

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán**



**MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES HACIA LA  
FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE  
LA CADERA EN NIÑOS MENORES DE CUATRO AÑOS EN LA CLÍNICA SAN  
JUAN DE DIOS-LIMA**

**PRESENTADO POR:**

**JOSÉ LUIS VELÁSQUEZ VÁSQUEZ**

**Para optar el grado de MAESTRO EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA  
UNIVERSITARIA**

**ASESOR DE TESIS: DR. CORNELIO GONZALES TORRES**

**2 0 1 8**

## **DEDICATORIA**

A mi familia por la paciencia, comprensión y apoyo, que son la inspiración de mi vida.

A mis padres que siempre me apoyan y me enseñaron a perseverar para lograr mis metas.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por guiarme siempre en el camino de la vida, a mis asesores y amigos, por sus enseñanzas, su dedicación y paciencia en la elaboración de la presente investigación.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>10</b>
1.1. MARCO HISTÓRICO .....	10
1.2. MARCO TEÓRICO.....	14
1.3. INVESTIGACIONES.....	40
1.4. MARCO CONCEPTUAL.....	43
<b>CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>46</b>
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	46
2.2.1. Descripción de la Realidad Problemática .....	46
2.2.2 Antecedentes Teóricos .....	47
2.2.3. Definición del Problema.....	48
2.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
2.2.1. Finalidad .....	49
2.2.2. Objetivo General y Específicos .....	49
2.2.3. Delimitación del estudio .....	50
2.2.4. Justificación e importancia del estudio .....	51
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	52
2.3.1. Supuestos teóricos.....	52
2.3.2. Hipótesis Principal y Específicas.....	52
2.3.3. Variables e Indicadores .....	53
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS .....</b>	<b>55</b>
3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	55

3.2. DISEÑO A UTILIZAR EN EL ESTUDIO .....	56
3.3. TÉCNICA (S) E INSTRUMENTO (S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	57
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS .....	57
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	58
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	86
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	91
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>94</b>
5.1. CONCLUSIONES .....	94
5.2. RECOMENDACIONES.....	95
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>
A) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	101
B) CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	105
C) AUTORIZACION PARA LA ENCUESTA .....	107
D) JUICIO DE EXPERTOS.....	108

## RESUMEN

La presente investigación se realizó como respuesta a la alta incidencia de pacientes con Displasia de Desarrollo de Cadera, en la cual es importante la participación del personal de salud y los padres de familia.

El objetivo general fue determinar el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia de Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios – Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

El Nivel de Investigación aplicado, que utiliza los conocimientos de las ciencias básicas en vista de posibles aplicaciones prácticas (Bunge, 1999), el tipo explicativo y su diseño corresponden al no experimental, ya que en esta investigación no se interviene en la manipulación de las variables para estudiar los aspectos cualitativos y cuantitativos de las interacciones entre las mismas, Kerlinger (1983), Método Ex - post facto, el fenómeno de estudio se dio en un pasado inmediato y continúa ocurriendo en la actualidad.

La Población de Estudio lo constituyeron 100 niños, la Muestra fue de 80, obtenida con un muestreo probabilístico aleatorio simple.

La Técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, la cual, fue validada por juicio de expertos, tanto en el criterio como en el constructo. El instrumento utilizado es el cuestionario.

Para la validación por criterios se aplicó una prueba piloto a 10 padres de familia, para medir la validez y confiabilidad de los Instrumentos.

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística de correlación de Rho Spear man por tratarse de variables cualitativas.

Los resultados registraron que el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia influyen positivamente en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios – Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

**Palabras clave:** nivel de conocimiento, participación, displasia de cadera, tratamiento, fisioterapia.

## **ABSTRACT**

This research was carried out in response to the high incidence of patients with dysplasia of development of hip, which is important to the participation of health workers and parents.

The general objective was to determine the level of knowledge and participation of parents to physical therapy in the treatment of Dysplasia of development of the hip in children younger than four years at the clinic San Juan de Dios-Lima.

The level of research was applied, it uses the knowledge of the basic sciences in view of possible practical applications (Bunge, 1999), explanatory type and its design correspond to the experimental no since in this investigation does not intervene in the manipulation of variables for studying the qualitative and quantitative aspects of the interactions between them, Kerlinger (1983), former method - post facto study of cause effect.

The study population consisted of 100 children; the sample was 80 children obtained with a simple random probability sampling.

The technique used for the collection of data was the survey, which was validated by experts, both the criteria and the construct. The instrument used was the questionnaire.

The validation criteria were applied to a pilot test 10 parent, to measure the validity and reliability of the instruments.

The statistical test for correlation of Spearman Rho for qualitative variables was used for testing the hypotheses.

The results were that the level of knowledge and participation of parents to the physiotherapy positively influence the treatment of the developmental Dysplasia of the hip in children younger than four years at the clinic San Juan de Dios-Lima.

Key words: level of knowledge, participation, Dysplasia of hip, treatment and physiotherapy.

## INTRODUCCIÓN

La Displasia de Desarrollo de la Cadera es una patología pediátrica con alta incidencia, siendo afectada la articulación coxa-femoral, ya sea en la parte del Acetábulo, en la cabeza femoral o cápsula articular, las cuales tienen un déficit de desarrollo; lo que genera una inestabilidad de la articulación, que si no es corregida a tiempo se complica llevándolo a una subluxación o luxación.

Cuando se diagnostica tempranamente el tratamiento es conservador: control postural, férulas y terapia física.

Cuando se diagnostica tardíamente el paciente es sometido a tratamientos engorrosos y de larga duración que implican cirugías, yesos y terapia física.

Por lo mencionado anteriormente, es importante un diagnóstico precoz, con el reconocimiento de signos clínicos que lleven al inicio del tratamiento que debe ser continuo, tanto en el hospital con el refuerzo en casa.

Para el tratamiento se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales (médicos y fisioterapeutas) y de los padres para reforzar los ejercicios en casa.

El presente trabajo buscó resaltar la importancia del nivel de conocimientos y la participación de los padres en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera, al ser ellos los que permanecen más tiempo con el niño; además se buscó determinar cuánto saben los padres de la enfermedad y como pueden apoyar en casa con el tratamiento, por la cual se busca determinar el nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios – Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

La tesis se ha estructurado en 5 capítulos:

En el Capítulo I se presentan el Marco Histórico (Evolución del conocimiento), los fundamentos del Marco Teórico, las Investigaciones relativas al objeto de estudio y el Marco Conceptual.

En el Capítulo II se realiza el Planteamiento del Problema de Investigación, describiendo la Realidad Problemática, citando los Antecedentes Teóricos, Definiendo el Problema General y los Problemas Específicos relacionados con las Variables. Se presentan también



los Objetivos, las Hipótesis y la Clasificación; así como la Definición Operacional de Variables.

En el Capítulo III se desarrolla el Método, la Técnica e Instrumentos de recolección de datos; el Tipo, Nivel, Método y diseño del estudio; se precisan la población, muestra y muestreo; las técnicas de recolección de datos y las técnicas del procesamiento de la información.

En el Capítulo IV se realiza la Presentación y Análisis de Resultados, se cita la información recogida mediante tablas y gráficos; se presenta también la Contrastación de hipótesis y la discusión de resultados.

Finalmente, en el Capítulo V se precisan las Conclusiones y Recomendaciones a las cuales arribó la tesis.

## Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

### 1.1. Marco Histórico

#### HISTORIA DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA

La Displasia del Desarrollo de la Cadera es una patología muy compleja cuya denominación, evolución, diagnóstico y tratamiento fue variando a través del tiempo y, en función al avance del conocimiento; por ello, se puede decir que conforme avance el conocimiento se abrirá nuevas luces en el tema.

Malagón, Valentín (2006) hizo una reseña de los principales representantes:

Las primeras referencias datan del siglo IV a. C., del cual trata el Corpus Hipocraticum, en los siglos IV y V a.C. y que dedica a luxaciones, fracturas y principios quirúrgicos, donde se recogió los trabajos de Hipócrates (460-355 a.C.) se describe un grupo de afecciones ortopédicas y entre ellas a la luxación congénita de la cadera, e incluye sistemas de tratamiento como tracciones, manipulaciones y diversos aparatos. Vesalius, Andreas (1543) médico anatomista y biólogo flamenco, se refirió a las articulación de la cadera y sus deformidades en su libro publicado: *De Humani Corporis Fabrica Libri septem*. Pare, Ambrosie (1590), reconocido como uno de los más notables cirujanos europeos del renacimiento y por algunos historiadores como el padre de la cirugía moderna, igualmente hizo mención a esta deformidad en su obra: *Dix Libres de la Chirurgie*. Andry, Nicolas (1741) médico francés, en su famosa obra: *L'orthopédie. L'art, de prevenir et de corriger dans les enfants les deffortmities du corp*. Se refirió a la naturaleza hereditaria de la luxación congénita. Dupuytren, Baron (1826) Patólogo francés, describió por primera vez y en forma clara, la anatomía patológica de la luxación de cadera y se refiere a su naturaleza congénita. Por la presión intrauterina sobre las caderas en flexión, abducción del feto. Lorenz, A. (1896) describió su sistema de reducción cerrado y de inmovilización de las caderas en espica de yeso en la posición de rana, o de "90-90-90" (flexión, abducción y rotación externa) de máxima estabilidad. Esta técnica, en su tiempo se hace famosa y se difunde universalmente. Con los años los resultados no son los esperados en niños mayores, en los cuales se ha utilizado maniobras complejas de reducción e inmovilización exagerada, éstas han sido seguidas de necrosis vascular de la cabeza femoral y deformidades permanentes de la cadera.

Margary, F. (1884) incorporó en la comunidad el tratamiento quirúrgico de la luxación congénita, que populariza en su publicación: *Cura operative lussazione congénita dell anca*

arch Orthop. Para finalizar el siglo XIX, un último acontecimiento trascendental en el avance del conocimiento, no sólo de la displasia de desarrollo de la cadera, sino de la ortopedia y en general de la medicina, fue el descubrimiento de los rayos X por el físico alemán Wilhelm Rontgen en 1895, que permitió la visión directa y el examen objetivo del sistema esquelético o sea normal y patológico a través de su método, de obvia importancia en el estudio y tratamiento de la displasia de la cadera. Hilgenreiner (1925), Perkins (1928), Putti (1929) con el conocimiento de los rayos X, estudiaron radiográficamente a la articulación describiendo signos, líneas y ángulos que facilitaron el diagnóstico precoz de la luxación, incluso en el recién nacido. Otro tanto ocurrió con el perfeccionamiento del examen clínico, que aplicado al infante logró fines similares. Al ser conscientes de las manifestaciones tan tempranas de la deformidad articular, la denominan displasia femoral del neonato (Le Damani, 1905), displasia o luxación congénita de la cadera, Hilgenreiner (1926). Con esta última denominación se conoció hasta 1991.

Salter, R (1961) describió su técnica de “acetabuloplastia del hueso innominado”, bien conocida pronto en todo el mundo. Se indicaba por encima de los 18 meses en displasias severas del acetábulo acompañadas o no de luxación. Indudablemente se observó un contraste muy favorable en los resultados obtenidos con el uso de este método en relación con los procedimientos quirúrgicos anteriores.

Durante el periodo 1960-1970 prevalecieron los sistemas de reducción cerrada para pacientes menores de 18 meses mediante los aparatos de Craig que con ayuda de tirantes se lograba llevar a las inmovilizaciones recomendadas, así como las espigas de yeso. Se fue abandonando la almohadilla de Fredjka por su difícil control y posibilidad de inducir complicaciones como la necrosis a vascular de la cabeza del fémur. En el caso de displasia con luxación se persistió en el uso previo de tracciones de los miembros inferiores.

En el Periodo del 1975-2000 se observó que la edad de los pacientes con displasia de desarrollo de la cadera a la primera consulta se hacía cada vez más temprano, los cuales redundaban en mejores resultados en sus tratamientos.

Esta reseña histórica de la displasia de desarrollo de la cadera trata de señalar, que si bien los múltiples adelantos en las técnicas de diagnóstico y tratamiento han sido de gran ayuda, aún es necesario seguir investigando acerca de la conducta a tomar en esta entidad. Las investigaciones son parámetros de partida para otros trabajos.

## HISTORIA DEL CONOCIMIENTO

El origen del conocimiento se remonta a mucho tiempo atrás, dentro de los autores representativos tenemos:

Ruse, Michael (2008), quien explica al darwinismo y sus implicaciones sobre la naturaleza, la naturaleza humana, el conocimiento, la moral y la religión.

El autor hace referencia de William James al tratar de definir el método pragmático, consiste en tratar de interpretar cada noción determinando sus respectivas consecuencias prácticas. ¿Qué diferencia práctica puede haber si es verdad una idea y no otra? Si no puede señalarse ninguna diferencia práctica, entonces las alternativas son prácticamente lo mismo, y toda la disputa es ociosa. Cuando una disputa es seria, debemos ser capaces de mostrar que, del hecho sé que uno de los bandos o el otro tenga razón, se infiere alguna diferencia práctica.

El gran desarrollo del conocimiento ocurrido a través de los tiempos, ha condicionado su fragmentación en múltiples disciplinas, haciendo perder el sentido de unidad que éste parecía tener para los griegos en los orígenes de la civilización occidental, particularmente a través de la obra de Aristóteles (384 a.C.- 322 a.C.), quien sistematizó y participó en el avance de gran parte de los conocimientos de su época.

En la era Helenística, surgió el principio de un orden intrínseco que gobierna el cosmos, que es comprensible por procesos de raciocinio lógico; en contraste con las creencias mitológicas de civilizaciones más antiguas y en los inicios de la propia civilización griega.

En Grecia se originan las teorías que dan base a esquemas racionales del conocimiento; Thales de Mileto (VI a.C.), estableció la participación del agua como factor común de todas las cosas; otros pensadores de la época incluían diversos orígenes comunes a toda la materia y subdividían las cosas según la presencia predominante de una de ellas, o, a la mezcla de estas (fuego, aire, agua y tierra). Siguiendo esa corriente materialista Demócrito un siglo después, plantea la hipótesis atomista de la naturaleza: “todo está compuesto de unidades invisibles que no se pueden dividir”; adelantándose en XXIV siglos a la comprobación formal de la existencia del átomo en el siglo XIX.

Durante la edad media, en occidente la visión racional es asociada e incorporada al concepto de creencia (conocimiento a través de la fe), por grandes líderes de la teología y filosofía de la época: tanto cristiana como musulmana y judía que reinterpretaron las enseñanzas de Aristóteles.

Durante el renacimiento el racionalismo logra mayor importancia, pues la teología estaba en crisis al haberse convertido en mística; entonces, el uso de la razón extiende su campo de influencia al conocimiento del hombre y de la naturaleza; originándose así el denominado humanismo renacentista.

La teoría del conocimiento, como disciplina autónoma, aparece por primera vez en la edad moderna, con la obra de John Locke (1690), quien trata de manera sistemática, el origen, esencia y la certeza del conocimiento humano.

La orientación racional del conocimiento se separa de la teología para lograr su apogeo durante la ilustración; este periodo se inicia precediendo a la revolución francesa, con ideas que surgen principalmente en los enciclopedistas.

En la época contemporánea whewell acuñó el vocablo “conciense” en 1840, para utilizarlo en su libro “filosofía de las ciencias inductivas”, donde lo aplica al concepto de un origen común para todas las ramas de la ciencia que usan el raciocinio inductivo.

## EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO

En su acepción más amplia, el termino conocimiento está referido a todas y cada una de las ideas aceptadas por un grupo social o sociedad de personas, que las viven como reales. En ese sentido este termino de aplica a informaciones o creencias tan variadas como: mitología, religión, ciencias puras, tradiciones, magia, psicoanálisis, ciencias aplicadas, artes, etc.

La aplicación de esta palabra con límites tan amplios y genéricos lleva a sobreponer su identidad con el vocablo cultura.

Las disciplinas del conocimiento “formal”, aquel ligado al entendimiento y a la razón que no requieren la presencia de representación mitológica ni mágica y que no se adhieren a normas de fe. Se han ido agrupando y reagrupando siguiendo pautas de clasificación que son arbitrarias. El conocimiento concebido de esta manera se origina en Grecia con los presocráticos.

En los orígenes de la civilización griega (VI a. C.) todo el conocimiento de la naturaleza recibió el nombre de “filosofía natural” (Aristóteles).

Posteriormente a la caída del imperio romano, a inicios de la edad media, el progreso del conocimiento motiva una paulatina sub-división de sus contenidos y aquellos destinados a ser materia de estudio por la aristocracia y las clases acomodadas se les conoce como artes “liberales”.

En la edad contemporánea, surge el concepto de las profesiones liberales, es utilizado extensamente para comprender el ejercicio profesional que requiere formación universitaria; al inicio fueron fundamentalmente el derecho y la medicina.

El uso de idiomas comunes fue también importante para la difusión del conocimiento: el griego en su momento, así como fue luego el latín; durante la edad media se tradujo la producción griega para integrarla paulatinamente al conocimiento formal, cosa que ocurre integralmente durante el renacimiento. El idioma griego además, al introducir en su alfabeto las vocales, da una flexibilidad a la escritura que facilita mucho su aprendizaje y reproducción. Igual fenómeno ocurrió con el alfabeto romano.

La reducción del conocimiento en áreas pequeñas, constituye una ventaja de mucha importancia para su desarrollo pues limita el campo que se quiere estudiar, pero conlleva el defecto de la especialización y riesgo de desconexión entre disciplinas.

## **1.2. Marco Teórico**

### **CONOCIMIENTO**

El Diccionario de la Lengua Española (2014), define el conocimiento como: La acción o efecto de conocer, entendimiento, inteligencia o razón natural. “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos. El “conocimiento es la capacidad de dar solución a un determinado problema”. El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entrenamiento e inferencia lógica.

Mario Bunge (2009), los define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, capaz resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”.

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos, ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo

Rodriguez, Freddy (1998), hizo referencia a Rossental, quien definió al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social que se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad; el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido; en este proceso el sujeto, se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, y tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer, y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa.

Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados; por lo que es adquirido por una educación formal e informal; es decir, todos tenemos conocimientos los cuales pueden ser vagos o inexactos; pero, que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.

#### a) CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

Para Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones; articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo, precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

## b) CLASES DE CONOCIMIENTO

El conocimiento se clasifica en:

- Conocimiento Cotidiano o vulgar.- Satisface las necesidades prácticas de la vida cotidiana de forma individual o de pequeños grupos. Se caracteriza por ser metódico, es un conocimiento que se adquiere en la vida diaria; en el simple contacto con las cosas y con los demás hombres. No explica el cómo, ni el porqué de los fenómenos.

- Conocimiento Científico.- Es fruto del esfuerzo consciente, es metódico, crítico, problemático, racional, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico; actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la esencia de los objetos y fenómenos, conservando principios hipótesis y leyes científicas que expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos; es decir, dan soluciones para resolver los problemas que afronta la sociedad.

- Conocimiento Filosófico.- Es un conocimiento altamente reflexivo, trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.

- Conocimiento Teológico.- Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica.

## c) FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO

Se señala que se adquiere el conocimiento básicamente a través de dos formas:

- Lo Informal.- Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- Lo Formal.- Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular. Las actividades irán cambiando a medida que aumenten los conocimientos, estos cambios se observan en la conducta del individuo y en sus actitudes frente a situaciones de la vida diaria, está unido a la importancia que se dé a lo aprendido.



#### d) NIVELES DEL CONOCIMIENTO

Cipriani, Enrique, dio referencias sobre los niveles del conocimiento. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medios de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas; con olor, color, formas y dimensiones. Los ojos y oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales de escalas inferiores desarrollan selectivamente otros órganos de los sentidos: las aves, la visión; los roedores, el olfato, etc.

El conocimiento Conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza respectivamente a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular, es aplicable a una sola percepción; en tanto que el conceptual es universal, es aplicable al esquema mental que representa a las características comunes a alguna percepción. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi perro; esto es conocimiento sensible, singular, Pero, además puedo tener el concepto de mascota, que es universal. El concepto de perro ya no tiene color o dimensiones; es abstracto.

La imagen mi perro es singular, y representa a un ente con dimensiones y figura concreta. En cambio el concepto de mascota es universal (mascota es el ser animal que acompaña). La imagen de mi perro solo se aplica al que tengo al frente. En cambio, el concepto de mascota se aplica a todos los animales caseros. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.

El conocimiento Holístico, también llamado intuitivo; en este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y el conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente.

El desarrollo del nivel intuitivo del conocimiento es de necesidad vital en el trabajo artístico que desarrollan arquitectos, músicos, poetas, pintores, literatos, etc.

La captación de valores: podemos ver a un ser humano en frente de nosotros (esto es un conocimiento sensible o de primer nivel). Podemos captar el concepto de hombre y definirlo (esto es un conocimiento conceptual o de segundo nivel). Pero además, podemos vislumbrar el valor de este hombre en concreto dentro de su familia. Percibimos su valor y lo apreciamos.

Esto es un conocimiento holístico o de tercer nivel.

La experiencia estética nos proporciona otro ejemplo de conocimiento holístico. Percibir la belleza de una obra de arte significa captar ese objeto sin estructuras, sin conceptos, simplemente deteniéndose en la armonía, congruencia y afinidades con el propio sujeto.

Los intentos por entender la naturaleza del conocimiento, han dado lugar al desarrollo de múltiples escuelas filosóficas, que obstaculizan enormemente la tarea.

## PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

Los padres cumplen un rol importante en la atención del niño, porque su conocimiento sobre la atención del paciente con Displasia de Cadera y su rol complementario de los ejercicios en casa orientados por los terapeutas, van a ser de vital importancia en la evolución del paciente.

Las actitudes de los padres es la predisposición para actuar y participar mediante su capacidad y características inherentes en el desarrollo de la terapia física del paciente con displasia frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos; los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales.

La primera relación trascendente en la vida del individuo es la relación familiar; ya que la familia es el inicial y más importante contexto que permite al ser humano desarrollar su personalidad.

La presencia de los padres es importante, en el niño con Displasia, ya que puede necesitar una prolongada inmovilización con yeso después de la cirugía; necesita de terapias intensivas varias veces al día durante todos los días; pero los padres de familia no están siempre en las mejores condiciones de apoyar al niño, porque se encuentran con un gran nivel de estrés emocional, y pueden surgir sentimientos de culpa y deserción en el tratamiento.

#### a) MECANISMOS DE PARTICIPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

La participación de los padres de familia se puede hacer de diversas formas, teniendo en cuenta las características de los padres y sobre todo la disponibilidad, en ocasiones el rol es asumido por la persona que acompaña al paciente; por ello se establece mecanismos de participación.

Gento (1994), debemos entender la participación como la intervención de un individuo o grupo de personas en la toma de decisiones que los afecten para la obtención de un objetivo común; compartiendo para ello con los métodos y técnicas adecuadas y asumiendo las responsabilidades que conlleven las mismas. Esta participación debe ser activa en cada uno de los procesos de toma de decisiones.

Según Medina (1988) habla de la participación de los padres en la vida escolar, y esta no debe ser de forma indiscriminada y sin tener en cuenta las capacidades y competencias que posea la persona, esto sin desmedro de una participación consultiva, mas no decisoria.

De este modo cada persona o miembro que participe en función de su capacidad profesional podrá responsabilizarse de las consecuencias de su participación y de la disponibilidad que tiene de actuar en los aspectos que más le afecten.

A continuación presentamos algunas clasificaciones que diferentes autores hacen en relación a los niveles de participación:

Según Torres (2001) se distinguen siete niveles, esta clasificación se basa fundamentalmente en el grado de responsabilidad que asumen los padres de familia y pueden ser:

- 1) Manipulación: el objetivo es gestionar el apoyo ciudadano a partir de una participación que es más bien nominal (comités consultivos meramente formales). Esto significa la conformación de estamentos, los cuales tiene sus propios mecanismos de participación y su nivel de responsabilidad es limitada por la normatividad establecida.
- 2) Información: se provee información sobre derechos, responsabilidades y opciones. Es uno de los niveles básicos de la participación, ya que solamente se limita a dar información sobre la gestión institucional, pero no hay un nivel de decisión.
- 3) Consulta: los padres de familia son invitados a opinar. En este nivel se les solicita apertura a un nivel de consulta sobre el punto de vista de los miembros de la

comunidad educativa, pero solo que queda en opinión; ya que no es necesariamente decisoria la opinión que vierte el padre de familia.

- 4) Representación: Implica algún grado de influencia principalmente a través de representantes ciudadanos en órganos directivos o consultivos. El nivel de responsabilidad es mayor que en los anteriores, pero eso se realiza a través de un representante, que pueda ser elegido o nombrado por los padres de familia, dado que sería muy complicado la participación de todos ellos.
- 5) Asociación: el poder se redistribuye mediante la negociación entre padres y autoridades. A este nivel la responsabilidad es compartida por ambos por un lado la autoridad y por otro, los padres de familia. Quienes tienen la responsabilidad de fiel cumplimiento de los objetivos trazados.
- 6) Poder Delegado: los ciudadanos participan en el proceso de toma de decisiones o de ejecución. En este nivel se distribuye la responsabilidad de ciertos aspectos de la gestión a un grupo de padres quienes tienen la obligación de velar por el cumplimiento de los objetivos trazados.
- 7) Control Ciudadano: los padres de familia administran los programas o el curso de acción. Este es el nivel más alto de participación; puesto que involucra un grado mayor de responsabilidad y toma de decisión, y en todos los ámbitos de la gestión.

#### b) EQUIDAD DE GÉNERO EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

En la paternidad tradicional existe poco involucramiento emocional del padre para con sus hijos e hijas, así como una notable ausencia de comunicación efectiva con los mismos. Este tipo de paternidad tradicional se da usualmente en una relación de pareja tradicional, en la que el varón cumple una función proveedora y la madre una función eminentemente reproductora. Estas características aún se evidencian en la mayoría de las familias participantes.

El trabajo busca determinar el rol que cumplen los hombres y las mujeres en el ejercicio de su paternidad y maternidad, alude a los deberes y derechos que ejercen las madres y padres frente a sus hijos e hijas pequeños en cuanto a su educación, crianza y salud.

En muchas ocasiones se tiene que considerar la disponibilidad de tiempo de los padres; ya que en los actuales tiempos, ambos padres se ven obligados a ejercer labores fuera de casa,

dejando el cuidado de los hijos a los abuelos que son los encargados de llevarlos a sus terapias o realizar los ejercicios en las casas.

## DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA

Murcia (2014), la Displasia de Desarrollo de la Cadera es una malformación patológica en ortopedia pediátrica frecuente en neonatos; que se manifiesta por una inestabilidad y/o pérdida total o parcial de la relación Coxofemoral del niño. Es decir, la articulación Coxofemoral afecta al borde anormal del Acetábulo (Displasia) y la mala posición de la cabeza del fémur causando subluxación hasta luxación afectando el desarrollo de la cadera durante el periodo embrionario, fetal o infantil.

