

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Análisis comparativo de funcionalidad familiar en
niños con problemas de displasia de cadera en un
centro de rehabilitación de la ciudad de Cusco, 2023**

Nayda Saire Cusihuaman
Lyz Yanet Soto Enriquez

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Cusco, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Humanidades
DE : Juan José Soza Herrera
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 04 de febrero de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

ANÁLISIS COMPARATIVO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE DISPLASIA DE CADERA EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2023

Autores:

1. BACH. NAYDA SAIRE CUSIHUAMAN – EAP. Psicología
2. BACH. LYZ YANET SOTO ENRIQUEZ – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| • Filtro de exclusión de bibliografía | SI ☒ | NO ☐ |
| • Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
De 10 de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): 10 | SI ☒ | NO ☐ |
| • Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante | SI ☒ | NO ☐ |

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a cada uno de nuestros seres queridos, en especial a nuestros hermosos hijos: Aizel y Aziel Cárdenas Soto, de igual manera a Alice y Sebastián Accostupa Saire, quienes son nuestros motivos más grandes de alegría para seguir adelante.

A nuestros esposos Christian y Erick, quienes han sido nuestro apoyo incondicional en esta etapa importante de nuestras vidas: Nuestra formación y logro profesional.

Así mismo a nuestros queridos padres y hermanos que han sido nuestros pilares para hacer posible que nuestros sueños y metas se cumplan.

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de la carrera, por ser la fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de momentos felices.

A nuestra alma mater, la universidad Continental, por brindarnos la oportunidad de superarnos, de formarnos como profesionales, sin dejar de lado nuestras funciones de madres y esposas, trascendiendo nuestros límites y demostrando que todo es posible si hay esfuerzo y dedicación.

Nuestro profundo agradecimiento a nuestro asesor, quien en todo momento nos brindó sus conocimientos, su paciencia y su dedicación, lo cual ha permitido que pudiéramos concluir satisfactoriamente con la elaboración de nuestra tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	13
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Delimitación del problema.....	14
1.2.1 Espacial	14
1.2.2 Temporal	14
1.2.3 Conceptual o temática	14
1.2 Formulación del problema	15
1.3.1 Problema general	15
1.3.2 Problemas específicos.....	15
1.4 Justificación.....	16
1.4.1 Justificación social.....	16
1.4.2 Justificación teórica	16
1.4.3 Justificación metodológica.....	16
1.5 Objetivos de la investigación	17
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes	19

2.1.1 Antecedentes internacionales.....	19
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	21
2.1.3 Antecedentes locales.....	23
2.2 Bases teóricas o científicas.....	24
2.2.1 Funcionalidad familiar.....	24
2.2.2 Displasia de cadera	32
2.3 Marco conceptual.....	35
CAPÍTULO III	36
HIPÓTESIS	36
3.1 Hipótesis general.....	36
3.2 Hipótesis específicas.....	36
3.3 Variables.....	37
3.3.1 Definición conceptual.....	37
3.3.2 Definición operacional	37
3.3.3 Operacionalización de variables	38
CAPÍTULO IV	39
METODOLOGÍA	39
4.1 Método de investigación	39
4.2 Tipo de investigación.....	39
4.3 Nivel de investigación	39
4.4 Diseño de investigación.....	39
4.5 Población y muestra.....	40
4.5.1 Población.....	40
4.5.2 Muestra	40
4.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	41
4.6.1 Técnica.....	41

4.6.2 Instrumento.....	41
4.6.3 Validación y confiabilidad de los instrumentos de medición	42
4.7 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	43
4.8 Aspectos éticos de la investigación	43
CAPÍTULO V	45
RESULTADOS.....	45
5.1 Análisis estadístico	45
5.2 Niños con displasia según sexo.....	45
5.3 Composición familiar	46
5.4 Funcionalidad familiar.....	46
5.5 Variable cohesión familiar	46
5.6 Variable adaptabilidad familiar.....	47
5.7 Funcionalidad familiar compuesta de cohesión familiar.....	47
5.8 Funcionalidad familiar compuesta de adaptabilidad familiar	48
5.9 Funcionalidad familiar monoparental de cohesión familiar	48
5.10 Funcionalidad familiar monoparental de adaptabilidad familiar	48
5.11 Análisis inferencial.....	49
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable violencia de género	38
Tabla 2. Juicio de expertos sobre el cuestionario de violencia familiar.....	42
Tabla 3. Confiabilidad del cuestionario de violencia de género	42
Tabla 4. Tabla de valores Alfa de Cronbach	42
Tabla 5. Análisis estadístico	44
Tabla 6. Niños con displasia según sexo	44
Tabla 7. Composición familiar	44
Tabla 8. Nivel de funcionalidad familiar	44
Tabla 9. Variable cohesión familiar	45
Tabla 10. Variable adaptabilidad familiar	45
Tabla 11. Funcionalidad familiar compuesta de cohesión familiar	46
Tabla 12. Funcionalidad familiar compuesta de adaptabilidad familiar.....	46
Tabla 13. Funcionalidad familiar monoparental de cohesión familiar	46
Tabla 14. Funcionalidad familiar monoparental de adaptabilidad familiar.....	47
Tabla 15. Prueba T de Student	48

RESUMEN

El presente estudio titulado *Análisis comparativo de funcionalidad familiar en niños con problemas de displasia de cadera en un centro de rehabilitación de la ciudad de Cusco, 2023*, tuvo como objetivo general determinar la diferencia existente entre funcionalidad familiar en niños con displasia de cadera, la cual se elaboró con una metodología básica, de carácter científico, descriptivo y comparativo. Tuvo como población y muestra a 50 niños con diagnóstico de displasia de cadera. La técnica empleada fue la encuesta así como instrumento de medición se utilizó el Cuestionario de Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar., el cual tuvo validez positiva y confiabilidad alta de 0.8603. A ello se pudo obtener como resultado que el estadístico mediante la prueba T de Student viene a ser de 2.00, el gl de 48.0 y el p - valor de 0.051. Se concluyó que existen variaciones entre el nivel de funcionalidad familiar en niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, adaptabilidad, cohesión, y displasia de cadera.

ABSTRACT

The present study entitled Comparative analysis of family functionality in children with hip dysplasia problems in a rehabilitation center in the city of Cusco, 2023, had as its general objective to determine the difference between family functionality in children with hip dysplasia, which was prepared with a basic methodology, of a scientific, descriptive and comparative nature. It had as population and sample 50 children diagnosed with hip dysplasia. The technique used was the survey, and as a measuring instrument the Family Cohesion and Adaptability Evaluation Scale Questionnaire was used, which had positive validity and high reliability of 0.8603. As a result, the statistic using the Student t test was 2.00, the gl of 48.0 and the p - value of 0.051. It was concluded that there are variations between the level of family functionality in children with hip dysplasia treated in a rehabilitation center in the city of Cusco during the year 2023.

Keywords: Family functionality, adaptability, cohesion and hip dysplasia

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se ha podido constatar que la displasia de cadera es considerada como uno de los problemas más conocidos por los ortopedistas pediátricos, cuyos diagnósticos que están dentro de esta anomalía son la inestabilidad neonatal y la luxación de cadera, las cuales se presentan entre 2 a 6 de cada 1000 nacidos.

En estos últimos años, se ha observado que la displasia de cadera se presenta con frecuencia como una de las disfunciones más habituales y frecuentes en los niños. Se ha reportado que de cada 20 recién nacidos en el territorio peruano, uno presenta esta complicación patológica, la cual se genera en la región coxofemoral, cuya consecuencia se manifiesta con una inestabilidad al caminar. La mayor incidencia se produce, por lo general, en las niñas recién nacidas (Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2023).

La displasia es una disfunción anatómica que afecta la articulación de la cadera, donde la parte cóncava (llamada acetábulo) no cubre completamente la parte esférica (cabeza) del fémur, lo que provoca que el hueso ilíaco se desplace desde su posición adecuada, cuya condición puede ser congénita, o puede desarrollarse durante el crecimiento del niño (Baudet et al., 2001).

La funcionalidad familiar es de vital importancia en el entorno de la atención a niños que enfrentan condiciones adversas de salud, lo cual se da en razón de que brinda un entorno de apoyo emocional y psicológico esencial para el bienestar de los niños afectados. Esta proporciona el apoyo necesario para que el niño afronte los desafíos de su condición de salud, reduzca el estrés y mejore su calidad de vida. Frente a ello, la colaboración de la familia en el tratamiento y el cuidado del niño es crucial, ya que una familia funcional estará más capacitada para trabajar de manera efectiva con profesionales de la salud y seguir las recomendaciones médicas (Reyes & Oyola, 2022).

La funcionalidad familiar se define como la correlación existente entre los

componentes estructurales y ciertos elementos más abstractos que distinguen a todos los sistemas. Esto implica la interacción de conexiones afectivas entre los miembros de la familia y la capacidad para ajustar su configuración a fin de superar los desafíos evolutivos familiares (adaptabilidad) (Ferrer et al., 2013).

La presente tesis se encuentra compuesta por cinco capítulos:

El primer capítulo se titula “Planteamiento del estudio”. En esta sección se presenta una exposición de la situación problemática, se aborda detalladamente el contexto de la problemática de la funcionalidad familiar con relación a la displasia de cadera. Se respalda esta descripción con datos estadísticos obtenidos de fuentes confiables. Así mismo, se delimita el alcance del estudio en términos de su ubicación geográfica, período de tiempo y conceptos clave. Además, se formula claramente el problema general y los problemas específicos, centrándose en dimensiones como la autoestima, donde se justifica la necesidad de llevar a cabo el estudio, considerando aspectos sociales, teóricos y metodológicos. Finalmente, se presentan los objetivos generales y específicos, que están diseñados para abordar y responder al problema planteado en este capítulo inicial.

El segundo capítulo se titula “Marco teórico”. Su contenido abarca varias secciones, el cual comienza con la presentación de los antecedentes, desde una perspectiva internacional hasta una nacional. Estos antecedentes se relacionan con las dimensiones que presenta la violencia, que puede ser de género o de autoestima. Así mismo, se presenta de manera resumida y organizada la información teórica relacionada con la funcionalidad familiar y la displasia de cadera. Dicho enfoque se centra en definir estas dos áreas y explorar sus dimensiones fundamentales, donde para facilitar la comprensión, se enumeran los conceptos clave en la sección de marco teórico o conceptual.

El tercer capítulo titulado “Hipótesis” plantea la formulación de las hipótesis general y específicas, las cuales tienen como objetivo principal proporcionar posibles respuestas a

las cuestiones planteadas en los objetivos del estudio. Además, se presenta de manera más resumida la descripción de las variables, detallándose cómo se midieron y se operacionalizaron. Esto incluye la especificación de los indicadores, ítems, instrumentos y subescalas de medición, lo que complementa la información proporcionada en el capítulo anterior.

El cuarto capítulo, titulado “Metodología”, proporciona información relacionada con el enfoque y los procedimientos utilizados en la investigación, en consonancia con los objetivos del capítulo, el cual comienza con una descripción del enfoque metodológico, tanto a nivel general como específico. Adicionalmente, se elabora una descripción detallada del tipo, nivel y diseño de investigación implementados en el estudio. Así mismo, en este capítulo se abordan aspectos relacionados con la población y la muestra específica en el marco de la investigación. Se presenta la técnica e instrumentos utilizados para llevar a cabo la recopilación de datos, incluyendo la información pertinente acerca de la ficha técnica, la validez y la confiabilidad del instrumento. Este capítulo concluye con secciones generales que tratan sobre las técnicas de procesamiento de datos y los aspectos éticos que fueron considerados durante el desarrollo de la investigación.

