

UNIVERSIDAD DE CUENCA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**



**“PREVALENCIA DE LOS RETRASOS DEL
DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD Y LOS
FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5
AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A 3 CENTROS
FISCALES REGULARES DEL ÁREA CENTRAL DEL
CANTÓN CUENCA. ENERO- JUNIO 2009”**

**Tesis previa a la obtención del título de Licenciadas en
Estimulación Temprana en Salud.**

AUTORES: Lorena Alexandra Albarracín Matute.
Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.

DIRECTORA: Dra. Nancy Auquilla Díaz.

ASESOR: Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén.

**CUENCA-ECUADOR
2010**

AUTORAS:
Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad, y describir los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de vida. Se realizó un estudio transversal cuantitativo. Se obtuvo una muestra de 57 niños y niñas (universo de 143) que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del cantón Cuenca (Hernán Malo, San Francisco y ANIMA), Para la identificación del retraso del desarrollo se utilizó el test Brunet Lezine y para la discapacidad las guías de EVE para menores de 3 años y de BVD para edades de 3 a 5 años.

Este estudio determinó que el 12,3% de los niños y niñas presentó retraso del desarrollo psicomotor, 10,5% sin discapacidad y 1,8% con discapacidad. En los niños y niñas con retraso no existe beneficio de la atención temprana. No se encontró relación estadística con los siguientes factores: desnutrición, perímetro cefálico anormal (microcefalia), tipo de familia (monoparental). Con los datos obtenidos se podrá exigir la necesidad de implementar programas con cobertura, acceso y calidad.

Palabras Claves: Trastornos del desarrollo infantil, Prevalencia, Discapacidad, Discapacidades del Desarrollo, Lactante, Preescolar, Jardines Infantiles, Sector Público, Zona Urbana, Cuenca- Ecuador.



ABSTRACT

The objective of this research is to determine the prevalence of developmental delay with or without disabilities, and to describe associated factors in children of 0-5 years. Was realized a Quantitative cross-sectional Study. A sample of 57 children (universe of 143) attending three Regular Public Centers of the Central Area of the canton Cuenca (Hernán Malo, San Francisco and ANIMA), For the identification of developmental delay test was used Brunet Lezine and disability EVE guides for children 3 years and BVD for ages 3-5 years.

This study found that 12,3% of children had delayed psychomotor development, 10,5% without disability and 1,8% with disabilities. In the late children there is no benefit of early intervention, didn't meet relation to the following factors: malnutrition, abnormal head circumference (microcephaly), family type (single parent). With the data obtained may require the need to implement programs with coverage, access and quality.

Keywords: Child Development Disorders, Prevalence, Disability, Developmental Disabilities, Infant, Preschool, Child Development Center, Kindergarten, Private Sector, Urban Zone, Cuenca – Ecuador.



RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en esta tesis son de absoluta responsabilidad de las autoras.

Lorena Alexandra Albarracín M.

Elizabeth Viviana Gordillo A.

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



AGRADECIMIENTO

A todos quienes formaron parte del presente trabajo y de manera especial a la Dra. Nancy Auquilla y Dra. Lourdes Huiracocha, quienes con su espíritu colaborador hicieron de la elaboración del presente documento una tarea menos difícil y más enriquecedora.

Las Autoras



DEDICATORIA

Con mucho cariño a toda mi familia y de manera muy especial a quienes son parte fundamental de mi vida a: Vicente, Luz, mis padres, a Caty, Freddy, Diana, y a mi sobrina Belén.
Además a todas mis amigas, Eli, Lourdes, María José, Ruth quienes han estado pendientes de que logre mis metas y satisfacciones.

LORENA ALEXANDRA ALBARRACÍN MATUTE



DEDICATORIA

A la persona que nunca me ha fallado “DIOS” y a mi Familia que son el pilar fundamental de mi vida y a quienes les debo todos mis éxitos: Luis, Laura, y a mi pequeño Daniel.

A mis amigas Lore , Majo, Lulú, Ruth, con quienes he compartido momentos inolvidables.