La Displasia de Desarrollo de la Cadera es una patología muy importante, cuya incidencia va a determinar una especial atención en el medio ortopédico.

Correa, Gómez & Posada (1999), Anotaron que a nivel mundial el 1.3% y 1.5% de cada 1.000 niños padecen este problema, siendo esta la incidencia que permite tener una iniciativa para realizar las debidas investigaciones sobre esta patología, debido a que las niñas son las más comunes de presentar este mal congénito durante su primera infancia que va desde los 0 a 12 meses de edad.

### a) ANATOMÍA DE LA CADERA

Kapandji (1999), la cadera es la articulación proximal del miembro inferior, situada en su raíz, su función es orientarlo en todas las direcciones del espacio, para lo cual posee tres ejes y tres grados de movimiento. Llamada también articulación coxofemoral, y es en forma de enartrosis muy coaptada.

Malagón, Valentín (2006), La cadera pertenece al género de la enartrosis, articulaciones formadas por un segmento de esfera hueco y un segmento de esfera maciza, dotadas de toda la gama de movimientos: flexión-extensión, abducción-aducción, rotación interna-externa y circunducción. Por su conformación anatómica, y por estar rodeada de una cápsula articular, ligamentos, músculos voluminosos y potentes, su estabilidad es satisfactoria; sin embargo, el paso de la estación cuadrúpeda a la bípeda del ser humano la hace, en esta última especie, menos firme: en el cuadrúpedo el apoyo se hace en cuatro puntos y en el bípedo solo en dos. El apoyo, en el animal se hace sobre el acetábulo portero-superior, y en el hombre en una relativa pequeña zona del acetábulo supero-anterior y principalmente sobre el labrum cartilaginoso, cápsula y ligamento de la articulación,

Roselli, Pablo; Duplat, José (2005), el acetábulo y la cabeza femoral se desarrollan de la misma célula mesénquima primitiva. Alrededor de la semana 11 de gestación la cadera está completamente formada. Al nacimiento la epífisis femoral es cartilaginosa y está unida al trocánter mayor a través del cartílago de crecimiento del cuello femoral. En el cuarto y sexto mes de vida aparecerán los centros de osificación de la epífisis del extremo proximal del fémur. Cualquier noxa sobre los centros de osificación de la epífisis, el istmo o el trocánter mayor, puede producir una deformidad o una discrepancia en la longitud de los miembros inferiores. El acetábulo es una estructura formada por el ilion, el pubis y el isquion. El cartílago tri-irradiado está interpuesto entre el ilion arriba, el isquion abajo y el pubis adelante. Los dos tercios externos de la cavidad son conocidos como el cartílago acetabular y el tercio interno como pared interna no articular.

#### b) BIOMECÁNICA DE LA CADERA NORMAL

Malagón, Valentín (2006), mencionó que cuando el sujeto está en posición vertical apoyado sobre ambos pies, las dos caderas soportan el peso de la cadera, del tronco y de los miembros superiores; es decir, el 62% del peso del cuerpo. Si el soporte es simétrico cada cadera recibirá 31% del peso del cuerpo. Esta fuerza actúa verticalmente sobre cada articulación. Por existir un equilibrio en la distribución de estas fuerzas; teóricamente no se requiere de ninguna potencia muscular para mantener el equilibrio.

El área de apoyo sobre la superficie articular es de gran importancia. Contra más pequeña la superficie, habrá más carga por centímetro cuadrado. Si la presión excede el límite de tolerancia del cartílago con el paso del tiempo sobrevendrán cambios degenerativos.

La mayoría de los estudios sobre biomecánica de la cadera humana han sido realizados en adultos. Aunque estos principios podrían ser aplicados perfectamente al niño, es conveniente tener en cuenta algunas diferencias que son básicas en esta edad.

En la articulación de la cadera y volviendo a los principios de la balanza en general, cuando se apoya uno solo de los miembros inferiores, se requiere para una normalidad que la potencia de los músculos abductores multiplicada por su brazo de palanca, sea igual o superior a la resistencia representada por el peso impuesto multiplicado por el brazo de palanca.

En estas circunstancias y en el supuesto de que el individuo esté apoyado solo sobre el pie derecho, la cadera sobre la cual se apoya recibe la carga de la cabeza, del tronco y de los

miembros superiores y de las extremidades opuestas; lo que corresponde al 81 % del peso del cuerpo. El centro de gravedad que en este caso está ligeramente desplazado hacia el lado de no apoyo, para poner las fuerzas en equilibrio se desplaza hacia la derecha de la línea media, rotando la pelvis hacia la cabeza femoral. Este peso o resistencia actúa con un brazo de palanca (brazo de palanca de la resistencia), que se extiende desde el punto de aplicación de esta fuerza al centro de la cabeza femoral.

Para contrabalancear el peso que obra excéntricamente sobre la articulación que soporta toda la carga, se requiere una contracción de los músculos abductores de la cadera, esta fuerza de dirección oblicua hacia abajo y hacia afuera; el iliaco al trocánter mayor, tiene un brazo de palanca que se extiende desde el vértice del trocánter mayor al centro de la cabeza. Este brazo de palanca (de la potencia) tiene una relación de 2.2 sobre 1 con el brazo de la resistencia. Por ser este brazo de palanca más corto que el de la resistencia, el esfuerzo muscular de los abductores de la cadera debe ser mayor a 2 ó 3 veces, para poder equilibrar la resistencia y así lograr un equilibrio de fuerzas.

### c) ESTRÉS MECÁNICO QUE SOPORTA LA CADERA NORMAL

A pesar de que la cabeza del Fémur y la superficie del Acetábulo no son completamente esféricas, cuando la cadera está recibiendo una carga fisiológica, toda la superficie articular está comprometido con el apoyo.

La superficie de contacto y apoyo de la cabeza de Fémur es aproximadamente de 27 cm lo cual representa el 70 % de toda la superficie articular de la cabeza en el adulto. En esta edad, la carga que recibe es de 16 a 20 kg por centímetro cuadrado de superficie.

Esta carga depende de tres factores importantes:

- De la magnitud de la fuerza, resultante vectorial que corresponde de 2 a 3 veces el peso del cuerpo cuando el individuo está parado sobre un solo pie y hasta de 4 veces, durante la marcha.
- De la congruencia articular, es decir, de la superficie de contacto de la cabeza con el acetábulo.
- De la posición o inclinación como se haga la carga.

La formación, el crecimiento y el mantenimiento del cartílago hialino articular está relacionado con el estrés mecánico que soporta este tejido: está presente cuando la carga es adecuada y desaparece cuando la carga es menor o mayor de los límites normales.

El hueso es más sensible que el cartílago a la magnitud del estrés. El aumento de estrés estimula la formación de hueso. La disminución estimula la reabsorción. La esclerosis del hueso subcondral en el techo del acetábulo claramente demuestra la magnitud del estrés.

#### d) DIAGNÓSTICO DE LA DISPLASIA EN EL DESARROLLO DE LA CADERA

Rosselli, Pablo (2006), habló del diagnóstico precoz que representa un cambio dramático en el pronóstico de la Displasia de Cadera. Mientras menor sea el paciente en el momento de diagnóstico, los métodos de tratamiento utilizados son más sencillos y efectivos, y usualmente no hay necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos adicionales.

Tachdjian, Mihram (1999), mencionó algunos rasgos clínicos para el diagnóstico las cuales varían con la edad del lactante, el grado de desplazamiento de la cabeza femoral (subluxable, luxable o luxada), y si la luxación es prenatal, perinatal o posnatal. A continuación se menciona algunos de estos rasgos:

- Asimetría de pliegues, los pliegues del muslo y poplíteos se presentan asimétricos en el recién nacido; esto se debe a la oblicuidad pelviana con contractura en abducción de una cadera y contractura en aducción de la opuesta.
- Aparente acortamiento del fémur (signo de Galeazzi positivo) por lo común no se encuentra en el recién nacido, a menos que la luxación se haya producido en el útero.
- Asimetría de los pliegues inguinales. En condiciones normales los pliegues inguinales son simétricos y terminan por detrás del ano. Cuando la cabeza femoral esta luxada hacia posterior y desplazada hacia superior, los pliegues inguinales son asimétricos. En el lado involucrado el pliegue inguinal se extiende posterior y lateralmente más allá del ano. Cuando ambas caderas están luxadas, los pliegues inguinales pueden ser simétricos, pero se extiende por detrás más allá del ano.
- “Flojedad” al extender la cadera o la rodilla. Un bebé recién nacido tiene 15 a 20 grados de contractura en flexión de la cadera o de la rodilla, esto es un hallazgo normal. Por lo común la deformidad en flexión de las caderas desaparece a los 2 a 3 meses de vida. Realizar la maniobra de Thomas para demostrar la deformidad en



flexión de la rodilla. Cuando la cadera está luxada hasta y la rodilla se extienden en su totalidad o se híper extienden. La “flojedad” en la extensión de la cadera y la rodilla es un signo muy notable de la luxación de la cadera.

- La línea de Klisic se traza entre la punta del trocánter mayor y la espina iliaca anterosuperior y se extiende supero medialmente hacia el ombligo, mientras que en la luxada pasa por debajo de él.
- La línea de Nelaton, se traza entre la tuberosidad isquiática y la espina iliaca anterosuperior. Determinar la posición del trocánter mayor. En la cadera normal, la punta del trocánter mayor queda por debajo o en el nivel de la línea de Nelatón, mientras que en la cadera luxada está por encima de aquella.
- Prueba de Ortolani, colocar al bebé sobre plano firme; coger la rodilla del bebé con ambos dedos índice y pulgar), el dedo medio a nivel del trocánter mayor, abducir la cadera flexionada en 90 grados y levantar la cabeza femoral hasta el acetábulo con su dedo índice, se oirá un chasquido al reducirse la cadera – se trata de un chasquido de entrada.
- Luego aducir la cadera. La cabeza femoral se desplaza fuera del acetábulo con un chasquido, denominado chasquido de salida.
- Prueba de Barlow, Se realiza para determinar si una cadera es luxable. La postura del lactante es similar a la de Ortolani; la extensión de las caderas aumenta su inestabilidad, mientras que la híper flexión lo hace más estable. La cadera que no se examina se mantiene en 90 grados de flexión y 45 grados de abducción. La que se analiza se sostiene en 45 grados de flexión y 5 ó 10 grados de aducción, una posición inestable. Con los dedos medio e índice sobre el trocánter mayor en la parte proximal del muslo, y el pulgar sobre la cara medial de su parte inferior por encima de la rodilla, empujar la cabeza femoral posterolateralmente en un intento de luxarla. Cuando la cadera es luxable la cabeza femoral se desliza fuera del acetábulo con chasquido – el chasquido de salida. Luego soltar la fuerza posterolateral y flexionar y abducir la cadera con suavidad. La cabeza femoral se reducen el acetábulo con un chasquido de entrada.
- La postura del miembro inferior rotado hacia lateral con la cadera y la rodilla en extensión.

## e) FISIOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA CADERA

Malagón (2006), habló de las alteraciones en el desarrollo de la cadera y lo asoció a la acción de una serie de fuerzas bio-mecánicas anormales, posiblemente originadas por factores genéticos, endocrinos o metabólicos.

La conformación, osificación y el crecimiento de los componentes osteoarticulares dependen además, de una serie de factores más dinámicos que estáticos, que se describen a continuación:

- Factores genéticos

Es importante la influencia genética en la formación y desarrollo de un órgano. La cadera no se aparta de ese poder determinante. En el caso de la displasia del desarrollo de la cadera. La forma de los órganos primitivos que integran la articulación de la cadera obedece, en primera instancia, a aquella que le ha proporcionado su molde mesénquima, en el cual interviene como factor definitivo el genético.

### Suplencia sanguínea

La osificación y el crecimiento del hueso dependen fundamentalmente de la irrigación sanguínea, Cualquier alteración en su distribución o en su suplencia, determinan un trastorno del desarrollo, el cual repercutirá en la forma y en la función del órgano afectado. Esto hace relación especial a los daños que sufre la epífisis superior del fémur y el cartílago de crecimiento en la necrosis vascular, tan frecuente en el curso del tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera.

### Fuerzas de compresión y de tensión

La rapidez con que se realiza el crecimiento de los órganos esqueléticos y la forma que ellos adquieren están notoriamente influenciados por las diferentes fuerzas mecánicas:

Las leyes de Wolff, definen, que el desarrollo del hueso o de una articulación está directamente relacionados con las fuerzas que estos o aquellos soporten; en especial, durante el crecimiento. Si estas fuerzas son aplicadas convenientemente el hueso o la articulación llegan a ser morfológicas y estructuralmente normales. Por el contrario, si estos órganos están sometidos a fuerzas anormales, su desarrollo se alterara y finalmente se deformarán.

Las fuerzas a las que hace referencia son de diversos tipos: de compresión, de tensión, de movimiento y o de cizallamiento.

En el caso particular de acetábulo, este necesita, para desarrollarse adquirir la forma habitual, al estímulo de la compresión del apoyo, que normalmente es transmitido a través de la cabeza y el cuello femoral. Si esta fuerza se aplica siguiendo una dirección adecuada, la articulación tendrá un desarrollo morfológico y concéntrico normal. El estímulo de la presión debe ir finalmente acompañada, del movimiento; que al ser este también concéntrico, repercutirá finalmente en su forma o una función normal. Si estas fuerzas disminuyen o desaparecen, como en el caso de una parálisis flácida o una inestabilidad articular, por laxitud ligamentosa, la osificación se retardará y el desarrollo articular se demorará y no llegará a hacerse normal. La presión aplicada en una forma inadecuada, de la misma manera alterará el crecimiento y su forma final. Si una cadera está subluxada, las fuerzas que llevan implícitas la cabeza se aplican en una forma anormal sobre el reborde o sobre el techo acetabular los cuales se deforman.

Así como estas fuerzas tienen, como se ha visto, la capacidad de producir un desarrollo normal cuando están bien aplicadas; o anormal, cuando se ejercen en una forma inadecuada, es posible aprovechar su efecto mecánico para corregir un órgano previamente deformado, modificándose su dirección.

Así en una luxación de la cadera de un niño pequeño, con una insuficiencia del acetábulo, basta con reducir la luxación y mantenerla en una posición adecuada para que las fuerzas, ordenadas en una forma eficiente, permitan la corrección de la deformidad.

- Concentricidad v/s excentricidad del movimiento articular

De acuerdo a Somerville, en una cadera pueden existir 2 tipos de movimientos: uno normal, denominado concéntrico, que se obtienen cuando en una articulación el centro del movimiento corresponde con el centro de la cabeza del fémur; y uno excéntrico, anormal cuando el centro de movimiento de la cadera no corresponde con el centro de la cabeza. Vale la pena recordar, que siempre la cabeza del fémur es el centro del movimiento. En el caso del movimiento excéntrico, la cabeza femoral está deslizada hacia un lado del centro del acetábulo. Es el tipo de movimiento en la subluxación.

Cuando existe, o se ha adquirido un movimiento concéntrico, es o se hace estable, desarrollándose normalmente, siempre que exista una integridad anatómica del extremo superior de fémur.

Cuando no existe el movimiento concéntrico, el movimiento excéntrico dará lugar a un desarrollo anormal de la articulación.

Un acetábulo que no se desarrolla normalmente, hecho que se manifiesta por una radiografía al observar una demora en la osificación del techo del cotillo y un pobre desarrollo articular; muchas veces tiene como origen en elemento anormal que determina un movimiento excéntrico de la articulación. El reconocer, por ejemplo que la deformidad acetabular es el efecto, y no la causa de su deformidad tiene obvias implicaciones en la conducta que se debe escoger en su tratamiento. Es el hecho de la hipoplasia cotiloidea secundaria a una coxa anteversa que determinando excéntrico, por el desplazamiento del centro de rotación de la cabeza va a crear un pobre desarrollo acetabular y cuyo tratamiento debe estar dirigido a modificar el eje del cuello femoral, más que a corregir la inclinación del techo del acetábulo.

En la práctica, el objetivo del tratamiento de la displasia de la cadera debe estar dirigido a lograr una reducción perfecta, y a mantener un movimiento concéntrico, durante el crecimiento y la edad adulta.

Si el movimiento concéntrico no se logra mantener, la cadera se hará inestable y llegará a subluxarse. La cabeza aumentará de volumen y el acetábulo se aplanará, perdiendo la articulación su concentricidad.

Existen 3 causas principales de esta subluxación secundaria: un pobre acetábulo, una anteversión femoral y un sobre crecimiento del fémur, con asimetría en la longitud de los miembros inferiores y basculación de la pelvis. Hay, desde luego, muchas otras causas intra y extra articulares de excentricidad, tales como: la estrechez de la cápsula en su parte media; la retracción del ligamento transversal del acetábulo; las adherencias intracapsulares y las contracturas extra articulares; la laxitud ligamentosa y las anomalías del crecimiento por daño del cartílago de crecimiento: deformidades en valgo, en varo, ante torsión, acortamiento del cuello, etc.

- Potencial del cartílago de crecimiento.

El cartílago fisiario es la base insustituible del crecimiento longitudinal del hueso. De su integridad depende también, la forma definitiva de este órgano. Un daño del cartílago de crecimiento; debido, como es lo más frecuente a una interferencia en la circulación del extremo proximal del fémur, puede determinar una amplia variedad de deformidades que finalmente alterarán, en forma definitiva, la biomecánica articular y la concentricidad de la

cadera. Estas deformidades son entre otras el valgo, el varo o la ante versión del cuello del fémur y el acortamiento o sobre crecimiento de este segmento.

Intensidad de los factores descritos y su persistencia

Factor tiempo:

Como lo señala Ogden (1974), el desarrollo del esqueleto condro-óseo es más dinámico que estático. Los cambios morfológicos que se han estudiado son influenciados por el factor tiempo.

El crecimiento y el desarrollo de la articulación de la cadera, como se ha visto, se llevan a cabo durante todo el tiempo que transcurra el crecimiento del individuo e incluso, persisten durante toda la vida. En el caso del desarrollo, la forma de los diversos componentes articulares se van definiendo merced a las fuerzas estudiadas que obran sobre ellas.

Indudablemente es en los primeros días y meses de la vida del niño, cuando la morfología y crecimiento de los elementos cartilagosos tienen su máximo desarrollo, época especialmente aprovechable para un tratamiento efectivo; sin embargo, y como ya ha sido descrito, durante toda la vida del individuo, es posible que se modifiquen, tanto la forma como el crecimiento del hueso. Es pues, el tiempo un factor complementario de las fuerzas de desarrollo de la articulación de un valor inapreciable. Una cadera bien centrada, con el paso del tiempo se desarrollará o irá adquiriendo una forma normal. Una cadera excéntrica por mínima que sea esta alteración, a medida que pasa el tiempo, se irá deformando progresivamente.

Del conocimiento y convencimiento de la importancia de este factor del tiempo, se deduce la trascendencia de un seguimiento permanente y continuo de una cadera en tratamiento. En efecto, y como lo afirma Somerville la parte más importante del tratamiento de una deformidad de la cadera es su seguimiento. El tratamiento de una cadera no se ha completado cuando el niño abandona el hospital. Su cadera, tiene aún muchos años de crecimiento, que permitirán un cambio benéfico de su forma. No es raro, que una cadera que aparenta ser normal a la edad de 3 años, deja de serlo a los 5, muestre una franca deformidad a los 8 años, y comience a presentar signos degenerativos a los 12 o 14 años. El ser consecuentes de la posibilidad de estos cambios hace imperativo el seguimiento a largo plazo de una cadera, hasta que su recuperación sea completa, y hasta que el paciente haya alcanzado su completo crecimiento.

Efectos nocivos por alteración en la forma de aplicación de las fuerzas ejercidas sobre la cadera.

El origen de los cambios que se observan en una luxación inveterada de la cadera corresponde a efectos secundarios y de naturaleza adaptativa, relacionados con la excentricidad coxofemoral, lo cual repercute en los diferentes componentes de la articulación: acetábulo, labrum, cápsula, cabeza y cuello femoral, así como las partes blandas vecinas que aumentan la severidad de acuerdo con el tiempo que aquella cabeza permanece fuera del acetábulo. Estos cambios son debidos a la combinación de fuerzas de crecimiento anormales, que como se ha visto incluyen: tensión, compresión y fuerzas de cizallamiento. Es debido a ellas que algunos tejidos son traccionados o estirados y otros retraídos, haciéndose finalmente adherentes a las superficies óseas blandas vecinas. El cartílago hialino y el fibrocartílago están sometidas a fuerzas de presión y de cizallamiento, que ocasionan alteraciones y deformidades que hacen a la articulación irreductible e incongruente.

- Biomecánica de la displasia de la cadera

Wolff, J. (1892), Pauwels, F. (1935), Kimmer, B. (1963), Eomerville, E. (1982), son algunos de los autores que estudiaron el tema y sentaron las bases de los conocimientos actuales. Se puede considerar 3 tipos:

- La cadera inestable o displasia grado 1, o discreta
- La cadera subluxada o displasia grado 2, o moderada.
- La cadera luxada o displasia grado 3 o severa.

#### Displasia simple

Usualmente debido a una hiperlaxitud capsulo-ligamentaria, y que puede ir acompañado de una mínima lateralización articular, la persistencia de estas alteraciones puede conducir a una mayor separación de la cabeza femoral, una deformidad en valgo, ante versión y una disminución en la concavidad de la cavidad acetabular, lo que conlleva a una incongruencia de la cadera. Si estas alteraciones se encuentran presentes, biomecánicamente podrá encontrarse un aumento del brazo de palanca de la resistencia ( $r$ ), por la mínima lateralización de la cabeza del fémur y su deformidad en coxa valga ante versa, por lo tanto un mayor estrés o peso sobre la cabeza ligeramente desplazada, una menor distancia del brazo de palanca ( $h$ ), con el correspondiente a un aumento de la potencia ( $P$ ), por un mayor esfuerzo de los

músculos abductores de la cadera. La relación coxofemoral, si inicialmente no se presentaba anormal, terminará por establecerse una incongruencia por la aparición de una subluxación, la cual alteraría la congruencia de las carillas articulares.

#### Subluxaciones de cadera

Las alteraciones descritas en las deformidades anteriores se encuentran aumentadas

Existe una lateralización moderada a severa de la cabeza del fémur, con aumento del brazo de palanca de la resistencia: la cabeza femoral igualmente está ligera o moderadamente ascendida, El acetábulo se encuentra aplanado, hay una incongruencia articular con un mayor apoyo super-lateral y una menor superficie de contacto de la cabeza con la cavidad cotiloidea. El de palanca de la potencia está disminuida por la coxa valga, y los músculos abductores de la cadera tendrían que trabajar más, aumentando la potencia.

La menor superficie de apoyo en la cadera, y el mayor peso por unidad de superficie sobre la cabeza femoral que acontecen en estas condiciones determinan una lesión del cartílago hialino articular, tanto de la cabeza como del margen lateral del cótilo; y una respuesta esclerótica del hueso subcondral cuyas trabéculas aumentan en número y densidad.

Radiográficamente se advierte la formación de un triángulo osteoescleroso en la parte más lateral y superior del techo acetabular (triángulo de Pauwels), y un cambio por mayor arqueamiento de las trabéculas de compresión y de tensión del cuello del fémur, hecho fácilmente detectable en la radiografía, respondiendo en ambos casos a las leyes de Woff: el aumento de estrés produce un incremento del hueso que recibe dicho aumento de peso.

#### Luxaciones

Existirán dos posibilidades: la luxación completa, sin apoyo de la cabeza sobre el iliaco, y solo sobre la capsula articular distendida y los músculos correspondientes, y la luxación asociada a la existencia de un neocótilo óseo, que soporta parcialmente la cabeza femoral, En ambos casos; sin embargo, esta cabeza se encuentra muy lateralizada y ascendida, de manera que el brazo de la resistencia se encuentra muy alargado, aumentando el estrés. El brazo de la potencia se encuentra acortado por el ascenso del cuello y trocánter mayor, teniendo que realizar la musculatura abductora de la cadera un mayor esfuerzo para tratar de sostener el miembro inferior.

Sobre esta base general, y como se dijo, habría dos posibilidades: en el caso de no existir apoyo alguno entre la cabeza y el coxal, no habría repercusión ósea o sería esta moderada en la cabeza femoral y mínima en el iliaco. Los cambios degenerativos secundarios serían discretos, como leve la sintomatología dolorosa a nivel de la cadera, ya que habría una falsa articulación, más que una artrosis.

En el caso de que la luxación se acompañase de un apoyo coxofemoral parcial, usualmente medial para la cabeza y lateral para la fosa iliaca; si ocurrirán serios cambios osteoartritis de parte de la cabeza aplanada medialmente y del hueso iliaco igualmente aplanado y con cambios artríticos en su cara lateral. Cambios degenerativos de apoyo anormal, acompañados lógicamente de una sintomatología severa de dolor, limitación funcional, etc.

En ambos tipos de luxación, la fuerza K ejercida por la parte del cuerpo soportada por la cabeza femoral actuarían con un brazo largo de palanca de la resistencia, y en cambio los músculos abductores y su brazo de potencia serían cortos, con severa diferencia funcional y cojera.

- Biomecánica del cuello femoral

El cuello femoral forma con la diáfisis un ángulo de  $135^\circ$  que varía en el recién nacido ( $137^\circ$ , dos años  $144^\circ$ ), cuando está ligeramente aumentado, y en el adulto, disminuido  $135^\circ$ .

En la cadera normal, la carga del peso del cuerpo, la fuerza resultante R de Pauwels, que incide el centro de la cabeza femoral cae medialmente al eje anatómico en la base de su cuello, propiciando su inclinación. Como consecuencia se desarrolla un haz de trabéculas óseas de compresión en la parte medial o interna del cuello, contrarrestada por un haz de fuerzas de tensión que se desarrolla en la parte lateral de dicho cuello. Las trabéculas de hueso esponjoso en el cuello femoral y que corresponde a la trayectoria del estrés, son fácilmente identificables en la radiografía. Ellas forman típicas ojivas góticas de fuerzas de cizallamiento, que se entre cruzan con las ojivas de fuerzas de compresión que actúan oblicuamente en relación con el eje del cuello.

Dos deformidades por angulación del cuello femoral pueden observarse en la displasia de la cadera: Una deformidad por aumento de la inclinación del cuello (coxa vara) o una disminución de la inclinación: coxa valga. Las dos se caracterizan por cambios biomecánicos y estructurales en la cadera.



