.pe. Obtenido de Repositorio.unsa.edu.pe: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4769/ENDpetamc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Persona mayor. (18 de Julio de 2019). *Sala Snoezelen: estimulación sensorial para personas mayores con demencia ; Hermanas hospitalarias* . Obtenido de Hermanas hospitalarias : <https://www.personamayor.org/articulos/sala-snoezelen-estimulacion-sensorial-para-personas-mayores-demencia/>
- Ramirez, J. (11 de Mayo de 2021). *Virginia Henderson:lifeder* . Obtenido de Lifeder : <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
- Rodriguez, C. (28 de Octure de 2020). *La escucha activa en la familia y la pareja. Pautas para escuchar a la familia:Educa y aprende*. Obtenido de Educa y aprende: <https://educayaprende.com/la-escucha-en-la-familia-y-la-pareja-pautas-para-la-escucha-activa/>
- Sabater, V. (7 de Julio de 2019). *Las consecuencias de nuestros juicios;La mente es maravillosa*. Obtenido de La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/las-consecuencias-de-nuestros-juicios/>
- Universidad de Antioquia. (2016 de Abril de 2016). *Virginia Henderson;Aprende en Linea*. Obtenido de Aprende en Linea: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>
- Urra, E. A., & Garcia, M. (2012). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de. *Revista Scielo*, 14. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Valle, C. (25 de Noviembre de 2013). *Virginia Henderson;Material complementario / Enfermeria comunitaria* . Obtenido de Material complementario / Enfermeria comunitaria : <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>

Vera, F. (2 de Agosto de 2018). *Puntos clave sobre el APGAR familiar: Medicina clinica y social*. Obtenido de Medicina clinica y social: file:///C:/Users/HP/Downloads/juanivan92-editora-de-seccin-6.-lm-apgar-familiar-vera.pdf

Villatoro, A. (28 de Diciembre de 2017). *La esperanza como herramienta terapéutica; Saludario*. Obtenido de Saludario: <https://www.saludario.com/la-esperanza-como-herramienta-terapeutica/>

## Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1. Conclusiones

Culminado el estudio se ha llegado a identificar la presencia de disfunción familiar en los hogares de los niños que asisten a control en el hospital Básico José Cevallos Ruiz del cantón Yaguachi; en la mayoría de estas familias existe disfunción familiar tanto leve como moderada según el instrumento del APGAR familiar, una pequeña proporción de las familias estudiadas se encuentra en la categoría de disfunción severa, que de no ser tratada a tiempo, pueden llegar a generar ciertos estragos a nivel de los más niños del hogar, pues esta realidad puede atraer problemas a nivel social, cognitivo, psicológico, afectivo e incluso físico.

Con respecto al desarrollo cognitivo de los niños, estos están en su mayoría en el rango de medio, a más se ha evidenciado que existen menores con desarrollo cognitivo menor al promedio normal, que de no ser tratados pueden presentar graves problemas a nivel de: comprensión verbal, razonamiento fluido, capacidad visoespacial, memoria de trabajo; pudiendo limitar la formación de conceptos, el razonamiento lógico-deductivo, razonamiento a partir de estímulos e información abstracta, capacidad de retención y almacenaje de información.

En relación a la disfuncionalidad familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital José Cevallos Ruiz, las pruebas estadísticas permiten comprobar que el desarrollo cognitivo es independiente de la disfuncionalidad familiar.

Se acepta la hipótesis nula  $H_0$ : La disfuncionalidad familiar no influye en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital.

Se rechaza la hipótesis alternativa  $H_1$ : La disfuncionalidad familiar influye en el desarrollo cognitivo de niños de 6 a 11 años que asisten al hospital.

Al concluir el trabajo investigativo el grupo decidió establecer como propuesta el diseño de un proceso enfermero basado en el modelo transpersonal de Jean Watson orientado a la disfunción familiar, mismo que apoyará al cuidado familiar de la población estudiada.

La propuesta contempla el modelo de Jean Watson el cuidado transpersonal que está basado en el proceso Caritas de acuerdo a la carita número 9” La asistencia en la gratificación de necesidades humanas que se relacionó con las dimensiones del APGAR familiar para luego realizar la valoración a los pacientes e identificar los diagnósticos reales o potenciales que afecta a las familias y así se diseñó las intervenciones.