ELIZABETH VIVIANA GORDILLO ARÉVALO



INDICE DE CONTENIDOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
RESPONSABILIDAD	4
AGRADECIMIENTO	5
DEDICATORIA	6
INDICE	8
I. Introducción	10
II. Planteamiento del problema	12
III. Justificación	15
IV. Fundamento teórico	16
V. Hipótesis y Objetivos	38
5.1 Hipótesis.....	38
5.2 Objetivos.....	38
5.2.1 Objetivo General.....	38
5.2.2 Objetivo Específico.....	38
VI. Diseño y Metodología	39
6.1 Tipo de Estudio y Diseño General.....	40
6.1.1 Tipo de Estudio.....	40
6.1.2 Universo del estudio.....	40
6.1.2.1 Universo.....	40
6.1.2.2 Muestra.....	40
6.1.2.3 Cálculo de la Muestra.....	40
6.2 Definición y Operacionalización de Variables.....	40
6.3 Identificación de Variables.....	43
6.3.1 Variable Dependiente.....	43
6.3.2 Variable Independiente.....	43
6.3.3 Operacionalización de variables.....	44
6.4 Selección del los sujetos.....	45
6.4.1 Criterios de Inclusión.....	45
6.4.2 Criterios de Exclusión.....	45
6.5 Procedimiento e instrumentos para la recolección de información.....	46



6.5.1	Los Instrumentos de recolección.....	46
6.5.2	Descripción del Proceso de Valoración.....	46
6.5.3	Control de Calidad.....	47
6.6	Aspectos éticos.....	47
VII.	Presentación y Análisis de Resultados	49
7.1	Manejo de datos.....	49
	DISCUSION	61
	CONCLUSIONES	67
	RECOMENDACIONES	68
VIII.	Referencias bibliográficas	69
IX.	Anexos	75



I. INTRODUCCIÓN

El Código de la Niñez y Adolescencia establece que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al desarrollo integral por eso el Estado Ecuatoriano para garantizar el cumplimiento de este derecho ha establecido entre otros programas el “Plan Nacional de Educación” cuyas metas son aumentar el acceso de los niños y niñas regulares y con discapacidad a programas de desarrollo infantil y de educación inicial (0 a 5 años de edad) (1,2).

El desarrollo es la adquisición dinámica y compleja de capacidades funcionales en los sistemas: evolutivo, sensorial, afectivo-conductual, sexual, social, que posibilitan una equilibrada interacción con el mundo circundante. La evolución del desarrollo requiere de la maduración y plasticidad del sistema nervioso, de una estructura genética y la satisfacción integral de las necesidades (educación, vivienda, alimentación, diversión, familia, amor, solidaridad, generosidad) capacidades, aspiraciones (3, 4,5).

Sin embargo las condiciones socioeconómicas de pobreza del país establecen circunstancias que hacen que el desarrollo no pueda seguir su curso normal o no pueda ser cuidado adecuadamente. Estas circunstancias que se instalan como factores de riesgo son la desnutrición, las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, la inadecuada atención (en el embarazo, en el parto, en el período neonatal y de los primeros años de vida) que exponen a los niños de riesgo a una vulnerabilidad para daños del sistema nervioso. La migración que genera nuevas dinámicas familiares y un nuevo prototipo de cuidadores que probablemente tienen influencia en la evolución del desarrollo infantil.

Los retrasos del desarrollo con o sin discapacidades, son fruto de la sumatoria de estos factores de riesgo: social, ambiental y biológicos (6, 7,8). El diagnóstico y la intervención tempranos, por la plasticidad del sistema nervioso central, hace que la evolución y el pronóstico sean más favorables o que causen menos complicaciones, por eso una apropiada atención determina una favorable calidad de vida en estos niños y niñas.