En la coxa valga, y de acuerdo con Pauwels y Maquet, el brazo de la palanca H de la potencia se encuentra acortado. Los músculos abductores deben desarrollarse más, con objeto de balancear la fuerza K del peso del cuerpo. Las líneas de acción están más cercanas a la vertical. Esto da lugar a un acercamiento de las fuerzas M y R; el acercamiento de este ángulo y el aumento de la fuerza M, contribuyen a aumentar la fuerza M y la resultante R. Más aún, y como lo afirman los autores mencionados, la línea de acción de la fuerza R se hace más cercana al resalto supero externo de la cavidad cotiloidea. Esto disminuye la superficie de apoyo de la articulación.

Esta reducción de la superficie de apoyo articular aumenta la fuerza R que se transmite a través de la articulación, aumentando su estrés compresivo. Radiográficamente puede apreciarse una respuesta a este aumento de la compresión del centro de la cabeza femoral y del cuello, en el sentido de verticalizar las ojivas trabeculares del cuello.

El mayor apoyo sobre la cadera también se refleja a nivel del reborde subcondral de la parte del cótilo, donde aumentan las trabéculas óseas, determinando un triángulo denso de compresión ósea.

En la coxa vara se alarga a diferencia de la deformidad anterior el brazo de la palanca H de los músculos abductores de la cadera M. Estos músculos, por lo tanto, requieren menor potencia (K). El vector de la fuerza muscular de los abductores de la cadera se encuentra más inclinados lateralmente aumentando el ángulo MK. Este factor, y la reducción de la fuerza M combinados, reducen la fuerza R. Adicionalmente, y como lo afirma Maquet, La línea de acción de la resultante R se encuentra desplazada medialmente en el acetábulo. Esto aumenta la superficie de apoyo de la articulación. Sin embargo, si ésta última fuerza se hace más vertical determina un aumento de presión interna sobre el acetábulo determinando una coxartrosis medial.

Este mayor apoyo medial se convierte en una fuerza de cizallamiento que determina como respuesta un aumento del número de trabéculas mediales de compresión, así como las trabéculas laterales de tensión haciendo más aparente el triángulo de Ward.

- Biomecánica del cartílago de crecimiento

De acuerdo con Pauwells, en las caderas normales, con un ángulo de inclinación normal, la fuerza R, resultante de fuerzas K, fuerza ejercida sobre la cadera proveniente del centro de gravedad y de la fuerza M, fuerza ejercida por los músculos abductores, actúan normalmente

en el centro del cartílago epifisiario del crecimiento, del extremo proximal del fémur, y se distribuye en forma semejante a todo lo ancho de dicho cartílago. En estas condiciones el desarrollo del cuello femoral continúa siendo normal.

Vale la pena recordar como el cartílago de crecimiento se encuentra normalmente inclinado medial y caudalmente de acuerdo con la técnica de Cramer y Haike, esta técnica radiográfica se encuentra basada en el ángulo EY conformado por dos líneas: una oblicua comprendida entre los dos extremos lateral y medial del cartílago de crecimiento, y una horizontal que pase por los cartílagos en Y o triirradiados de los acetábulos. Es un requisito fundamental que el miembro inferior esté perfectamente en neutro a tomar radiografía correspondiente.

En casos normales, siguiendo por ejemplo una necrosis isquémica del extremo superior del fémur, complicación relativamente frecuente durante el tratamiento de la displasia de la cadera, el desarrollo del cuello femoral se torna anormal acabando por deformarse. Como resultado de esta complicación, el cuello se hace más corto, se ensancha asciende el trocánter mayor, aumentándose la inclinación abajo y adentro del cartílago de crecimiento.

En este ejemplo la fuerza R se verticaliza provocando una distribución anormal del estrés sobre la físis aumentando la compresión D, así como la fuerza de cizallamiento en la metafísis medial y la fuerza de tensión (Z) en el lado lateral.

En los casos en que la deformidad del cuello, también en varus, ha sido determinada iatrogénicamente, al hipercorregir por ejemplo, una coxa valga o una subluxación de la cadera mediante una osteotomía varizante, deformidad que ha determinado las lesiones descritas en el ejemplo anterior, persistiendo una deformidad en varus; a diferencia del caso de la necrosis, es muy posible que se corrija espontáneamente durante el desarrollo del niño.

El mecanismo, en este caso- ejemplo, está basada en que el cartílago de crecimiento ha permanecido indemne, la fuerza R se encuentra aumentada, y está produciendo un estímulo de crecimiento medial, con un mayor crecimiento óseo de esta región. Este crecimiento desigual podría, y es frecuente que ocurra durante el crecimiento del niño. Aún más es frecuente que haya un sobre crecimiento medial con formación de una coxa valga, que pueda requerir una nueva osteotomía varizante como tratamiento.

Dos deformidades más pueden observarse en el cuello femoral, una de torsión anterior, la más frecuente; y otra opuesta de retroversión o disminución de la versión anterior normal.

Comúnmente la ante torsión se acompaña de coxa valga, y la retroversión de coxa vara. Parece existir una relación en la disposición torsional del gran y pequeño trocánter.

La versión anterior es de 30° en recién nacidos y de 8 a 10° en individuos adultos, existen; sin embargo, una gran variabilidad en estas cifras tanto en las diferencias de la vida como los métodos utilizados para tomar estas medidas.

Existe una relación bastante apreciable que llega a ser más del 60% entre antero torsión femoral y displasia acetabular. En efecto se cita con frecuencia una coincidencia de limitación del cubrimiento anterior del acetábulo y ante versión femoral. Otro tanto ocurre en la asociación de ante torsión femoral y osteoartritis de la cadera.

El desarrollo de la torsión del cuello femoral parece tener relación con la carga mecánica recibida por la cabeza femoral, con la postura – torsión – de los miembros inferiores y el efecto mecánico de los músculos. En la parálisis cerebral caracterizada como es bien sabido, por una disfunción muscular con predominio de aductores, flexores, rotadores internos de los músculos sobre sus antagonistas: Abductores, extensores y rotadores externos, la deformidad de coxa valga antero torsión muy frecuentemente acompañan y son factores causales de la subluxación y luxación de las caderas.

En la coxa antero versa usualmente existe una deformidad en torsión anterior y coxa valga, lo que determina un acortamiento del brazo de palanca de la potencia (P) y aumento del brazo de la resistencia (r) lo cual determina un aumento de carga (R y P). Esta mayor carga se encuentra anormalmente recibida por la cabeza femoral dirigida antero lateralmente. Por otro parte en estos casos de displasia existe una disminución del cubrimiento anterior del acetábulo (displasia anterior).

Tanto este descubrimiento anterior del acetábulo, como la disposición anormal de la cabeza dirigida hacia arriba, adelante y fuera, determina una falta de congruencia de la cadera con mayor apoyo anterior.

El estrés sobre una superficie menor de apoyo ocasiona una mayor carga por la cabeza y reborde anterior del acetábulo, todo lo cual determina una zona de formación de hueso y, finalmente de artrosis comprobable por la tomografía computarizada.

#### f) EXAMENES DE CONTROL COMPLEMENTARIOS: AYUDAS VISUALES

El examen clínico usualmente debe ser suplementado por exámenes complementarios, de los cuales, las ayudas visuales diagnósticas son las normalmente requeridas. Indudablemente

estas son de inestimable ayuda en el diagnóstico, pero es igualmente indispensable, se insiste, en que estas sean antecedidas de un buen examen clínico.

Desde el descubrimiento de los rayos X a finales del siglo XIX se ha abierto una amplia gama de posibilidades técnicas, que indudablemente han cambiado muchos aspectos nosológicos y terapéuticos. Ellos han permitido, incluso conocer nuevas entidades patológicas y aclarar el diagnóstico de otras muy anteriormente conocidas.

Inicialmente los rayos X, sólo permitieron visualizar los órganos densos como el sistema óseo y únicamente en dos dimensiones. Posteriormente, la aparición de la artroscopía, la sonografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética, lograron poner de presente las partes blandas, y en el caso del sistema músculo - esquelético, los órganos articulares: cartilagosos y fibrosos, y ya no sólo en dos dimensiones, sino tres: coronales, sagitales y axiales, las cuales son de gran ayuda al clínico y cirujano. En los últimos años apareció otra nueva ayuda, la artroscopía, que permite ver directamente los órganos intra-articulares, explorarlos y muchas veces intervenirlos quirúrgicamente.

- Todo estudio diagnóstico médico debe iniciarse con un completo examen clínico.
- En el estudio de la displasia del desarrollo de la cadera que concierne a esta tesis, es importante tener en cuenta la edad del paciente y el tejido u órgano que se desee investigar.
- La ultrasonografía o ecografía, es el medio más indicado para definir el estado de la cadera en el recién nacido y hasta los tres meses de edad; ya que, permite la identificación de las partes blandas articulares. Este medio requiere un especial entrenamiento de parte del técnico que la realiza y del clínico que la interpreta.
- La radiografía, puede ser utilizada desde el nacimiento del niño. La imagen que proyecta es; sin embargo, más confiable a partir de los tres meses de edad, cuando ya existen algunos núcleos de osificación secundaria como la cabeza femoral, que permiten el diagnóstico más fácil del tipo de displasia que padece el niño.
- La artrografía, utilizada en un tiempo como un excelente medio de visualización del contorno de los órganos cartilagosos de la cadera y poder diagnosticar la displasia y el grado de reducción de la luxación, ha sido, en parte reemplazada por la ultrasonografía y la resonancia magnética.

- La tomografía computarizada, permite, que de las imágenes que muestra la radiografía, un examen axial de la cadera, y debe usarse en casos de duda en que se necesita estar seguro de una perfecta reducción cerrada o abierta de la articulación.
- La resonancia magnética, se utiliza en casos en que se requiere una visualización especializada de la partes blandas articulares: cartílago, fibrocartílago, capsula articular, ligamentos y meniscos. Permite por lo tanto, el examen de la cadera cartilaginosa antes de la aparición del núcleo de osificación de la cabeza femoral y del labrum acetabular.

## EXAMEN RADIOLÓGICO

Para Ramos, José (1979), el examen radiológico tiene un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de la displasia de cadera. Se toma con los miembros inferiores extendidos y juntos, rótulas al cenit. Si no hay núcleo de osificación capital, lo mejor son las mediciones de Hilgenreiner.

### Las mediciones de Hilgenreiner

Tenemos tres: 1) Trazados de una recta desde el punto supero externo del cartílago en Y al borde externo del techo (hemicotilo superior). Se acepta que una oblicuidad de más de 30° respecto a la horizontal es anormal e indica un cótilo huido. En el recién nacido hay quien advierte que aún 40° puede ser normales; pero, ya pasado ese momento se considera que los 30° son la medida límite (para algunos 22° al año). Esta oblicuidad del techo, habitualmente de más de 45° en estos enfermos, es el sello más seguro de la tendencia a la luxación de cadera: podríamos agregar que la oblicuidad del techo obliga a pensar ante todo en luxación congénita de cadera a cualquier edad. 2) Después de trazada una línea horizontal por los puntos más bajos de los extremos óseos iliacos que intervienen en el cartílago en Y, se baja una vertical desde dicha horizontal hasta el punto medio de la extremidad superior del fémur. Dicha vertical no debe ser menor de 1 cm. 3) Midiendo sobre esa horizontal la distancia entre el punto óseo iliaco referido y aquel desde el cual se bajó la vertical, dicha distancia debe ser también de 1 cm. Cualquier aumento de la distancia horizontal mencionada traduce un desplazamiento hacia afuera de la extremidad superior del fémur, es decir, una tendencia a la separación de la cabeza respecto al Cótilo; y una disminución de la vertical un ascenso simultaneo.

## La triada radiológica de Putti

Comprende: 1) retardo en la aparición o hipoplasia del núcleo cefálico del lado afectado; normalmente dicho núcleo aparece en general a los seis meses, pudiendo ser a menudo a los ocho; en el lado displásico el núcleo puede ser muy pequeño cuando el otro se ha formado netamente o bien aparecer recién después del año. 2) Cótilo huidizo, igual que en las mediciones de Hilgenreiner. 3) Separación hacia afuera del extremo femoral. Putti aconseja trazar una vertical a lo largo del punto más interno de dicha extremidad; la vertical debe apuntar al punto medio del techo radiológico; en las preluxaciones apunta más hacia afuera.

### g) PLAN EN EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA

Podemos mencionar dos tipos de tratamiento: primero el tratamiento ortopédico realizado por el médico especialista, El cual incluye: el diagnóstico, los ortéticos (férulas), los yesos y las cirugías; el segundo, que es el tratamiento fisioterapéutico que incluye: los ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y control postural.

#### g.1) Tratamiento Ortopédico

Aquí el tratamiento va depender de dos factores muy importantes: la gravedad de la patología y la edad en que se diagnostica; por ello, cuanto más temprano se diagnostica va evitar el tratamiento prolongado y las cirugías innecesarias.

1. Cuanto más temprano se realice el tratamiento mejor serán los resultados. El diagnóstico precoz debe hacerse al nacimiento del niño mediante un examen clínico efectuado por el profesional experto en la cadera del neonato. Sólo las caderas en riesgo, inestables o de diagnóstico dudoso, requieren un estudio complementario (ultrasonografía).

La cadera inestable o subluxable que se presenta en el 5% de los neonatos responden bien a una inmovilización en una férula de abducción. La cadera luxada que no reduce con facilidad en las maniobras de Ortolani-Barlow, en un alto porcentaje de los casos necesitará una reducción quirúrgica.

2. La cadera luxada diagnosticada antes de los 18 meses y que responde a una maniobra suave de reducción debe tratarse en forma conservadora e idealmente lograrse su completa estabilización; de no obtenerse una reducción fácil, debe intervenir quirúrgicamente.

3. Después del año y medio de edad, si persiste la luxación o inestabilidad, debe hacerse una reducción abierta acompañada de una osteotomía del iliaco, y si es necesario una osteotomía intertrocantérica.

4. El paciente con displasia de desarrollo de la cadera debe tener un seguimiento durante la infancia, la adolescencia y en la edad adulta para detectar y corregir las lesiones residuales, que de persistir, determinarían en la edad adulta o en la vejez cambios degenerativos irreversibles y que sólo con cirugías de reemplazo pueden ser corregidas.

Aun siguiendo estos pasos rigurosamente, países muy avanzados han logrado a la fecha (agosto 2002) disminuir la frecuencia global de osteoartritis por displasia, de 34.47% a 28.57%.

5. Uso del Arnés de Pavlik, para ello los investigadores Silva, Caicedo & Garzon (2011), sobre este dispositivo que busca mantener la cadera en flexión de 100° a 110° y abducción de 50° a 70°, permitiendo un movimiento seguro de cadera.

6. Uso de las férulas de Aros, fue otro de los ortéticos más usados y es así que, Tachdjian (1990) lo refirió como un dispositivo que coloca la cadera a 90° de flexión y abducción.

#### g.2) Tratamiento fisioterapéutico

Aquí al igual que en el anterior va depender de la severidad y edad del paciente, el tratamiento se realiza en total coordinación con el tratamiento ortopédico en la búsqueda de la resolución del problema. Lo realiza el fisioterapeuta con la colaboración de los padres

1. Ejercicios de estiramiento, para Nakazato (2011) el estiramiento es una forma de terapia manual, en donde, la maniobra sirve para elongar los tejidos blandos en relación a una o más articulaciones. En el caso de la cadera se busca elongar los músculos que por su ubicación sacan la cabeza femoral del acetábulo y son: Psoas iliaco, los aductores.
2. Ejercicios de Fortalecimiento, consisten en desarrollar la fuerza máxima de un músculo en una sola contracción. El tendón, es el encargado de transmitir la fuerza muscular a las estructuras óseas, facilitando la movilización segmentaria o la estabilización en función de las exigencias motoras. En el caso de la cadera, se busca desarrollar la fuerza de los músculos estabilizadores que aseguran la cabeza con el acetábulo. Se busca fortalecer a los músculos glúteo medio, glúteo mayor y pelvitrocantereos.

3. Control postural, consiste en las medidas para una higiene postural.

Gardiner (1968) definió a la postura como la actitud adoptada por el cuerpo mediante apoyo durante la inactividad muscular o por medio de la acción coordinada de muchos músculos, actuando para mantener la estabilidad. En el caso de la cadera se debe tener cuidado con las posturas viciosas que producen deformidades óseas, como la postura en “W”, sentado sobre talones o dormir de cubito prono (boca abajo)

### 1.3. Investigaciones

Se encontraron estudios anteriores que permiten apreciar la importancia de la participación y conocimiento de los padres en el tratamiento de enfermedades en los niños, y como estos influyen en la evolución de la patología. Tenemos los siguientes aportes nacionales e internacionales en orden cronológico:

#### **Internacionales**

Garrido Guzmán, María (2009) presentó su trabajo, queriendo conocer el **“comportamiento que tienen los padres en la práctica deportiva de su hijo en las escuelas deportivas municipales de la ciudad de Sevilla”**. En dicha investigación se buscó conocer hasta qué punto los padres son capaces de implicarse en el deporte que practican sus hijos, ¿qué comportamiento tienen los padres en dicho contexto deportivo? y ¿qué puntos de vista tienen los técnicos deportivos y los propios niños de dicha implicación?, analizando si todo ello, se realiza de manera educativa o no. Concretamente, dichas actitudes de los padres fueron estudiadas en 7 deportes: fútbol sala, fútbol, baloncesto, voleibol, balonmano, tenis, bádminton.

Los resultados muestran que la participación en general de los padres es baja y que también depende en gran medida del deporte practicado y de los distritos donde participen los niños, mostrándose así, diferencias respecto al comportamiento de los padres tanto en los entrenamientos, competición, implicación... según donde pertenezcan.

Delvicié Palacios, Lisett (2014), realizó el estudio: **“Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y padres de familia en la estimulación temprana a niños menores de cinco años diagnosticados con síndrome de Down que acuden al centro de rehabilitación nuestra familia en la ciudad de la provincia de Esmeraldas periodo abril a julio de 2014 en Ecuador”**, se realizó el estudio descriptivo y explicativo, con un tipo de diseño longitudinal comprendido desde abril a julio, el cual contó con una muestra de 16 niños y padres de familia encuestados. Se concluyó que existe poca preparación por parte de



los padres de familia en cuanto a proporcionar una adecuada estimulación a sus hijos, basándose sólo al brindado por parte de las instituciones al que asisten y que se debería dar una mayor interacción por parte de este centro y personal de terapia, en abordar el tema y buscar alternativas en conjunto a favor de estos niños durante las etapas de enseñanza y aprendizaje.

### **Nacionales**

Huamanyauri Saavedra, July (2005), realizó su investigación: **“Grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente Niño-Hospital local de Huaycan Ate-Vitarte”** se buscó resaltar la importancia de la estimulación temprana en los dos primeros años de vida, y como estos influyen en su desarrollo y adaptación al entorno social. Demostrado está que la falta de estímulo afecta algunos órganos y las estructuras del sistema nervioso central, de tal forma que cualquier lesión por falta de estímulo influiría negativamente en el desarrollo cerebral del infante. Según MINSA actualmente uno de los problemas de salud de mayor preocupación está dado por la alta tasa de mortalidad infantil en niños menores de cinco años; de los cuales el 40% de los niños sufre de retraso en el desarrollo psicomotor, un 13% de incapacidad y un 3% con minusvalía. De tal manera se tuvo como objetivo: determinar el grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana del lactante menor de un año. Se concluyó que el nivel de conocimiento es medio, de los cuales las madres de niños de 7-11 meses presentan conocimiento bajo. Con ello, se demuestra la importancia de mejorar el vínculo madre-niño.

Estela Vásquez, Reyna (2005), realizó un estudio sobre **“Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Bartonelosis en la población mayor o igual a 18 años del distrito de Bellavista de la provincia de Jaén del departamento de Cajamarca”**, tuvo los siguientes resultados en una población de 11256; el 77.90% de la población; tienen conocimientos insuficientes; el 93.80% asumen actitudes favorables; el 83.79% no practica ninguna de las medidas de prevención y control; la cual califica como prácticas no saludables. Se concluyó que la población tiene conocimientos insuficientes, actitudes favorables y prácticas no saludables sobre bartonelosis.

Ferro Sosa. María (2006), presentó su trabajo titulado: **“Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre de 2005”** de tipo prospectivo, transversal y descriptivo en el instituto especializado materno perinatal a un total de 372 puérperas, a quienes se aplicó una encuesta

estructurada. Los resultados mostraron el nivel de conocimiento de lactancia materna en las puérperas: Sólo el 30.1% mostró un nivel de conocimiento bueno, lo que quiere decir, que la gran mayoría 69.9% demostraron un nivel inadecuado (entre regular y malo). El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de mujeres fértiles. El grado de instrucción es un factor importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información. El grupo de puérperas que solo tienen educación primaria presentó el más alto porcentaje de conocimiento malo (32.8%) sobre la lactancia materna. El grupo de solteras se asocia al nivel de conocimiento malo (38.4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representan un mayor porcentaje de conocimiento malo (25.8%), a comparación de las que se dedican a su casa. En conclusión: el nivel de conocimiento inadecuado predominó entre regular a malo en un 70%. El grupo de las adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción primaria, las empleadas.

Melgarejo Solís, Giannina (2006), realizó un estudio titulado: **“Nivel de conocimiento y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del IESN”**, tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado por quemadura. El método que se utilizó fue el descriptivo correlacional; la población lo conformaron 20 padres, la técnica que se utilizó fue la entrevista y los instrumentos, un cuestionario y una escala de lickert; concluyéndose que la relación entre los conocimientos y las actitudes de los padres sobre su participación en la atención del niño quemado no es significativa estadísticamente, cabe mencionar que los padres presentan una fuerte carga emocional debido al estrés repentino que experimentan en las primeras 72 horas por ser un periodo crítico inmediato y mediato para el niño, siendo factores limitantes para la adquisición y aplicación de los conocimientos; por ello, es urgente que el profesional de enfermería brinde soporte emocional, consejería integral a los padres de familia para ayudarlos a superar esta etapa; así mismo motivarlos e incentivar su participación en la atención del niño quemado hospitalizado, creando conciencia y responsabilidad para garantizar la continuidad del cuidado tendientes a favorecer la pronta recuperación del niño.

Juárez Vílchez, José (2008), en el estudio: **“Participación masculina en los procesos del embarazo y parto”** explora la percepción de usuarios de los servicios de salud reproductiva, respecto de la participación masculina en los procesos del embarazo y parto, así como las

percepciones que influyen en las actitudes, roles y responsabilidades asumidas por varones y mujeres durante estos procesos, con ello se buscó desarrollar estrategias eficaces que posibiliten actitudes favorables para que los varones tengan roles más activos durante estos procesos, así como resaltar la necesidad de implementar intervenciones programáticas y políticas más inclusivas e integrales que respondan a las necesidades de los varones y mujeres en función a la equidad y en el marco de los derechos alcanzados. Se encontró que hay una participación más abierta de los varones para expresar sus vivencias emocionales, respecto al embarazo y parto, y para buscar atención prenatal o atención del parto, pero no democratizan la toma de decisiones y solamente el tamaño familiar y el uso de anticonceptivos. A nivel de los servicios de salud, también destacó la participación en su rol clásico de proveedor, pese a que se aprecia esfuerzos e iniciativas desde ellos a su pareja para participar en la atención prenatal y la atención del parto cuando acuden a los servicios de salud; el diseño de los servicios y el personal de salud actúa como barreras al no permitir su ingreso a estos espacios; y cuando lo logran, los varones no son considerados como parte del público objetivo. Esto probablemente ha condicionado tres tipos de limitaciones respecto a la participación masculina, aquellos relativos a lo delimitado de los roles y responsabilidades para varones y mujeres, las relativas al personal de salud que aún no está preparado para atender la presencia masculina durante la atención del embarazo y el parto al adoptar prácticas corporativas que enfatizan que los procesos reproductivos son de entera responsabilidad y exclusividad de las mujeres; y lo relativo a las instituciones de salud donde el énfasis de la participación masculina solo es discursivo, no hay una decisión política para implementar canales de participación de los varones en estos espacios. Se necesita seguir trabajando los aspectos de masculinidad y de negociación con las instituciones de salud para apertura el ingreso de los varones a los espacios de la sexualidad y la reproducción.

#### **1.4. Marco Conceptual**

Displasia en el Desarrollo de la Cadera

Malagón, V. (2006) definió a la Displasia en el Desarrollo de la Cadera, como una deformidad de esta articulación, debida a un trastorno multifactorial en su crecimiento y caracterizado por una alteración en la formación, la estructura y las características clínicas, imágenes diagnósticas y anátomo-patológicas que alteran las relaciones articulares, en diversos grados de severidad.

El tratamiento de la Displasia de Desarrollo de la Cadera consiste en un conjunto de medidas encaminadas a la resolución de una cadera en déficit, para ello, se necesita la participación del médico, fisioterapeuta y los padres.

### Conocimiento

Cipriani, Enrique, definió al conocimiento sensible como captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella, podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas; con olor, color, formas y dimensiones. Los ojos y oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

El conocimiento es un conjunto de ideas, hechos y principios que se adquieren, y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto caracterizado por ser un proceso activo y continuo durante todas las etapas de la vida.

### Participación

La participación, son las actitudes o predisposición de los padres para actuar y participar mediante su capacidad y características inherentes en el desarrollo de la terapia física del paciente con displasia frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos; los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales.

### Fisioterapia

Es una disciplina de la salud que ofrece una alternativa terapéutica no farmacológica para diagnosticar, prevenir y tratar síntomas de múltiples dolencias, tanto agudas como crónicas, por medio de ejercicios terapéuticos, calor, frío, luz, agua, técnicas manuales; entre ellas la electricidad.

Según la confederación mundial para la fisioterapia, el objetivo es facilitar el desarrollo, mantención y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo o grupo de personas a través de su vida.

### Displasia

Proviene del griego, “dys” equivale a dificultad y “plasia” equivale a formar; por lo tanto hace referencia a una anomalía en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular.

### Pronóstico

Es la predicción que puede hacerse de un problema de salud, ello conlleva a la toma de decisiones y a la elección de rutas a seguir en función de los que es probable que ocurra en el futuro, con base a su vez en análisis y en consideraciones de juicio.

### Control Postural

Es la relación que guardan entre si los diferentes segmento corporales a fin de prevenir las deformidades. Se refiere a la higiene postural

### Rango Articular

Para Kendall's, F (2000), es la amplitud de movimiento, normalmente expresada en grados, a través de la cual puede desplazarse una articulación; pudiendo ser: pasiva, activa o forzada.

### Fuerza muscular

Es la capacidad de un músculo o grupo muscular de ejercer tensión contra una carga durante la contracción muscular. Es la cualidad, por la que el músculo es capaz de vencer o mantener una resistencia a la que se llama fuerza. Esta resistencia puede ser máxima, media o baja.

## Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

### 2.1. Planteamiento del Problema

#### 2.2.1. Descripción de la Realidad Problemática

La Displasia en el Desarrollo de la Cadera es una patología mundial y en algunas regiones endémicas como Italia, Francia, Checoslovaquia, etc. A nivel mundial la incidencia es de 3 a 4 casos por mil nacidos vivos. En el 60% de los casos está afectada la cadera izquierda, en el 20% la derecha y en el 20% en ambas. Es más frecuente en niñas hijas de madres primerizas y en presentación podálica.