## **5.2.Recomendaciones.**

El proceso enfermero entregado al hospital sea ejecutado por el personal de enfermería para garantizar el mejoramiento y el apoyo del bienestar de las familias.

Se recomienda al personal de psicología del hospital extender el alcance de esta investigación y evaluar al 100% de los niños que asisten a esta casa de salud a fin de cuantificar la población total con problemas de desarrollo cognitivo y se puedan estructurar programas de acompañamiento psicológico, que les permita a los menores mejorar sus capacidades cognitivas.

El hospital defina estrategias para seguimiento y acompañamiento de las familias que presenta problemas familiares para evitar posibles complicaciones.

Se recomienda que se utilice el instrumento del test de APGAR familiar porque permite obtener una información pertinente.

## **Bibliografía**

- Antolinez, L., Beltrán, L., & Cano, L. (2018). *Argumentación y tipologías de familia en estudiantes de séptimo, noveno y undécimo grado*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2018). *Constitución de la Republica del Ecuador*. Quito: ANRE.
- Barrón, M. (2019). BIOPOLÍTICA POSREVOLUCIONARIA Y PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL EN MÉXICO: TEST DE INTELIGENCIA EN LA CASA DEL ESTUDIANTE INDÍGENA (1926-1927). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 589-610. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86000>
- Benítez, M. (2017). *La familia: Desde lo tradicional a lo discutible*. Cuba: Centro de Estudios Demográficos.
- Briceño, R. (2019). *Estrés parental y adaptabilidad familiar en padres de hijos con necesidades especiales de una escuela especial de Babahoyo, Ecuador, 2018*. Lima: Universidad Peruana Unión. Obtenido de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/2920/Rosa\\_Tesis\\_Maestro\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/2920/Rosa_Tesis_Maestro_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cajachagua, R. (2020). *Tipo de funcionamiento familiar y optimismo en estudiantes del último semestre de todas las facultades de una universidad privada de Huancayo, 2018*. Huancayo: Universidad Continental. Obtenido de [https://34.199.100.111/bitstream/20.500.12394/7977/1/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Cajachagua\\_Chui\\_2020.pdf](https://34.199.100.111/bitstream/20.500.12394/7977/1/IV_FHU_501_TE_Cajachagua_Chui_2020.pdf)

- Calderón, P., Lazo, M., & María, B. (2020). Funcionalidad familiar y su relación con la conducta de niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA) de la Fundación Un Lugar Para Tus Sueños. *Polo del Conocimiento*, 585-594. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?CÓDIGO=7659371>
- Calero, G. (2018). *Disfuncionalidad familiar y las relaciones interpersonales en los estudiantes de la Unidad Educativa Replica "Nicolás Infante Díaz", año 2018*. Quevedo : Universidad Técnica de Babahoyo .
- Campo, L., Miranda, C., & Ortiz, M. (2015). Características del estado general del desarrollo en niños menores de siete años de la ciudad de Barranquilla. *Estudios actuales en psicología*, 51-72. Obtenido de <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1126/Estudios%20en%20psicolog%C3%ADa.pdf?sequence=1#page=52>
- Candela, M. (2018). *Impacto de la pobreza y de la vulnerabilidad socio-familiar en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños*. Argentina: Universidad Austral . Obtenido de <https://rii.austral.edu.ar/handle/123456789/734>
- Chacon, I. (2019). *Disfuncionalidad familiar y el desarrollo de psicosocial en los adolescentes de la Unidad Educativa "San Camilo" año 2019*. Quevedo : Universidad Técnica de Babahoyo .
- De la Rosa, R. (2016). *Desarrollo cognitivo y estrato socioeconómico en niños de la ciudad de Cartagena*. Cartagena: Universidad Internacional de La Rioja. Obtenido de <https://reunir.unir.net/handle/123456789/4547>
- Delgado, M., & Villafuerte, J. (2018). *La alimentación en el desarrollo cognitivo*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41820>