La Educación Preescolar es el primer nivel del sistema educacional, y atiende a niños y niñas entre 0 y 6 años de edad. Tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral de la personalidad del niño y su adaptación inteligente al medio social y natural. Los Centros Fiscales Regulares proponen establecer un vínculo con los padres y la comunidad, con el fin de orientarlos y apoyarlos en la educación de sus hijos. (9)

La incorporación creciente de las mujeres y madres al trabajo y la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo del niño; la necesidad de proteger la edad de más alto riesgo; los efectos de la estimulación temprana en el desarrollo de las funciones cognitivas y en la formación de la confianza básica, hacen especialmente importante la existencia de estos Centros. (9)

La presentación del tipo de desarrollo (retraso o no retraso) puede ser diferente en los niños y niñas que acuden a los Centros Fiscales Regulares, porque a estos espacios van aquellos con dificultades económicas ya que no pueden pagar una educación privada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



El retraso del desarrollo es una demora en la adquisición de las funciones de alguna o de todas las áreas del desarrollo, de acuerdo a la edad y sexo que pueden o no causar discapacidad. La discapacidad es la limitación en la actividad y restricción en la participación, originada por un trastorno que le afecta en forma permanente (8).

Los estudios internacionales determinan una variada frecuencia de trastornos del desarrollo como los demuestran las investigaciones en los diferentes países, en Uruguay según el PLAN CAIF - INAME (1996), en su estudio el 43% de los niños menores de cinco años presentaron alteraciones del desarrollo psicomotor y lo asocian estadísticamente con determinadas características de la situación familiar: condición socio económica, soporte social, clima familiar, disponibilidad materna, creencias y prácticas de crianza (10)

En Cali-Colombia se realizó el estudio de la prevalencia de enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca, del cual se obtuvo que la prevalencia de todos los tipos de retardos del desarrollo fue del 4.6%. (11).

En Madrid-España un estudio realizado de la prevalencia de Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, en edades comprendidas entre 0 y 18 años determinó el 12.7% de prevalencia (12).

En Argentina la implementación de la Prueba Nacional de Pesquisa de trastornos inaparentes del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención (PRUNAPE), al estudiar a 839 niños presuntamente sanos que concurrían a tres centros de salud, encontraron que el 20%: 170 niños y niñas presentaron alteraciones en la prueba, a quienes se les transfirió al Hospital Materno infantil San Isidro para una evaluación multidisciplinaria, pero solo se pudo completar en el 54,5%, es decir en 96 niños y niñas. Los resultados fueron los siguientes: 3% normales, 44.8% tuvieron retraso global del desarrollo, 17.7% retraso global del desarrollo y comorbilidad, 11,4% trastornos generalizados del desarrollo, 10.4% trastornos del lenguaje o de la comunicación, 5,2% trastornos



de la coordinación, 2,1% parálisis cerebral infantil, 5.2% déficit de atención, 2,1% trastornos de la vinculación (13).

En Navarra-España, se realizó un estudio en la consulta de Pediatría de Atención Primaria en el Centro de Salud de Mendillorri, la muestra estuvo constituida por 472 niños de 0 a 6 años, utilizando la Escala de Haizea-LLevant como instrumento cribado para las edades de 0 a 5 años y en los niños con sospecha de problemas de desarrollo se utilizó el test de Bayley, para las edades de 0 a 30 meses. De los cuales 41 niños presentaron retrasos del desarrollo y/o problemas de desarrollo equivalente a un 8,68%. (14)

En el Ecuador no hay estudios de prevalencia de los trastornos del desarrollo únicamente, se conoce según la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLASCO que en el país hay 989 instituciones que trabajan con niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales pero no se sabe cuántos. Fuentes generadoras de información como el INEC, DINAPEN, Sistema de Información para la Infancia (SIPI) tampoco disponen de registros suficientes de datos de niños, niñas con trastornos del desarrollo¹.

En el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC), en donde se atiende a niños y niñas con sospecha de alteración del crecimiento y desarrollo, en el año 2002, se realizó una evaluación interdisciplinaria para la determinación de la frecuencia de los retrasos del desarrollo en los niños y niñas de 0 a 6 años de edad que asistieron a consulta a ese centro, determinando que de un total de 284 niños y niñas, el 75% tuvieron un desarrollo normal y el 24,3% presentaron retraso del desarrollo psicomotor, las causas más frecuentes fueron Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, retardo mental e hipoacusia (15).