La Displasia de la Cadera, es una patología que debe ser diagnosticada y tratada precozmente, cuya resolución depende de los médicos y en gran parte de la familia; si no se resuelve, conllevará a un tratamiento prolongado y traumático con innumerables cirugías y con probables secuelas físicas irreversibles.

La Displasia Congénita de Cadera es una falta de desarrollo de los componentes de la articulación de cadera (el techo, cuello y cabeza femoral), cuya resolución depende de varios factores; algunas innatas propias del paciente y otras externas.

Para lograr un desarrollo corrector de la cadera a través de la fisioterapia se debe considerar como factores innatos a dos grupos: los que les corresponden la parte física (anatomía y fisiología) y los de orden psicológico.

La presencia excesiva de ciertas hormonas (Relaxina, Elastina y Estrógeno) influyen negativamente y tienen relación con el sexo, el tono muscular y factor hereditario. Lo anterior interfiere con el desarrollo de la cadera.

La falta de colaboración del paciente en sus terapias es otro factor que influye; ya sea porque es muy pegado a sus padres o poco colaborador.

Considerando los factores externo tenemos: la poca motivación y dedicación (tiempo) de los padres con la fisioterapia; siendo este indispensable; ya que el padre tiene que aprender a realizar los ejercicios que está en su dominio para reforzar en casa y favorecer el desarrollo de la cadera Displásica. La participación de los padres debe estar en relación al nivel de conocimiento e información que reciben y que limita su accionar en la fisioterapia.

Por estas razones se pretende realizar el estudio en la Clínica San Juan de Dios; dada la alta incidencia de esta patología.

### **2.2.2 Antecedentes Teóricos**

La Displasia de Desarrollo de la Cadera es una malformación patológica en Ortopedia Pediátrica frecuente en neonatos; que se manifiesta por una inestabilidad y/o pérdida parcial o total de la relación Coxofemoral del niño. Es decir la articulación Coxofemoral es afectada por un déficit de desarrollo del borde del Acetábulo (Displasia) y por la mala posición de la cabeza del fémur durante el periodo embrionario, fetal o infantil, causando subluxación o luxación.

A nivel mundial la incidencia es de 1.3% y 1.5 % de cada 1000 niños los que padecen este problema, siendo de vital importancia la detección y el diagnóstico precoz, lo que evitaría los tratamientos prolongados y engorrosos que incluirían las cirugías musculares y óseas; es por ello necesario, la participación de un equipo multidisciplinario de salud y la participación de los padres.

El acompañamiento de los padres es importante en el campo del conocimiento de la enfermedad (signos clínicos de diagnóstico y tratamiento) y en el campo de su participación (tiempo de tratamiento y dedicación).

#### **Displasia simple**

Usualmente debido a una hiperlaxitud capsulo-ligamentaria, y que puede ir acompañado de una mínima lateralización articular, la persistencia de estas alteraciones puede conducir a una mayor separación de la cabeza femoral, una deformidad en valgo, ante versión y una disminución en la concavidad de la cavidad Acetabular, lo que conlleva a una incongruencia de la cadera. Si estas alteraciones se encuentran presentes, bio-mecanicamente podrá encontrarse un aumento del brazo de palanca de la resistencia, por la mínima lateralización de la cabeza del fémur y su deformidad en coxa valga ante versa, por lo tanto un mayor estrés o peso sobre la cabeza ligeramente desplazada, una menor distancia del brazo de palanca, con el correspondiente a un aumento de la potencia, por un mayor esfuerzo de los músculos abductores de la cadera. La relación coxofemoral, si inicialmente no se presentaba anormal, terminará por establecerse una incongruencia por la aparición de una subluxación, la cual alteraría la congruencia de las carillas articulares.

#### **El Conocimiento**

La acción o efecto de conocer, entendimiento, inteligencia o razón natural. El conocimiento de la Displasia de la Cadera es importante, sobre todo para el diagnóstico precoz que es a través de los signos clínicos y para el tratamiento que es a través de la realización. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de

observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos. El “conocimiento es la capacidad de dar solución a un determinado problema. El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entrenamiento e inferencia lógica.

### **Participación**

Los padres cumplen un rol importante en la atención del niño, porque su conocimiento sobre la atención del paciente con Displasia de Cadera y su rol complementario de los ejercicios en casa orientados por los terapeutas, van a ser de vital importancia en la evolución del paciente.

Las actitudes de los padres es la predisposición para actuar y participar mediante su capacidad y características inherentes en el desarrollo de la terapia física del paciente con displasia frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos; los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales

## **2.2.3. Definición del Problema**

### **Problema Principal**

¿Cómo influye el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017?

### **Problemas Específicos**

1. ¿Cómo Influye el Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y las Medidas de Diagnóstico con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017?



2. ¿Cómo Influye el Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y el Control Postural en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017?
3. ¿Cómo Influye el Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017?
4. ¿Cómo Influye la Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017?

## **2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1. Finalidad**

La finalidad de esta investigación fue determinar la Influencia del Nivel de Conocimiento de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

Se considera importante ya que servirá como apoyo a investigaciones futuras sobre el tema actual y resaltar la importancia de los padres en el tratamiento de la displasia de desarrollo de la cadera.

### **2.2.2. Objetivo General y Específicos**

#### **Objetivo General**

Determinar la Influencia del Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

## **Objetivos Específicos**

1. Determinar la Influencia del Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
2. Determinar la Influencia del Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y el Control Postural en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
3. Determinar la Influencia del Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
4. Determinar la Influencia de la Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

### **2.2.3. Delimitación del estudio**

**Delimitación Espacial:** El presente trabajo de investigación se desarrolló en la Clínica San Juan de Dios de Lima, es una institución privada de apoyo social, que brinda atención de salud en las especialidades de Ortopedia, Traumatología y Neurología infantil. Las encuestas se realizaron en los servicios de:

- Consultorio de Medicina Física y Rehabilitación
- Servicio de Terapia Física y Rehabilitación

**Delimitación Temporal:** el estudio se realizó de Enero a Diciembre de 2017.

**Delimitación Social:** la investigación se llevó a cabo con los padres de los pacientes que asisten a los consultorios y a las terapias.

**Delimitación Conceptual:** los conceptos vertidos en el estudio fueron: Displasia de Cadera, Tratamiento Fisioterapéutico, Nivel de Conocimiento y Participación.

#### **2.2.4. Justificación e importancia del estudio**

El presente trabajo es de vital importancia dada la alta incidencia de pacientes con Displasia de Desarrollo de la Cadera y sobre todo el rol que cumplen los padres en el diagnóstico precoz y tratamiento de una entidad ortopédica de larga duración.

Se resalta la importancia del Nivel de Conocimiento de los Padres y su Participación en la solución de este problema; sobre todo en la actualidad, en que se vive la era del conocimiento y de un mundo caracterizado por la globalización, la competitividad y la innovación científico-tecnológica en permanente cambio que busca integrar a la familia en el tratamiento de los niños con Displasia de Desarrollo de la Cadera.

Presentamos algunos puntos relevantes del presente trabajo:

- Demostrar la importancia de la participación de los padres en el proceso de rehabilitación de los pacientes con Displasia en el Desarrollo de la cadera. Comprometerlos a ser partícipes en este tratamiento, a fin de que continúen haciendo los ejercicios en casa.
- Determinar el Nivel de Conocimiento que tienen los padres con respecto a la patología y los controles posturales.
- Resaltar la importancia del Diagnóstico precoz de la Displasia en el Desarrollo de la Cadera y su relación con probables complicaciones.
- Determinar quién y cómo asumen el rol de las terapias en casa, especialmente cuando los padres trabajan.
- Resaltar la importancia de incluir en la “cartilla de control de niño sano” las pruebas de detección de Displasia de Cadera, para diagnosticar como máximo a los dos meses.
- Ser punto de partida para otras investigaciones afines; ya que, existe poca información en el tema tratado.

## **2.3. Hipótesis y Variables**

### **2.3.1. Supuestos teóricos**

Displasia en el Desarrollo de la Cadera

Ramos, José (1979), define la Luxación Congénita de Cadera como un proceso en que existe una malformación congénita de todas las estructuras de la cadera (partes blandas y esqueleto) de diverso grado, que tienden a determinar una defectuosa correspondencia entre el Acetábulo y la Cabeza Femoral.

Malagón, Valentín (2006) define la Displasia en el Desarrollo de la Cadera, como una deformidad de esta articulación, debido a un trastorno multifactorial en su crecimiento, y caracterizado por una alteración en la formación, la estructura y las características clínicas; imágenes diagnósticas y anátomo-patológicas que alteran las relaciones articulares en diversos grados de severidad.

Nivel de Conocimiento.

Cipriani, Enrique (1997), dio referencias sobre los Niveles del Conocimiento. El Conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medios de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas; con olor, color, formas y dimensiones. Los ojos y oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales de escalas inferiores desarrollan selectivamente otros órganos de los sentidos: las aves, la visión; los roedores, el olfato, etc.

### **2.3.2. Hipótesis Principal y Específicas**

#### **Hipótesis Principal**

El Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia Influyen Positivamente en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños Menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

### **Hipótesis Específicas**

1. El Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
2. El Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
3. El Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.
4. La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios Influyen Positivamente con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

#### **2.3.3. Variables e Indicadores**

**Variable Independiente:**

Nivel de Conocimiento.

**Variable Independiente:**

Nivel de Participación

**Variable Dependiente:**

El Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños menores de cuatro años

## Definición operacional de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
<b>Nivel de Conocimiento</b>	Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y las medidas de Diagnóstico.	-Información de la enfermedad. -Causas y signos de alarma para el diagnóstico	1, 2, 5 3, 4, 6
	Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural.	-Tipos de ejercicios. -Control postural y Evolución.	7, 8 9, 10, 11
<b>Nivel de Participación</b>	Tiempo de Dedicación de los padres.	-Tiempo de Acompañamiento.	12, 14,16
	La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios.	-Número de personas que Acompañan. -Stress Emocional en los componentes familiares	13,15,17 18,19, 20, 21
<b>Tratamiento de la Displasia de Desarrollo de la Cadera</b>	-Medidas y Actividades encaminadas a la resolución de una Cadera con déficit de desarrollo.	-Ejercicios de Estiramiento y Fortalecimiento.	22, 23, 24, 25
	-Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.	- Higiene postural - Dosificación	26, 27 28, 29, 30

## Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

### 3.1. Población y Muestra

La población está conformada por los padres de niños menores de 4 años con diagnóstico de Displasia de Desarrollo de la Cadera que acuden al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y los consultorios de Ortopedia de la Clínica San Juan de Dios-Lima.

La población fue de aproximadamente 100 y el resultado de la muestra es 80 por muestreo probabilístico aleatorio simple.

Fórmula de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (p \cdot q)}{E^2 (N-1) + Z^2 (p \cdot q)}$$

Dónde:

- N: es el tamaño de la población
- n: es el tamaño de la muestra
- Z: distribución estándar (para margen de confianza de 95% es 1.96)
- E: margen o probabilidad de error 5%
- p: tasa de acierto o éxito.
- q: tasa de fracaso o error.

$$N = 100$$

$$z = 1.96$$

$$E = 0.05$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

Desarrollando la fórmula:  $n = 80$  padres

#### **Criterios de inclusión:**

- a) Tener al menos un hijo menor de 4 años o estar a cargo de un niño de ese rango.
- b) Entender el idioma español.
- c) Aceptar libremente responder la encuesta y firmar el consentimiento informado.
- d) Historia accesible y completa del menor.

### **Criterios de exclusión:**

- a) Padres que no estén a cargo de sus hijos.
- b) Padres o apoderados que no acepten participar del estudio.
- c) Padres con hijos con diagnóstico de Displasia de Desarrollo de la Cadera mayor de 4 años de edad.

### **3.2. Diseño a utilizar en el estudio**

Método de Investigación.

Dentro de los métodos corresponde al tipo EXPLICATIVO, porque responde a una relación causal entre las variables. Se busca realizar un seguimiento y control al objeto de estudio.

NIVEL APLICADO porque mediante el uso de instrumentos se recogerá datos para comprobar las hipótesis.

Dentro del método tipo Explicativo, corresponde a la forma: EX POST FACTO O retrospectivo, en la que el fenómeno de estudio se dio en un pasado inmediato y continúa ocurriendo en la actualidad.

Diseño de Investigación

El método de estudio utilizado se representa gráficamente de la siguiente manera:

**$M_1: O_y (f) O_{x_2}$**

$M_1$ : Muestra de padres con hijos

$O_{x_1}$ : Nivel de conocimiento de los padres.

$O_{x_2}$ : Participación de los padres

$O_y$ : Tratamiento de displasia de desarrollo de la cadera

f : en función de



### **3.3. Técnica (s) e Instrumento (s) de Recolección de Datos**

Técnica:

La Encuesta.

La técnica Encuesta, consistió en una interrogación escrita la cual fue elaborada por el autor para ser aplicada en el servicio de medicina física y rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios, pasando por un proceso de validez y confiabilidad.

La encuesta se realizó a los pacientes de la Clínica San Juan de Dios a fin de obtener información necesaria para la investigación.

Instrumento:

Formulario tipo escala modificada (anexo d); elaborado por el Lic. José Luis Velásquez Vásquez en el 2017, para ser utilizado en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de la Clínica San Juan de Dios, pasando por procesos de validez y confiabilidad que corresponden. La misma que incluye 30 preguntas; de las cuales 11 preguntas corresponden al nivel de conocimiento; 10, del nivel de participación y 9, al tratamiento fisioterapéutico de la displasia de desarrollo de la cadera.

El instrumento fue elaborado por el autor, pasando por el proceso de validez a través de juicio de expertos: Mg. Edith Avila Villanueva, Mg. Ronald Justo De la Cruz Vásquez, Mg. Cris Yelina Gutarra Yauri; y la prueba de confiabilidad que alcanzó 0.835 de la escala ALFA de Crombach, el cual según Hernández Sampieri (2010), muestra un nivel de confiabilidad alto.

### **3.4. Procesamiento de datos**

Una vez que el instrumento fue validado se aplicó en la muestra y se recogió información de cada sujeto en estudio. Luego, se procedió a la creación de una base de datos mediante el SPSS VERSIÓN 24 para obtener tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes, presentando así la estadística descriptiva.

Finalmente, se comprobaron las hipótesis mediante el uso de la prueba Rho de Spearman por tratarse de variables cualitativas aplicándose así la estadística inferencial.

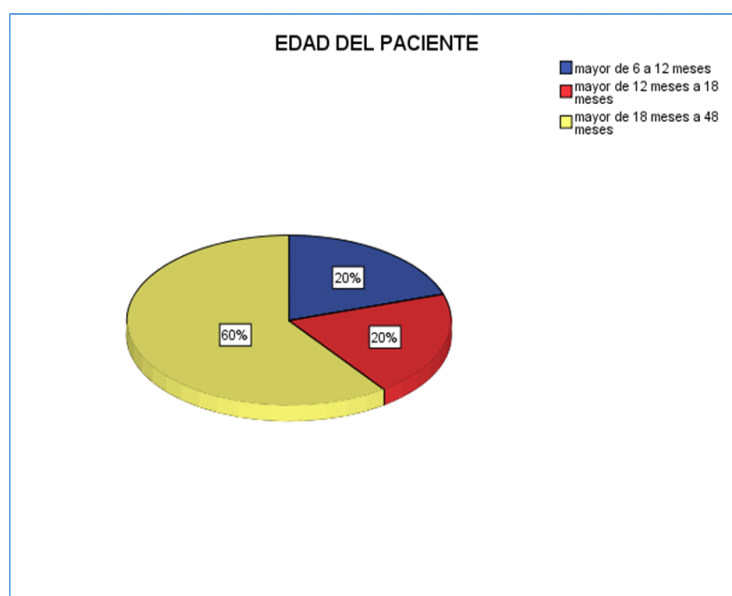
## Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

### 4.1. Presentación de Resultados.

**TABLA N° 01**  
**EDAD DE LOS PACIENTES**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
De 6 a 12 meses	16	20.0
De 12 a 18 meses	16	20.0
De 18 a 48 meses	48	60.0
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 1: EDAD DE LOS PACIENTES**

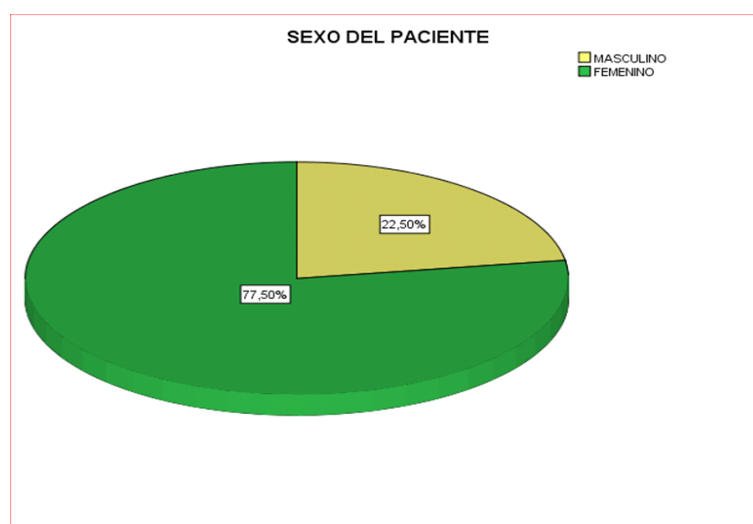
El 60% de los entrevistados representado por 48 pacientes, corresponden al mayor grupo etario: de 18 a 48 meses; seguido de 20% de 6 a 12 meses y en igual porcentaje de 12 a 18 meses; es decir, 16 pacientes en cada grupo.

**TABLA N° 02**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>18</b>	<b>22.5</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>62</b>	<b>77.5</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

**GÉNERO DE LOS PACIENTES**

**Fuente:** Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 2: GÉNERO DE LOS PACIENTES**

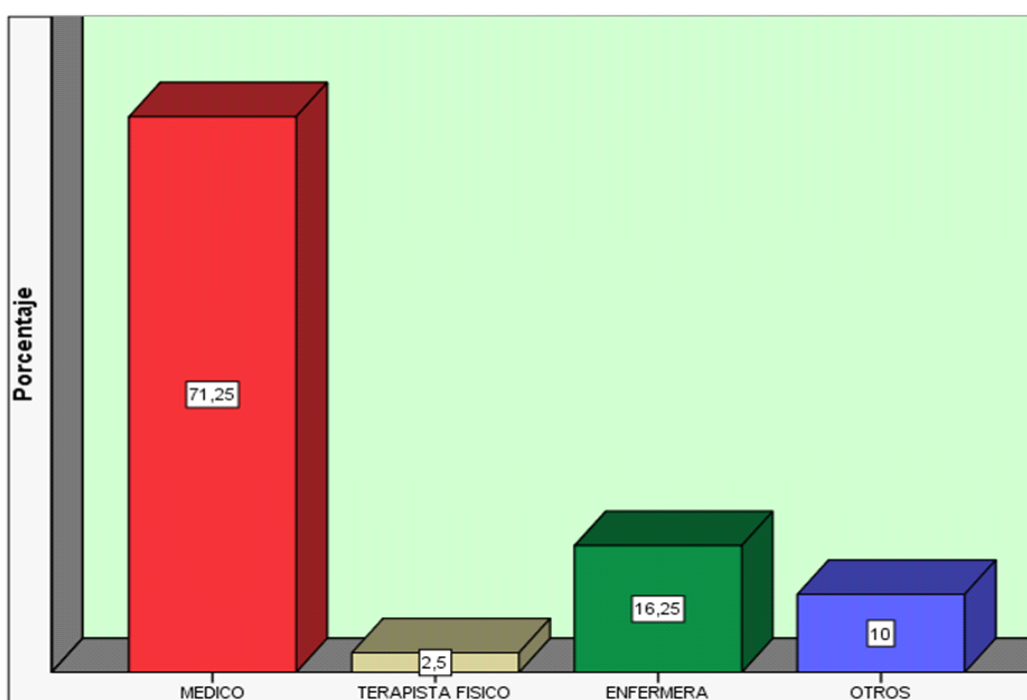
El 77.5% de los niños es decir 62 pacientes corresponden al sexo femenino; y el 22.5% del género masculino según las respuestas de los padres de familia.

**TABLA N° 03**

**PROFESIONAL QUE INFORMA SOBRE LA DDC**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
MÉDICO	57	71.3
TERAPISTA FÍSICO	2	2.5
ENFERMERA	13	16.3
OTROS	8	10.0
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 3: PROFESIONAL QUE INFORMA SOBRE LA DDC**

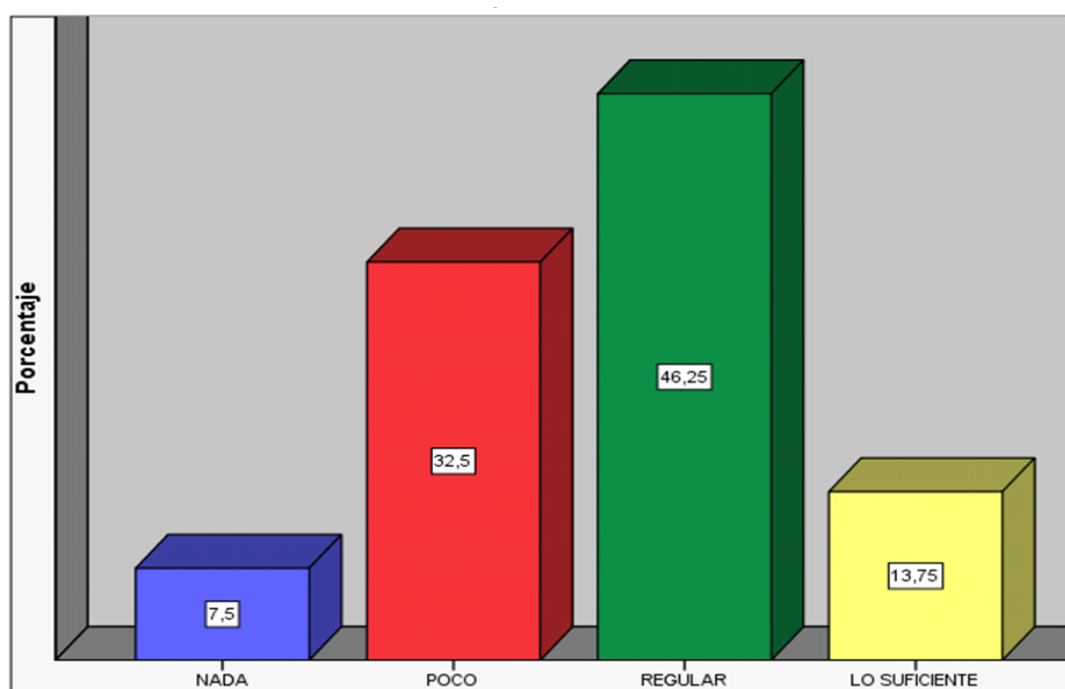
Según las respuestas brindadas por los padres de familia el 71.25% de los entrevistados representado por 57 padres recibió información por parte del médico, el 16.25% afirma que recibió información de las enfermeras; de otros profesionales de la salud como los técnicos en un 10% y del terapeuta físico en un 2.5%.

**TABLA N° 04**

**CONOCIMIENTO SOBRE LA DISPLASIA DE CADERA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	6	7.5
POCO	26	32.5
REGULAR	37	46.3
MUCHO	11	13.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 4: CONOCIMIENTO SOBRE LA DISPLASIA DE CADERA**

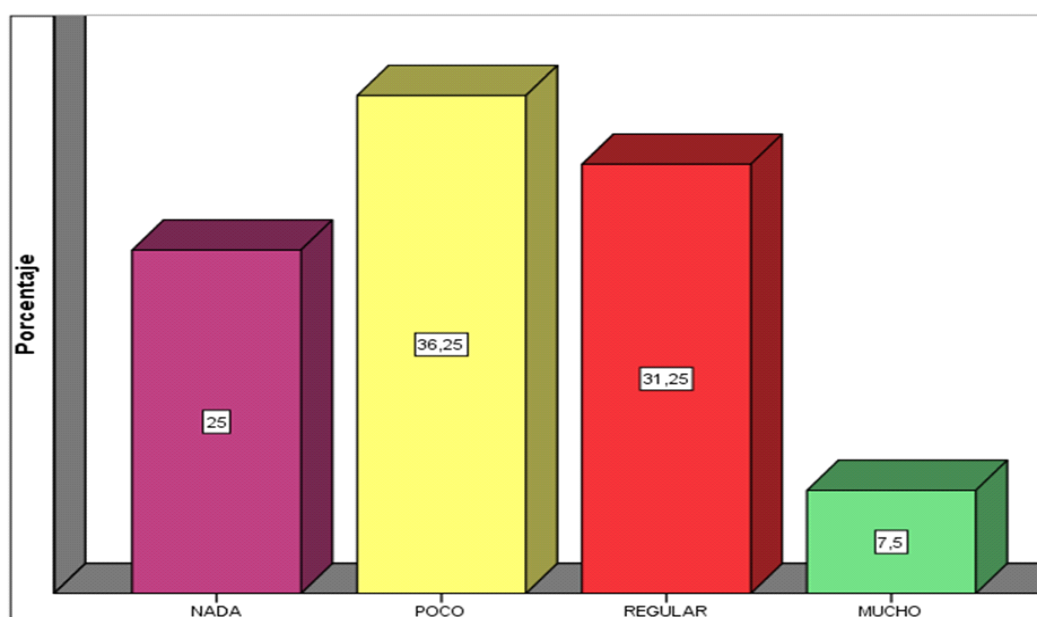
En la tabla observamos que el 46.3% tiene un conocimiento regular sobre Displasia de desarrollo de la cadera; seguido de un 32.5% que conoce poco y un 7.5% no conoce nada sobre este aspecto, y solo el 13.8% de los entrevistados; es decir, 11 padres saben lo suficiente con respecto a la displasia de desarrollo de la cadera.