El quinto y último capítulo trata sobre los resultados obtenidos a partir de la calificación de los instrumentos aplicados. Todo ello en relación a los objetivos e hipótesis planteadas. Luego, se procedió a redactar las conclusiones y, posteriormente, se dio lugar a la discusión de los resultados y las recomendaciones planteadas para estudios futuros.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema

Nuestra sociedad se compone de una amplia diversidad de individuos, que incluye diversas comunidades con distintas características y habilidades; sin embargo, existe un grupo de personas que enfrentan dificultades específicas que les generan situaciones adversas en su desarrollo. Por esta razón, es indispensable que las personas con discapacidad, tanto física como mental, cuenten con el apoyo directo de su círculo más cercano, generalmente su familia.

El problema más común es la discapacidad de los niños analizados en esta tesis, quienes presentan displasia de cadera. Esta condición congénita afecta la articulación de la cadera, que consta de una parte cóncava y otra convexa, lo cual genera un deslizamiento parcial o completo del hueso fémur hacia dentro o fuera de su lugar (Romo, 2020).

En Cusco existe el Centro de Rehabilitación “Manitos” donde se atiende semanalmente a un grupo aproximado de 50 niños, que llegan con sus padres. La mayoría de ellos vienen acompañados solamente por sus madres. Algunas de ellas refieren que son solteras y otras dicen que los padres se encuentran trabajando fuera de la ciudad o están ausentes por diversos motivos. La edad de sus menores hijos oscila entre meses de nacido y 5 años. Estos niños en su mayoría asisten después de la intervención quirúrgica a un tratamiento, como la colocación de yesos, el uso de material ortopédico como férulas de cadera, etc.

La gran mayoría de las intervenciones y/o tratamientos requieren de rehabilitación física. Por ello es muy importante que la familia esté presente en la recuperación de los pacientes con displasia de cadera. Esto implica el acompañamiento constante a las sesiones de rehabilitación. Así mismo, se necesita brindar apoyo emocional a los menores hijos. Si

bien es cierto que los padres de familia, al enterarse del diagnóstico de displasia de cadera, empiezan a preocuparse profundamente porque desconocen el tema, ya que piensan que sus menores hijos no van a recuperarse y muchas veces tratan de buscar responsables. Esta situación, generalmente, dará lugar a discusiones familiares generando emociones negativas fuertes como frustración, enojo, tristeza, preocupación, etc., las cuales van a tener efectos perjudiciales directos en la funcionalidad familiar.

En la práctica diaria es evidente que algunos padres de estos niños tengan dificultades para aceptar la condición de sus hijos. No obstante, se debe fortalecer el apoyo familiar, continuar con la rehabilitación física y fomentar la aceptación por parte de los padres hacia sus hijos. Todo ello generará beneficios positivos para la salud de los menores, ya que la familia constituye un pilar incondicional que brinda apoyo y espera fervorosamente una pronta recuperación de sus seres queridos.

1.2 Delimitación del problema

1.2.1 Espacial

La ciudad del Cusco fue el escenario para la aplicación del presente estudio. Se trata del Centro de Rehabilitación “Manitos”, el cual se encuentra ubicado en la calle Andrés García N.º 07. Para llegar al lugar se tiene como referencia, la piscina municipal (que está a media cuadra), la cual pertenece al distrito de Wanchaq.

1.2.2 Temporal

El proceso fue planteado mediante un cronograma para poder cumplir de manera eficiente, donde las actividades planteadas tienen comienzo desde la identificación de la problemática y el proyecto de investigación, teniendo como meses de estudio desde agosto hasta octubre del 2023, cuya última etapa fue la elaboración y sustentación del informe de investigación.

1.2.3 Conceptual o temática

La investigación planteada gira en relación con la funcionalidad familiar, siendo la teoría propuesta por Murray Bowen, la cual postula que los miembros de una familia están profundamente interconectados y que los patrones de interacción familiar influyen en el bienestar físico y emocional de cada individuo. Así cuando una familia funciona de manera saludable, sus miembros tienden a entablar relaciones interpersonales satisfactorias, roles bien definidos, comunicación abierta y una gran capacidad para adaptarse a los desafíos de la vida, promoviendo el bienestar emocional y físico al proporcionar un entorno de apoyo y seguridad; no obstante, en familias disfuncionales, los patrones de comunicación ineficaces, los conflictos constantes y la falta de límites claros pueden contribuir al estrés crónico y a una variedad de problemas de salud, tanto mentales como físicos entre sus miembros (Bowen, 2001).

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar predominante en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias monoparentales de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco, durante el año 2023?
- ¿Cuál es el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias compuestas de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023?

1.4 Justificación

La presente investigación tiene como principal objetivo analizar la funcionalidad familiar en niños con displasia de cadera. Los resultados obtenidos serán cruciales para la

implementación de medidas que promuevan la salud mental de las familias afectadas por esta condición. Además, se podrán formular estrategias preventivas para mitigar situaciones adversas que enfrenten los familiares responsables de estos niños, tanto en los centros de rehabilitación como en otras instituciones similares. Resulta fundamental reconocer el papel integral que la familia desempeña en el bienestar de los niños con displasia de cadera.

Desde una perspectiva teórica, este estudio busca aportar información valiosa sobre la funcionalidad familiar en contextos de rehabilitación infantil, especialmente en lo que se refiere a la displasia de cadera. El enfoque comparativo permitirá analizar las diferencias entre familias monoparentales y compuestas, en términos de cohesión y adaptabilidad. En un contexto donde hay una escasez de investigaciones sobre esta temática, el estudio ofrece un aporte significativo y servirá como antecedente para futuras y múltiples investigaciones en el ámbito de la salud familiar.

Metodológicamente, el estudio se llevó a cabo a través de la aplicación de instrumentos psicológicos, específicamente la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), validada científicamente con un coeficiente Alfa de Cronbach adecuado. Esta herramienta ha sido adaptada al contexto específico de la investigación, lo que garantiza la relevancia y precisión de resultados. Además, se espera que este instrumento sea útil para futuras investigaciones que deseen profundizar en el análisis de la funcionalidad familiar en situaciones similares.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

Determinar el tipo de funcionalidad familiar predominante en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias monoparentales de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.
- Identificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias compuestas de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

En 2020, Chamba et al. Llevaron a cabo el estudio titulado *Los tipos de familias y su conexión con el desarrollo psicomotriz en niños del nivel inicial*. El propósito de dicha investigación consistió en realizar un exhaustivo análisis bibliográfico que aborde la trascendencia del desarrollo psicomotriz en niños durante la fase inicial, explorando su correlación con factores tanto biológicos como adquiridos. Deliberadamente, se excluyeron aquellos elementos derivados de normativas de convivencia, libertades y principios consagrados en los entornos familiares. Para llevar a cabo la evaluación, se emplearon el Índice de APGAR Familiar (diseñado para evaluar la funcionalidad familiar) y el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI).

En Argentina, en 2020, Moretti presentó una investigación titulada *Desarrollo psicomotor en la infancia temprana y funcionalidad familiar*. El objetivo primordial que se planteó para el estudio fue indagar sobre el neurodesarrollo en las fases iniciales de la vida y discernir en relación con la funcionalidad familiar. La evaluación se enfocó en la percepción materna con respecto a la adaptabilidad y cohesión dentro de la familia. Se evidenció la existencia de los variados tipos de familias, clasificadas según la estructura y el número de sus miembros progenitores y cuidadores, así como por la funcionalidad y la especificidad del tipo de autoridad establecida.

En 2019, Terranova presentó un estudio que tiene por título *desarrollo cognitivo y funcionalidad familiar de infantes en las comunidades urbano-marginales de Ecuador*. El objetivo primordial que se planteó para el estudio fue determinar si existe relación entre el desarrollo cognitivo y el funcionamiento familiar de los niños en etapa escolar. Con una

metodología de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, corte transversal y por medio de un muestreo aleatorio simple la muestra estuvo compuesta por 27 niños de 8 a 12 años, los instrumentos que se han utilizado para la evaluación y exploración fueron estructurados acorde al pilotaje del protocolo de diagnóstico en la niñez, siendo desarrollado por un grupo de investigadores. Dentro de los resultados se pudo apreciar que la variable funcionalidad familiar, no influye significativamente en el desarrollo cognitivo, pero en la tipología familiar estaría guardando relación con la funcionalidad familiar, del mismo modo de mantenerse la estructura tradicional con el rol de las cuidadoras. Se establece como conclusión la necesidad de intervenir e investigar sobre distintas teorías relacionadas

En Ecuador, en 2019, Jerez llevó a cabo un estudio titulado *Funcionalidad familiar y rendimiento académico en niños, niñas y jóvenes beneficiarios del Proyecto Prevención del Trabajo Infantil de una Casa de Acogida de la ciudad de Ambato*. El nivel de funcionalidad familiar en los niños, niñas y jóvenes beneficiarios es bajo, esto debido a que la mayoría de ellos provienen de hogares disfuncionales. De un total de 60 encuestados, 28 pertenecen a un sistema familiar disfuncional, es decir 46 %. Por otro lado, un total de 16 personas están permaneciendo aun sistema familiar moderadamente funcional (lo que representa un 27%). Así como 10 personas provienen de hogares funcionales (lo que representa el 17%) y como último, un total de 6 de beneficiarios estarían proviniendo de hogares familiares severamente disfuncionales, en pocas palabras un 10%. En conclusión, gran parte de los hogares donde provienen las niñas, niños y jóvenes suelen ser disfuncionales. Debido al gran desinterés que manifiestan los progenitores en actividades educativas o sociales, o por la función laboral a la cual se dedican, lo que no les limita mantenerse al tanto del rendimiento académico que presentan sus hijos.

2.1.2 Antecedentes nacionales y locales

Moya (2020) llevó a cabo un estudio titulada *Factores asociados a la displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019*. El objetivo central consistió en la identificación de factores asociados con la displasia del desarrollo de cadera en menores niños de un año. La muestra incluyó a 192 menores de 1 año, distribuidos en 96 casos y 96 controles, quienes recibieron atención en el Hospital EsSalud III de Juliaca durante el 2019. Mostraron los resultados de la investigación una relación estadísticamente significativa entre la posición podálica al nacer, ser madre por primera vez, tener historial materno de displasia del desarrollo de cadera, y la aparición de esta condición en niños menores de un año.

Coba (2020) es su estudio que tiene por título *cohesión, adaptabilidad familiar y residencia en estudiantes de secundaria de una institución educativa pública de Lima*. Esta investigación presento por objetivo determinar la relación cohesión, adaptabilidad familiar y resiliencia en estudiantes. La metodología fue de tipo cuantitativa con diseño no experimental y descriptivo – correlacional. Se presento a 183 participantes como muestra (71,6 % hombres y por mujeres un28,4 %). Empleó como instrumentos para la recolección a la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la Escala de Resiliencia. Obtuvieron por resultados que existe directa relación entre la variable cohesión ($Rho=,434^{**}$, $p< .01$) y la adaptación ($Rho=,188^{*}$, $p< .05$) con la variable resiliencia; y con razón al tipo de cohesión familiar se encontró el tipo separada que más predomina en los adolescentes (46,4 %) y en adaptación tipo el caótico fue el que más predomino con un (29 %); y en lo que refiere a la resiliencia se obtuvo un 56,8 % siendo un nivel bajo.

Timaná (2019) realizó un estudio titulado *Factores maternos asociados al desarrollo psicomotor en niños de 6-24 meses en el Centro de Salud Milagro de la Fraternidad - Independencia, 2019*. El propósito primordial del trabajo consistió en el análisis de la posible correlación existente factores maternos y el desarrollo modular de carácter psicomotor de

niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro Milagro de la Fraternidad, Independencia. La muestra consistió en 70 progenitoras y sus hijos, cuyas edades oscilaban entre los 6 y 24 meses, seleccionados según los criterios de inclusión previamente definidos. Las evaluaciones que utilizaron es el cuestionario *Factores Maternos Asociados al Desarrollo Psicomotor del niño*, que fue elaborado por Yanarico (en 2013), y la *Escala de Desarrollo Psicomotor* (EDP). En síntesis, los hallazgos derivados de esta investigación ofrecen datos significativos entre la relación de las variables maternas y el progreso psicomotor en niños que se encuentran en el mencionado intervalo de edad.