- Díaz, J. (2017). *Descripción del perfil psicomotor mediante la prueba de Lois Picq y Pierre Vayer en los niños de la escuela de fútbol de Ate Vitarte – Lima Metropolitana*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10029/Diaz\\_ch.pdf;jsessionid=DEF03827F500CC3EC699C6D2C8C6BD6A?sequence=3](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10029/Diaz_ch.pdf;jsessionid=DEF03827F500CC3EC699C6D2C8C6BD6A?sequence=3)
- Espinosa, M., & Vírseda, J. (2018). *Relaciones familiares, afecto, valores y aprendizaje creador*. México: AMAPSI.
- Felitti, K., & Rizzotti, A. (2016). El “machismo latinoamericano” y sus derivas en la educación internacional: reflexiones de estudiantes. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 13-28. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/MAGIS/article/view/18054/pdf>
- Fuentes, A., & Merino, J. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 22-45. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612016000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003)
- Galarza, D., & Morán, C. (2016). *Influencia de los hogares disfuncionales en la calidad de las relaciones interpersonales en niños de 5 a 6 años. de la escuela de educación básica fiscal n° 28 “sociedad italiana garibaldi” zona 8, distrito 6, parroquia Tarqui, cantón Guayaquil, provincia*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/12399/1/Galarza%20-%20Mor%C3%A1n.pdf>
- Giron, M. (2020). *Funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en el área de matemática en estudiantes del 4to de secundaria en la IEP Convenio Andrés Bello - El Tambo, 2018*.

- Huancayo: Universidad Continental. Obtenido de [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7705/2/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Giron\\_Clemente\\_2020.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/7705/2/IV_FHU_501_TE_Giron_Clemente_2020.pdf)
- Gómez, P., & Ruiz, F. (2017). *Disfunción familiar y violencia conyugal contra las mujeres, registradas en la fiscalía civil de familia, provincia de San Marcos*. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrello. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/414/28.%20TESIS%20-%20G%c3%93MEZ%20RU%c3%8dZ%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guaranga, E. (2017). *Familias disfuncionales y sustitución de roles en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Isabel de Godín, período abril-septiembre del 2016*. Riobamba : Universidad Nacional de Chimborazo .
- Jiménez, D. (2017). *Percepción del funcionamiento familiar en pacientes DIAGNÓSTICA sticados con VIH/sida atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Obtenido de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1805>
- Lastre, K., Salcedo, O., & Segovia, E. (2020). Incidencia de la disfuncionalidad familiar en el desempeño académico de estudiantes de Secundaria. *Revista Espacios*, 130-140. Obtenido de <http://www.revistaespacios.com/a20v41n20/a20v41n20p11.pdf>
- Mayor, S., & Salazar, C. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*, 96-105. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2019/gme191j.pdf>
- Mayorga, C., & Salazar, D. (2019). *Tipologías familiares y ciclos vitales*. Santiago: Universidad de la Frontera. Obtenido de

<http://bibliotecadigital.ufro.cl/actions/download.php?file=69ba68ee37e2718ad4ec2c807b1ee3a6383cb873fa5caa78ad9a9fcb23d9bd1031bc8988b39945f6291621f2c00731fb89cd8e662c1e25cfb0c608bbaf752273>

Mayorga, C., Gallardo, L., & Galvez, J. (2019). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista médica de Chile*, 1283-1290.

Mazo, Y., Mejía, L., & Muñoz, Y. (2019). Calidad de vida: la familia como una posibilidad transformadora. *Poiésis*, 98-110.

Meza, J., & Páez, R. (2016). *Familia, escuela y desarrollo humano*. Bogotá: Corporación de Estudios y Publicaciones.

Moral, J., & Ramos, S. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Universidad de Colima*, 37-66.

Morales, H., Ramírez, O., & Rendón, L. (2016). Apoyo familiar en la intervención integral de la población con discapacidad visual y auditiva matriculada en la unidad de rehabilitación del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca, Cali, Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre*, 8-15. Obtenido de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/1617/1195>

Morales, K. (2020). *Relación del desarrollo psicomotor con el funcionamiento familiar en niños/a de la "Zona de Intag" parroquia Peñerrera*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10624>

Muñoz, D., & Palma, V. (2016). *Hogares disfuncionales y su impacto en la estructura social de las familias del barrio viviendas populares*. Machala: Universidad Técnica de Machala.