Según el CONADIS el 12,14% del total de la población son personas con discapacidad y de estos el 1,7% son niños o niñas (16), sin embargo se piensa

¹ Larrea R. Mapeo de las Instituciones Públicas y Privadas en Protección Especial en niños, niñas y adolescentes. Informe Final de Consultoría. INFA. Quito. Mayo 2008.



que son más los niños y niñas con discapacidad pero que no están identificados ni registrados ya sea por falta de programas de atención que los detecte o porque sus padres al no aceptarlos no los presentan como tal.

La dificultad es que al estar invisibilizados, no hay verdaderos datos que permitan evidenciar el problema, como de emergencia en salud pública impidiendo que se efectúe la atención con la suficiente cobertura y calidad en los niveles: primario, secundario y terciario, produciendo las consecuencias drásticas de mala calidad de vida de esta población infantil.

Según el Instituto de la Familia y de la Niñez, INNFA, el Estado no ha viabilizado programas efectivos que aborden esta problemática y que contemplen la prevención, la detección precoz y la capacitación de los diferentes actores en esta temática².

III. JUSTIFICACIÓN

² Polit D. Marco Conceptual de la Protección Especial en niños, niñas y adolescentes. Informe Final de Consultoría. INFA. Quito. Junio 2008.



Este estudio es parte del Programa de Investigación: “Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad con retrasos del Desarrollo con o sin discapacidad en el área urbana del Cantón Cuenca” que tiene tres proyectos. El primero de investigación, a ejecutarse en el primer año, trata de describir la realidad a través de dos estudios cuantitativos (prevalencia y evaluación de la calidad de atención) y uno cualitativo (calidad de vida), para en el segundo año con los datos obtenidos establecer indicadores sobre los cuales poder intervenir a través de la concertación de servicios, autoridades, ciudadanos en la formación de un Sistema de Garantía de la Calidad de Atención. El tercer proyecto que acompaña a los dos anteriores es el de formación de talentos profesionales con postgrados en estas áreas.

Por lo antes mencionado, en los últimos años, el Gobierno con la organización participativa de familias y grupos sociales ha impulsado la construcción de la Agenda Social por la Niñez y Adolescencia -2010 “Juntos por la equidad desde el principio de la vida” con compromisos de los ministerios y de las entidades tanto públicas como privadas con el fin de mejorar el desarrollo integral y la necesidad de brindar protección especial a aquellos que tienen situaciones vulnerables o con derechos violentados. En estos grupos están las “discapacidades” en donde la prioridad es la identificación y registro de los niños, niñas y adolescentes con retrasos del desarrollo para planificar programas oportunos para la atención.

No existen estudios de prevalencia de los Retrasos del desarrollo con o sin Discapacidad, en nuestro país, es por ello que se ve la necesidad realizar este estudio.

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



4.1 Crecimiento y desarrollo

El niño es un individuo que está en un proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales.

El crecimiento y desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que se desarrolla y vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, ambientales.) son favorables, el crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa, caso contrario se verá limitado dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor. Por estas razones el crecimiento y desarrollo son indicadores positivos de salud en los niños y niñas.

El término **crecimiento** hace referencia al incremento del número de células (hiperplasia) y de su tamaño (hipertrofia), lo que trae como consecuencia el volumen del organismo infantil hasta adquirir características de adulto. El término **desarrollo** se refiere a la capacidad de diferenciación celular en los respectivos órganos y tejidos, y a la adquisición de funciones específicas. Ambos procesos son continuos y se producen de forma paralela, pero no simultánea. Su ritmo es variable a lo largo de la infancia y están influidos por factores distintos. (17)

El crecimiento es muy importante en las primeras épocas de la vida, ya que se evalúa el peso, talla, perímetro cefálico, examen físico, entre otros. Son alteraciones del crecimiento la desnutrición, el sobrepeso, macro y microcefalia, malformaciones congénitas. El crecimiento puede alterarse por problemas psicosociales y emocionales que influyen directamente en el desarrollo (18,19).