Carpio (2019) en su estudio titulado *Funcionalidad familiar y habilidades sociales en estudiantes de nivel secundario de una institución educativa privada del Cusco*, su finalidad fue investigar la eventual correlación entre el rendimiento familiar y las competencias sociales en estudiantes de educación secundaria. Como metodología utilizada fue diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo - correlacional, con un enfoque transversal. La muestra la constituye 248 alumnos matriculados de una institución educativa privada en Cusco. En la base teórica, se empleó el modelo de Funcionamiento Familiar, de Mac Master (1983), y dicha información fue recopilada por medio de la aplicación de las *Escalas de Evaluación Familiar* (FAD) y de *Habilidades Sociales* (EHF). Por resultados adquiridos señalaron que no presenta una vinculación significativa entre el rendimiento familiar y las habilidades sociales (coeficiente de correlación $\rho=0,044$; $p > 0,05$). Sin embargo se detectó una significativa relación entre el rendimiento familiar y las dimensiones del compromiso afectivo ($\rho=0,204$; $p < 0,05$) y del funcionamiento de roles ($\rho=0,252$; $p < 0,05$).

Este hallazgo sugiere que los adolescentes que proceden de familias con una conexión simbiótica y empática capaces de identificar y asignar correctamente los roles entre sus miembros, tienden a presentar en sus habilidades un mayor nivel. En consecuencia, se

concluyó que el desarrollo de las habilidades sociales no está exclusivamente determinado por la influencia familiar, ya que también existen otros factores que pueden desempeñar un papel en su formación en los adolescentes participantes en este estudio.

La conclusión principal es que la variable funcionamiento familiar presenta un impacto significativo y positivo en el desempeño académico de los estudiantes de educación primaria. Se adquirió un coeficiente de correlación $Rho=0.707$, y el nivel de significancia del 0 %. La variable del funcionamiento familiar facilitó la clasificación de los estudiantes en diferentes niveles de adaptabilidad, como flexible, estructurada y caótica, lo que demuestra una conexión sólida entre el rendimiento académico y el funcionamiento familiar. Respecto a la cohesión de índole familiar, se evidenció que un 65,1 % de los estudiantes exhibió una dimensión de cohesión conectada; mientras que el 27,9 % mostró cohesión aglutinada. Además, el 4,7 % presentó cohesión separada y el 2,3 % mostró cohesión dispersa. En relación con la variable de depresión, se constató que el 62,8 % expresó una depresión mínima. Contrariamente, el 16,3 % experimentó una depresión moderada, el 14 % sufrió depresión de carácter leve y el 7 % padeció una depresión severa. De esta índole, se concluyó que el funcionamiento familiar impacta en la variable de depresión de los estudiantes.

En Lima (2023), Díaz et al. realizaron una investigación titulada *Funcionalidad familiar y estado nutricional en niños menores de 2 años que acuden a un centro de salud en Lima*. El objetivo de su estudio fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el estado nutricional en niños menores de 2 años que acuden a un centro de salud en Lima. De enfoque cuantitativo y diseño metodológico correlacional de corte transversal. Con una muestra de 123 madres y niños. La encuesta es la técnica de recopilación de datos, y en el caso de los instrumentos empleados APGAR fue el cuestionario utilizado para evaluar la funcionalidad familiar y para la evaluar el estado nutricional las tablas IMC. Dieron como resultado que la edad de las madres fue constituida entre 26 a 35 años con un porcentaje de 51.2%. El 52 %

de los hijos fueron del sexo femenino. Así mismo en la funcionalidad familiar, el 40,7 % obtuvieron buena función familiar; en disfunción familiar leve un 26% ; en disfunción familiar moderada es un 21,1 % y en disfunción familiar severa es un 12,2 %. En el caso del estado nutricional, el 69,9 % (n=86) tuvo peso normal; sobrepeso un 12.2% y bajo peso también 12.2%, y el 5,7 % represento obesidad. Según la prueba Chi cuadrado obtenida de ambas variables principales dio un valor $p=0,00$. En conclusión, se presentó una significativa relación entre funcionalidad familiar y el estado nutricional en los niños que son menores de 2 años y que fueron atendidos en un centro de salud de Lima.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Funcionalidad familiar

La familia siempre ha constituido el núcleo básico de nuestra sociedad y ha contribuido en el desarrollo de los individuos. Desde que la familia se politizó, esta institución ha experimentado varios cambios debido a factores históricos y culturales, lo que ha dificultado mantener una definición única de familia. Hace muchos años, era definida por una pareja formada por papá, mamá e hijos. Sin embargo, en la actualidad, esta concepción ya no se ajusta a las diversas formas de familia existente. Ahora encontramos familias cuyas parejas no están casadas, sino que conviven. Algunas otras cuentan con dos progenitores, ya sea papá o mamá; mientras que otras tienen solo un progenitor. Asimismo, se dan situaciones en las cuales no existe la presencia de progenitores, sino que en su lugar están los padres adoptivos o tutores.

Hoy en día, podemos conceptualizar a la familia como un grupo de individuos vinculados por medio de un lazo de afinidad y/o parentesco, que comparten un espacio común definido tanto cultural como geográficamente. Su función principal radica en cumplir con las necesidades de carácter básico y de carácter psicológico por parte de todos sus

integrantes. De acuerdo con la definición de Newman y Newman (1986), el término “familia” se utiliza para explicar diversos tipos de conjuntos, que incluyen:

- Un padre, una madre y los hijos.
- Una tribu.
- Los antepasados.
- Todos los ascendientes de una persona.
- Un conjunto de personas cohabitando en una misma residencia.
- La descendencia de un progenitor, ya sea padre o madre.

Cuando se habla de familia suele referirse a un conjunto de adultos o niños que conviven durante un periodo largo (Newman y Newman, 1986).

2.2.2 Funciones de la familia

Los integrantes de la familia poseen derechos y obligaciones que facilitan su participación en la sociedad. Aunque no se tenga una comprensión completa de todas las funciones de cada miembro familiar, se enfatiza la relevancia de reconocer los derechos de cada individuo.

Además, al hablar sobre el concepto de familia, Escardó (1978) sugiere que en el ámbito familiar, se observan roles y funciones asignadas a cada miembro, lo que facilita el desempeño y la organización del grupo familiar; sin embargo, las funciones que se asignan dependen en gran medida de cómo se desenvuelve la familia. En otras palabras, la experiencia de vivir como una pareja con hijos difiere de residir con los progenitores de alguno de los integrantes de la pareja. Esto implica asumir roles y funciones adicionales; por ejemplo, el

padre no solo desempeñará el papel de progenitor para el menor, sino también el de hijo o yerno, según sea el caso. Esto provoca un aumento en la complejidad de los roles según lo establecido por Escardó.

Según UNICEF (1995), las funciones familiares deben cumplirse independientemente del contexto social e histórico en el que se analicen, y se pueden enumerar como sigue:

- Satisfacer las necesidades biológicas del niño y complementar adecuadamente sus destrezas, las cuales están en constante evolución, durante cada etapa de su desarrollo.
- Orientar los impulsos del niño hacia el desarrollo de un ser integrado, maduro y estable en todo sentido.
- Proporcionar a la persona los roles fundamentales dentro de la familia, así como enseñarle la importancia de las instituciones sociales y las formas apropiadas de comportamiento acorde con su sociedad, fomentar valores positivos que se fortalezcan cada vez más y convertirse en el sistema social principal.
- Enseñarle las habilidades y conocimientos necesarios para adaptarse a su cultura, lo cual implica el aprendizaje de la lengua propia de su comunidad.

2.2.3 Familia y discapacidad

Las familias son susceptibles a cambios o perturbaciones en su funcionamiento; por ejemplo, cuando reciben la noticia de que un nuevo miembro con alguna limitación, discapacidad o dificultad en su desarrollo se unirá al núcleo familiar. Esta situación puede causar desequilibrio y perturbación en la dinámica familiar, generando inquietud y

preocupación en todos sus miembros. Abordar esta situación requiere un proceso de adaptación para afrontarla de manera adecuada.

Conforme a lo sostenido por Craig y Woolfolk (1998), el nacimiento de un niño no solamente representa un evento médico. También constituye un hito psicológico y social, que implica una carga de significados para la familia en proceso de formación. Durante esta etapa, el sistema familiar experimenta una transformación en la rehabilitación diaria del menor, quien expresa sus necesidades relacionadas con su salud. Los demás integrantes del núcleo familiar, como padres, abuelos y hermanos, deben ajustarse a estas nuevas circunstancias y requerimientos.

Cuando un niño enfrenta alguna limitación o discapacidad, es probable que surjan tensiones y malentendidos en la pareja y en los vínculos familiares. Esta circunstancia, a su vez, puede afectar el comportamiento y la adaptación de otros niños dentro de la unidad familiar. Se aconseja solicitar la orientación de profesionales de la salud lo más pronto posible, dado que pueden brindar apoyo o desempeñar el papel de mediadores en el transcurso de la aceptación y la adaptación.

La existencia de un integrante de la familia que presente discapacidad, especialmente un niño, representa un desafío para el cumplimiento de las funciones familiares, que deben ajustarse a las necesidades y expectativas que la familia desea abordar. Por ello es importante tener en cuenta que este camino puede ser difícil, lo cual genera una mayor inestabilidad en la familia, cuyos integrantes se darán cuenta de que los planes previos y la concepción inicial no podrán llevarse a cabo, debido a la falta de preparación para situaciones de esta naturaleza (Pazmiño, 1990).

2.2.4 Funcionamiento familiar

El término “Funcionamiento familiar” se emplea para describir el uso del

conocimiento sobre el desarrollo de cada integrante del grupo familiar. Según Sigüenza (referenciado en Ortiz, 2013), el funcionamiento familiar abarca la relación entre elementos estructurales y otros componentes más abstractos que caracterizan a todos los sistemas. Por su parte, Olson (citado en Ferrer et al., 2013) argumenta que el funcionamiento familiar involucra la dinámica de las relaciones emocionales entre miembros del núcleo familiar (cohesión) y la capacidad de modificar su configuración para afrontar los desafíos evolutivos que se presenten (adaptabilidad).

2.3 Conceptos básicos

A) Cohesión familiar

Conforme a lo expresado por De la Cerda et al. (mencionado en Olson, 2012), se postula que la cohesión familiar se describe como la medida en que los miembros de la familia están emocionalmente conectados o separados. Dentro del Modelo Circumplejo, se emplean términos esenciales para cuantificar y evaluar la dimensión de cohesión. Dicho autor nos habla del concepto de “Fronteras ambiguas”, lo cual dificulta la identificación precisa de las funciones asignadas a cada integrante del núcleo familiar. Además, Tueros (2004) realiza una descripción de las características según el tipo de cohesión.

a) Desligada:

- Prevalece la autonomía individual, siendo poco frecuente compartir tiempo en conjunto.
- Extrema separación emocional.
- La correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros.
- Ausencia de compromiso familiar.
- Bajo grado de participación o intercambio entre los miembros.
- Preferencia por espacios individuales y necesidad de independencia.