- Obtenido de [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/9674/1/T-1919\\_MU%c3%91OZ%20ORELLANA%20DIANA%20CAROLINA.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/9674/1/T-1919_MU%c3%91OZ%20ORELLANA%20DIANA%20CAROLINA.pdf)
- Paternina, D., & Pereira, M. (2017). Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo. *Salud Uninorte*, 429-437. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81753881017.pdf>
- Peñañiel, S. (2020). *Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su repercusión en el rendimiento académico en adolescentes de entre 16 a 18 años de edad*. Quito : Universidad Central del Ecuador .
- Perinat, A. (2017). *Desarrollo cognitivo en niños y niñas de 2 a 11 años*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Obtenido de [http://cv.uoc.edu/annotation/709ac72a1d0d84e6ab5bce7d717fed28/573799/PID\\_00244968/modul\\_5.html](http://cv.uoc.edu/annotation/709ac72a1d0d84e6ab5bce7d717fed28/573799/PID_00244968/modul_5.html)
- Pita, C., & Rodríguez, D. (2017). *Factor afectivo en el desarrollo cognitivo en el subnivel básica media*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/27974>
- Quiroz, C. (2017). *Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección especial mies. portoviejo, 2016*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26540/1/Carmen\\_Quiroz%20PARA%20IMP RIMIR.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26540/1/Carmen_Quiroz%20PARA%20IMP RIMIR.pdf)
- Rodríguez, R. (2018). *Análisis Sistémico de las familias de un grupo de adictos pertenecientes a la Comunidad Casa de la misericordia en Bucaramanga*. Floridablanca: Universidad Pontificia Bolivariana. Obtenido de

[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5158/digital\\_36195.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5158/digital_36195.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saldarriaga, P., Bravo, G., & Loor, M. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 127-137.

Obtenido de

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tKRGstw6VNQJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5802932.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec>

Sanabria, F. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes*.

Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de

<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24809/2/Funcionalidad%20familiar%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20hostilidad%20en%20adolescentes.pdf>

Sánchez, R. (2019). *Bajo rendimiento académico de los estudiantes, de tercer grado de educación básica, por efectos de la disfuncionalidad familiar en la Unidad Educativa Fiscomisional María Mazzarello, cantón Sigsig 2018-2019*. Cuenca : Universidad Politécnica Salesiana .

Sistema familiar y continuidad de las empresas familiares. (2019). *Ciencias Sociales (RCS)*, 265-275.

Solorzano, A. (2019). *El desarrollo motor y desarrollo cognitivo en niños del segundo ciclo de la Institución Educativa N° 115, El Agustino, 2019*. Lima: Universidad César Vallejo.

Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/42524>

- Suárez, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del Conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 389-399. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41317/44918>
- Trujillo, V. (2015). *Aspectos del desarrollo cognitivo en estadios preoperacionales y operaciones concretas en niños del Colegio Tercer Milenio*. Caldas: Corporación Universitaria Lasallista. Obtenido de [http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1720/1/Aspectos\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1720/1/Aspectos_desarrollo_cognitivo.pdf)
- Urrea, M. (2020). *Desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en niños, y adolescentes entre los 10 y 14 años de edad : una intervención, desde teatro al derecho en Sincelejo, Sucre*. Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/15674>
- Villamizar, N. (2020). *Implementación de estrategias lúdicas para fortalecer el proceso de lectoescritura en los niños de primero de primaria de la I.E.D. Alemania Unificada*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores. Obtenido de <https://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/3219>
- Villareal, D., & Paz, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 21-64. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v5n2/a02v5n2.pdf>
- Zumba, D. (2017). *Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco*. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## Anexos

### Anexo 1. Test APGAR familiar



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

#### Test APGAR familiar

**TEMA:** “Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años.

hospital Básico José Cevallos Ruiz. cantón Yaguachi, periodo enero -abril 2021.”.