El niño se irá haciendo adulto a través de lo que come por lo tanto la nutrición en esta etapa de la vida es de mucha importancia ya que no sólo sirve para las



funciones orgánicas y la producción de energía sino para conseguir un adecuado crecimiento. Incluso, en las últimas décadas, se ha demostrado la importancia de la nutrición en la composición corporal y en la maduración funcional, en definitiva en el crecimiento y el desarrollo. Si el proceso nutricional no se lleva a cabo en condiciones adecuadas, se pierde definitivamente la oportunidad de alcanzar el número óptimo de células y las consecuencias sean irreparables (20).

No todos los tejidos crecen y maduran al mismo ritmo, por eso las consecuencias de la malnutrición serán distintas en relación con el periodo en el que incidan. Según algunos estudios publicados por Winick y Rosso en su libro *The effect of undernutrition on certain control mechanism of cell division* (1999) se demostró la disminución irreversible del ADN en el cerebro y cerebelo de ratas hipoalimentadas en épocas tempranas. Esta sería la justificación de las alteraciones en el desarrollo psicomotor, adaptativo y cognitivo en niños malnutridos de países subdesarrollados.

La desnutrición en los primeros años de vida puede afectar el crecimiento del niño y niña, debido a la deficiencia de ingesta calórica, es por ello que la clasificamos de la siguiente manera:

1. Desnutrición Global cuando el peso para la edad está bajo las dos desviaciones estándar en las tablas de peso de la National Center for Health Statistics (NCHS).
2. Desnutrición Crónica cuando la talla para la edad está por debajo de las dos desviaciones estándar en las tablas de talla de la NCHS.
3. Microcefalia cuando el perímetro cefálico/edad está por debajo de 3 desviaciones estándar y macrocefalia cuando está sobre 3 desviaciones estándar en tablas propias para la edad y sexo (21).

Estudios realizados acerca de la desnutrición infantil, demuestran cómo esta afecta en el desarrollo, dependiendo del grado y la duración de la misma. Las



formas leves o severas de desnutrición pueden producir lesiones drásticas con evidencia clara en un examen neurológico anormal, o problemas que se manifiestan en dificultades escolares con examen neurológico normal. (22, 23,24). Los cambios que se produce en el SNC son alteraciones en la mielinización de fibras, modificaciones neuronales y de los tejidos a nivel histológico, electrofisiológico, bioquímico y conductual (25). Déficit en la cantidad de ADN, fosfolípidos, esfingomielina, proteínas nucleares y en algunos neurotransmisores (26). El músculo y el desarrollo locomotor también presentan alteraciones secundarias a la desnutrición. Problemas visuales, déficit atencionales y de la memoria (27).

Más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años no consiguen alcanzar el pleno desarrollo de su potencial cognitivo a causa de la pobreza, la escasa salud y nutrición y el cuidado deficiente. La mayoría de estos niños y niñas (89 millones) viven en el sur de Asia y en diez países (India, Nigeria, China, Bangladesh, Etiopía, Indonesia, Pakistán, República Democrática del Congo, Uganda y Tanzania) en donde se concentra el 66 por ciento de los 219 millones de niños y niñas desfavorecidos en los países en desarrollo, las principales causas del bajo desarrollo infantil son atribuidos a: retraso en el crecimiento, deficiencias de yodo y hierro y una inadecuada estimulación social, cognitiva y emocional; Según un artículo de la revista 'The Lancet'. Publicada el 05/01/2007 (28).

La desnutrición infantil se reconoce como uno de los principales problemas de salud y bienestar social, así observamos que investigaciones realizadas en América Latina, África y Estados Unidos han demostrado que niños desnutridos tienen un menor Coeficiente Intelectual (CI) que niños normales del mismo nivel socioeconómico (29), un estudio hondureño ha reportado alteraciones visomotoras (30). En Filipinas se mostró puntajes inferiores en desnutridos en tareas motoras y preceptuales (31). En la India, un estudio utilizando tareas de desarrollo cognitivo reveló un rendimiento más bajo en niños desnutridos que en controles, aún controlando variables socioeconómicas (32).