**TABLA N° 05**

**CONOCE LAS CAUSAS DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	20	25.0
POCO	29	36.3
REGULAR	25	31.3
MUCHO	6	7.5
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 5: CONOCE LAS CAUSAS DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA**

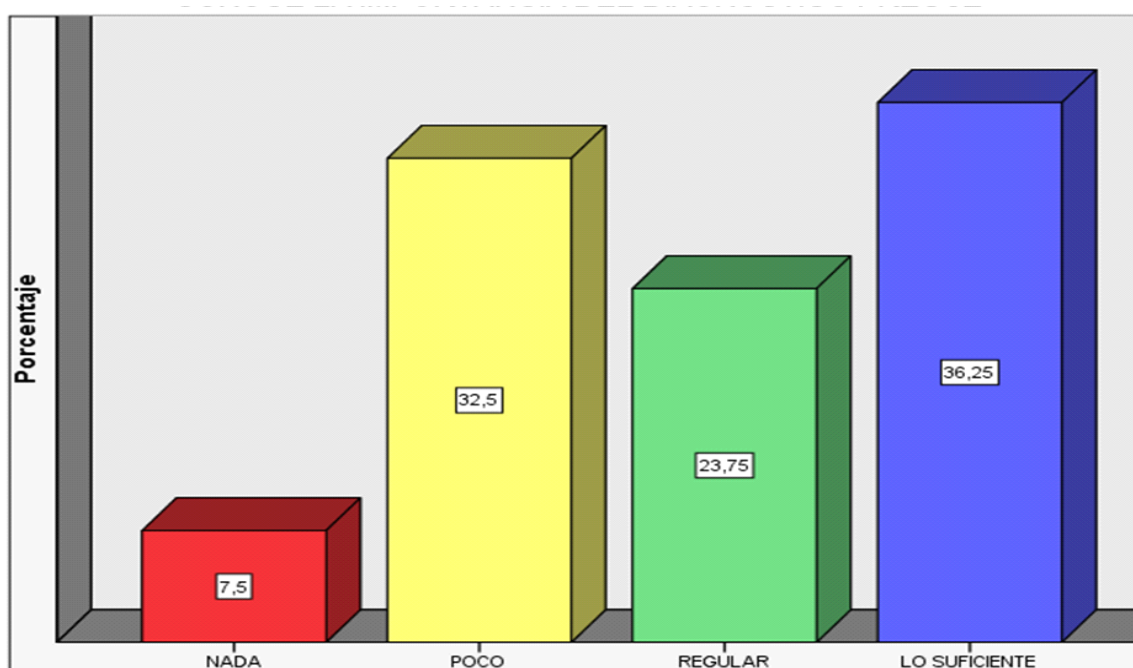
Analizando los resultados de la tabla podemos afirmar que el 61.2% conoce poco o nada sobre las causas de displasia frente al 38.8% que posee un conocimiento medio y alto de las causas de la displasia de desarrollo de la cadera.

**TABLA N° 06**

**CONOCE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	6	7.5
POCO	26	32.5
REGULAR	19	23.8
LO SUFICIENTE	29	36.3
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 6: CONOCE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

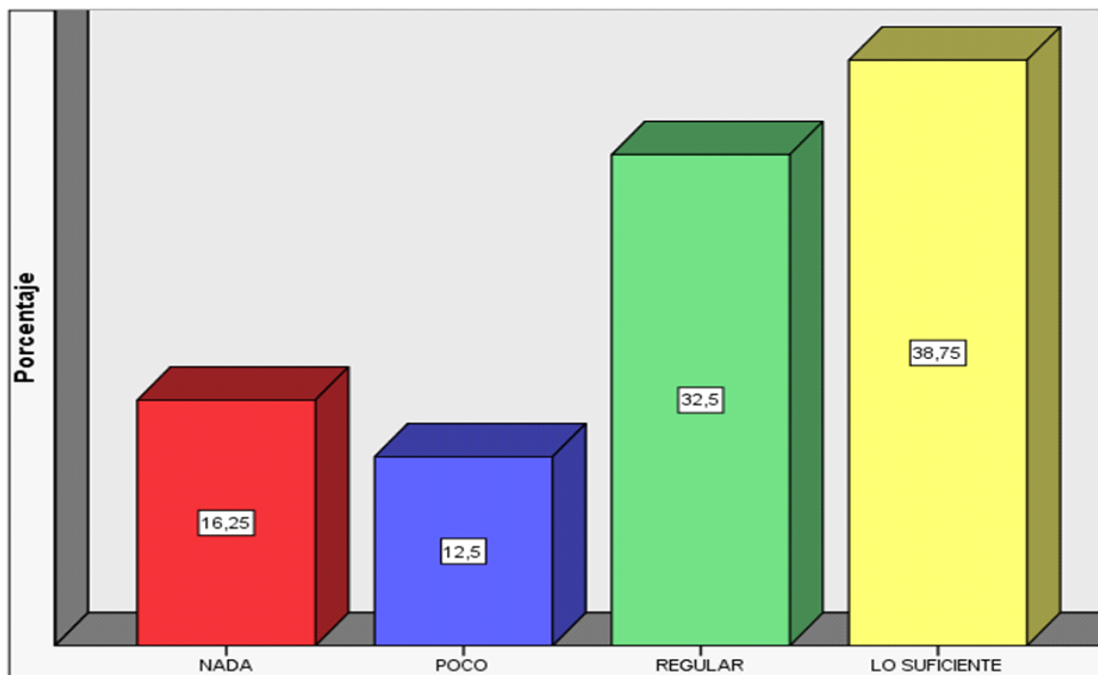
En cuanto al nivel de conocimiento sobre la importancia del diagnóstico precoz el 60% manifiesta tener suficiente y regular conocimiento frente al 40% de los entrevistados que conocen poco o nada sobre este aspecto.

**TABLA N° 07**

**CONOCE LA IMPORTANCIA DE INICIAR TEMPRANAMENTE EL TRATAMIENTO**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
NADA	13	16.3
POCO	10	12.5
REGULAR	26	32.5
LO SUFICIENTE	31	38.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 7: CONOCE LA IMPORTANCIA DE INICIAR TEMPRANAMENTE EL TRATAMIENTO**

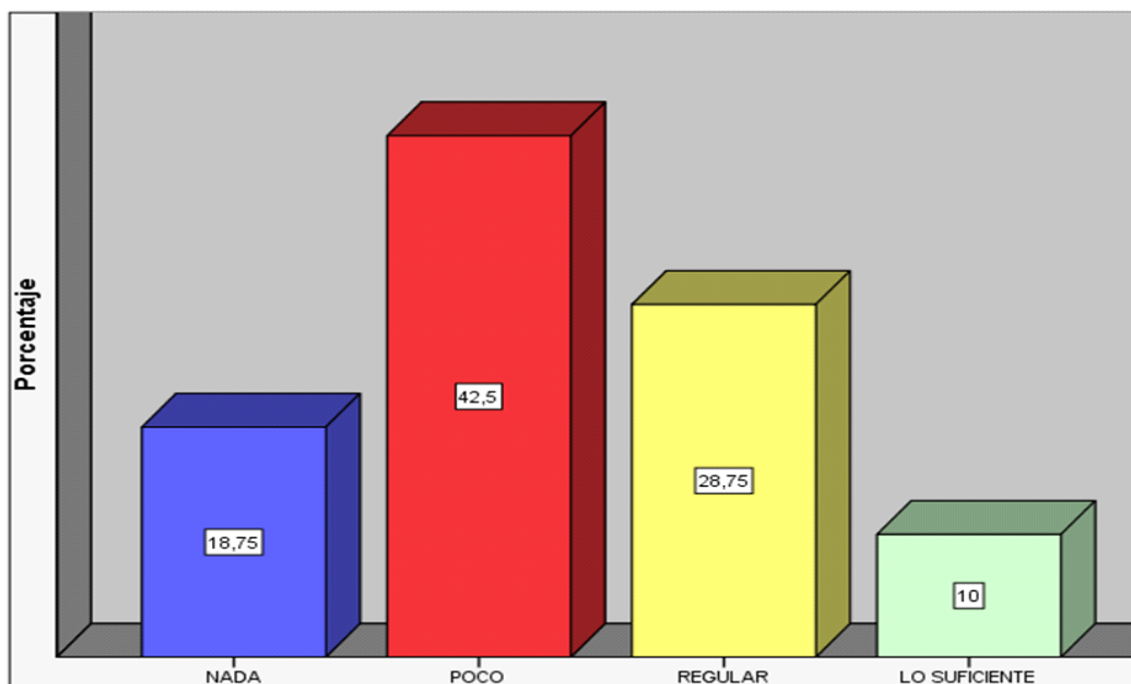
El 38.80% de los entrevistados representado por 31 padres conocen lo suficiente de la importancia de iniciar tempranamente el tratamiento, seguido de un 32.5% que tiene un conocimiento medio o regular sobre este aspecto, lamentablemente el 28.8% afirma que conoce poco o nada sobre la importancia de que sus menores inicien tempranamente el tratamiento.



**TABLA N° 08**  
**CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	15	18.8
POCO	34	42.5
REGULAR	23	28.8
LO SUFICIENTE	8	10.0
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 8: CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA**

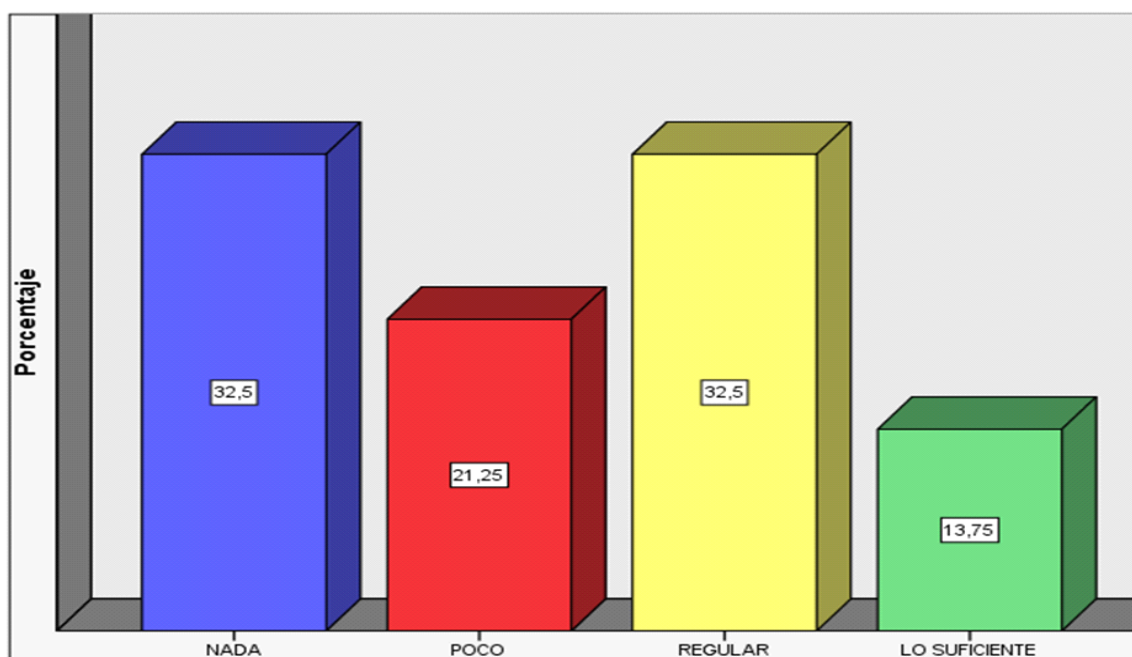
En lo referente a los signos de alarma, los padres muestran su desconocimiento en un 61.3% que refieren conocer poco o nada sobre el particular, y el 28.8% sostiene que tiene un conocimiento regular seguido de solo el 10% que afirma que conoce lo suficiente sobre signos de alarma para la atención de sus menores en los casos de displasia de cadera.

**TABLA N° 09**

**CONOCE LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	26	32.5
POCO	17	21.3
REGULAR	26	32,5
LO SUFICIENTE	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 9: CONOCE LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO**

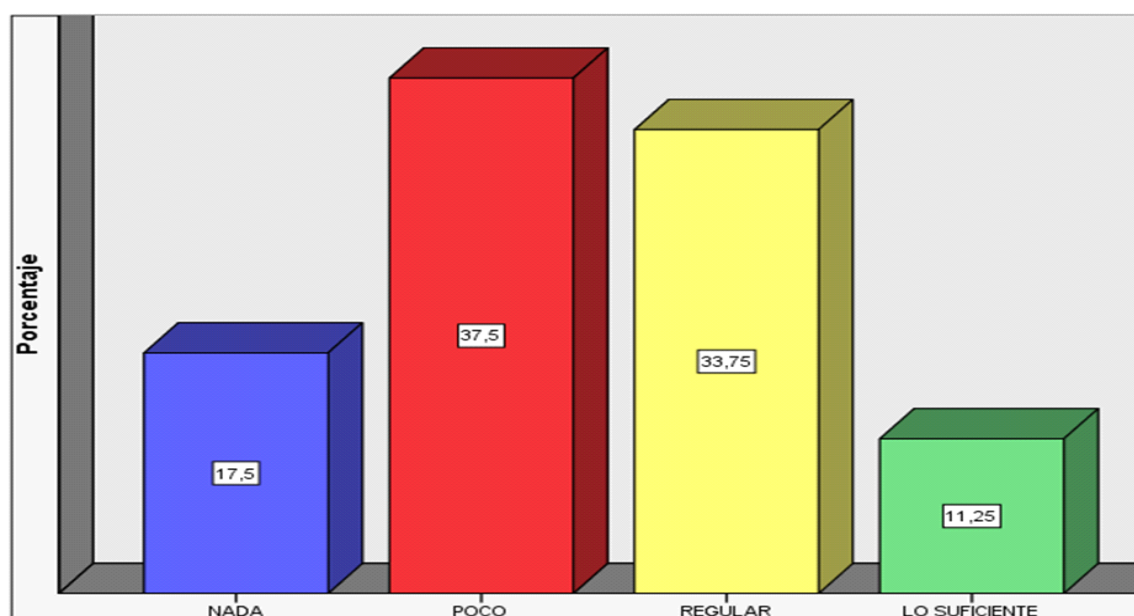
Al observar los resultados sobre si conoce la importancia de ejercicios de estiramiento, el 32.5% sostiene que no conoce nada y en el mismo porcentaje que conoce en forma regular, el 21.3% afirma conocer muy poco y solo el 13.8% si conoce lo suficiente de los ejercicios de estiramiento y sus beneficios.

**TABLA N° 10**

**CONOCE LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
NADA	14	17,5
POCO	30	37,5
REGULAR	27	33,8
LO SUFICIENTE	9	11,3
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



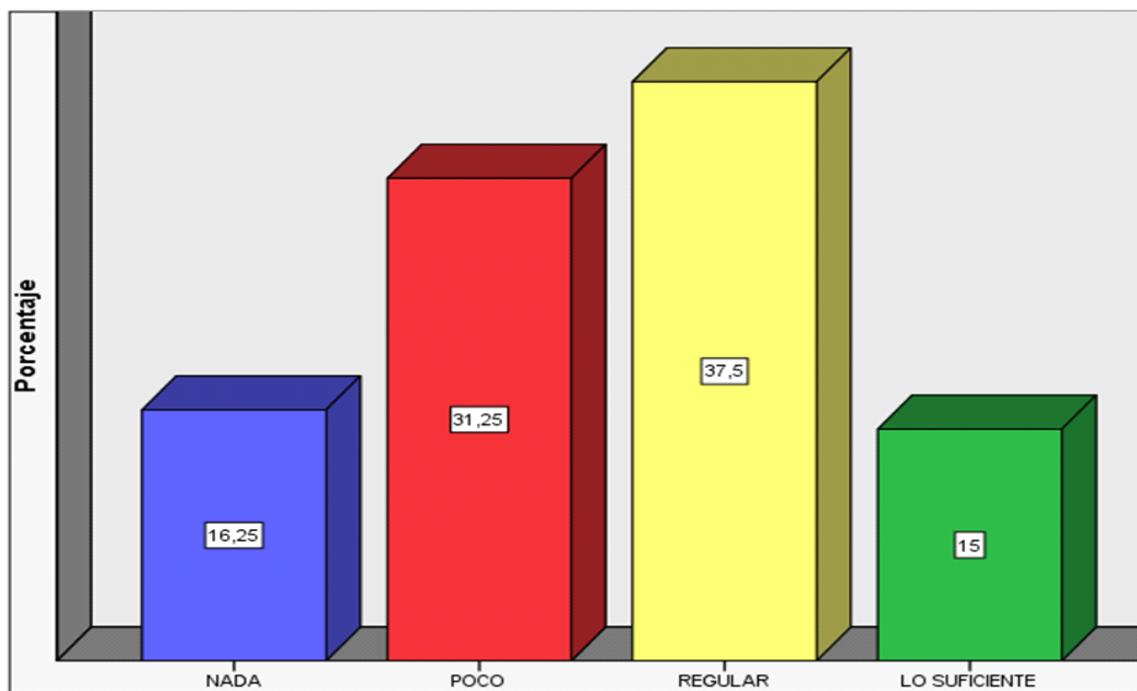
**Gráfico N° 10: CONOCE LA IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO**

En cuanto a los ejercicios de fortalecimiento el 55% sostiene que conoce poco o nada sobre la importancia de realizar con sus menores los ejercicios frente al 45% que afirma tener un conocimiento regular o suficiente para realizar dicha práctica.

**TABLA N° 11**  
**CONOCE EL CONTROL POSTURAL**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	13	16,3
POCO	25	31,3
REGULAR	30	37,5
LO SUFICIENTE	12	15,0
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



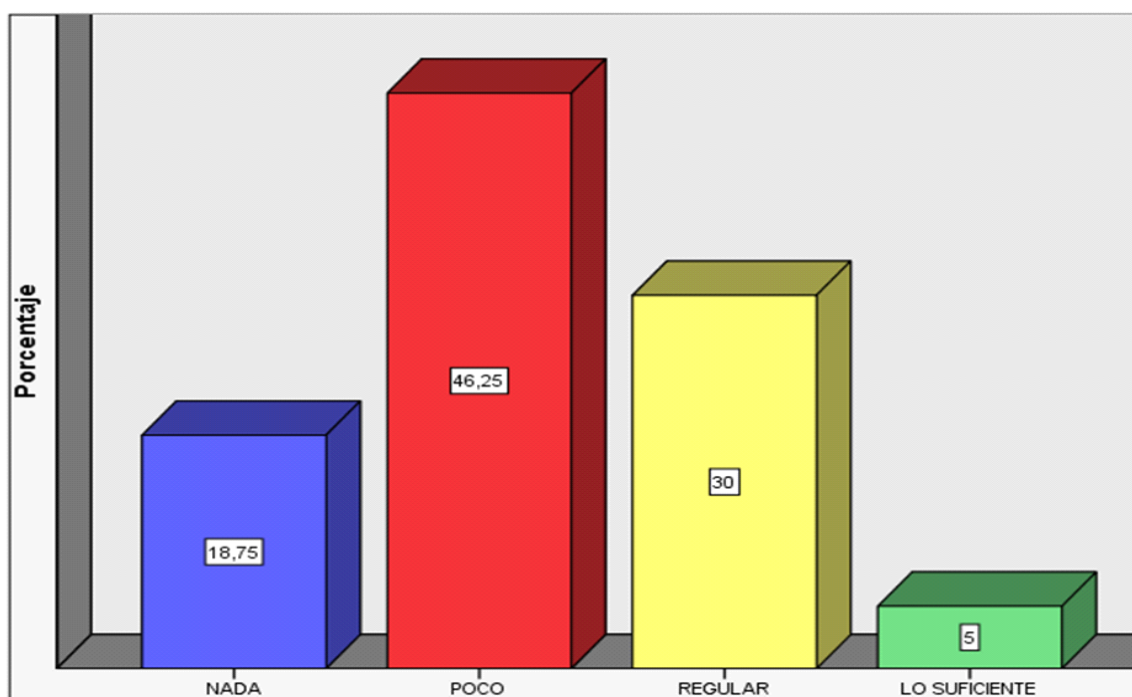
**Gráfico N° 11: CONOCE EL CONTROL POSTURAL**

Al ser encuestados sobre el conocimiento del control postural el 52.5% afirma que conoce en un nivel regular y lo suficiente sobre este aspecto y sus ventajas frente al 47.5% que conoce poco o nada sobre control postural en los menores de 4 años que sufren de displasia de cadera.

**TABLA N° 12**  
**CONOCE LA EVOLUCIÓN FAVORABLE**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	15	18,8
POCO	37	46,3
REGULAR	24	30,0
LO SUFICIENTE	4	5,0
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



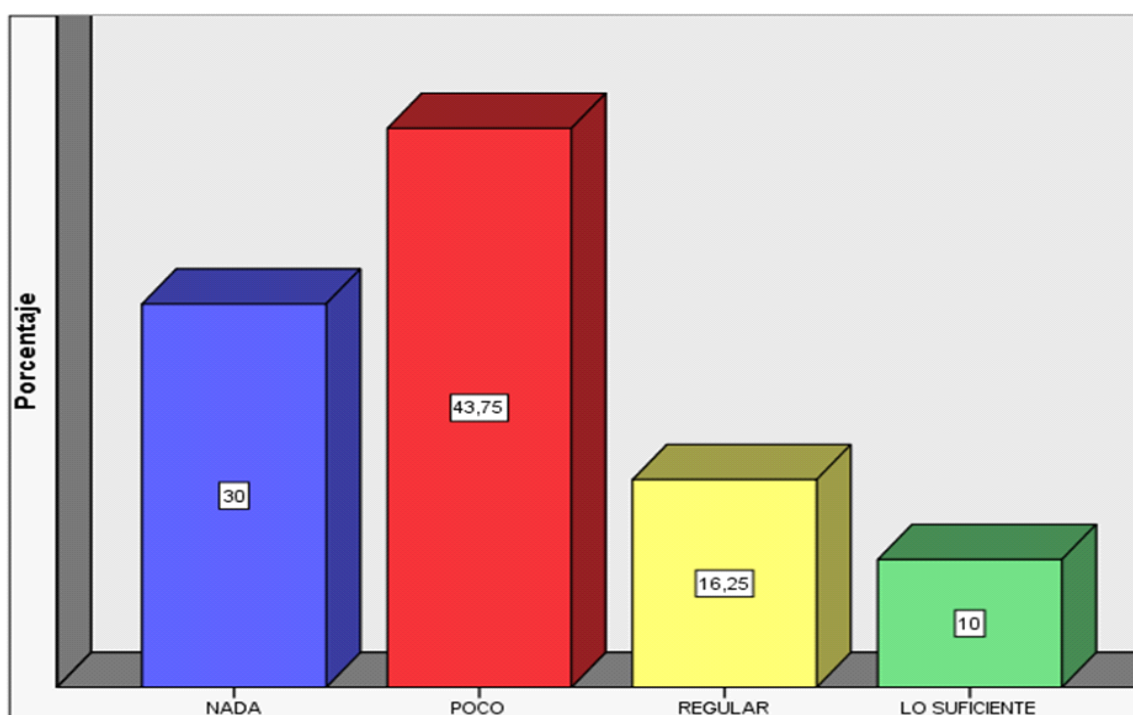
**Gráfico N° 12: CONOCE EL CONTROL POSTURAL**

En lo referente al nivel de conocimiento sobre la evolución favorable de los menores que sufren de displasia de desarrollo de cadera, los padres en su mayoría representados por el 65% conoce poco o nada frente al 35% que si posee un conocimiento regular o alto sobre la evolución favorable en sus menores.

**TABLA N° 13**  
**CONOCE LA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	24	30,0
POCO	35	43,8
REGULAR	13	16,3
LO SUFICIENTE	8	10,0
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



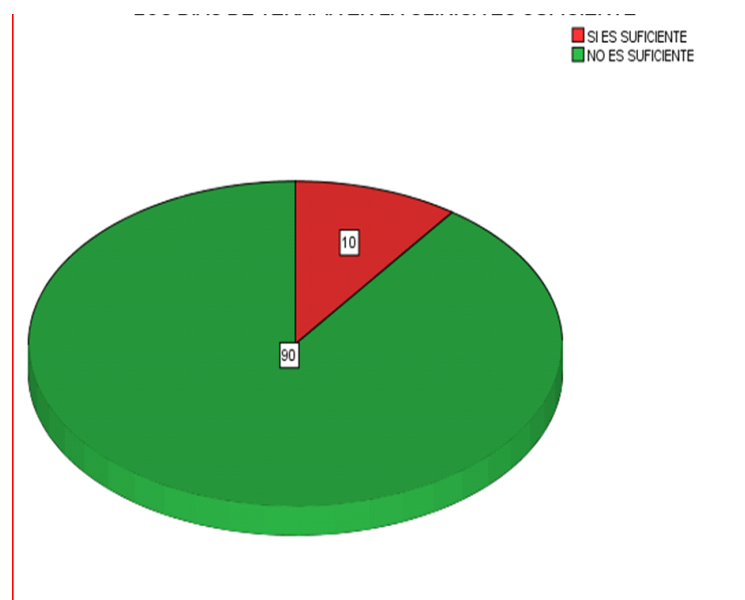
**Gráfico N° 13: CONOCE LA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE**

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la evolución desfavorable de los menores que sufren de displasia de desarrollo de cadera, los padres en su mayoría representados por el 73.8% conoce poco o nada frente al 26.2% que si posee un conocimiento regular o alto sobre la evolución desfavorable de sus hijos.

**TABLA N° 14**  
**LOS DÍAS DE TERAPIA EN LA CLÍNICA SON SUFICIENTES**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
SI ES SUFICIENTE	8	10,0
NO ES SUFICIENTE	72	90,0
Total	80	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 14: LOS DÍAS DE TERAPIA EN LA CLÍNICA SON SUFICIENTES**

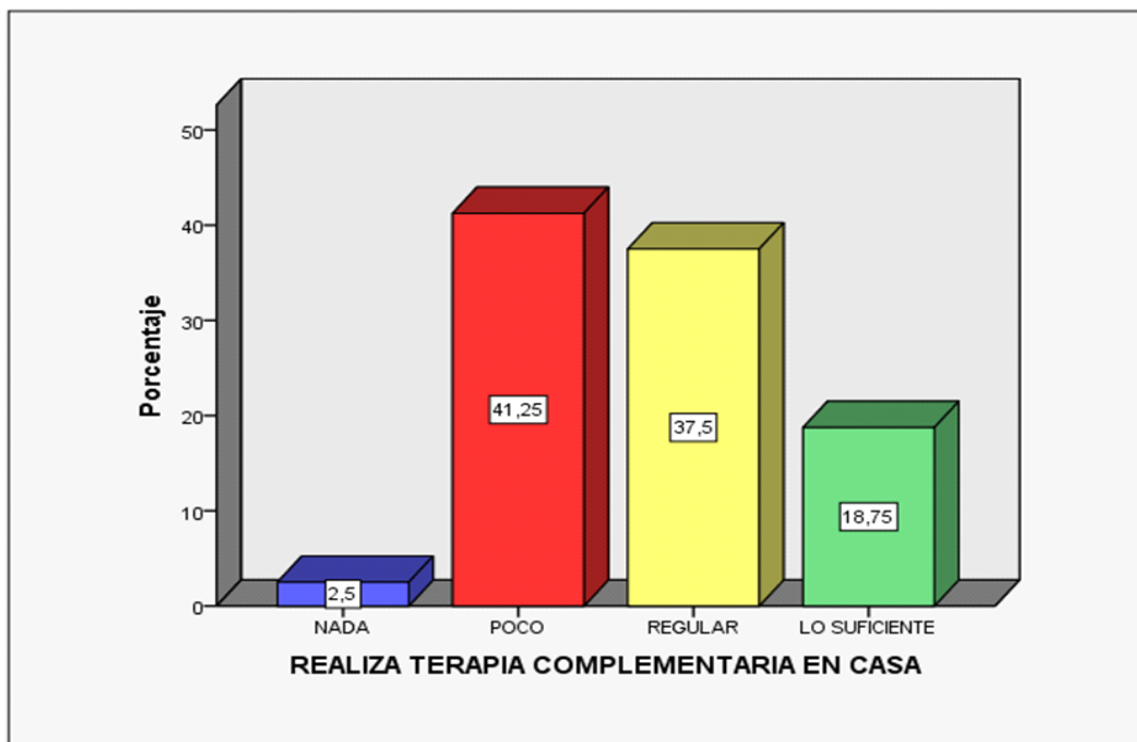
Para los padres de familia los días de terapia en la clínica San Juan de Dios no son suficientes según opina el 90% de ellos y solo un 10% cree que si es suficiente. Este aspecto resulta así, debido a que los padres muchas veces no cuentan con tiempo necesario para llevarlos porque trabajan o no pueden descuidar la atención a sus otros hijos, es probable que los padres que respondieron que sí, es porque disponen del tiempo al ser amas de casa o cuando sólo el padre es el que trabaja.