**OBJETIVO:** Identificar el grado de funcionalidad familiar en las familias de los niños.

**DESARROLLO:** Lea detenidamente la pregunta y marque con una X en el cuadro según corresponda.

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

Preguntas	Opciones				
	0	1	2	3	4
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					

Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor

Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero

### **Puntuación para determinar la función familiar**

<b>Función familiar</b>	<b>Puntaje</b>
Buena función familiar	18-20
Disfunción Familiar Leve	14-17
Disfunción Familiar moderada	10-13
Disfunción Familiar severa	9 o menos

**Gracias Por Su Colaboración**

## Anexo 2. Test Wisc -V

### 1. Cubos

**Comienzo**  
Edad 6-7: ítem 1.  
Edad 8-16: ítem 3.

**Retorno**  
Edad 8-16  
Si se obtiene 0 o 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.

**Tiempo límite:** véanse los ítems.  
Anotar el tiempo empleado para cada ítem.

**Terminación**  
Después de 2 puntuaciones de 0 consecutivas.

**Puntuación**  
Ítems 1-3: 0-2 puntos.  
Ítems 4-9: 0 o 4 puntos.  
Ítems 10-13: 0 o 4-7 puntos.  
Cs ítems 1-3: 0-2 puntos. Ítems 4-13: 0 o 4 puntos.  
Cp ítem 1: 0-2 puntos. Ítems 2-9: 0-4 puntos.  
Ítems 10-13: 0-12 puntos.

	Diseño	Presentación	Cubos necesarios	Tiempo límite	Tiempo empleado		Puntuación parcial opcional			Respuesta		Puntuación		
					Intento 1	Intento 2	0	1	2	Intento 1	Intento 2	Intento 2	Intento 1	
6-7 1.	Niño  Examinador	Modelo e imagen	4	30"			0	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2
2.		Modelo e imagen	8	45"			0	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2

### 2. Semejanzas

**Comienzo**  
Edad 6-7: ítem de ejemplo e ítem 1.  
Edad 8-11: ítem de ejemplo e ítem 5.  
Edad 12-16: ítem de ejemplo e ítem 8.

**Retorno**  
Edad 8-16  
Si se obtiene 0 o 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados, aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.

**Terminación**  
Después de 3 puntuaciones de 0 consecutivas.

**Puntuación**  
0, 1 o 2 puntos.  
Véase el *Manual de aplicación y corrección* para los ejemplos de respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntuación		
6-16 Ej. Tres-cuatro				
6-7 †1. Rojo-verde		0	1	2
†2. Caballo-vaca		0	1	2
3. Uvas-manzanas		0	1	2

### 3. Matrices



#### Comienzo

Edad 6-8: ítems de ejemplo A y B e ítem 1.  
Edad 9-11: ítems de ejemplo A y B e ítem 5.  
Edad 12-16: ítems de ejemplo A y B e ítem 9.



	Ítem	Respuesta					Puntuación	
6-16	Ej. A	1	2	3	4	5		
	Ej. B	1	2	3	4	5		
6-8	1.	1	2	3	4	5	0	1
	2.	1	2	3	4	5	0	1
	3.	1	2	3	4	5	0	1
	4.	1	2	3	4	5	0	1
9-11	5.	1	2	3	4	5	0	1
	6.	1	2	3	4	5	0	1
	7.	1	2	3	4	5	0	1
12-16	8.	1	2	3	4	5	0	1
	9.	1	2	3	4	5	0	1
	10.	1	2	3	4	5	0	1

### 4. Dígitos



#### Comienzo

##### Orden directo

Edad 6-16: ítem 1.

##### Orden inverso

Edad 6-16: ítem de ejemplo e ítem 1.

##### Orden creciente

Edad 6-7: ítem prerequisite, ítems de ejemplo A y B e ítem 1.

Edad 8-16: ítems de ejemplo A y B e ítem 1.



#### Terminación

Orden directo: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

Orden inverso: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

##### Orden creciente

Edad 6-7: después de responder incorrectamente al ítem prerequisite o después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.

Edad 8-16: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.



#### Puntuación

0 o 1 punto por cada intento.

##### DD, DI y DC

Puntuación directa para orden directo, inverso y creciente, respectivamente.

##### SpanDd, SpanDi y SpanDc

Número de dígitos recordado en el último intento puntuado con 1 punto de Dígitos en orden directo, inverso y creciente, respectivamente.