- El enfoque se dirige hacia fuera de la familia.
- Las amistades se mantienen de manera individual.
- Existen disparidades de intereses y las actividades recreativas se realizan de manera individual.
- Las decisiones se toman de manera independiente.

b) Conectada:

- Se espera la proximidad y fidelidad emocional, destacando la participación, aunque se permite cierta distancia personal.
- Se fomentan y prefieren las interacciones afectivas.
- Los límites entre los subsistemas son nítidos, especialmente en la relación padres-hijos.
- Se reconoce la necesidad de independencia, pero no se le asigna un valor extremadamente alto.
- Se valora el tiempo compartido.
- Se respeta la privacidad individual.
- Se favorecen las decisiones tomadas en conjunto.
- El foco de interés se centra en el ámbito familiar.
- Las amistades se comparten con la familia, y se priorizan los intereses comunes.

c) Amalgamada:

- Intimidad emocional intensa con una expectativa de lealtad hacia la familia.
- Participación altamente simbiótica, con los miembros dependiendo en gran medida unos de otros.
- Se manifiesta una dependencia afectiva extrema, generando una reactividad

emocional elevada y la formación de alianzas parento-filiales.

- Carencia de límites entre generaciones y escasa separación personal.
- Gran parte del tiempo, las decisiones y el espacio privado están subordinados a las preferencias del grupo familiar.
- El interés se concentra internamente en la familia, y se favorecen las amistades familiares sobre las personales, siguiendo intereses comunes por decreto.

d) Separada:

- La lealtad hacia la familia es esporádica y en ocasiones se manifiesta el afecto correspondiente.
- Existe una distancia emocional aceptada con un nivel de participación moderado, dando preferencia a la autonomía personal.
- Se favorece la independencia en términos de espacios y la toma individual de decisiones, haciendo difícil lograr acuerdos conjuntos.
- Los límites entre los subsistemas familiares son definidos, permitiendo una relación cercana entre padres e hijos.
- Se permite cierto grado de separación personal y se valora el tiempo individual, aunque también se comparte parte del tiempo en familia.
- El interés se orienta hacia el exterior de la familia y rara vez se comparten actividades con los familiares o amigos.
- Los intereses son diversos y las actividades recreativas se llevan a cabo más de manera individual que compartida.

B) Adaptabilidad familiar

La adaptabilidad familiar se relaciona a la capacidad de la familia para ser flexible y

ajustarse a diferentes situaciones que puedan surgir a lo largo de su evolución. Según De la Cerda et al. (citado en Olson, 2012), se describe como la habilidad de un sistema marital o familiar para modificar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de interacción en respuesta al estrés situacional y al desarrollo propio.

Las expresiones empleadas para resaltar y analizar la faceta de adaptabilidad familiar comprenden la autoridad dentro de la familia (asertividad, control, disciplina), el método de negociación, las dinámicas de roles y las pautas en las relaciones.

Así mismo, tenemos a Tueros (2004), quien realiza una descripción de los tipos de adaptabilidad familiar:

a) Caótica:

- Intercambio e inversión de roles de forma recurrente.
- Modificaciones frecuentes en las reglas que se aplican de manera inconsistente.
- Decisiones parentales impulsivas.
- Aplicación de disciplina poco rigurosa con consecuencias inconsistentes.
- Liderazgo limitado y/o ineficiente, con falta de claridad en las funciones.

b) Estructurada:

- Las funciones son estables, aunque pueden ser compartidas.
- El liderazgo se caracteriza por ser autoritario.
- La disciplina comúnmente no suele ser estricta y las consecuencias predecibles.
- Hay un enfoque ligeramente democrático.
- Los padres asumen la responsabilidad de tomar decisiones.
- Se hace cumplir firmemente un conjunto limitado de reglas, con pocos cambios en ellas.

c) Rígida:

- Reglas inflexibles sin margen para cambios.
- La disciplina es rigurosa, inflexible y se aplica de manera severa.
- Liderazgo de carácter autoritario, con un control parental notable.
- Roles estrictamente definidos.
- Enfoque autocrático, donde los padres son los que imponen las decisiones.

d) flexible:

- El liderazgo es equitativo y permite modificaciones.
- La disciplina es moderadamente severa, con la posibilidad de negociar sus consecuencias.
- Las reglas se aplican con flexibilidad, permitiendo algunos cambios.
- Predominantemente democrático, con acuerdos en las decisiones y un enfoque compartido.
- Los roles y/o funciones son compartidos.

2.4 Displasia de cadera

La displasia de cadera es una condición que afecta la funcionalidad de la articulación de la cadera, donde la parte cóncava (acetábulo) del hueso ilíaco no cubre completamente la parte esférica (cabeza) del hueso fémur, lo que provoca que la cadera se desplace de su posición adecuada.

Esta condición puede ser congénita o desarrollarse durante el crecimiento del niño. Existen varios factores de riesgo, entre ellos, el ser de sexo femenino, haber nacido en posición podálica y tener antecedentes familiares de displasia de cadera, la presencia de poco líquidoamniótico durante el embarazo (oligohidramnios) y otras malformaciones congénitas.

2.4.1 Biomecánica de la cadera

La cadera es una articulación esencial de los miembros inferiores, que desempeña un papel crucial en el proceso de caminar. Su función principal es posibilitar una amplia variedad de movimientos en todas las direcciones del espacio, que incluyen flexión, extensión, rotación interna, rotación externa, aducción y abducción. Estos movimientos se amalgaman en lo que se denomina “circunducción”, utilizando los tres ejes y los tres planos corporales. Dichos ejes incluyen el eje transversal, situado en el plano frontal, el eje alrededor del cual se efectúan los movimientos de extensión y flexión ; el eje sagital, posicionado en el plano anteroposterior y atravesando el centro de la articulación, el cual genera los movimientos de abducción y aducción; y el eje vertical, que facilita los movimientos de rotación externa e interna de los miembros inferiores en su totalidad.

2.4.2 La displasia del desarrollo de caderas

Conforme a la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), la displasia del desarrollo de la cadera es caracterizada por una perturbación en la evolución de la articulación de la cadera desde la fase fetal hasta la consolidación ósea, que concluye después de los 18 años de edad. Esta afección compromete tanto la cabeza femoral como el acetábulo ilíaco y la cavidad de la pelvis. De acuerdo con una nota de prensa del Gobierno peruano, en colaboración con el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, publicada el 01 de agosto del 2022, la displasia del desarrollo de la cadera, es conocida como enfermedad luxante de cadera, afecta a 1 de cada 20 neonatos, convirtiéndose en la condición ortopédica más prevalente entre las niñas y niños nacidos en posición sentada. Esta patología altera la morfología de la articulación coxofemoral (cadera) en los recién nacidos, lo cual genera inestabilidad y afecta el proceso de caminar durante su desarrollo, al mismo tiempo que origina anomalías óseas. La doctora Catherine Camones Sánchez, médica pediatra del Servicio de Neonatología en el hospital mencionado, proporcionó la siguiente información, desarrollada a continuación.

2.4.3 Signos y síntomas

La enfermedad luxante de caderas (o displasia de caderas) debe diagnosticarse durante la primera evaluación con el neonato, realizándose maniobras de movimientos en ambas caderas; por ejemplo, la maniobra de Ortolani y Barlow. Seguidamente, se realiza una ecografía antes del tercer mes de vida. Luego de este tiempo, el diagnóstico debe darse por una radiografía de caderas en dos posiciones, conocidas como anteroposterior y Von Rosen (máxima abducción con rotación interna de caderas y rodillas extendidas). La displasia de cadera puede darse como una condición silenciosa, lo que dificulta aún más su diagnóstico temprano. El correcto diagnóstico lo hace un profesional con experiencia, ya sea un médico traumatólogo o un fisioterapeuta pediátrico. La indicación de vigilancia o control se da para

evaluar al niño o niña durante sus controles mensuales desde el primer mes de vida, teniendo en cuenta los siguientes signos que pueden generar alarma:

- **Asimetría de los pliegues glúteos:** La presencia de una asimetría en los pliegues cutáneos de los glúteos en niños, puede sugerir una posible displasia de cadera. Sin embargo, para validar o descartar el diagnóstico, se requiere llevar a cabo una ecografía o una radiografía. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los neonatos tienen pliegues cutáneos no simétricos, lo que limita la relevancia de este signo en la práctica clínica.
- **Sonido de 'clic' en la cadera:** En ocasiones, los sonidos provenientes de la cadera pueden indicar la posibilidad de una displasia de cadera y la inestabilidad debido a la falta de tono muscular y fuerza. También es factible que un episodio agudo se manifieste en caderas con apariencia normal debido al desarrollo de los ligamentos alrededor de la articulación coxofemoral. La detección del sonido de 'clic' en la cadera es un signo importante. Sin embargo, se cree que un 'clic' en la cadera puede ser causado por movimientos benignos de los tejidos blandos.
- **Limitación del movimiento de caderas:** Puede observarse cuando los padres tienen dificultades para colocar el pañal al bebé, bañarlo o al jugar con él, ya que la cadera en ciertos casos no puede moverse con normalidad.
- **Dolor:** Es un signo que no es común en esta patología, pero puede presentarse en una edad aproximada desde que el niño consolida su marcha. Puede producirse entre los 4 o 5 años de edad. Y en caso de dolores más precoces se supone que hay más daño y podría tratarse de luxaciones de cadera o de alguna otra enfermedad como necrosis avascular de cabeza femoral.

2.5 Marco conceptual de las variables

- *Displasia de cadera:* También conocida como luxación congénita de la cadera. Esta anomalía afecta la formación y disposición anatómica de los elementos que componen la articulación coxofemoral. Esta articulación engloba el acetábulo, el fémur y las estructuras de soporte, que incluyen los estabilizadores dinámicos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- *Funcionalidad familiar:* Capacidad de una familia para satisfacer las necesidades fundamentales de sus integrantes, fomentar el bienestar emocional, establecer y mantener relaciones saludables, así como adaptarse de manera eficaz a los desafíos y cambios a lo largo del tiempo. La funcionalidad familiar implica una interacción armoniosa entre sus miembros y contribuye con el desarrollo tanto individual como colectivo de cada integrante.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de funcionalidad familiar, según la composición familiar en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.

3.2 Hipótesis específicas

- En familias monoparentales de niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023, la cohesión familiar es predominantemente caótica, mientras que la adaptabilidad familiar es predominantemente amalgamada.
- En familias compuestas de niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023, la cohesión familiar es predominantemente unida, mientras que la adaptabilidad familiar es predominantemente desligada.

3.4 Variables

3.4.1 Funcionalidad familiar

Definición conceptual

La funcionalidad familiar se entiende como el conjunto de habilidades que definen a la familia como un sistema abierto. Estas habilidades permiten que la familia valore las expresiones de afecto, fomente el desarrollo individual de sus integrantes y facilite la interacción entre ellos (cohesión). Asimismo, implica la capacidad para enfrentar crisis y la habilidad para ajustar su estructura con el fin de superar las dificultades que puedan surgir (Aguilar, 2017).

Definición operacional

El funcionamiento familiar, según la clasificación de David Olson (1985), se categoriza en tres tipos: balanceado, medio y extremo. La evaluación de esta variable se desarrolló a través de aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar (FACES III), compuesta por 20 ítems. Los 10 ítems impares se relacionan con la dimensión de cohesión familiar, mientras que los 10 ítems pares se asocian con la dimensión de adaptabilidad familiar.

3.3.3 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable funcionalidad familiar

VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cohesión familiar	Vinculación personal	11, 19	Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar	Ordinal
			Límites personales	5, 7		
			Tiempo y amigos	3, 9		
			Apoyo	1, 17		
			Intereses y recreaciones	13, 15		
			Liderazgo	6, 18		
			Control	2, 12		
		Adaptabilidad familiar	Disciplina	4, 10		
			Roles y reglas de relajación	8, 14, 16, 20		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

El enfoque de investigación empleado es de naturaleza científica, el cual constituye un método sistemático y riguroso, basado en la observación empírica, con el propósito de abordar preguntas que contribuyan al avance en el conocimiento científico. A su vez, busca respuestas para una mejor comprensión del entorno que nos rodea (Hernández et al., 2014).