**TABLA N° 15**

**REALIZA TERAPIA COMPLEMENTARIA EN CASA**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
NADA	2	2.5
POCO	33	41.3
REGULAR	30	37.5
LO SUFICIENTE	15	18.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 15: REALIZA TERAPIA COMPLEMENTARIA EN CASA**

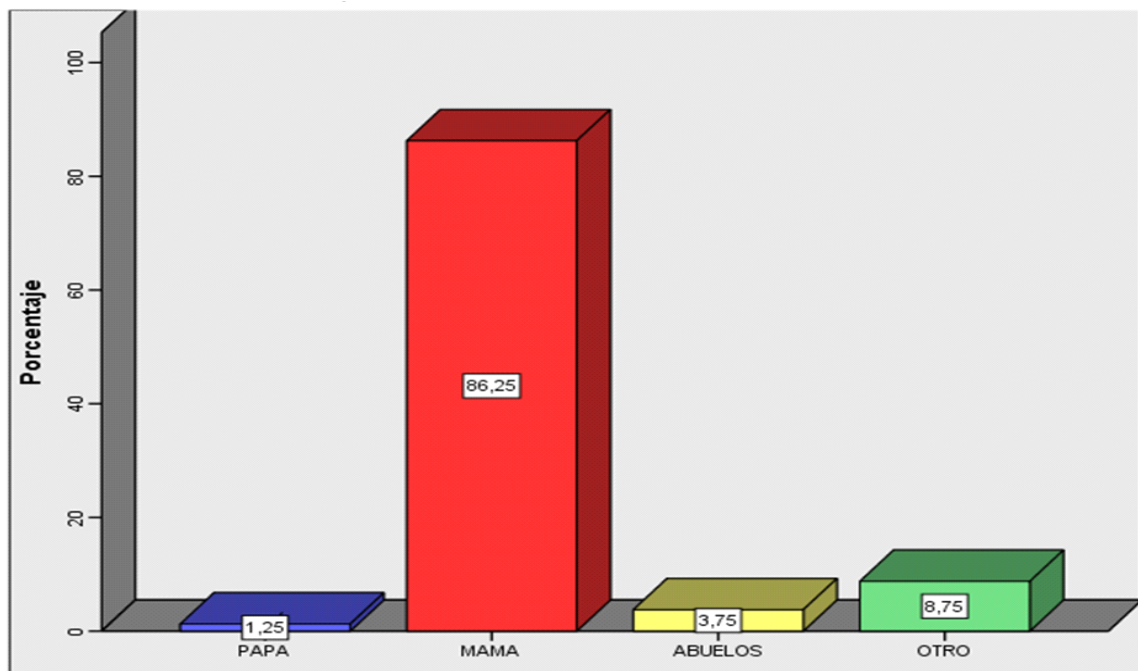
Al ser encuestados sobre si en casa complementan los ejercicios que se realizan en la Clínica, los padres de familia, en su mayoría representados por el 56.2% manifestaron que en forma regular y suficiente las realizan en casa frente al 43.8% que las realizan, porque saben de la importancia para el tratamiento de la displasia de cadera en sus menores hijos.



**TABLA N° 16**  
**QUIÉN REALIZA TERAPIA EN CASA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
PAPA	1	1.3
MAMA	69	86.3
ABUELOS	3	3.8
OTRO	7	8.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 16: QUIÉN REALIZA TERAPIA EN CASA**

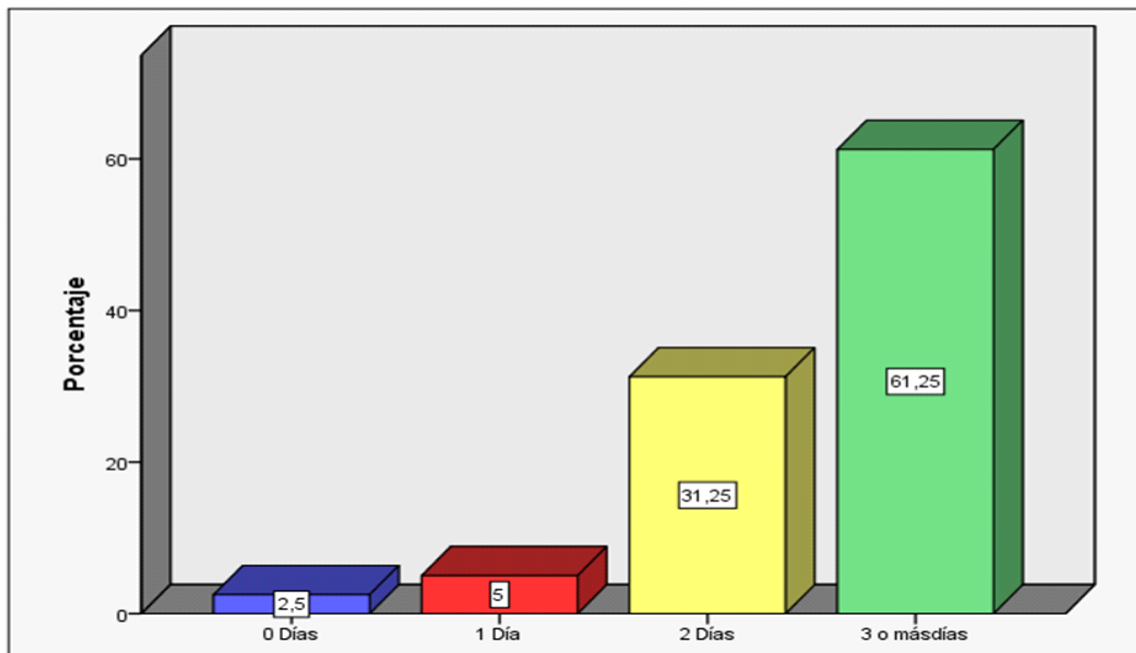
En cuanto a la persona con la que el niño o niña realiza terapia en la casa, los padres afirmaron en un 86.3% que es la madre quien más supervisa la terapia y motiva a los menores a realizar sus ejercicios necesarios, el 8.8% manifestó que son otras personas como familiares o cuidadores que realizan la terapia, el 3.8% afirma que alguno de los abuelos apoya al niño o niña para la realización de los ejercicios y solo en un caso el padre de familia probablemente porque debe trabajar y no tiene tiempo suficiente para esta actividad.

**TABLA N° 17**

**CUANTOS DÍAS A LA SEMANA REALIZA TERAPIA EN CASA**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENC IAS</b>	<b>PORCENTA JES</b>
0 Días	2	2.5
1 Día	4	5.0
2 Días	25	31.3
3 o más días	49	61.3
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



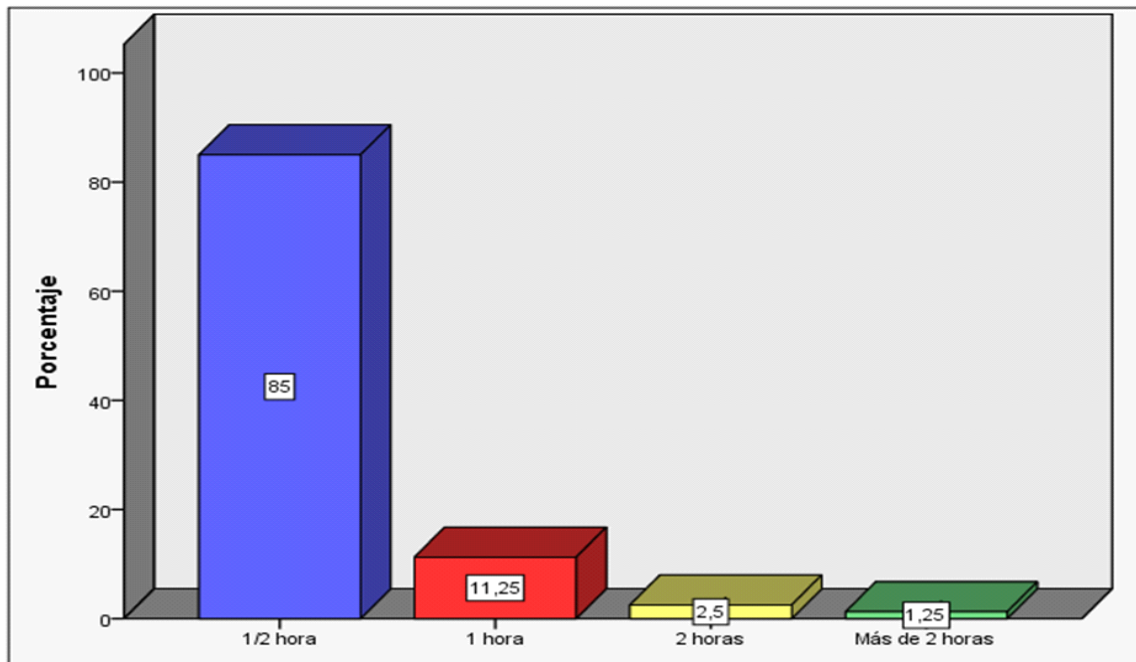
**Gráfico N° 17: CUANTOS DÍAS A LA SEMANA REALIZA TERAPIA EN CASA**

En esta tabla observamos que el 61.25% de los entrevistados representado por 49 padres manifiestan que realizan terapia en casa de 3 a más días a la semana que es lo ideal; sin embargo, un 31.3% realiza ejercicios solo 2 veces por semana y el 5% una sola vez, lo que no favorece la recuperación de los menores.

**TABLA N° 18**  
**QUE TIEMPO POR DÍA REALIZA TERAPIA EN CASA**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1/2 hora	68	85.0
1 hora	9	11.3
2 horas	2	2.5
Más de 2 horas	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



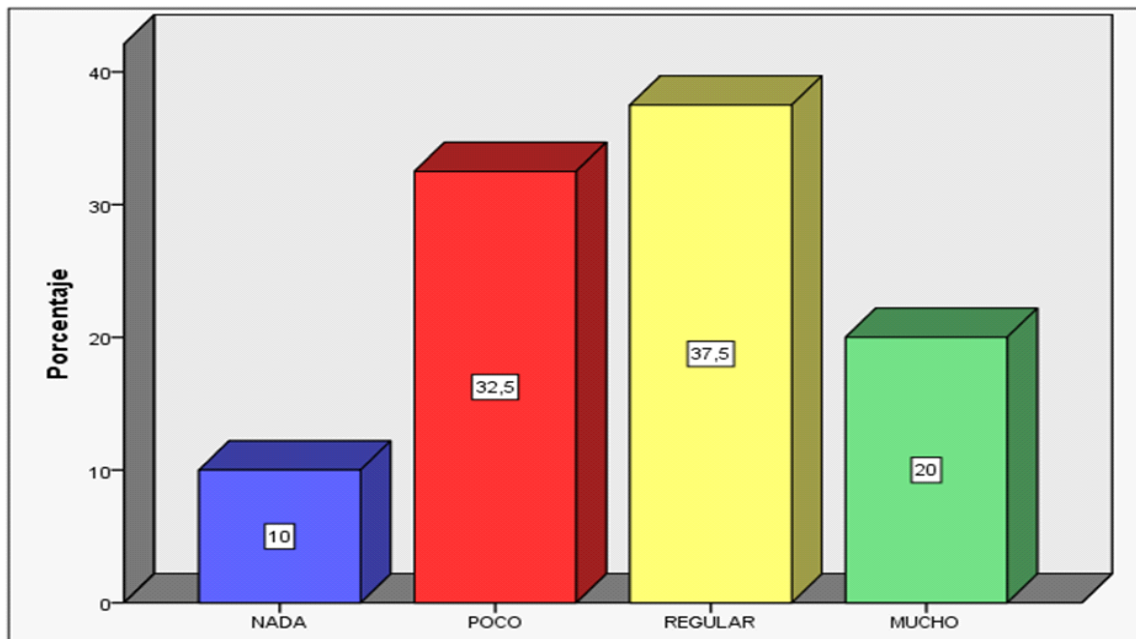
**Gráfico N° 18: QUE TIEMPO POR DÍA REALIZA TERAPIA EN CASA**

En lo que respecta al tiempo de dedicación diaria para la terapia en casa, el 85% de los padres refiere que los ejercicios son practicados sólo media hora, seguido de un 11.3% que lo realiza 1 hora y escasamente 3.8% representado por 3 padres lo realizan de 2 a más horas.

**TABLA N° 19**  
**TIENE COLABORACIÓN DE SU NIÑO**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	8	10.0
POCO	26	32.5
REGULAR	30	37.5
MUCHO	16	20.0
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 19: TIENE COLABORACIÓN DE SU NIÑO**

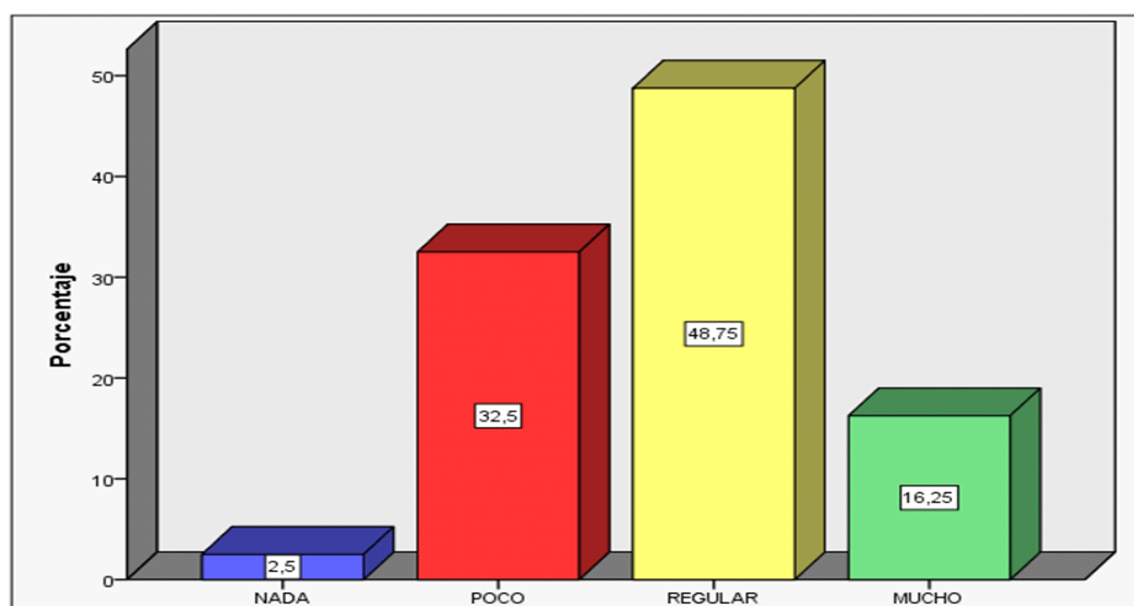
Al preguntar sobre la colaboración de los ejercicios que se deben practicar, los padres en un 32.5% sostienen que colaboran poco y 10% nada; frente a un 37.5% que regularmente participa y sólo el 20%; es decir, 16 padres manifiestan que tienen mucha colaboración de sus niños.

**TABLA N° 20**

**EL CONOCIMIENTO QUE POSEE INFLUYE EN SU PARTICIPACIÓN**

CATEGORÍAS	FRECUENC IAS	PORCENTA JES
NADA	2	2.5
POCO	26	32.5
REGULAR	39	48.8
MUCHO	13	16.3
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 20: EL CONOCIMIENTO QUE POSEE INFLUYE EN SU PARTICIPACIÓN**

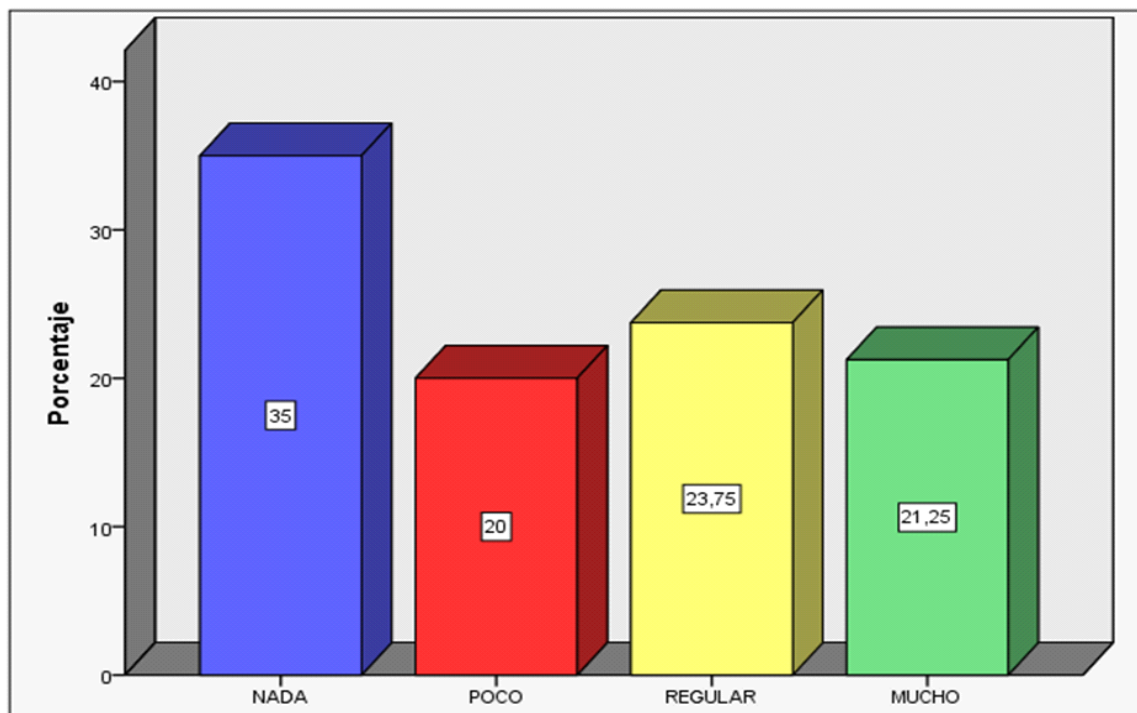
Al ser encuestados sobre el conocimiento que poseen y que influye en su participación para las terapias de sus hijos, el 48.8% de los entrevistado; es decir, 39 padres manifiestan que su participación está influenciada regularmente por el conocimiento que poseen, seguido del 32.5% que sostienen que muy poco y el 16.3% sí afirma que el conocimiento que poseen influye mucho en su participación de la terapia, sólo 2.5% manifestó que nada.

**TABLA N° 21**

**EL IMPACTO PSICOLÓGICO INFLUYE EN SU PARTICIPACIÓN**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	28	35.0
POCO	16	20.0
REGULAR	19	23.8
MUCHO	17	21.3
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 21: EL IMPACTO PSICOLÓGICO INFLUYE EN SU PARTICIPACIÓN**

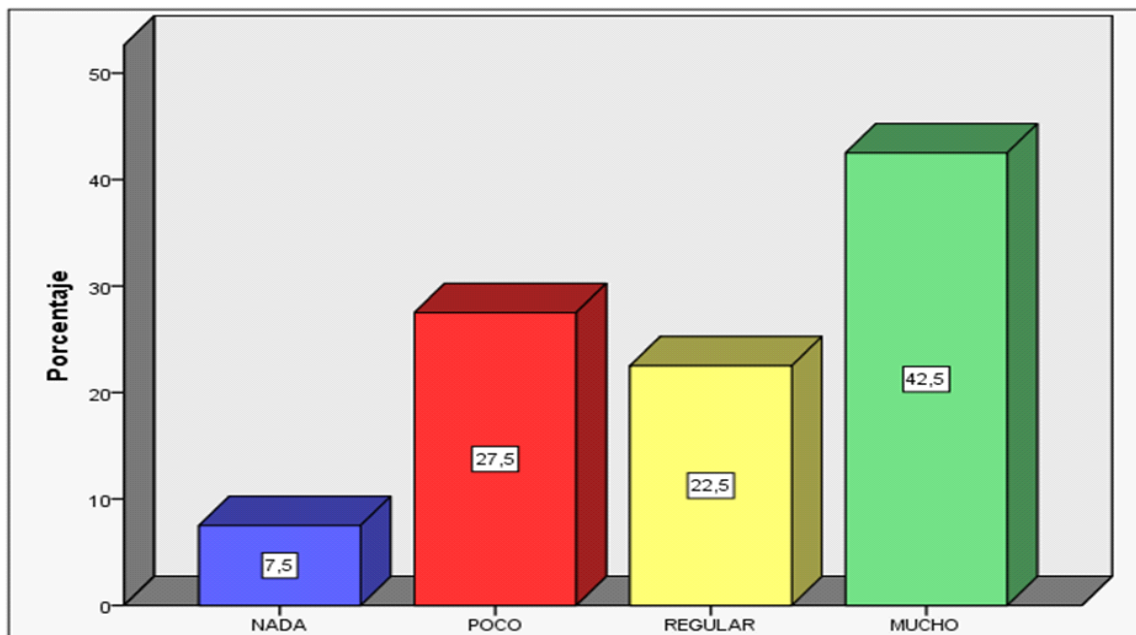
En lo referente a la pregunta de que si el impacto psicológico influye en su participación para las terapias de sus hijos el 35% de los entrevistados; es decir, 28 padres manifestaron que el efecto del impacto psicológico influye sobre su participación de manera nula, el 23.8% que si influye de manera regular o media, el 21.3% afirma que sí influye y el 20% que influye poco en su participación.

**TABLA N° 22**

**SE SIENTE MOTIVADO A REALIZAR LOS EJERCICIOS**

CATEGORÍAS	FRECUENC IAS	PORCENTA JES
NADA	6	7.5
POCO	22	27.5
REGULAR	18	22.5
MUCHO	34	42.5
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 22: SE SIENTE MOTIVADO A REALIZAR LOS EJERCICIOS**

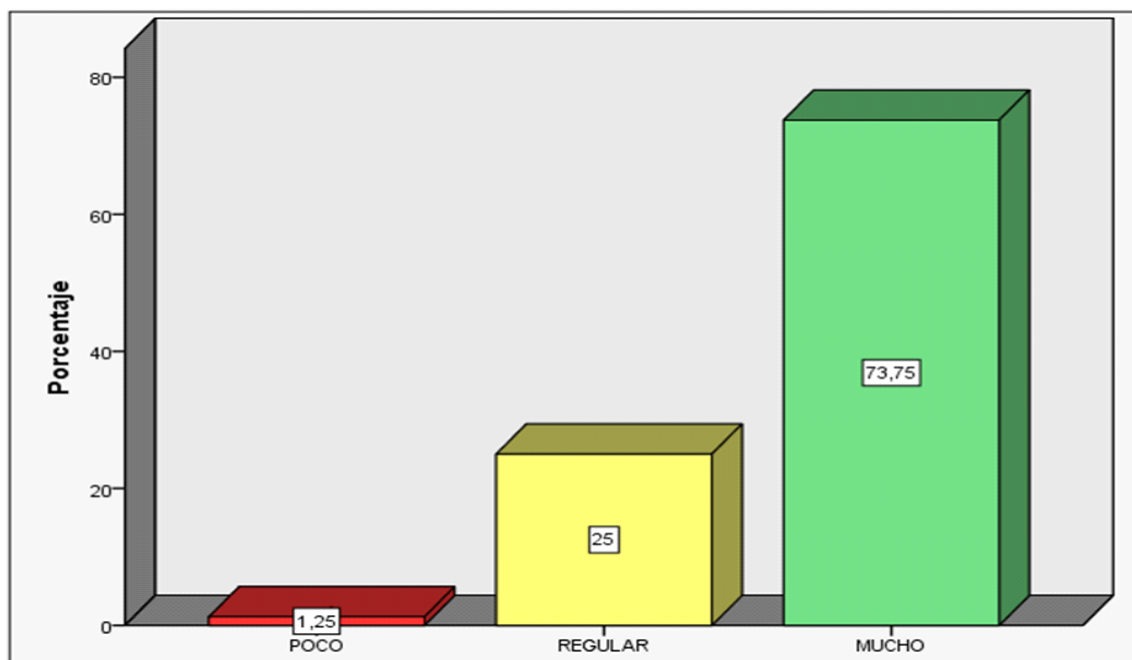
En esta tabla se puede observar que los padres en su mayoría representados por el 42.5% se sienten muy motivados para realizar los ejercicios, seguido del 27.5% que se muestra poco motivado, el 22.5% se encuentra regularmente motivado y sólo un 7.5% no se siente motivado.

**TABLA N° 23**

**TIENE CONFIANZA EN LA BUENA EVOLUCIÓN**

CATEGORÍAS	FRECUENC IAS	PORCENTA JES
POCO	1	1.3
REGULAR	20	25.0
MUCHO	59	73.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



**Gráfico N° 23: TIENE CONFIANZA EN LA BUENA EVOLUCIÓN**

Al preguntar a los padres entrevistados sobre la confianza que tienen en la evolución favorable de sus hijos, el 73.75% de los entrevistados demuestra que tienen mucha confianza en la buena evolución de la displasia de desarrollo de la cadera, seguido de un 25% que tienen regular confianza y solo 1.25% poca confianza en la evolución de sus niños.