#### Orden directo

	Ítem	Intento	Respuesta	Punt. intento	Puntuación
6-16	1.	2 - 9		0 1	0 1 2
		5 - 4		0 1	
2.		3 - 9 - 6		0 1	0 1 2
		6 - 5 - 2		0 1	
3.		5 - 4 - 1 - 7		0 1	0 1 2
		9 - 1 - 6 - 8		0 1	

### Anexo 3. Consentimiento informado.

#### Anexo 3.1. Consentimiento informado del test de APGAR.



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(Test APGAR Familiar)**

Ha sido invitado/a, a participar en el trabajo de investigación "Proyecto de Investigación" con el Tema: **"Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, durante Enero - Abril del 2021"**, a cargo de las estudiantes Michelle Vanessa Laguas Paredes y Paola Margohit Borja Sisalema, bajo la supervisión de la Tutora Licda. Dolores Esthela Guerrero Guerrero, docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la existencia de disfunción familiar y el desarrollo cognitivo de sus hijos, con el fin de establecer si el primero influye sobre el segundo.

Si acepta participar en este estudio, deberá responder a todas las preguntas del test APGAR Familiar que se le va a realizar, proceso, que se efectuará de manera individual con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Su participación, es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusa, sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

La información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes, sea requerida o escrita en el instrumento a responder.

Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados; sus datos estarán protegidos y resguardados en el repositorio digital de la

Campus Universitario: "Alpachaca" Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira  
Teléfono: (593) 32206010 – 32206014 Guaranda – Ecuador | Correo electrónico: [vrectorfinanciero@ueb.edu.ec](mailto:vrectorfinanciero@ueb.edu.ec)  
Sitio Web: <http://www.ueb.edu.ec>

### Anexo 3.2. Consentimiento informado del WISCH-V.



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**(Test WISC-V)**

Su hijo/a, ha sido invitado/a, a participar en el trabajo de investigación "Proyecto de Investigación" con el Tema: **"Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, durante Enero - Abril del 2021"**, a cargo de las estudiantes Michelle Vanessa Laguas Paredes y Paola Margoht Borja Sisalema, bajo la supervisión de la Tutora Lcda. Dolores Esthela Guerrero Guerrero, docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

El objetivo principal de este trabajo es identificar la existencia de disfunción familiar y el desarrollo cognitivo de sus hijos, con el fin de establecer si el primero influye sobre el segundo.

Si acepta que su hijo/a participe en este estudio, éste deberá responder a todas las preguntas del test (WISC-V) que se le va a realizar, proceso, que se efectuará de manera individual con un tiempo aproximado de 1 hora 30 minutos.

La participación de su hijo/a, es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusa, sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

La información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes, sea requerida o escrita en el test a responder.

Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados; sus datos estarán protegidos y resguardados en el repositorio digital de la Universidad Estatal de Bolívar bajo la custodia del Lcdo. Carlos Bucheli de manera que sólo los investigadores puedan acceder a ellos.

Campus Universitario: "Alpachaca" Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira  
Teléfono: (593) 32206010 – 32206014 Guaranda – Ecuador | Correo electrónico: [vrectorfinanciero@ueb.edu.ec](mailto:vrectorfinanciero@ueb.edu.ec)  
Sitio Web: <http://www.ueb.edu.ec>



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Universidad Estatal de Bolívar bajo la custodia del Lcdo. Carlos Bucheli de manera que sólo los investigadores puedan acceder a ellos.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo, constituirán un aporte al conocimiento, sobre disfunción familiar, el desarrollo cognitivo de los menores y si la una ejerce influencia sobre la otra.

Si tiene consulta respecto de esta investigación puede contactarse con las estudiantes a cargo del estudio, Michelle Vanessa Laguas Paredes al teléfono 098 776 1454, correo electrónico [michellelaguas1820@gmail.com](mailto:michellelaguas1820@gmail.com) / Paola Margoht Borja Sisalema al teléfono 099 847 8695, correo electrónico [paaborj1989@hotmail.com](mailto:paaborj1989@hotmail.com).

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 o al correo electrónico [spacheco@ueb.edu.ec](mailto:spacheco@ueb.edu.ec)- [vrectorfinanciero@ueb.edu.ec](mailto:vrectorfinanciero@ueb.edu.ec)

Por medio del presente documento declara haber sido informado/a de lo antes indicado y estar en conocimiento del trabajo investigativo "Proyecto de Investigación" con el Tema: **"Disfunción familiar y su influencia en el desarrollo cognitivo en niños de 6 a 11 años. Hospital Básico José Cevallos Ruiz. Cantón Yaguachi, durante Enero - Abril del 2021"**.