4.2 Tipo de investigación

La presente investigación se clasifica como básica, ya que implica aplicar los conocimientos teóricos para analizar situaciones específicas y, a su vez, considerar las posibles implicaciones prácticas que puedan surgir a partir de dicha investigación; en otras palabras, esta no pretende resolver ningún problema (Tamayo y Tamayo, 2018).

4.3 Nivel de investigación

La investigación se caracteriza por tener un nivel descriptivo y comparativo, la cual tiene como propósito principal identificar las diferencias estadísticas, después de utilizar el instrumento diseñado; por tanto, la observación y la selección adecuada de la muestra desempeñan un papel crucial para detectar posibles discrepancias o similitudes que puedan surgir en el estudio (Hernández et al., 2014).

4.4 Diseño de investigación

El diseño adoptado es de tipo no experimental, la cual se caracteriza por observar fenómenos, tal como ocurren en su entorno natural sin manipulación deliberada de variables. Esto permite analizar y describir relaciones entre las variables sin establecer causalidades directas, ya que se observaron los fenómenos tal como ocurren en su estado natural, y cualquier modificación en las variables se da en forma espontánea. Así mismo es de carácter comparativo, pues se fundamenta en un esquema que considera dos o más investigaciones

descriptivas simples, lo que implica la recopilación de información relevante de múltiples muestras con respecto a un fenómeno específico. Esta tiene como objetivo analizar las

$$\begin{array}{lcl}
 M1 & \text{-----} & O1 \\
 M2 & \text{-----} & O2 \\
 Mn & \text{-----} & On
 \end{array}
 \quad
 \begin{array}{c}
 \sim \quad \sim \\
 O1 = O2 = On \\
 \neq \quad \neq
 \end{array}$$

diferencias o similitudes entre dos o más aspectos, especialmente en lo que respecta a la funcionalidad familiar, con un enfoque en la cohesión, adaptabilidad e integración en familias compuestas y monoparentales (Tamayo y Tamayo, 2018).

M1: Familias monoparentales

M2: Familias compuestas

O1: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

O2: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

Mn: Composición familiar

On: Funcionalidad familiar

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población

La población estuvo constituida por niños con displasia de cadera. Siendo un total de 50.

4.5.2 Muestra

Para poder determinar el tamaño de la muestra, se empleó el método no probabilístico de carácter censal, el cual consiste en que la cantidad de la muestra sea proporcional a la población, optándose en este caso por incluir el 100% de la población. Por lo general, la muestra es una parte o un subconjunto de la población que se estudia (Arias, 2012), por lo que, en el caso que se presenta, está compuesta por 50 niños con displasia de cadera a cuyos padres se les aplicó la encuesta.

Criterios de inclusión

- Niños con displasia de cadera.
- Niños inscritos en el Centro de Rehabilitación “Manitos”.
- Niños que participan de forma voluntaria.

Criterios de exclusión

- Niños que tengan otro diagnóstico diferente al de displasia de cadera.
- Niños que no formen parte del Centro de Rehabilitación “Manitos”.
- Niños que no deseen participar de forma voluntaria en el presente estudio.

4.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

4.6.1 Técnica

La técnica utilizada en la investigación son las encuestas, con el objetivo de recolectar datos de manera cuantitativa. Esta técnica se presenta como una herramienta frecuentemente empleada en la obtención de datos de forma estructurada.

4.6.2 Instrumento

El cuestionario utilizado en este estudio tiene por finalidad evaluar la variable de funcionalidad familiar. El instrumento empleado es la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, que a continuación será descrito en detalle.

INVENTARIO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

FICHA TÉCNICA

Nombre: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

Autor: Olson, D.; Porter, J.; Lave, Y. **Administración:**

Individual y colectiva **Adaptación:** Rosa María

Reusche

Niveles de aplicación: Adolescentes y adultos mayores

Finalidad: Medir el tipo de cohesión y adaptabilidad familiares

Cabe recalcar que la prueba anteriormente presentada ha sido adaptada por Rosa María Reusche; no obstante, esta fue adaptada de igual manera mediante una prueba piloto, que tiene por finalidad potenciar la objetividad de la prueba, y que esta pueda ser considerada de manera puntual y válida, siendo el proceso presentado a continuación:

4.7 Validación y confiabilidad de los instrumentos de medición

Cohesión y adaptabilidad familiar

Validez

La validez puede ser comprendida como el grado de veracidad en que el instrumento pueda medir la variable en cuestión. El presente instrumento se dio sobre la base del juicio de expertos:

Tabla 2. Juicio de expertos del Cuestionario de funcionalidad familiar

Nº	Experto	Calificación
1	Ps. Cordova Quedo Jampier	Aplicable
2	Ps. Martin Marcelo Julia	Aplicable
3	Ps. Toribio Espinoza Jesus	Aplicable

Confiabilidad

La confiabilidad viene a ser el grado de evaluación que esta mantiene para identificar el nivel de medición de la variable, en comparación con los otros cuestionarios, manteniendo su relación en los resultados. Así, la población considerada fue de diez (10) niños con diagnóstico de displasia de cadera, quienes conformaron la prueba piloto.

Tabla 3. Confiabilidad Cuestionario de funcionalidad familiar

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0.8603	10

Este coeficiente de Alfa de Cronbach hallado se cotejó con la siguiente tabla de valores:

Tabla 4. Valores del Alfa de Cronbach

Rangos	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

Fuente: Gamarra et al. (2019)

El Alfa de Cronbach tiene un nivel de alta confiabilidad en el presente estudio. Su valor es de 0.8603 en relación con la medición de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

4.8 Técnica de procesamiento y análisis de datos

En primer lugar, se garantizó que todos los participantes del estudio, o en su defecto sus padres o tutores, otorgaran su consentimiento informado previo a la recopilación de datos. Este proceso fue fundamental para garantizar la ética del estudio, asegurando que los participantes fueran plenamente conscientes de los procedimientos, objetivos, beneficios y posibles riesgos que estén asociados con la investigación. Asimismo, se les informó sobre su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello implicara ninguna penalización o repercusión.

Los datos recopilados, a través de cuestionarios estandarizados y observaciones, fueron organizados y depurados para garantizar la integridad y consistencia de la información. Esta fase implicó la codificación de la información y la creación de una base

de datos electrónica en la cual se almacenaron de manera segura para su posterior análisis. El procesamiento de los datos también incluyó la verificación de posibles inconsistencias o valores atípicos, que podrían haber afectado los resultados del análisis.

Para evaluar las diferencias en la funcionalidad familiar entre los grupos de niños con displasia de cadera o sin ella, se empleó la prueba t de Student. Esta técnica estadística fue utilizada para comparar las medias entre dos grupos independientes, lo que permite identificar diferencias significativas en la funcionalidad familiar, según la condición de salud de los niños. La decisión de utilizar la prueba t de Student se basó en la naturaleza comparativa del estudio y la necesidad de evaluar si las diferencias observadas eran estadísticamente significativas.

El análisis incluyó la interpretación de los valores p obtenidos, considerando un nivel de significancia estándar ($p < 0.05$) para determinar la relevancia de los hallazgos. Además, se calcularon los intervalos de confianza para proporcionar una estimación más precisa de las diferencias entre los grupos.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

Los aspectos éticos del estudio comenzaron con el consentimiento informado de los participantes, o de sus tutores legales en el caso de los menores de edad. Se aseguró que los participantes estuvieran completamente informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. La confidencialidad de los datos recopilados fue estrictamente protegida, pues se preservó la privacidad de los participantes y se garantizó el anonimato en la medida de lo posible, de modo que la información no permitiera la identificación individual.

La investigación se guió por los principios éticos de beneficencia, priorizándose la maximización de los beneficios para los participantes. De igual manera, la equidad y la

justicia dirigieron tanto la selección de los participantes como la distribución de los beneficios, evitándose cualquier forma de discriminación. Se contó con la aprobación de un comité de ética de la investigación para asegurar que el diseño y los procedimientos del estudio cumplieran con los más altos estándares éticos. Además, cualquier conflicto de intereses que pudiera afectar la objetividad de la investigación fue declarado de manera transparente.

Durante la recopilación de datos, se trató a los participantes con respeto y dignidad en todas las etapas del estudio, evitándose cualquier forma de presión o coacción. La divulgación de los resultados siguió los principios éticos de la investigación científica, evitándose falsificaciones, plagio y cualquier otra mala conducta. Los participantes fueron informados sobre los resultados de la investigación. En resumen, las investigadoras cumplieron con los estándares éticos correspondientes y buscaron la aprobación de un comité de ética cuando fue necesario, garantizándose así una investigación ética y responsable.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Análisis estadístico

Tabla 5. Análisis estadístico

ESTADÍSTICO	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
N	50
Perdidos	0
Media	61.6
Mediana	62.0
Desviación estándar	5.56
Mínimo	51
Máximo	75
Asimetría	0.472
Error estad. Asimetría	0.337
Curtosis	0.431
Error estad. Curtosis	0.662
W de Shapiro-Wilk	0.953
Valor p de Shapiro-Wilk	0.044

En la tabla 5 podemos hacer referencia sobre el análisis estadístico empleado que la media de la población es de 61.6, la mediana de 62.0, siendo el puntaje mínimo de 51 y el puntaje máximo de 75, y una desviación estándar de 5.56.

5.2 Niños con displasia según sexo

Tabla 6. Niños con displasia según sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaj acumulad
Femenino	35	70,0 %	70,0 %
Masculino	15	30,0 %	100,0 %
Total	50	100,0 %	

Interpretación: En la tabla 6 podemos identificar que el mayor porcentaje es de

sexo femenino, que representa el 70 % (35 mujeres), y en menor porcentaje se identifica el sexo masculino con un 30 % (15 varones).

5.3 Composición familiar

Tabla 7. Composición familiar

COMPOSICIÓN FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Compuesta	28	56,0 %
Monoparental	22	44,0 %
Total	50	100,0 %

Interpretación: En la tabla 7 podemos referir que en relación con la funcionalidad familiar, el mayor porcentaje pertenece a familias compuestas, que representa el 56 % (un total de 28), en relación con un porcentaje menor para las familias monoparentales, que representa el 44 % (un total de 22).

5.4 Funcionalidad familiar

Tabla 8. Nivel de funcionalidad familiar

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Equilibrado	3	6 %
Medio	5	10 %
Extremo	42	84 %
Total	50	100,0 %

Interpretación: En la tabla 8 podemos realizar un análisis de los resultados sobre la base de los niveles de funcionalidad familiar, donde el 6 % presenta un nivel equilibrado (3); el 10% presenta un nivel medio (5), y el 84 % presenta un nivel extremo (42).

5.5 Variable cohesión familiar

Tabla 9. Variable cohesión familiar

TIPOS DE COHESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
------------------------------	-------------------	-------------------

Desligada	26	52,00 %
Separada	2	4,00 %
Conectada	3	6,00 %
Amalgamada	19	38,00 %
Total	50	100,00 %

Interpretación: En la tabla 9, podemos apreciar que, en relación con la variable de cohesión familiar, se identifica un mayor porcentaje del tipo desligada con 52 % (total 26); del tipo amalgamada con 38 % (total 19); del tipo conectada con 6 % (total 3), y para finalizar en menor porcentaje del tipo separada con 4 % (total 2).

5.6 Variable adaptabilidad familiar

Tabla 10. Variable adaptabilidad familiar

TIPOS DE ADAPTABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	25	50,00 %
Estructurada	3	6,00 %
Flexible	3	6,00 %
Caótica	19	38,00 %
Total	50	100,00 %

Interpretación: En la tabla 10, podemos identificar que, en relación con la variable de adaptabilidad familiar, observamos que se da un mayor tipo rígida con 50 % (total 25); del tipo caótica con 38 % (total 19); del tipo estructurada con 6 % (total 3), al igual que del tipo flexible (total 3).