Las mediciones del perímetro cefálico son útiles en todas las edades porque su disminución, bajo 2 desviaciones estándar, no solo está relacionada con

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



desnutrición sino con entidades hereditarias, congénitas (infecciones congénitas o retraso intrauterino por diversas causas), metabólicas o trastornos endócrinos que causan alteraciones del sistema nervioso central y por lo tanto trastornos del desarrollo. Los prematuros y los lactantes que han sufrido daño por asfixia o hipoglicemia en el período neonatal o infecciones del SNC, pertenecen también a esta categoría (33).

Una adecuada nutrición resulta fundamental para el crecimiento y desarrollo del cerebro, así lo demostró un estudio realizado en el distrito de Burdwan al Este de Bengala, India investigó en 72 niños y niñas de edades entre 3 a 6 años y encontró la asociación estadística entre el nivel de inteligencia y desnutrición ($r=0.27$; $p=0.05$), nivel de inteligencia y microcefalia ($r = 0.27$; $p 0.05$) (34).

La macrocefalia puede ser una condición genéticamente determinada sin significado patológico o puede ser un signo acompañante de hidrocefalia, hidrancia, errores congénitos del metabolismo. Estas entidades están acompañadas de trastornos del desarrollo psicomotor (35).

La microcefalia se presenta con mayor frecuencia debido a que el cerebro no logra crecer a una tasa normal. El crecimiento del cráneo está determinado por el del cerebro, el cual tiene lugar en el útero y durante la lactancia. Las enfermedades que afectan el crecimiento cerebral pueden ocasionar microcefalia. Esto incluye infecciones, trastornos genéticos y desnutrición grave.

“**El Desarrollo** es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones”³. El desarrollo es multidimensional y una evaluación integral del desarrollo implica que se considere:

- Desarrollo evolutivo: áreas motora gruesa, motora fina, lenguaje, social
- Desarrollo de los órganos sensoriales: vista, olfato, audición, tacto
- Desarrollo de la afectividad: las emociones, los sentimientos, la conducta
- Desarrollo de la sexualidad

³ OPS. Manual de Crecimiento y desarrollo. Segunda edición. 1994.



- Desarrollo social

En la primera infancia el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración y de plasticidad. La situación de maduración tiene una mayor vulnerabilidad frente a condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa o factor de riesgo, puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al sistema nervioso de una mayor capacidad de recuperación y de reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores. Por lo tanto la evolución de los niños con factores de riesgo y/o alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de detección y el momento de inicio de la “atención temprana” (diagnóstico e intervención).

Una buena evaluación del desarrollo y de sus factores de riesgo permite una rápida intervención. Existen numerosas guías para evaluar el desarrollo, lo importante de éstas, es su validación científica e incluirlas en las concepciones teóricas del desarrollo.

Al identificar a los niños y niñas con datos alarmantes se debe realizar una confirmación del retraso del desarrollo y la averiguación de la existencia o no de discapacidad, por profesionales expertos en el área para prescribir finalmente los planes de diagnóstico e intervención más convenientes al caso (8).

4.2 Retraso del Desarrollo Psicomotor.

El término psicomotor es impreciso, al englobar a la vez capacidades como la comprensión, la comunicación, el comportamiento y la ejecución motriz; todas ellas unidas para conseguir el desarrollo motor, cognitivo, social y del lenguaje del niño. El niño sano adquiere estas capacidades de una forma armónica, global y progresiva, que son aspectos que se deben conocer para poder reconocer el déficit o retraso en el desarrollo.

El desarrollo psicomotor normal de un niño requiere de la participación activa de distintos factores que pueden favorecer o entorpecer el adecuado



desenvolvimiento del niño en el medio que lo rodea. Dentro de los factores que pueden influir en el desarrollo psicomotor de un niño podemos definir variables como una buena nutrición, estimulación sensorial adecuada y oportuna, y un sólido vínculo madre-hijo.

En esta investigación se definirá a **retraso** cuando un niño o niña no cumple con las destrezas en las áreas del desarrollo de acuerdo a la edad. Los retrasos pueden ser globales si falla en todas las áreas o específicos si falla en uno o en dos.