Manifiesto mi interés y consentimiento de participar en este estudio y declaró que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho

Aceptó participar en el presente estudio

Nombre: Andrea Zuñiga

Firma: Zuñiga Andrea

Fecha: 07/05/2021

Campus Universitario "Alpachaca" Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira  
Teléfono: (593) 32206010 – 32206014 Guaranda – Ecuador | Correo electrónico: [vrectorfinanciero@ueb.edu.ec](mailto:vrectorfinanciero@ueb.edu.ec)  
Sitio Web: <http://www.ueb.edu.ec>

#### Anexo 4. Oficio para la aprobación del tema y denuncia de la modalidad de titulación.



Ing. Cesar Pazmiño

Guaranda, 13 de enero del 2021

#### DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD Y DEL SER HUMANO

Presente;

De nuestra consideración:

Reciba un atento y cordial saludo y a su vez deseándole éxitos en las funciones a usted encomendadas.

Cumpliendo con lo establecido en el reglamento de titulación, nosotras estudiantes de la Escuela de Enfermería **LAGUAS PAREDES MICHELLE VANESSA** con **CI 180492110-2** & **BORJA SISALEMA PAOLA MARGOHT** con **CI 020210900-5** damos a conocer que hemos seleccionado como modalidad de titulación el proyecto de investigación, con el tema **"DISFUNCION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS . HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. CANTÓN YAGUACHI, PERIODO ENERO-ABRIL DEL 2021"** solicitamos de la manera más comedida el análisis, aprobación y designación de tutor para dar inicio al trabajo de titulación.

Por la atención brindada a la presente solicitud, anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente;

Michelle Vanessa Laguas Paredes.

Nº CI 180492110-2

Paola Margoht Borja Sisalema

Nº CI 00210900-5

**Anexo 5. Oficio de asignación del tutor.**

**UEB**  
UNIVERSIDAD  
ESTADAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE  
LA SALUD Y  
DEL SER HUMANO

Guaranda, 26 de enero del 2021  
FCS- CTE- 012- UEB

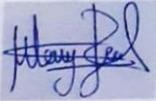
Licenciada  
ESTHELA GUERRERO  
**DOCENTE U.E.B.**  
Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo, la comisión de titulación de enfermería en reunión mantenida el 20 de enero 2021, le designa directora de la modalidad de titulación proyecto de titulación: "DISFUNCION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. ENERO- ABRIL DEL 2021.", solicitada por las estudiantes Michelle Laguas Paredes y Paola Borja Sisalema

Las estudiantes se comunicarán con usted para la dirección respectiva hasta el término del proceso de titulación.

Atentamente



**Lic. Mery Rea G.**  
COORDINADORA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secalra  
Guaranda-Ecuador  
Teléfono: (593) 3220 6059  
[www.ueb.edu.ec](http://www.ueb.edu.ec)

**Anexo 6. Oficio de solicitud de autorización y aprobación hospital**

Guaranda 04 febrero del 2021

Dra.  
Tatiana María Pérez Herrera  
**DIRECTORA HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUÍZ**  
Presente

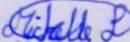
De mis consideraciones.

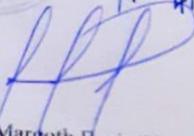
Reciba un cordial saludo de los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar deseándoles éxitos en sus funciones. El motivo del presente es para solicitarle de la manera más comedida su autorización y apertura para realizar el trabajo de Titulación en la Casa de Salud que usted lo dirige, también nos facilite la recolección de información para el desarrollo del tema a investigar según se detalla a continuación:

	TEMA	AUTORES
1	"DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ.CANTÓN YAGUACHI, PERIODO ENERO -ABRIL DEL 2021"	MICHELLE LAGUAS PAREDES PAOLA BORJA SISALEMA

Al conocer su compromiso y contribución con la gestión académica e investigativa, anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