5.7 Funcionalidad familiar compuesta de cohesión familiar

Tabla 11. Funcionalidad familiar compuesta de cohesión familiar

TIPOS DE COHESIÓN FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	26	92,86 %
Separada	2	7,14 %
Total	28	100,00 %

Interpretación: En la tabla 11, notamos que, en relación con la funcionalidad familiar, compuesta de cohesión familiar, el mayor porcentaje se identifica en un nivel tipo desligado (93 %) con un total de 26. Luego, en menor nivel, tenemos el tipo separado en un 7 %, con un total de 2.

5.8 Funcionalidad familiar compuesta de adaptabilidad familiar

Tabla 12. Funcionalidad familiar compuesta de adaptabilidad familiar

TIPOS DE ADAPTABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	25	89,29 %
Estructurada	3	10,71 %
Total	28	100,00 %

Interpretación: En la tabla 12, se observa que, en relación con la funcionalidad familiar compuesta de adaptabilidad familiar, el mayor porcentaje se identifica en un nivel tipo rígido (89%) con un total de 25. Luego, en menor nivel, tenemos el tipo estructurada (11%) con un total de 3.

5.9 Funcionalidad familiar monoparental de cohesión familiar

Tabla 13 Funcionalidad familiar monoparental de cohesión familiar

TIPOS DE COHESIÓN FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Amalgamada	19	86,36 %
Conectada	3	13,64 %
Total	22	100,00 %

Interpretación: En la tabla 13, se observa que, en relación con la funcionalidad familiar monoparental de cohesión familiar, el mayor porcentaje se identifica en un nivel tipo amalgamada (86%) con un total de 19. Luego, en menor nivel, el tipo conectada (14%) con un total de 3.

5.10 Funcionalidad familiar monoparental de adaptabilidad familiar

Tabla 14. Funcionalidad familiar monoparental de adaptabilidad familiar

TIPOS DE ADAPTABILIDAD	Frecuencia	Porcentaje
------------------------	------------	------------

Caótica	19	86,36 %
Flexible	3	13,64 %
Total	22	100,00 %

Interpretación: En la tabla 14, se nota que, en relación con la funcionalidad familiar monoparental de adaptabilidad familiar, el mayor porcentaje se identifica en un nivel tipo caótico (86 %) con un total de 19. Luego, en menor nivel, el tipo flexible (14 %) con un total de 3.

5.11 Análisis inferencial

Tabla 15. Análisis de comparación de la funcionalidad familiar, según la composición familiar

Composición familiar	Funcionalidad familiar				
	M	DE	T	p	d
Monoparental	59.375	5.375	1.999	0.050	0.606
Compuesta	62.647	5.204			

La tabla 15 muestra el análisis de la funcionalidad familiar, según la composición familiar, cuyos resultados revelan que las familias monoparentales tienen una media de funcionalidad de 59.375 con una desviación estándar de 5.375; mientras que las familias compuestas presentan una media de 62.647 con una desviación estándar de 5.204. La prueba t de Student para muestras independientes arrojó un valor t de 1.999 y un valor p de 0.050, lo que indica que la diferencia observada en la funcionalidad familiar entre estos dos tipos de composición familiar es estadísticamente significativa al nivel del 5 %. Además, el tamaño del efecto ($d = 0.606$) sugiere una magnitud práctica relevante, lo que respalda la hipótesis alterna, la cual indica que la composición familiar influye significativamente en la funcionalidad familiar.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Timaná (2019) postuló su estudio sobre los factores maternos asociados al desarrollo psicomotor en niños, encontrando una relación entre estos. El mayor porcentaje, perteneciente a familias compuestas, representa el 56 % (con un total de 28). Luego, en relación con un porcentaje menor, identificamos a las familias monoparentales (44 %) con un total de 22, lo cual se da a que en la variable de cohesión familiar, se identifica un mayor porcentaje del tipo desligada (52 %) con un total de 26; del tipo amalgamada (38 %) con un total de 19; del tipo conectada (6 %) con un total de 3, y para finalizar, en menor porcentaje, del tipo separada (4 %) con un total de 2. En cuanto a la variable de adaptabilidad familiar se nota que se da un mayor tipo rígido (50 %) con un total de 25; del tipo caótica (38 %) con un total de 19; del tipo estructurada (6 %), al igual que del tipo flexible, con un total de 3, respectivamente.

Chamba et al. (2020) en su investigación sobre los tipos de familia y su vinculación con el desarrollo psicomotriz en niños del nivel inicial, llevaron a cabo un análisis bibliográfico en el cual se identificó una correlación significativa. De igual manera, Flores (2018) en su investigación sobre la funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor, constató la existencia de una relación entre la funcionalidad familiar y el desarrollo psicomotor en niños de 2 años que formaron parte del Programa Nacional Cuna Más.

También Matos (2015) realizó un estudio centrado en la incidencia del clima social familiar en el desarrollo psicomotor de niños en educación inicial. El estudio reveló que el clima social familiar tiene un significativo impacto en el desarrollo psicomotor de los niños de educación inicial en la institución mencionada, aunque la influencia es relativamente baja. Se identificó que, en relación con la funcionalidad familiar compuesta por cohesión familiar, el mayor porcentaje se encuentra en un nivel tipo desligado, con un 93 % (26 casos); mientras que, en un nivel menor, el tipo separado representa el 7 %, con 2 casos. En cuanto a la funcionalidad familiar, compuesta por adaptabilidad familiar, el mayor porcentaje se ubica

en un nivel tipo rígido, con un 89 % (25 casos), mientras que, en un nivel menor, el tipo estructurado representa el 11 %, con 3 casos.

Moretti (2020) en su estudio comparó el funcionamiento familiar entre padres de familia y tutores que tienen hijos con discapacidad motora. El mencionado autor encontró que los padres de familia o tutores presentan características específicas y que las familias con hijos que tienen discapacidad sensorial enfrentan mayores desafíos. De igual manera, este resultado fue avalado por Álvarez y Salazar (2018), quienes realizaron su investigación orientada al funcionamiento familiar adecuado y su relación con el bienestar mental y psicológico en adolescentes. Ambos concluyeron que el funcionamiento familiar es un factor protector ante situaciones difíciles que los adolescentes deben enfrentar y superar. Se obtuvo que, en relación con la funcionalidad familiar monoparental (de cohesión familiar), el mayor porcentaje se identifica con un nivel tipo amalgamada (86 %) con un total de 19. Luego en menor nivel, el tipo conectada (14 %) con un total de 3. Finalmente, en relación con la funcionalidad familiar monoparental (de adaptabilidad familiar), el mayor porcentaje se identifica con un nivel tipo caótica (86 %) con un total de 19. En menor nivel tenemos el tipo flexible (14 %) con un total de 3.

Moya (2020), en su investigación sobre los factores asociados a la displasia del desarrollo de cadera en menores, identificó una relación significativa entre esta condición y factores como ser madre primípara y tener antecedentes maternos de displasia del desarrollo de cadera en niños menores de un año. Por su parte, Ángeles Valderrama (2020), en su estudio sobre la relación entre cohesión familiar y resiliencia en estudiantes, encontró una asociación significativa entre un mayor nivel de resiliencia y una mejor cohesión familiar. Del total de los participantes, el 70 % correspondía al sexo femenino (35 mujeres), mientras que el 30 % pertenecía al sexo masculino (15 varones). En cuanto a la funcionalidad familiar, se observó que la mayoría pertenecía a familias compuestas (56 %, con un total de 28),

mientras que un porcentaje menor se identificó como provenientes de familias monoparentales (44 %, con un total de 22).

En este estudio, se han revelado patrones interesantes en relación con la adaptabilidad, la cohesión familiar y los niveles de funcionalidad en las familias de niños con displasia de cadera que reciben atención en el centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023. En primer lugar, en lo que respecta a la variable de adaptabilidad familiar, destaca el predominio del tipo rígido, que abarca el 50 % de las respuestas, lo que equivale al 25 % de la muestra. Este hallazgo sugiere que muchas de estas familias pueden caracterizarse por tener estructuras de funcionamiento más rígidas y menos flexibilidad en su adaptación a cambios y desafíos, lo que podría influir en su capacidad para hacer frente a situaciones estresantes (Olson, 2011).

Asimismo, se observa que un significativo 38 % de las respuestas se ajusta a la categoría de adaptabilidad de tipo caótico, lo que representa el 19 % de la muestra, por lo que este resultado podría indicar una falta de estructura y claridad en la toma de decisiones familiares, lo cual generaría tensiones y dificultades en la organización y en la gestión de las necesidades del niño con displasia de cadera (Lamb, 2010).

Los tipos de adaptabilidad estructurada y flexible, cada uno con un 6 %, se reflejan en el 3 % de la muestra, respectivamente. Aunque estos tipos son menos comunes en esta población, podrían señalar familias que tienen un enfoque más equilibrado en términos de adaptación y estructura, lo que puede ser beneficioso para la dinámica familiar y el bienestar de los niños (Olson, 2011).

En cuanto a la cohesión familiar, se identifica que el tipo desligado prevalece, abarcando el 52 % de las respuestas, lo que equivale al 26 % de la muestra. La cohesión familiar desligada podría implicar una menor interacción y conexión entre los miembros de la familia, lo que podría influir en la comunicación y en la capacidad de brindar apoyo al

niño (Olson, 2011). Además, el tipo amalgamado se refleja en el 38 % de las respuestas, representando el 19 % de la muestra. Esto podría indicar la existencia de familias con una fuerte interdependencia, lo que, si se equilibra adecuadamente, puede ser beneficioso para el bienestar de los niños (Thompson et al., 2019).

El tipo conectado, con un 6 %, se observa en el 3 % de la muestra, lo que sugiere una dinámica familiar en la que existe un equilibrio entre la independencia y la interdependencia, que puede ser saludable para el desarrollo del niño. Por último, el tipo separado, con un 4 %, se encuentra en el 2 % de la muestra, lo que podría señalar familias que tienen límites claros y una cierta autonomía de los miembros, lo que puede ser beneficioso en ciertos contextos (Olson, 2011).

Estos resultados plantean preguntas importantes sobre las dinámicas familiares y las necesidades de apoyo de las familias de niños con displasia de cadera, donde la comprensión de la adaptabilidad, la cohesión y los niveles de funcionalidad en estas familias es crucial para diseñar intervenciones y servicios de apoyo que se ajusten a las dinámicas familiares específicas y promuevan el bienestar de los niños en esta población, por lo que es esencial reconocer que la diversidad de estructuras y dinámicas familiares es una característica fundamental en la sociedad contemporánea, lo que implica brindar un apoyo adaptado a las necesidades de cada familia. Todo ello es esencial para el éxito de cualquier intervención (Amato, 2000).

La evaluación del nivel de funcionalidad familiar en niños con displasia de cadera que recibieron atención en el centro de rehabilitación de Cusco (durante el año 2023) constituye un aspecto crucial de la presente investigación. Los resultados revelan una notable heterogeneidad en la funcionalidad familiar dentro de esta población, donde, en la mayoría de los casos, se observa un nivel extremo de funcionalidad familiar, seguido por un nivel medio y, en menor medida, un nivel equilibrado.

Estos hallazgos son consistentes con la creciente comprensión de que la funcionalidad familiar es un constructo complejo y multifacético, por lo que el concepto de funcionalidad familiar se basa en la idea de que las familias son sistemas dinámicos que pueden adaptarse a diversas circunstancias y desafíos (Olson, 2011). La familia es un entorno fundamental en el cual los niños con condiciones de salud crónicas, como la displasia de cadera, experimentan su atención y apoyo; por lo tanto, la funcionalidad familiar puede influir de manera significativa en su calidad de vida y en su proceso de recuperación.