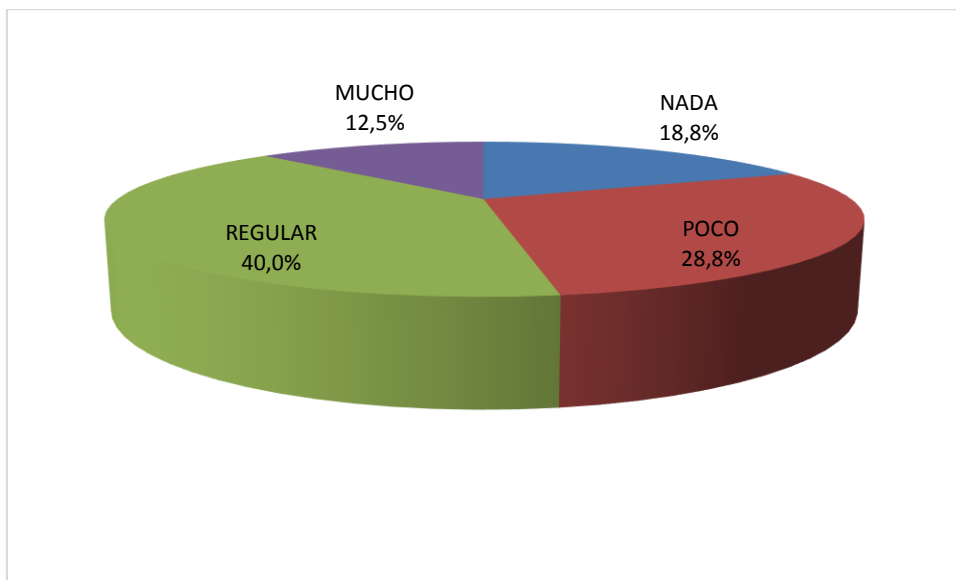


**TABLA N° 24**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RASGOS CLÍNICOS Y LAS MEDIDAS DE DIAGNÓSTICO**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
NADA	15	18.8
POCO	23	28.8
REGULAR	32	40.0
MUCHO	10	12.5
Total	80	100.0

**Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017**



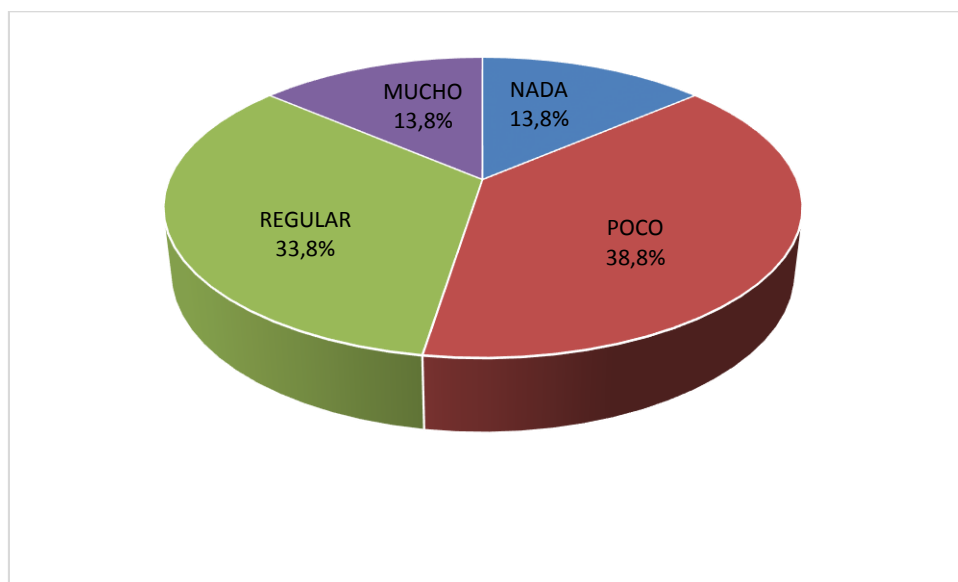
**Gráfico 24: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RASGOS CLÍNICOS Y LAS MEDIDAS DE DIAGNÓSTICO**

Se puede observar que el mayor porcentaje del nivel de conocimiento se encuentra en la categoría regular; es decir, que el 40% representado por 32 padres de familia, seguido del 28.8% que conoce poco sobre los rasgos clínicos y las medidas de diagnóstico, un 18.8% no conoce absolutamente nada y escasamente el 12.5%; es decir, 10 padre conocen mucho sobre este aspecto.

**TABLA N° 25**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS EJERCICIOS Y DEL CONTROL**  
**POSTURAL**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
NADA	11	13.8
POCO	31	38.8
REGULAR	27	33.8
MUCHO	11	13.8
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



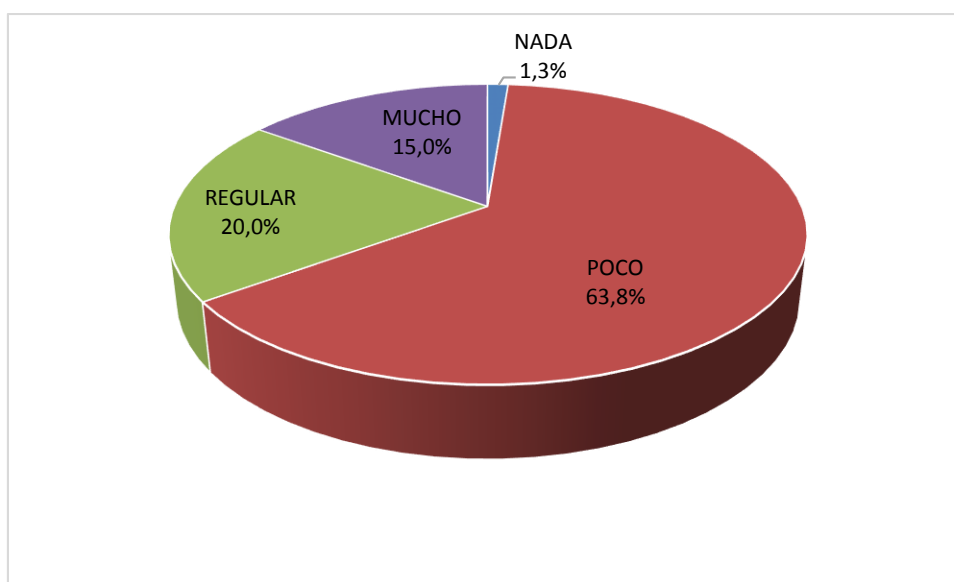
**Gráfico 25: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS EJERCICIOS Y DEL CONTROL POSTURAL**

En lo que respecta al nivel de conocimiento de los ejercicios y del control postural el 52.6% conoce muy poco o nada sobre este aspecto, sólo el 33.8% tiene un conocimiento regular y el 13.8% representado por 11 padres si conoce sobre el particular.

**TABLA N° 26**  
**TIEMPO DE DEDICACIÓN**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	1	1.3
POCO	51	63.8
REGULAR	16	20.0
MUCHO	12	15.0
Total	80	100.0

**Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017**



**Gráfico 26: TIEMPO DE DEDICACIÓN**

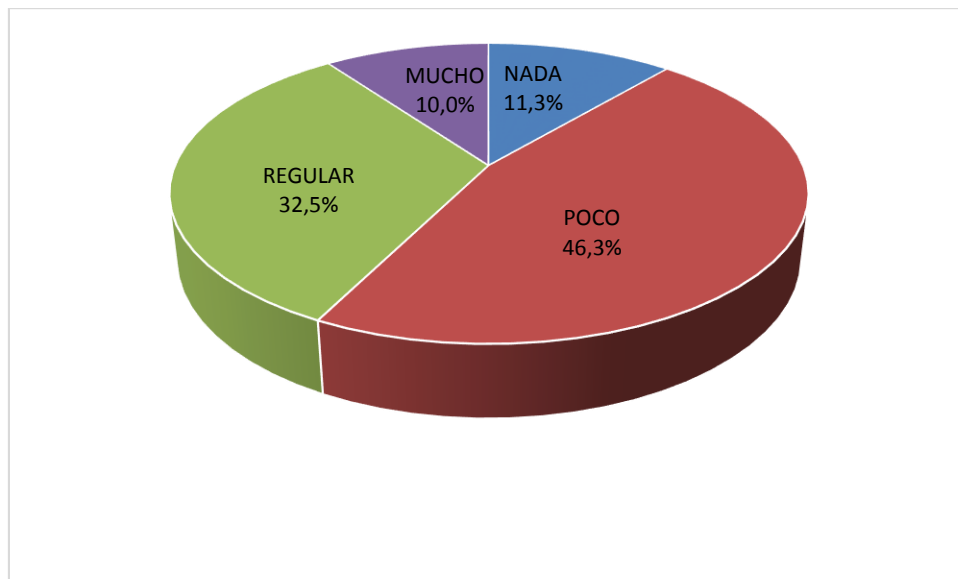
En esta tabla podemos apreciar que el tiempo de dedicación de los padres hacia la práctica de los ejercicios en casa se ubica en una categoría de poco tiempo con el 63.8%, sólo un 20% le dedica un tiempo regular y escasamente el 15% si dedica tiempo en la práctica de ejercicios que requieren sus hijos.

Este resultado es alarmante ya que si los padres no dedican tiempo a diario para la práctica de los ejercicios difícilmente los niños lograrán la recuperación siendo así desfavorable.

**TABLA N° 27**  
**LA MOTIVACIÓN Y RESPUESTA DE LOS PADRES Y NIÑOS HACIA LOS EJERCICIOS**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	9	11.3
POCO	37	46.3
REGULAR	26	32.5
MUCHO	8	10.0
Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017



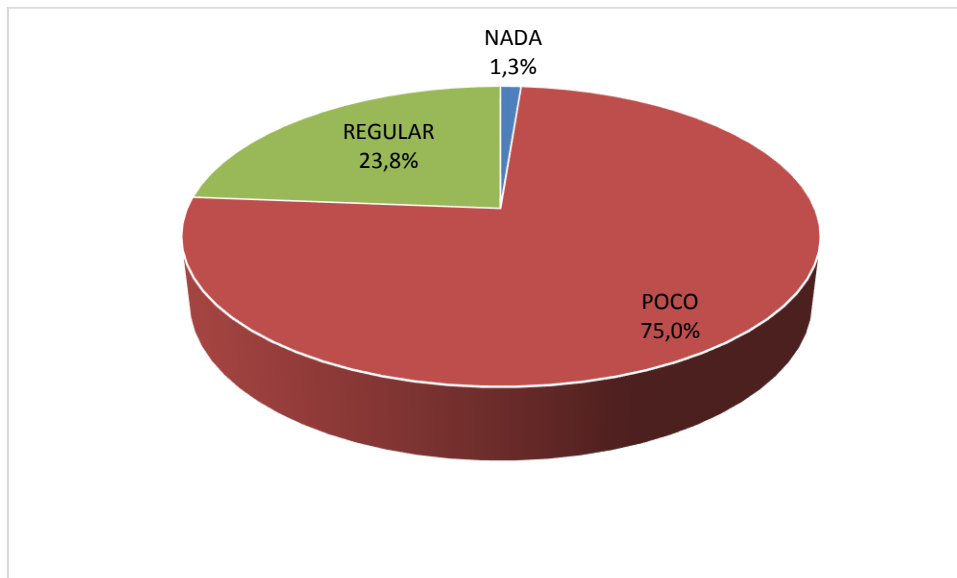
**Gráfico 27: LA MOTIVACIÓN Y RESPUESTA DE LOS PADRES Y NIÑOS HACIA LOS EJERCICIOS**

En cuanto a la motivación y respuesta de los padres hacia los ejercicios que deben realizar sus hijos, encontramos que nuevamente las respuestas se agrupan en la categoría de poco, lo que significa que son los propios padres que no están motivados para apoyar a los niños y por tanto la recuperación es lenta y los tratamientos no son eficaces, el 32.5% tiene una regular motivación y sólo 10% de la muestra de padres si posee mucha motivación hacia los ejercicios de sus hijos.

**TABLA N° 28**  
**TRATAMIENTO**

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NADA	1	1.3
POCO	60	75.0
REGULAR	19	23.8
Total	80	100.0

**Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta aplicada 2017**



**Gráfico 27: TRATAMIENTO**

En esta tabla observamos que en el 75% de los casos, el tratamiento no ha sido del todo favorable y que se ha contribuido muy poco con la recuperación de los pacientes que tienen el problema de displasia de cadera, sólo un 23.8% se ubica en la categoría de regular, respuesta al tratamiento y posible recuperación de los menores de edad.

## 4.2 Contratación de Hipótesis.

### HIPÓTESIS GENERAL

El Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia Influyen Positivamente en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

### HIPÓTESIS NULA

El nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia **no** influye positivamente en el tratamiento de la displasia del desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

### CORRELACIONES

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		TOTAL TRATAMIENTO	TOTAL CONOCIMIENTO	TOTAL PARTICIPACION
TOTAL TRATAMIENTO	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000  80	,220* ,049 80	,235* ,036 80
TOTAL CONOCIMIENTO	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,220* ,049 80	1,000  80	,423** ,000 80
TOTAL PARTICIPACION	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,235* ,036 80	,423** ,000 80	1,000  80

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

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Toma de decisión:

Dado que los resultados de la prueba de correlación de Spearman arrojan  $r = 0.220$  para la relación de la variable Nivel de Conocimiento con el Tratamiento y  $r = 0.235$  para la relación de la variable Participación de los Padres con el Tratamiento se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es verdad que el Nivel de Conocimiento y Participación de los

Padres hacia la Fisioterapia Influyen Positivamente en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima, durante los meses de Enero a Diciembre del 2017.

Además, este resultado es corroborado por la prueba bilateral cuyo resultado es menor a la probabilidad de 0.05.

### Hipótesis Específica 1

El Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

### Hipótesis Nula 1

El Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico **no** Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

## CORRELACIONES

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		Total Tratamiento	Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y las Medidas de Diagnóstico
<b>Total tratamiento</b>	<b>Coefficiente de correlación</b>	1,000	<b>,240*</b>
	<b>Sig. (bilateral)</b>		,032
	<b>N</b>	80	80
<b>Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y las Medidas de Diagnóstico</b>	<b>Coefficiente de correlación</b>	<b>,240*</b>	1,000
	<b>Sig. (bilateral)</b>	,032	
	<b>N</b>	80	80

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

### Toma de Decisión:

Dado que los resultados de la prueba de correlación de Spearman arrojan  $r = 0.240$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, queda comprobado que el Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera. Además, este resultado es corroborado por la prueba bilateral cuyo resultado es 0.032 menor a la probabilidad de 0.05.

## Hipótesis Específica 2

El Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

## Hipótesis Nula 2

El Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural **no** Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

### CORRELACIONES

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		Total Tratamiento	Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural
Total Tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,252*
	Sig. (bilateral)		,024
	N	80	80
Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural	Coefficiente de correlación	,252*	1,000
	Sig. (bilateral)	,024	
	N	80	80

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

### Toma de decisión:

Dado que los resultados de la prueba de correlación de Spearman arrojan  $r = 0.252$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, queda comprobado que el Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

Además, este resultado es corroborado por la prueba bilateral cuyo resultado es 0.024 menor a la probabilidad de 0.05.



### Hipótesis Específica 3

El Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

### Hipótesis Nula 3

El Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios **no** Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

#### CORRELACIONES

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		Total Tratamiento	Tiempo de Dedicación de los Padres
<b>Total Tratamiento</b>	Coefficiente de correlación	1,000	<b>,229*</b>
	Sig. (bilateral)		,041
	N	80	80
<b>Tiempo de Dedicación de los Padres</b>	Coefficiente de correlación	<b>,229*</b>	1,000
	Sig. (bilateral)	,041	
	N	80	80

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

### Toma de Decisión:

Dado que los resultados de la prueba de correlación de Spearman arrojan  $r = 0.229$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, queda comprobado que el Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios Influye Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

Además, este resultado es corroborado por la prueba bilateral cuyo resultado es 0.041 menor a la probabilidad de 0.05.

#### Hipótesis Específica 4

La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios Influye Positivamente con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

#### Hipótesis Nula 4

La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios **no** Influye Positivamente con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

### CORRELACIONES

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		Total Tratamiento	La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios
<b>Total Tratamiento</b>	Coeficiente de correlación	1,000	,257*
	Sig. (bilateral)		,021
	N	80	80
<b>La Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios</b>	Coeficiente de correlación	,257*	1,000
	Sig. (bilateral)	,021	
	N	80	80

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

#### Toma de decisión:

Dado que los resultados de la prueba de correlación de Spearman arrojan  $r = 0.257$  se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, queda comprobado que la Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios Influye Positivamente con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.

Además, este resultado es corroborado por la prueba bilateral cuyo resultado es 0.021 menor a la probabilidad de 0.05.

### 4.3 Discusión de resultados

En cuanto a los resultados en general se pueden citar los siguientes:

1).- Se halló que el 60% de la muestra (48 de 80 pacientes) corresponden al grupo etario mayor de este estudio, de 18 a 48 meses de edad, lo que refleja que el tratamiento se prolongó esa edad, según puede observarse en la tabla N° 01.

2).- Encontramos que el 77.5% de la muestra (62 de 80 pacientes) corresponden al sexo femenino, lo cual tiene correlación con la literatura, siendo el sexo femenino las más afectadas, según se observa en la tabla N° 02.

3).- El 13.75% de la muestra (11 de 80 padres) saben lo suficiente sobre la Displasia de Desarrollo de la Cadera, demostrando que el Nivel de Conocimiento es nada, poco o regular en los padres restantes (86.25%), según se puede visualizar en la tabla N° 04.

Del mismo modo el Nivel de Conocimiento sobre las causas es nada, poco o regular en mayor porcentaje (92.5%), según se puede visualizar en la tabla N° 05. Y el Conocimiento sobre los Signos de Alarma de la Displasia de Cadera es nada, poco o regular en el 90% de los pacientes, según se puede observar en la tabla N° 08. El Nivel de Conocimientos de los Ejercicios de Estiramiento y Fortalecimiento es nada, poco o regular (86.25%). según se refiere en las tablas N° 09 y 10.

De lo anterior se puede afirmar que existe un Nivel de Conocimiento de la enfermedad, de las causas, de los signos de alarma y de los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento en un nivel de nada, poco y regular; que se asemeja a las investigaciones de Huamanyauri: *“Grado de conocimiento de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente madre Niño-hospital local de Huaycán Ate-Vitarte*, que presentan un Nivel de Conocimiento bajo. De igual forma la investigación de Estela: *“Estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Bartonelosis en la población mayor o igual 18 años del distrito Bellavista de la provincia de Jaén del departamento de Cajamarca”*, que concluyó que tiene conocimientos insuficientes, actitudes favorables y prácticas no saludables.

4).- Con respecto al Nivel de Participación de los Padres en la Terapia complementaria en casa, el 81.25 % realiza en un nivel de nada, poco y regular; con ello se demostró que son pocos los padres que realizan un acompañamiento suficiente, según se visualiza en la tabla N° 15. También es similar a la investigación de Garrido: *“Comportamiento que tienen los padres en la práctica deportiva de su hijo en las escuelas deportivas municipales de la ciudad de Sevilla”*, cuya participación es baja.

5).- En cuanto a la Terapia en casa (poco, regular y suficiente) la mayoría (61.25%) realiza 3 veces por semana y aproximadamente 0.5 horas cada día (85%); con ello se demostró que el tiempo dedicado a las terapias son insuficientes tanto en días como en horas, según se visualiza en las tablas N° 17 y 18.

6).- Cuando se interrogó sobre si el Nivel Conocimiento Influye en la Participación de los Padres en la Terapia, el 48.75% y el 16.25% respondió que influye de manera regular y mucho respectivamente; sólo el 2.5% manifestó que no influye en nada. Con ello se demostró que es importante tener un nivel de conocimiento regular y mucho para lograr una mayor participación de los padres. Con ello se coincide con la investigación de Delvicié realizó el estudio: *“Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y padres de familia en la estimulación temprana a niños menores de cinco años diagnosticados con síndrome de Down que acuden al centro de rehabilitación nuestra Familia en la ciudad de la provincia de Esmeraldas periodo abril a julio de 2014”*, que concluyó, que un conocimiento de nivel poco determina una participación de nivel poco.

7).- En cuanto a la aseveración de que si el Impacto Psicológico influye en la participación de los padres, el 35% de los padres manifiestan que no influye en nada y sólo el 21.25% manifiesta que influye mucho, con lo cual se demostró que el impacto psicológico influye, pero no es determinante en la participación de los padres en la terapia física.

La Displasia de Desarrollo de la Cadera es una patología muy compleja que involucra en su tratamiento a profesionales de la salud (médicos especialistas, fisioterapeutas, etc.) y también a los padres de familia en sus dimensiones de: conocimiento y participación; cuya interrelación determina la evolución del paciente.

Se buscó investigaciones que relacionen el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera, no se encontró; por lo tanto, se consideraron investigaciones similares relacionadas a las variables: Nivel de Conocimiento y Participación de los padres.

Es importante resaltar la relación que existe entre la Estimulación Temprana con el Desarrollo de ciertos órganos y sistema nervioso central; es por ello, la importancia de brindar información acertada y suficiente para superar el temor que tienen los padres sobre la atención hacia sus niños. Dentro de los órganos beneficiados tenemos a los huesos y las articulaciones (la cadera).

En el análisis de nuestro estudio, existe preocupación por la alta incidencia de pacientes con Displasia de Desarrollo de la Cadera y sobre todo por la evolución en el tratamiento; el cual al tener un diagnóstico tardío o un tratamiento fisioterapéutico inadecuado o insuficiente, conllevará a una serie de cirugías prolongadas y traumáticas para el niño. En el tratamiento se requiere el acompañamiento de los padres, que tiene un rol importante.

## **Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones**

### **5.1. Conclusiones**

1. En el estudio se ha podido comprobar que el Nivel de Conocimiento de los Rasgos Clínicos y de las Medidas de Diagnóstico Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.
2. Ha quedado demostrado que el Nivel de Conocimiento de los Ejercicios y del Control Postural Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.
3. También, se ha podido comprobar que el Tiempo de Dedicación de los Padres hacia los Ejercicios Influyen Positivamente en el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.
4. Se ha demostrado en el estudio que la Motivación y Respuesta de los Padres y Niños hacia los Ejercicios Influyen Positivamente con el Tratamiento Fisioterapéutico de la Displasia de Desarrollo de la Cadera.
5. Finalmente, queda comprobado que el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia Influyen Positivamente en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima.

## 5.2. Recomendaciones

1. Mejorar el nivel de información en las diferentes especialidades, tanto en el área médica (71.25%) con la definición y la clínica de la Displasia de Cadera y el área Fisioterapéutica (2.5%) con la realización de los ejercicios.
2. Dar información de los Rasgos Clínicos iniciales a fin de Diagnosticar precozmente e iniciar el tratamiento, lo que evitará las cirugías y los tratamientos prolongados de rehabilitación.
3. Sugerir al Ministerio de Salud que incluya en la “cartilla de control de niño sano” las pruebas de detección de la Displasia de Desarrollo de la Cadera (ecografía) a la edad de 3 meses a fin de detectar a más tardar a esa edad e iniciar el tratamiento médico y fisioterapéutico.
4. Dar entrenamiento a los padres, para que la motivación y la confianza hacia la terapia no queden en intención, sino que se concrete en accionar de los ejercicios en casa.
5. Concientizar a los padres sobre la importancia de la realización de los ejercicios en casa de manera diaria. Cuanto mayor es el tiempo de terapia mejor evolución tendrá, y se evitará las probables secuelas.
6. Ser punto de partida de nuevas investigaciones; ya que existe poca información con respecto al tema tratado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALARCÓN, Reynaldo (2013) *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento* Segunda Edición. Universidad Ricardo Palma. Editorial Universitaria. Lima. Perú.
2. BUNGE, Mario (2009) *Estrategias de la Investigación Científica* Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima- Perú.
3. BUNGE, Mario (1982) *Epistemología*. Primera edición. Editorial ciencias sociales. La Habana. Cuba.
4. CANALES, Francisca (2004) *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*. Primera edición. Editorial Limusa. Balderas. México.
5. CIPRIANI, Enrique (1997) *Horizontes de la medicina*, Primera edición, Editorial UPCH. Lima – Perú.
6. CORRAL, Isabel. *La implantación de proyectos de educación para la salud. Valoración de los aspectos más significativos*. [citado 2008 Ago. 26], Disponible en: [www.spapex.org/pdf/taller2.pdf](http://www.spapex.org/pdf/taller2.pdf).
7. CORREA,J. ,GOMEZ,J.& POSADA (1999) *Fundamentos de pediatría, Neurología, Alergología, Inmunología, Reumatología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Urgencias*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
8. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2014) Versión electrónica. Vigésimotercera edición. Edición del tricentenario. España.
9. GARCIA A., M.G. (2006) *La participación de los padres de familia en educación, siglo XIX y XX* Tomado del as publicaciones Digitales de la UNAM, el 19 de julio de 2006.



10. GARDINER, Dena (1968) *Manual de ejercicios de Rehabilitación*. Tercera Edición. Editorial Jims. Barcelona. España.
11. GENTO P., S. (1994) *Participación en la Gestión Educativa*. Madrid España. Ed. Santillana.
12. GERD, William (2000) *Fisioterapia en ortopedia u reumatología*. Primera edición. Editorial Paidotribo.
13. GUZMÁN, Alejandro (1976). *Dos estudios en torno a la historia de la tutela romana*. Pamplona: Universidad de Navarra.
14. HERNANDEZ, Roberto (2014) *Metodología de la investigación*. Sexta edición. Editorial McGraw-Hill/Interamericana editores. México.
15. KAPANDJI, A. (1999) *Fisiología articular*. Quinta edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
16. KENDALL'S, Florence (2000) *Músculos: pruebas, funciones y dolor postural*. Primera edición. Editorial Marban. Madrid. España.
17. FERLINGER, Fred (1981) *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*, Primera edición, Editorial Interamericana. Madrid. España.
18. MALAGON, Valentín (2006) *Displasia del desarrollo de la cadera*. Primera Edición. Editorial Médica Celsus. Bogotá. Colombia.

19. MALAGON, Valentín (2006) Displasia Congénita: Displasia del Desarrollo de la Cadera. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ortopedia/vol-121/orto12198displasia/>.
20. MEDINA R., R. (1998) *Fuentes fundamentales de conflictos en las organizaciones escolares*. Madrid: Ed. Narcea.
21. MELGAREJO, Giannina (2006) *Nivel de conocimientos y su relación con las actitudes de los padres de familia respecto a su participación en la atención del niño hospitalizado en el Servicio de Quemados del Instituto Especializado de Salud del Niño, enero-febrero 2006*.  
[www.http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1054](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1054).
22. MILELLA, Pietro (1986) *La luxación congénita de la cadera: patogénesis, clínica, tratamiento*. Primera edición. Publicación del Instituto Ítalo-latino-americano. Roma. Italia.
23. MURCIA, Miguel (2014) *Displasia de cadera en el desarrollo del niño*. Programa nacional de promoción del diagnóstico precoz y prevención en Colombia.
24. NAKAZATO, Tomas (2011) *Técnicas de estiramiento y fortalecimiento para el tratamiento del dolor musculo esquelético*, Segunda Edición, Editorial Cedomuh, Perú.
25. TORRES, R. M. (2001). *Participación Ciudadana y Educación, Una Mirada amplia y 20 experiencias en América Latina*. OEA (UDSE).