Pueden ser transitorios y permanentes: son transitorios cuando pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea y permanente, cuando a pesar de la intervención, el retraso y/o la alteración se mantienen. Los retrasos pueden o no causar discapacidad (8).

En cualquier caso, mientras se determina la verdadera causa del retraso psicomotor, la acción más indicada es iniciar, lo antes posible, un programa serio de Estimulación, que atienda todas las áreas del desarrollo (motora, comunicativa, cognitiva y psicosocial) y se suministre con la intensidad y frecuencia suficientes, hasta tanto se logre corregir en el niño, el desfase entre la edad cronológica y el desarrollo esperado.

Tener un conocimiento del desarrollo psicomotor normal, de los diferentes tipos de Retraso psicomotor, sus causas y características es fundamental para abordar la evaluación y manejo del retraso.

4.3 Discapacidad

La discapacidad se define de la siguiente manera de acuerdo a lo establecido en la Organización Mundial de la Salud OMS:

Discapacidad: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por ejemplo, la perturbación en la capacidad de aprender, o la dificultad para vestirse por sí mismo.



Existen otros dos conceptos que se prestan a confusiones, por lo cual se citarán los conceptos para su comprensión:

- **Deficiencia:** es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Por ejemplo, la pérdida de la vista, la pérdida de la memoria o la pérdida de un miembro.
- **Minusvalía:** es una situación desventajosa para un individuo a consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo o factores sociales y culturales. Por ejemplo, la imposibilidad de conseguir empleo, la ausencia de relaciones sociales o los estados depresivos y de ansiedad frecuentes.

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, conceptos que en el lenguaje ordinario se emplean como sinónimos pero que reflejan realidades diferentes. En resumen, la deficiencia se puede definir como la lesión, la discapacidad como las limitaciones que genera la lesión y la minusvalía son las limitaciones en el ámbito social.

La definición que maneja el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es la siguiente, **Discapacidad** es la limitación en la actividad y restricción en la participación, originada por un trastorno que le afecta en forma permanente.

La discapacidad no es algo que se tiene, ni algo que se es, sino que se entiende como un “estado de funcionamiento” que describe el “ajuste” entre las “capacidades del individuo, la estructura y expectativas de su entorno personal y social” (16).

La tendencia mundial es construir guías de evaluación para todas las edades en torno a la investigación de estas habilidades adaptativas para identificar no solo la discapacidad sino también el grado de dependencia, cómo y a dónde



dirigir los apoyos. Son ejemplos de estas guías las que se utilizarán en esta investigación: La Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años de edad (EVE) y el Baremo de Valoración de la Situación de la Dependencia (BVD) a usarse desde los 3 años de edad en adelante.

Por lo tanto es importante el conocimiento de las definiciones de estas habilidades adaptativas. Los “Manuales de Buena Práctica FEAPS de Atención Temprana: Orientaciones de Calidad” consideran a las siguientes:

- a. Comunicación
- b. Autodirección
- c. Cuidado personal
- d. Vida en el hogar
- e. Habilidades escolares funcionales.
- f. Habilidades Sociales.
- g. Salud y Seguridad
- h. Utilización de la comunidad.
- i. Ocio
- j. Trabajo

Y la AAMR añade otras dimensiones relevantes en las vidas de las personas, estas son las relativas a aspectos:

- a. Psicológico- emocionales.
- b. Salud y etiología: movilidad, comorbilidad.
- c. Contexto.

Las definiciones de cada una de ellas son las siguientes:

- a. **Comunicación:** incluye habilidades tales como la capacidad para comprender y expresar información mediante conductas simbólicas (por ejemplo la palabra hablada, la ortografía, palabra escrita, símbolos gráficos, lenguaje de signos, sistema dactilológico) o mediante conductas no simbólicas (expresión facial, el movimiento corporal, el contacto, un gesto).