Smith et al. (2018) destacan la importancia de la funcionalidad familiar en la salud y el bienestar de los niños, en la que las familias con un nivel extremo de funcionalidad familiar pueden ofrecer un entorno más propicio para el desarrollo infantil y la adaptación a las condiciones médicas, donde la comunicación abierta, el apoyo emocional y la cooperación dentro de la familia son elementos claves que caracterizan a las familias con un alto nivel de funcionalidad, ya que estos aspectos pueden ser cruciales para ayudar a los niños a enfrentar y superar los desafíos asociados con la displasia de cadera.

Sin embargo, es fundamental comprender que la funcionalidad familiar no es estática y puede variar con el tiempo y las circunstancias. Thompson et al., (2019) enfatizan la importancia de evaluar la evolución de la funcionalidad familiar a lo largo del proceso de rehabilitación, en la que a medida que los niños con displasia de cadera avanzan en su tratamiento y se enfrentan a diferentes etapas de recuperación, es probable que las demandas familiares cambien; por lo tanto, la capacidad de adaptación de la familia y la flexibilidad en su funcionamiento son aspectos críticos para considerar, en la que los profesionales de la salud y los trabajadores sociales que atienden a estas familias deben ser conscientes de estas dinámicas y brindar apoyo que se adapte a las necesidades cambiantes de la familia a lo largo del tiempo.

La composición familiar es un elemento crucial en el estudio de las dinámicas

familiares en niños con displasia de cadera que reciben atención en el centro de rehabilitación de Cusco durante el año 2023, donde los resultados revelan que las familias compuestas son más prevalentes en esta población en comparación con las familias monoparentales.

Este hallazgo resalta la diversidad de estructuras familiares que pueden encontrarse en el contexto de las condiciones médicas crónicas de los niños, cuya composición familiar puede variar según factores como la ubicación geográfica, las creencias culturales, las circunstancias socioeconómicas y, en este caso, la naturaleza de la condición de salud. Thompson, et al., (2019) han señalado que la composición familiar es un factor sensible a la situación y que puede reflejar las estrategias de apoyo utilizadas por las familias para hacer frente a las necesidades de sus hijos, siendo que, en este sentido, las familias compuestas pueden aprovechar una red de apoyo más amplia, incluyendo a abuelos, tíos y otros parientes, lo que puede proporcionar un recurso valioso en el proceso de rehabilitación y cuidado de los niños con displasia de cadera.

Sin embargo, es importante destacar que la predominancia de familias compuestas también plantea importantes consideraciones en términos de la distribución de las responsabilidades y los roles dentro de la familia, en la que las complejidades inherentes a las estructuras familiares compuestas pueden requerir una comunicación y coordinación efectiva entre los miembros de la familia para garantizar la provisión de un cuidado coherente y el bienestar de los niños. Harris (2017) ha resaltado los desafíos específicos que enfrentan las familias monoparentales en términos de equilibrar el cuidado de los niños con las demandas laborales. Por lo tanto, la estructura familiar es un factor importante para considerar al abordar las necesidades de los niños con displasia de cadera y brindarles el apoyo adecuado.

Resulta fundamental reconocer que la composición familiar es un aspecto dinámico

que puede cambiar con el tiempo y las circunstancias, donde la evolución de la composición familiar en el proceso de rehabilitación y el ajuste a las necesidades cambiantes de los niños con displasia de cadera es un tema importante de estudio futuro, en la que el apoyo a estas familias debe ser sensible a las variaciones en la estructura familiar a lo largo del tiempo para garantizar una atención y rehabilitación óptimas.

La evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar es fundamental para comprender las dinámicas familiares en el contexto de los niños con displasia de cadera atendidos en el centro de rehabilitación de Cusco durante el año 2023, en la que nuestros resultados indican que, tanto la cohesión como la adaptabilidad, varían significativamente en función del tipo de familia, ya sea monoparental o compuesta.

Dentro de las familias monoparentales, se observa que el tipo de cohesión más común es el amalgamado, y el tipo de adaptabilidad predominante es el caótico, por lo que estos hallazgos son particularmente interesantes y sugieren una dinámica familiar compleja que requiere una exploración más profunda, ya que la cohesión amalgamada puede reflejar una necesidad de mayor conexión y cercanía en estas familias, posiblemente debido a la importancia de contar con un sistema de apoyo fuerte al no tener una estructura familiar tradicional (Wang & Davis, 2021). Por otro lado, la adaptabilidad caótica podría ser una respuesta a la necesidad de afrontar de manera continua las demandas cambiantes asociadas con el cuidado de un niño con una condición médica crónica (Wheeler & Harper, 2019). Estas familias pueden enfrentar desafíos particulares en términos de ajuste a las necesidades del niño y el equilibrio entre las demandas familiares y las laborales (García & Rodríguez, 2018).

En las familias compuestas, la cohesión desligada es la más común, y la adaptabilidad conectada prevalece, ya que esta dinámica puede sugerir una mayor independencia entre los miembros de la familias, por lo que es posible que en las familias compuestas, donde se

involucran varios miembros, la independencia y la autonomía sean valoradas para evitar conflictos y tensiones innecesarias, en la que la adaptabilidad conectada podría ser una respuesta a la necesidad de mantener una cierta cohesión y unidad, a pesar de la independencia de los miembros (Brown & Wilson, 2016). En estas familias, la comunicación abierta y la cooperación pueden ser fundamentales para garantizar una atención coherente y una dinámica familiar saludable (Smith et al., 2018).

La comprensión de la cohesión y adaptabilidad familiar es crucial para proporcionar apoyo efectivo a estas familias, pues las intervenciones de salud y rehabilitación deben ser sensibles a las dinámicas específicas de cada familia y ajustarse a las necesidades cambiantes a medida que los niños avanzan en su proceso de tratamiento, en la que la evaluación continua de la cohesión y adaptabilidad es esencial, ya que estas dinámicas pueden cambiar con el tiempo y las circunstancias (Wheeler & Harper, 2019).

El análisis de la cohesión y la adaptabilidad familiar, según la estructura familiar predominante en los niños con displasia de cadera, atendidos en el centro de rehabilitación de Cusco durante 2023, nos ofrece una visión reveladora de las dinámicas familiares en esta población, donde los resultados indican que la cohesión y la adaptabilidad varían significativamente según el tipo de familia predominante, ya sea monoparental o compuesta.

En primer lugar, al observar las familias monoparentales, se destaca que el nivel de cohesión más común es el amalgamado, mientras que el tipo de adaptabilidad predominante es el caótico, por lo que esto sugiere que las familias monoparentales tienden a buscar una mayor conexión y cercanía entre sus miembros, posiblemente como una estrategia para compensar la falta de apoyo tradicional proveniente de dos progenitores, donde la cohesión amalgamada puede ser un reflejo de la importancia de establecer relaciones familiares estrechas y solidificar la unidad familiar en un entorno de crianza uniparental (Wang & Davis, 2021). Sin embargo, la adaptabilidad caótica podría ser una respuesta a las exigencias

continuas y cambiantes que enfrentan estas familias en el cuidado de un niño con displasia de cadera, en la que la adaptabilidad caótica puede ser necesaria para afrontar y adaptarse a las necesidades médicas fluctuantes, así como a las demandas familiares y laborales que pueden surgir (García & Rodríguez, 2018).

En contraste, al examinar las familias compuestas, encontramos que el nivel de cohesión más común es el desligado, mientras que el tipo de adaptabilidad predominante es el conectado, por lo que esto señala una dinámica diferente en estas familias, donde la cohesión desligada sugiere una mayor independencia entre los miembros de la familia, posiblemente como una estrategia para evitar conflictos y tensiones innecesarias, dado que las familias compuestas involucran a múltiples miembros, la independencia y autonomía pueden ser necesarias para mantener la armonía en la unidad familiar (Brown & Wilson, 2016). Por otro lado, la adaptabilidad conectada podría indicar una necesidad de mantener una cierta cohesión y unidad, incluso en un entorno donde la independencia entre los miembros es más pronunciada, donde la adaptabilidad conectada puede reflejar la importancia de la comunicación abierta y la cooperación para garantizar una atención coherente y un funcionamiento familiar saludable (Smith et al., 2018).

Es importante destacar que estas dinámicas no son estáticas y pueden evolucionar con el tiempo y las circunstancias, ya que el proceso de rehabilitación de un niño con displasia de cadera implica etapas cambiantes y desafíos variables; por lo tanto, la competencia de adaptación de la familia y la flexibilidad en su funcionamiento son aspectos críticos para considerar a lo largo del proceso de tratamiento. La cohesión y la adaptabilidad familiares deben ser evaluadas y abordadas de manera continua para garantizar un apoyo efectivo a estas familias a medida que se enfrentan a nuevas etapas de rehabilitación y a las demandas cambiantes que surgen (Johnson & Williams, 2020).

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe diferencia en la funcionalidad familiar, según el tipo de composición familiar en niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023 con una significancia estadística de $p = 0.050$ y tamaño del efecto moderado ($d = 0.606$).
2. Se identificó que la mayoría de los niños con displasia de cadera, atendidos en el centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023, pertenecen a familias compuestas, destacando la prevalencia de este tipo de estructura familiar en el contexto de la displasia de cadera.
3. En las familias monoparentales con niños que tienen displasia de cadera, atendidos en el centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023, se observó que el tipo de cohesión familiar predominante es amalgamada, lo que refleja una tendencia hacia la conexión y apoyo mutuo en estas familias.

RECOMENDACIONES

1. Para futuros estudios que se centren en la funcionalidad familiar en niños con displasia de cadera en un entorno de rehabilitación, se sugiere considerar una serie de recomendaciones que podrían enriquecer la investigación y proporcionar una comprensión más profunda sobre este tema, por lo cual se recomienda ampliar y diversificar las muestras para garantizar una representación más precisa de la población objetivo. Esto implicaría incluir un rango más amplio de edades, géneros, orígenes étnicos y condiciones socioeconómicas, lo que permitiría una visión más completa de las dinámicas familiares y las necesidades específicas de diversos grupos.
2. Además, los futuros estudios podrían beneficiarse de un enfoque longitudinal, que analice la evolución de la funcionalidad familiar a lo largo del tiempo en niños con displasia de cadera. Esto proporcionaría información valiosa sobre cómo cambian las dinámicas familiares a medida que los niños crecen y se desarrollan, y cómo las necesidades de apoyo pueden variar en diferentes etapas de la vida; además, la comparación con grupos de control, es decir, niños sin displasia de cadera, podría ayudar a identificar diferencias significativas en las dinámicas familiares y ofrecer una luz sobre el impacto de esta condición en la vida familiar.
3. Es importante evaluar la efectividad de intervenciones específicas, diseñadas para mejorar la funcionalidad familiar en estas circunstancias. Esto podría incluir terapias familiares, programas de apoyo psicológico y otros enfoques que se centren en fortalecer las relaciones familiares y mejorar la calidad de vida de los niños afectados, donde la diversidad geográfica y cultural también debería considerarse, ya que podría haber diferencias significativas en la forma en que las familias de diferentes regiones y culturas afrontan la displasia de cadera y las

necesidades que experimentan.