26. VIVANCO, Teresa. *¿Qué son los centros de emergencia Mujer?: Situación actual y perspectivas dentro del proceso de descentralización Lima Perú*, 2007.
27. RAMOS, José (1979) *Elementos de traumatología y ortopedia*. Quinta edición. Editorial Científico técnicas americanas. Buenos Aires. Argentina.
28. RODRIGUEZ, Freddy (1998) *Lo cognoscitivo y psicosocial como factores de riesgo en la salud*. Primera edición. Editorial servicios gráficos matices. Perú.
29. ROSELLI, Pablo; DUPLAT, José (2005) *Ortopedia Infantil*. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. Colombia.
30. RUIZ, Jesús (1992) *Estudio morfológico óseo y radiológico de los elementos del par kinetico de la articulación de la cadera: aplicaciones quirúrgicas*.  
[www.http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0079901.pdf](http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0079901.pdf).
31. RUSE, Michael (2008) *Charles Darwin: conocimiento*. Primera Edición. Katz editores. Buenos Aires. Argentina.
32. SOMERVILLE, Ew (1982) *Displacement of the hip in childhood. Etiology. Management and Sequelae*. Primera edición. Berlín. Alemania.
33. STAHELI, LIPPERT F.,DENOTTER P. (1997) *Femoral anteversion and physical performance en adolescents and adult life*, Primera Edición.
34. VILADOT, Ramón, (1989). *Ortesis y prótesis del aparato locomotor: extremidad inferior*. Primera Edición. Editorial Masson. Barcelona. España.

35. TACHDJIAN, Mihram (1999). *Ortopedia clínica pediátrica*. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina.
36. TACHDJIAN, Mihram (1990). *Ortopedia pediátrica*. Segunda edición. Editorial Interamericana McGraw Hill.
37. TAMARIZ, Jorge (2013) *Participación de los padres de Familia en la Gestión Educativa Institucional*. [www.http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4641](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4641).

## ANEXOS

### a) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### INSTRUMENTO

FECHA: .....

Nº DE FICHA: .....

#### PRESENTACIÓN:

Me es grato dirigirme a Ud. para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que me encuentro realizando un estudio sobre: “Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia del Desarrollo de la Cadera en Niños menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios-Lima”. Por el que solicito a usted su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

#### A. DATOS GENERALES:

##### Datos del paciente:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: ----- Edad de Diagnóstico: -----

##### Parentesco con el paciente:

- Papá: ( )      - Mamá: ( )      - Abuelos: ( )      - Otro: ( )

##### Grado de Instrucción:

Primaria: ( )      Secundaria: ( )      Superior: ( )

##### Estado civil:

- Soltero: ( )      - Casado: ( )      - Divorciado ( )      - Conviviente ( )

## Nivel de Conocimientos

1.- ¿El conocimiento que posee sobre la Displasia de Desarrollo de la Cadera fue proporcionado por?

Médico ( )      Terapeuta Físico ( )      Enfermera ( )      Otro ( )

2.- ¿Sabe Ud. Que es la Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

3.- ¿Sabe Ud. Cuáles son las causas de la Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

4.- ¿Conoce Ud. La importancia de diagnosticar precozmente al niño?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

5.-¿Conoce la importancia de iniciar tempranamente el tratamiento Fisioterapéutico?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

6.- ¿Conoce los signos alarma de la Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

7.- ¿Conoce Ud. la importancia de realizar los Ejercicios de Estiramiento?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

8.- ¿Sabe Ud. La importancia de los Ejercicios de Fortalecimiento?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

9.- ¿Conoce el Control Postural que debe tener en casa un niño con Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

10.- ¿Sabe cómo reconocer la evolución favorable de la Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

11.-¿Conoce Ud. las probables complicaciones de una evolución desfavorable de la Displasia de Desarrollo de la Cadera?

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Lo suficiente ( )

## Nivel de Participación

12.- ¿Cuántas días por semana realiza Terapia Física en la clínica?

1 días ( )                      2 día ( )                      3 días ( )                      más 3 días ( )

13.- ¿cree Ud. que los días de terapia realizadas en la clínica son suficientes?

Si es suficiente( )                      no es suficiente ( )

14.- ¿Realiza Terapia Física complementaria en casa?

Nada ( )                      Poco ( )                      Regular ( )                      Lo suficiente ( )

15.- Si hace Terapia Física en casa ¿Quién le hace la Terapia?

Papá ( )                      Mamá ( )                      Abuelos ( )                      Otro ( )

16.- ¿Cuántos días a la semana le hacen la Terapia Física en casa?

0 días ( )                      1 día ( )                      2 días ( )                      3 o más días ( )

17.- ¿Si Ud. Le hace la Terapia Física cuanto tiempo en promedio al día?

½ hora ( )                      1 hora ( )                      2 horas ( )                      Más de 2 horas ( )

18.- ¿Logra tener colaboración de su niño durante la Terapia Física?

Nada ( )                      Poco ( )                      Regular ( )                      Mucho ( )

19.- ¿El conocimiento que tiene sobre la Displasia de Desarrollo de la Cadera influye en su participación en la Terapia Física?

Nada ( )                      Poco ( )                      Regular ( )                      Mucho ( )

20.- ¿El Impacto Psicológico que le produce la Displasia de Desarrollo de la Cadera de su niña(o) interfiere en su participación en la Terapia Física?

Nada ( )                      Poco ( )                      Regular ( )                      Mucho ( )

21.- ¿Se encuentra motivado para realizar los ejercicios a su hijo(a)?

Nada ( )                      Poco ( )                      Regular ( )                      Mucho ( )

## Tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera

22.- ¿A qué edad inició la Terapia Física?

0 a 6 meses ( )      +6 a 12 meses ( )      +12 a 24 meses ( )      + 24 meses ( )

23.- ¿Se siente seguro al realizar los ejercicios?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Mucho ( )

24.- ¿Realiza los ejercicios de Estiramiento?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Lo suficiente ( )

25.- ¿Realiza los ejercicios de Fortalecimiento?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Lo suficiente ( )

26.- ¿Realiza en Control Postural?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Lo suficiente ( )

27.- ¿Según el tratamiento que Ud. Aplica como es la evolución de su paciente?

Malo ( )                  Regular( )                  Bueno ( )                  Excelente ( )

28.- ¿Cumple con las sesiones diarias?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Mucho ( )

29.- ¿Cumple con la rutina de cada sesión (30 a 45 min.)?

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Mucho ( )

30.- ¿Tiene confianza en la buena evolución del problema de cadera de su hijo(a)

Nada ( )                  Poco ( )                  Regular ( )                  Mucho ( )



## **b) CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PARTICIPACION DE LOS PADRES HACIA LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE LA CADERA EN NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS EN LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS – LIMA”

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y consultorios entre los meses de abril a junio del 2016.

### **Descripción**

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación que es realizada por el licenciado tecnólogo médico. José Luis Velásquez Vásquez.

El propósito de esta investigación es determinar el Nivel de Conocimiento y Participación de los Padres hacia la Fisioterapia en el Tratamiento de la Displasia de Desarrollo de la Cadera en niños menores de cuatro años en la Clínica San Juan de Dios – Lima.

Se solicitará participar en una entrevista para resolver preguntas de acuerdo al objetivo del estudio Se espera que en este estudio participen voluntariamente. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará dar sus respuestas a las preguntas del cuestionario.

### **Riesgos y beneficios**

No existen riesgos asociados con este estudio porque no involucra ningún costo, daño físico o emocional hacia su persona, además tiene la libertad de poder decidir no seguir la entrevista en cualquier momento que lo considere necesario. Los beneficios esperados de esta investigación desde el punto de vista social es poder informar y dar a conocer el nivel de conocimiento y participación en los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la displasia de cadera.

### **Confidencialidad**

La identidad del participante será protegida ya que los resultados de este estudio serán únicamente validados para los fines del mismo. Toda información o datos que pueda informar la participante serán manejados confidencialmente. Solamente el investigador Interno tendrá acceso a los datos mediante códigos de tal manera que no identificará directamente al participante.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con José Luis Velásquez Vásquez al número 990800089

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

-----

Nombre del participante

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

-----

Nombre del investigador o persona designada

Firma

Fecha

## c) AUTORIZACION PARA LA ENCUESTA

Lima, 06 de marzo de 2017

Lic. Mayk Gutarra G.

Coordinador del servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Clínica San Juan de Dios-Lima

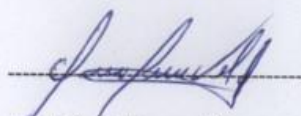
Mi nombre es José Luis Velásquez Vásquez Con D.N.I. 07229023, egresado de la maestría de la universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Mi interés es realizar una investigación del "Nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima". Por ello deseo realizar una encuesta a los padres de los niños con esta patología en el área de trabajo que tan dignamente Ud. Dirige.

Es por esto que me dirijo a usted con el propósito de pedir su autorización para poder realizar la encuesta. La información obtenida se mantendrá la reserva del caso y conformara la base de datos de esta investigación.

Agradeciendo anticipadamente su respuesta, agradecería completar el formulario a continuación


Atentamente



José Luis Velásquez Vásquez

D.N.I. 07229023

----- Autorizo que se lleve a cabo la encuesta.



CLÍNICA  
San Juan de Dios  
LIMA

-----  
Lic. MAYK GUTARRA GOYTENDIA  
COORDINADOR DE REHABILITACIÓN  
CTMP: 7723  
Lic. Mayk Gutarra G.

#### d) JUICIO DE EXPERTOS

#### CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a) (ita): Edith Avila Villanueva.

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-Grado con mención en Investigación y Docencia en Tecnología Médica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magister.

El título de mi proyecto de investigación es: **Nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima.**

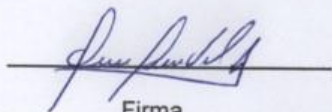
Y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de salud e investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Velásquez Vásquez, José Luis  
D.N.I: 07229023

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES**

### **Variable:**

#### **NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Se define como un conjunto de ideas, hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto; el cual, es caracterizado por ser un proceso activo y continuo durante todas las etapas de la vida.

#### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Nivel de conocimiento de los rasgos clínicos y las medidas de diagnóstico.  
Dimensión 2: Nivel de conocimiento de los ejercicios y del control postural.

### **Variable**

#### **NIVEL DE PARTICIPACION**

Se define como las actitudes o predisposición de los padres para actuar y participar mediante sus capacidades y características inherentes en el desarrollo de la terapia física; frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos, los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales.

#### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Tiempo de dedicación de los padres hacia los ejercicios.  
Dimensión 2: Motivación y respuesta de los padres y niños hacia los ejercicios

### **Variable**

#### **TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA**

Se define como, conjunto de medidas y actividades terapéuticas encaminadas a la resolución de una cadera con déficit de desarrollo.

#### **Dimensiones de la variable**

Dimensión 1: Tratamiento fisioterapéutico de la Displasia de desarrollo de la cadera.



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**SUFICIENCIA**

Califique la **SUFICIENCIA** que usted le otorga al nivel de conocimiento y participación de los padres en el servicio de REHABILITACIÓN de la Clínica San Juan de Dios - Lima. Utilice una escala numérica del 1 al 5. Considere 1 como la menor calificación (NO ES NADA IMPORTANTE) y 5 como la mayor calificación (ES MUY IMPORTANTE)

ITEMS	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
	Si	No	Si	No	Si	No	
1.- ¿El conocimiento que posee sobre la Displasia de desarrollo de la cadera fue proporcionado por? Médico ( ) Terapeuta Físico ( ) Enfermera ( ) Otro ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2.- ¿Sabe Ud. Que es la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3.- ¿Sabe Ud. Cuáles son las causas de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4.- ¿Conoce Ud. La importancia de diagnosticar precozmente al niño? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5.- ¿Conoce la importancia de iniciar tempranamente el tratamiento fisioterapéutico? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6.- ¿Conoce los signos alarma de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7.- ¿Conoce Ud. el nivel de importancia de los ejercicios de estiramiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8.- ¿Sabe Ud. La importancia de los ejercicios de fortalecimiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9.- ¿Conoce el control postural que debe tener en casa un niño con displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

10.- ¿Sabe cómo reconocer la evolución favorable de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
11.- ¿Conoce Ud. las probables complicaciones de una mala evolución de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
12.- ¿Cuántos días por semana realiza terapia física en la clínica? 1 día ( ) 2 días ( ) 3 días ( ) + 3 días ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
13.- ¿Cree Ud. que los días de terapia realizadas en la clínica son suficientes? Si es suficiente ( ) No es suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
14.- ¿Realiza terapia física complementaria en casa? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
15.- Si hace terapia física en casa ¿Quién le hace la terapia? Papá ( ) Mamá ( ) Abuelos ( ) Otro ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
16.- ¿Cuántos días a la semana le hacen la terapia en casa? 0 días ( ) día ( ) 2 días ( ) 3 o más días ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
17.- ¿Si Ud. Le hace la terapia cuanto tiempo en promedio al día? ½ hora ( ) 1 hora ( ) 2 horas ( ) Más de 2 horas ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
18.- ¿Logra tener colaboración de su niño durante la terapia? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
19.- ¿Lo que Ud. conoce sobre la displasia de desarrollo de la cadera influye en su participación en el tratamiento físico? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
20.- ¿El impacto psicológico en Ud. Sobre la Displasia de desarrollo de la cadera interfiere en su participación en la terapia física? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
21.- ¿Se encuentra motivado para realizar los ejercicios a su hijo(a)? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
22.- ¿A que edad inicio la terapia física? 0 a 6 meses ( ) +6 a 12 m ( ) +12 a 24 m ( ) +24 m ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
23.- ¿Se siente seguro al realizar los ejercicios? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

24.- ¿Realiza los ejercicios de estiramiento?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
25.- ¿Realiza los ejercicios de fortalecimiento?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
26.- ¿Realiza en control postural?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
27.- ¿Según el tratamiento que Ud. Aplica como es la evolución de su paciente?	Malo ( )	Regular ( )	Bueno ( )	Excelente ( )	✓	✓	✓		
28.- ¿Cumple con las sesiones diarias?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Mucho ( )	✓	✓	✓		
29.- ¿Cumple con la rutina de cada sesión (30 a 45 min.)?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Mucho ( )	✓	✓	✓		
30.- ¿Tiene confianza en la buena evolución del problema de cadera de su hijo(a)?	Nada ( )	Poco ( )	Regular ( )	Mucho ( )	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si haysuficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr./ Mg: Edith Avila Villanueva

DNI: 45978722

Especialidad del validador: MAESTRIA EN GESTION EN SERVICIOS DE LA SALUD

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....01.....de febrero.....del 2017

*Edith Avila*

Firma del Experto Informante.

.....  
Mg. Avila Villanueva Edith  
Tecnólogo Médico  
C.T.M.P 0570





## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a) (ita): ...*Luis Gutierrez Yauri*.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-Grado con mención en Investigación y Docencia en Tecnología Médica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magister.

El título de mi proyecto de investigación es: **Nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima.**

Y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de salud e investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Velásquez Vásquez, José Luis  
D.N.I: 07229023

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES**

### **Variable:**

#### **NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Se define como un conjunto de ideas, hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto; el cual, es caracterizado por ser un proceso activo y continuo durante todas las etapas de la vida.

### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Nivel de conocimiento de los rasgos clínicos y las medidas de diagnóstico.

Dimensión 2: Nivel de conocimiento de los ejercicios y del control postural.

### **Variable**

#### **NIVEL DE PARTICIPACION**

Se define como las actitudes o predisposición de los padres para actuar y participar mediante sus capacidades y características inherentes en el desarrollo de la terapia física; frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos, los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales.

### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Tiempo de dedicación de los padres hacia los ejercicios.

Dimensión 2: Motivación y respuesta de los padres y niños hacia los ejercicios

### **Variable**

#### **TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA**

Se define como, conjunto de medidas y actividades terapéuticas encaminadas a la resolución de una cadera con déficit de desarrollo.

### **Dimensiones de la variable**

Dimensión 1: Tratamiento fisioterapéutico de la Displasia de desarrollo de la cadera.



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

SUFICIENCIA							
Califique la <b>SUFICIENCIA</b> que usted le otorga al nivel de conocimiento y participación de los padres en el servicio de REHABILITACIÓN de la Clínica San Juan de Dios - Lima. Utilice una escala numérica del 1 al 5. Considere 1 como la menor calificación (NO ES NADA IMPORTANTE) y 5 como la mayor calificación (ES MUY IMPORTANTE)							
ITEMS	Pertinencia <sub>1</sub>		Relevancia <sub>2</sub>		Claridad <sub>3</sub>		Sugerencias
	Si	No	Si	No	Si	No	
1.- ¿El conocimiento que posee sobre la Displasia de desarrollo de la cadera fue proporcionado por? Médico ( ) Terapeuta Físico ( ) Enfermera ( ) Otro ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2.- ¿Sabe Ud. Que es la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3.- ¿Sabe Ud. Cuáles son las causas de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4.- ¿Conoce Ud. La importancia de diagnosticar precozmente al niño? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5.- ¿Conoce la importancia de iniciar tempranamente el tratamiento fisioterapéutico? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6.- ¿Conoce los signos alarma de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7.- ¿Conoce Ud. el nivel de importancia de los ejercicios de estiramiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8.- ¿Sabe Ud. La importancia de los ejercicios de fortalecimiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9.- ¿Conoce el control postural que debe tener en casa un niño con displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

10.- ¿Sabe cómo reconocer la evolución favorable de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
11.- ¿Conoce Ud. las probables complicaciones de una mala evolución de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
12.- ¿Cuántos días por semana realiza terapia física en la clínica? 1 día ( ) 2 días ( ) 3 días ( ) + 3 días ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
13.- ¿Cree Ud. que los días de terapia realizadas en la clínica son suficientes? Si es suficiente ( ) No es suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
14.- ¿Realiza terapia física complementaria en casa? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
15.- Si hace terapia física en casa ¿Quién le hace la terapia? Papá ( ) Mamá ( ) Abuelos ( ) Otro ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
16.- ¿Cuántos días a la semana le hacen la terapia en casa? 0 días ( ) día ( ) 2 días ( ) 3 o más días ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
17.- ¿Si Ud. Le hace la terapia cuanto tiempo en promedio al día? ½ hora ( ) 1 hora ( ) 2 horas ( ) Más de 2 horas ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
18.- ¿Logra tener colaboración de su niño durante la terapia? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
19.- ¿Lo que Ud. conoce sobre la displasia de desarrollo de la cadera influye en su participación en el tratamiento físico? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
20.- ¿El impacto psicológico en Ud. Sobre la Displasia de desarrollo de la cadera interfiere en su participación en la terapia física? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
21.- ¿Se encuentra motivado para realizar los ejercicios a su hijo(a)? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
22.- ¿A que edad inicio la terapia física? 0 a 6 meses ( ) +6 a 12 m ( ) +12 a 24 m ( ) +24 m ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
23.- ¿Se siente seguro al realizar los ejercicios? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

24.- ¿Realiza los ejercicios de estiramiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
25.- ¿Realiza los ejercicios de fortalecimiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
26.- ¿Realiza en control postural? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
27.- ¿Según el tratamiento que Ud. Aplica como es la evolución de su paciente? Malo ( ) Regular ( ) Bueno ( ) Excelente ( )	✓	✓	✓		
28.- ¿Cumple con las sesiones diarias? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		
29.- ¿Cumple con la rutina de cada sesión (30 a 45 min.)? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		
30.- ¿Tiene confianza en la buena evolución del problema de cadera de su hijo(a) Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si haysuficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr./ Mg: Cris Gutarra Yauri.....

DNI:.....

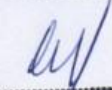
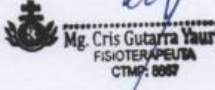
Especialidad del validador: Gestión en los servicios de Salud

...2...de.....del 2017

- <sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de   | 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 |
|--|------------------------------|
| 1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?               | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (X)      |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?            | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (X)      |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?          | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (X)      |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?                             | ( ) ( ) ( ) ( ) (X) ( )      |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (X)      |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (X)      |

### SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

.....  
.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

.....  
.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?


.....  
.....

Fecha: 20/07/17

Validado por: Mg. Cris Gutierrez Yauri

Firma: 



  
Mg. Cris Gutierrez Yauri  
FISIOTERAPEUTA  
CTMP: 6887

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a) (ita): RONALD DE LA CRUZ VÁSQUEZ

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Post-Grado con mención en Investigación y Docencia en Tecnología Médica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Magíster.

El título de mi proyecto de investigación es: **Nivel de conocimiento y participación de los padres hacia la fisioterapia en el tratamiento de la Displasia de desarrollo de la cadera en niños menores de cuatro años en la clínica San Juan de Dios-Lima.**

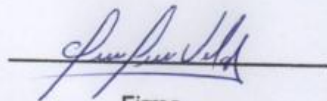
Y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de salud e investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Velásquez Vásquez, José Luis  
D.N.I: 07229023



## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES**

### **Variable:**

#### **NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Se define como un conjunto de ideas, hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto; el cual, es caracterizado por ser un proceso activo y continuo durante todas las etapas de la vida.

#### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Nivel de conocimiento de los rasgos clínicos y las medidas de diagnóstico.

Dimensión 2: Nivel de conocimiento de los ejercicios y del control postural.

### **Variable**

#### **NIVEL DE PARTICIPACION**

Se define como las actitudes o predisposición de los padres para actuar y participar mediante sus capacidades y características inherentes en el desarrollo de la terapia física; frente a sus creencias, experiencias, ideas, sentimientos, los cuales a su vez se relacionan con los factores personales y sociales.

#### **Dimensiones de la variable:**

Dimensión 1: Tiempo de dedicación de los padres hacia los ejercicios.

Dimensión 2: Motivación y respuesta de los padres y niños hacia los ejercicios

### **Variable**

#### **TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DE DESARROLLO DE LA CADERA**

Se define como, conjunto de medidas y actividades terapéuticas encaminadas a la resolución de una cadera con déficit de desarrollo.

#### **Dimensiones de la variable**

Dimensión 1: Tratamiento fisioterapéutico de la Displasia de desarrollo de la cadera.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

SUFICIENCIA							
Califique la <b>SUFICIENCIA</b> que usted le otorga al nivel de conocimiento y participación de los padres en el servicio de REHABILITACIÓN de la Clínica San Juan de Dios - Lima. Utilice una escala numérica del 1 al 5. Considere 1 como la menor calificación (NO ES NADA IMPORTANTE) y 5 como la mayor calificación (ES MUY IMPORTANTE)							
ITEMS	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
	SI	No	SI	No	SI	No	
1.- ¿El conocimiento que posee sobre la Displasia de desarrollo de la cadera fue proporcionado por? Médico ( ) Terapeuta Físico ( ) Enfermera ( ) Otro ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2.- ¿Sabe Ud. Que es la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3.- ¿Sabe Ud. Cuáles son las causas de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4.- ¿Conoce Ud. La importancia de diagnosticar precozmente al niño? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5.- ¿Conoce la importancia de iniciar tempranamente el tratamiento fisioterapéutico? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6.- ¿Conoce los signos alarma de la displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7.- ¿Conoce Ud. el nivel de importancia de los ejercicios de estiramiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8.- ¿Sabe Ud. La importancia de los ejercicios de fortalecimiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9.- ¿Conoce el control postural que debe tener en casa un niño con displasia de desarrollo de la cadera? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

10.- ¿Sabe cómo reconocer la evolución favorable de la displasia de desarrollo de la cadera?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
11.- ¿Conoce Ud. las probables complicaciones de una mala evolución de la displasia de desarrollo de la cadera?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
12.- ¿Cuántos días por semana realiza terapia física en la clínica?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 día ( ) 2 días ( ) 3 días ( ) + 3 días ( )						
13.- ¿Cree Ud. que los días de terapia realizadas en la clínica son suficientes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es suficiente ( ) No es suficiente ( )						
14.- ¿Realiza terapia física complementaria en casa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
15.- Si hace terapia física en casa ¿Quién le hace la terapia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papá ( ) Mamá ( ) Abuelos ( ) Otro ( )						
16.- ¿Cuántos días a la semana le hacen la terapia en casa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 días ( ) día ( ) 2 días ( ) 3 o más días ( )						
17.- ¿Si Ud. Le hace la terapia cuanto tiempo en promedio al día?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
½ hora ( ) 1 hora ( ) 2 horas ( ) Más de 2 horas ( )						
18.- ¿Logra tener colaboración de su niño durante la terapia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
19.- ¿Lo que Ud. conoce sobre la displasia de desarrollo de la cadera influye en su participación en el tratamiento físico?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
20.- ¿El impacto psicológico en Ud. Sobre la Displasia de desarrollo de la cadera interfiere en su participación en la terapia física?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
21.- ¿Se encuentra motivado para realizar los ejercicios a su hijo(a)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )						
22.- ¿A que edad inicio la terapia física?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 a 6 meses ( ) +6 a 12 m ( ) +12 a 24 m ( ) +24 m ( )						
23.- ¿Se siente seguro al realizar los ejercicios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )						



24.- ¿Realiza los ejercicios de estiramiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
25.- ¿Realiza los ejercicios de fortalecimiento? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
26.- ¿Realiza en control postural? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Lo suficiente ( )	✓	✓	✓		
27.- ¿Según el tratamiento que Ud. Aplica como es la evolución de su paciente? Malo ( ) Regular ( ) Bueno ( ) Excelente ( )	✓	✓	✓		
28.- ¿Cumple con las sesiones diarias? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		
29.- ¿Cumple con la rutina de cada sesión (30 a 45 min.)? Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		
30.- ¿Tiene confianza en la buena evolución del problema de cadera de su hijo(a) Nada ( ) Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr./ Mg: RONALD JUSTO DE LA CRUZ VÁSQUEZ

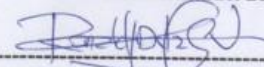
DNI: 10370938

Especialidad del validador: MAGISTER EN GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2017



Firma del Experto Informante.

\*\*\*\*\*  
Mg. Ronald De La Cruz Vásquez  
Gestión en los Servicios de Salud  
T.M. en Terapia Física y Rehabilitación.  
C.M.F. 9856

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

- | Menos de   | 50  | 60  | 70  | 80  | 90  | 100 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | (X) |

### SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

.....  
.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

.....  
.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

.....  
.....

Fecha: 20/07/17

Validado por: Mg. Rorald De la Cruz Vásquez

Firma: 

Mg. Rorald De la Cruz Vásquez  
Gestión de los Servicios de Salud  
Unidad de Terapia Física y Rehabilitación  
C.I.M.P. 2000