  
Michelle Vanessa Laguas Paredes  
CI. 180492110-2

  
*Tatiana Pérez*  
*Aprobado 4/02/2021*  
  
Paola Margoth Borja Sisalema  
CI. 020210900-5

## Anexo 7. Evidencias fotográficas

### Aplicación del test APGAR familiar a los familiares de los niños



## Anexo 8. Evidencias fotográficas

### Aplicación del test WISC-V a los niños



## **Anexo 9. Marco Administrativo**

### **Recursos**

#### **1. Talento Humano**

##### **1.1. Estudiantes de la escuela de enfermería:**

- Michelle Vanessa Laguas Paredes
- Paola Margot Borja Sisalema

##### **1.2. Directora del proyecto de titulación:**

- Lcda. Dolores Esthela Guerrero

#### **2. Recursos Técnicos**

- 2 computadoras
- 1 flash

#### **3. Recursos Materiales**

**3.1.** Impresiones del test APGAR familiar.

**3.2.** Impresiones del Test WISC-V.

**3.3.** Impresiones de los consentimientos informados de cada test.

**3.4.** Impresiones finales del proyecto de investigación.

**3.5.** Grabación del CD para el proyecto.

**3.6.** Transporte

#### 4. Presupuesto de recursos materiales

<b>Materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
Impresiones del test APGAR familiar.	40	\$ 0.03	\$1.20
Impresiones del Test WISC-V.	260	\$ 0.03	\$ 7.80
Impresión de los consentimientos informados de cada test.	160	\$ 0.03	\$ 4.80
Impresiones finales del proyecto de investigación.	160	\$0.05	\$8.00
Grabación y portada del CD para el proyecto.	2	\$2.50	\$5.00
Transporte	12 pasajes	\$ 4,60	\$ 55,20
<b>TOTAL</b>			<b>\$82,00</b>

## Anexo 10. Cronograma de Actividades.

Nro	Descripción de Actividades	Responsables	% de Avance	FASE 1			FASE 2			FASE 3			FASE 4			FASE 5
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
<b>1 Búsqueda del tema investigativo</b>																
1.1	Identificación del tema.	Sra. Lagunas Michelle Sra. Borja Paola	100 %	■	■											
1.2	Definición del tema y elementos metodológicos.		100 %	■	■											
1.3	Definición y alcance de objetivos.		100 %	■	■											
1.4	Presentación del tema investigativo a la autoridad responsable (Director de proyectos).		100 %	■	■											
1.5	Solicitud de modalidad y presentación de tema para aprobación.		100 %	■	■											
1.6	Aprobación y asignación del tutor para el trabajo de investigación.	Comisión de titulación	100 %	■	■											
1.7	Reunión mediante la plataforma Zoom con: Lic. Edwin Solórzano para asistencia en el manejo de herramientas estadísticas.	Lic. Edwin Solórzano Leda. Esthela Guerrero	100 %	■	■	■	■	■	■							
1.8	Análisis del tema investigativo con la Tutora del proyecto.	Sra. Lagunas Michelle Sra. Borja Paola	100 %	■	■	■	■	■	■							
<b>2 Capítulo 1. Planteamiento del problema</b>																
2.1	Planteamiento del problema.		100 %			■	■	■	■							
2.2	Formulación del problema.		100 %			■	■	■	■							
2.3	Objetivos del proyecto.	Sra. Lagunas Michelle Sra. Borja Paola	100 %			■	■	■	■							
2.4	Justificación del proyecto.		100 %			■	■	■	■							
2.5	Limitaciones del proyecto.		100 %			■	■	■	■							
<b>3 Capítulo 2. Marco Teórico</b>																
3.1	Antecedentes de la investigación.		100 %				■	■	■	■						
3.2	Base legal.		100 %				■	■	■	■						
3.3	Bases teóricas.		100 %				■	■	■	■						
3.4	Definición de términos.	Sra. Lagunas Michelle Sra. Borja Paola	100 %				■	■	■	■						
3.5	Sistema de hipótesis .		100 %				■	■	■	■						
3.6	Sistema de variables.		100 %				■	■	■	■						
3.7	Operalización de variables.		100 %				■	■	■	■						
<b>4 Capítulo 3. Marco Metodológico</b>																
4.1	Niveles de investigación.		100 %					■	■	■	■	■	■	■		
4.2	Diseño y población.		100 %					■	■	■	■	■	■	■		
4.3	Técnica e instrumentos de recolección de datos.	Sra. Lagunas Michelle Sra. Borja Paola	100 %					■	■	■	■	■	■	■		