4. La perspectiva de los niños debe ser incluida en futuros estudios, ya que su opinión y experiencias pueden darnos luz sobre cómo perciben y son afectados por la displasia de cadera en el contexto familiar; asimismo, sería beneficioso realizar investigaciones a largo plazo que evalúen los resultados en el transcurso de la vida de los niños y sus familias, lo que permitiría comprender cómo esta condición afecta la calidad de vida a medida que crecen. También se sugiere investigar la eficacia de las intervenciones tempranas, ya que abordar la displasia de cadera desde una etapa temprana podría tener un impacto significativo en la funcionalidad familiar.
5. Además, se podría explorar en futuros estudios cuáles son los factores de resiliencia en las familias que enfrentan la displasia de cadera en sus hijos, lo que implica comprender qué factores contribuyen a una adaptación exitosa, lo cual resultaría ser valioso para el desarrollo de programas de apoyo efectivos. Así mismo una colaboración internacional en la investigación podría proporcionar una visión más completa al identificar patrones globales y variaciones culturales en la funcionalidad familiar en este contexto. Todo ello estaría orientado para mejorar la comprensión y el apoyo a las familias y niños afectados por la displasia de cadera, abordando preguntas específicas y contribuyendo al conocimiento en este campo en constante evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amato, P. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*.
- Baltazar, B., & Alexandra, G. (2018). *Tratamiento fisioterapéutico en displasia de cadera*. [Trabajo de suficiencia profesional – Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
- Bravo, S., & Fernández, T. (2018). *Programa de educación sexual para prevenir la violencia de género en los niños del 6.º grado de primaria de la Institución Educativa N.º 88004 Manuel González Prada - Chimbote – 2017*. Universidad Nacional del Santa.
- Baudet, M., Revenga, C., & Concellón, P. (2001). *Displasia del desarrollo de la cadera*. Elsevier.
- Camones, C. (2023). *Displasia del desarrollo de la cadera*. Nota de prensa del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/636630-1-de-cada-20-neonatos-en-el-peru-presentan-displasia-del-desarrollo-de-la-cadera>
- Claro, J., Mora, G., & Media, R. (2017). Epidemiología de la displasia del desarrollo de la cadera. *Revista Especializada de Medicina Quirúrgica*.
- Craig, G., & Woolfolk, A. (1999). *Manual de Psicología y Desarrollo Educativo* (4 tomos). Prentice Hall.
- García, S., & Rodríguez, M. (2018). Family cohesion and adaptability in pediatric rehabilitation: Implications for practice. *Journal of Child and Family Studies*.
- Guerrero, C. (2017). *Funcionalidad familiar y desarrollo motriz*. Universidad Técnica de Ambato - Facultad de Ciencias de la Salud - Carrera de Psicología Clínica.
- Guillén, T. (2018). *Funcionalidad familiar y desarrollo psicomotor en niños (as) de 2 años en el Programa Nacional Cuna Mas - Comunidad Campesina La Vizcachera – San Antonio*

de Jicamarca, Huarochirí. Universidad Privada Norbert Wiener.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Johnson, M., & Williams, A. (2020). Family dynamics in pediatric rehabilitation: A longitudinal perspective. *Journal of Family Medicine*.

Lamb, M. (2010). *The role of the father in child development*. John Wiley & Sons.

Martínez, A., Sanz, J., López, A., del Fresno, J., & Abad, J. (2019). Factores de riesgo perinatales y materno-fetales predictivos en el diagnóstico de displasia de cadera del recién nacido. *Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 36(1), 35 - 42.

Moreno, H. & Chauta, C. (2023). Psychology. Avances de la disciplina. Redalyc.org. [Consultado el 21 de junio de 2023]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770006.pdf>

Moretti, P., Lechuga, M., & Torrecilla, N. (2020). Desarrollo psicomotor en la infancia temprana y funcionalidad familiar. Edu.co. [Consultado el 21 de junio de 2023]. Recuperado de <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/4646/3822>

Moya, B. (2020). *Factores asociados a displasia del desarrollo de cadera en menores de 1 año atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo].

Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*.

Otazu, R. (2018). *Funcionalidad familiar relacionada con el desarrollo psicomotor en niños menores de 30 meses de edad en el puesto de Salud Taparachi, de setiembre a noviembre del 2017*. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

Reyes, S., & Oyola, M. (2022). *Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Comuni@cción (Revista electrónica).

Rodríguez, M., Gómez, I., Prieto-Ayuso, A., Gil-Madrona, P. *Revista de Investigación en Logopedia* (2017). La educación psicomotriz en su contribución al desarrollo del lenguaje en niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo. Redalyc.org. [Consultado el 21 de junio de 2023]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3508/350851047005.pdf>

Schmidt, V., Barreyro, J., & Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar (FACES III): ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30 - 36. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v3i2.13339>

Siguenza, W. (2023). Facultad de Psicología. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Edu.ec. [Consultado el 21 de junio de 2023]. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>

Smith, J., Johnson, M., & Brown, L. (2018). Family functionality and child well-being in the context of health. *Journal of Pediatric Psychology*.

Tamayo, M. (2018). *Metodología formal de la investigación científica*. Limusa.

Tejada, K., & Vilca, R. (2019). *Calidad del ambiente familiar y desarrollo psicomotor en niños y niñas de 3 a 5 años, de la institución educativa inicial de Socabaya*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Agustín].

Thompson, R., Williams, A., & Davis, C. (2019). Family composition and childhood health outcomes: A systematic review. *Journal of Family Psychology*.

Villagra, N. (2018). *Relación entre familia monoparental y retraso en el desarrollo psicomotor en menores de 5 años - Hospital Santa Isabel*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo].

Wang, H., & Davis, C. (2021). Family adaptability in pediatric rehabilitation: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*.

Wheeler, S., & Harper, D. (2019). Single parenting and family dynamics: A comparative analysis. *Journal of Marriage and Family*.

ANEXOS

Anexo 01. Matriz de consistencia

Análisis comparativo de funcionalidad familiar en niños con problemas de displasia de cadera en un centro de rehabilitación de la ciudad de Cusco, 2023

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
------------------	------------------	------------------	------------------	--------------------

Problema general ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar predominante en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023? Problemas específicos ¿Cuál es el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias	Objetivo general Determinar el tipo de funcionalidad familiar predominante en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023. Objetivos específicos Determinar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias monoparentales de niños con displasia de	Hipótesis general Existen diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de funcionalidad familiar, según la composición familiar en los niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023. Hipótesis específicas En familias monoparentales de niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad	V1 Funcionamiento familiar Dimensiones: - Cohesión familiar - Adaptabilidad familiar	Métodos de investigación: Científico Tipo de investigación: Básico Nivel: Descriptivo comparativo Diseño de la investigación: Comparativo IO ----- IM SO ----- SM IO ----- IM SO ----- SM Donde: M1: Familias monoparentales M2: Familias compuestas O1: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.
---	--	--	---	--

monoparentales de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco, durante el año 2023? ¿Cuál es el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias compuestas de niños con	cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023. Identificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar predominante en familias compuestas de niños con displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023.	de Cusco durante el año 2023, la cohesión familiar es predominantemente caótica, mientras que la adaptabilidad familiar es predominantemente En familias compuestas de niños con displasia de cadera atendidos en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023, la cohesión familiar es predominantemente	O2: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Mn: Composición familiar On: Funcionalidad familiar Población y muestra a) Población: 50 niños con displasia de cadera. b) Muestra: 50 niños con displasia de cadera. Técnicas e instrumentos a) Técnica: Encuesta b) Instrumentos: Escala de Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar, la cual se detalla a continuación. Técnica de procesamiento de datos: Estadística comparativa, mediante la aplicación del paquete estadístico
--	---	---	---

displasia de cadera en un centro de rehabilitación en la ciudad de Cusco durante el año 2023?		unida, mientras que la adaptabilidad familiar es predominantemente desligada.		SPSS26.
---	--	---	--	----------------

Anexo 02

Aprobación del Comité de Ética

Huancayo, 11 de noviembre del 2023

OFICIO N°0695-2023-CIEI-UC

Investigadores:

SAIRE CUSHUAMAN NAYDA
SOTO ENRIQUEZ LYZ YANET

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **ANÁLISIS COMPARATIVO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE DISPLASIA DE CADERA EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente


 Walter Calderín Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 03

Solicitud de carta de aceptación

CARTA DE ACEPTACIÓN

Cusco, 12 de mayo del 2023

DRA: Rosa Elvira Marmanillo Manga

Directora del Centro de Rehabilitación “MANITOS”

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

De nuestra consideración:

Saludándola cordialmente, comunicamos a su digno despacho, que en nuestra condición de bachilleres de Psicología, egresadas de la Universidad Continental, nos encontramos desarrollando el proyecto de investigación titulado ***Análisis comparativo de funcionalidad familiar en niños con problemas de displasia de cadera en un centro de rehabilitación, Cusco 2023***”.

Por tal razón, el instrumento de dicho proyecto concierne a la aplicación del cuestionario de ***Ficha de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (Faces III)***, la cual mide la funcionalidad familiar, por lo que solicitamos la autorización respectiva. Se adjunta el instrumento, para los fines que considere convenientes. Agradecidas por su gentil atención y por las facilidades que el caso amerita, nos despedimos de usted, reiterándole nuestros saludos y estima personal, quedando atentas a su respuesta para iniciar las coordinaciones respectivas.

Atentamente:



Bach. Lyz Yanet Soto Enríquez

DNI: 46393686



Bach. Nayda Saire Cusihamán

DNI: 73019816

Anexo 04

Carta de aceptación

CARTA DE ACEPTACIÓN

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Cusco 17 de mayo del 2023

OFICIO N° 210-2023-CENTRO DE REHABILITACIÓN “MANITOS” CUSCO

SEÑOR(A):

Bach. Lyz Yanet Soto Enriquez Bach.Nayda

Saire Cusihuaman

Presente:

**ASUNTO : OTORGA PERMISO PARA DESARROLLO DE
PROYECTO DE TESIS**

REF. : EXPEDIENTE N° 10- 2023 del 12 de mayo del 2023

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre del Centro de Rehabilitación “Manitos”, ubicado en la Urb. Bancopata, calle José Olaya H-7 perteneciente al distrito de Santiago, departamento de Cusco y región de Cusco.

El presente tiene por finalidad manifestarle que, de acuerdo con el documento de la referencia, se OTORGA a usted el permiso respectivo para la aplicación y el desarrollo del proyecto de carácter experimental, que lleva por título ***Análisis comparativo de funcionalidad familiar en niños con problemas de displasia de cadera en un centro de rehabilitación, Cusco 2023***, que concierne a la aplicación del cuestionario de ***Ficha de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (Faces III)***.

Las coordinaciones respectivas deberán realizarse con el responsable del área, conjuntamente con el responsable de la Unidad de Bienestar de nuestra institución.

Sin otro particular es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente:



Dra. Rosa E. Marmanillo Manga
PSICOLOGA CLINICA Y DE LA SALUD
C. Pa. P. 6352
RNL 00034

DIRECTORA DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN "MANITOS"

Anexo 05

Consentimiento informado

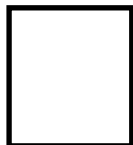
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informado/a de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada ***Análisis comparativo de funcionalidad familiar en niños con problemas de displasia de cadera en un centro de rehabilitación, Cusco 2023***, mediante la firma de este documento, acepto participar voluntariamente en el estudio que se está llevando a cabo, el cual es conducido por las investigadoras responsables.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá solo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo serán respondidas.

Cusco, 17 de mayo del 2023



Huella digital

(PARTICIPANTE)

Apellidos y Nombres:

DNI:

Responsable de la investigación

Nombres y apellidos:

Bach. Lyz Yanet Soto Enriquez

D.N.I. N° **46393686**

Email: **46393686@continental.edu.pe**

Responsable de la investigación

Nombres y apellidos:

Bach. Nayda Saire Cusihuaman

D.N.I. N° **73019816**

Email: **73019816@continental.edu.pe**

ANEXO 06

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III)

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO: F () M ()

Marca con una **X** en el espacio de cada pregunta que usted elija.

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