- b. **Autodirección:** habilidades relativas a realizar elecciones personales, a respetar las normas de convivencia de un núcleo social, defenderse y resolver problemas planteados en tanto en situaciones familiares como en situaciones nuevas.
- c. **Cuidado personal:** Habilidades relacionadas con asearse, comer, vestirse, la higiene y la apariencia personal.
- d. **Vida en el hogar:** habilidades relacionadas con el funcionamiento en el hogar, tales como el cuidado de la ropa, las tareas domésticas (preparación de la comida), la seguridad, el mantenimiento de los bienes personales y de los otros. Comportamiento en el hogar y en el vecindario.
- e. **Habilidades escolares funcionales:** capacidades cognitivas y habilidades relativas al aprendizaje escolares que tengan una aplicación directa en la propia vida que les permita llevar una vida independiente.
- f. **Habilidades Sociales:** son las relativas a los intercambios sociales con otras personas que incluyen comunicación, regulación de la propia conducta, afrontar las demandas propias y la de los demás, cumplir las normas de convivencia, mostrar un adecuado comportamiento socio- sexual.
- g. **Salud y Seguridad:** habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud en aspectos tales como: la alimentación, la sexualidad, la prevención, identificación y tratamiento de la enfermedad. Autoprotección, mantenimiento de un buen estado físico.
- h. **Utilización de la comunidad:** habilidades relacionadas con la adecuada utilización de los recursos de la comunidad tales como: viajar, uso de los servicios de la comunidad: tiendas, gasolineras, dispensarios y otros. Así como buenas habilidades sociales.



- i. **Ocio:** hace referencia al desarrollo de intereses relacionados con el ocio y el entretenimiento (personal o en interacción con otros) que reflejan las preferencias y las elecciones personales y si la actividad se lleva a cabo en público, si son adecuadas a la edad y si están dentro de las normas culturales.
- j. **Trabajo:** habilidades relacionadas con mantener un trabajo en la comunidad ya sea a tiempo parcial o total, en lo referente a habilidades del trabajo concreto, a tener una conducta social adecuada y habilidades laborales relacionadas.
- k. **Dimensiones psicológicas emocionales:** son las habilidades de comportamiento, sentimientos, reacciones frente al ambiente que en las personas con discapacidad pueden depender de:
- El perfil que posean: estilo y modos personales de expresión
 - Estilo social: acercamiento e interacción social
 - Estilo sensorio-perceptivo: la respuesta ante estímulos determinados.
 - La existencia de conductas desafiantes como autoagresión, destrucción de objetos y conductas restrictivas (exclusión social, limitación en la participación).
 - La existencia de trastornos mentales: existentes en 1 de cada 3 personas con retardo mental.
- l. **Dimensiones físicas de la salud y etiológicas:** como a todos, a los niños y niñas con discapacidad se les debe realizar los controles rutinarios para cada síndrome o etiología. Hay que realizar todo el proceso diagnóstico, de tratamiento y de fortalecimiento de hábitos de vida saludables. Es importante determinar la comorbilidad (epilepsia, problemas visuales, auditivos, otros), la movilidad.
- m. **Dimensiones ambientales:** la observación del entorno en cuanto a la integración, inclusión de las personas con discapacidad. Se considera en este grupo a la familia (36).



Estas definiciones han sido adecuadas a los niños y niñas de 0 a 5 años de edad de acuerdo al nivel de desarrollo en las guías EVE y BVD.

4.4. Factores de riesgo asociados a trastornos del desarrollo y/o discapacidades.

El factor de riesgo según la OPS es toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de ese proceso. El factor protector hace referencia a aquellas circunstancias de la familia, la comunidad que cuidan o potencian el desarrollo o características biológicas innatas que le dan una cualidad especial de resguardo (37). Entre estos factores se encuentran: la lactancia materna por lo menos durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años.

La búsqueda a menudo compleja y desconcertante de una etiología específica de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años, no siempre dan resultados positivos, sus problemas no se clasifican con facilidad pero si es importante determinar el diagnóstico funcional, el pronóstico (estacionario, no progresivo o progresivo) y los factores de riesgo y protectores porque estos elementos son los cimientos para la intervención- integración.

Las alteraciones del crecimiento y desarrollo pueden ser resultantes de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psicosocial y ambiental, que encadenados entre sí pueden producir una o varias alteraciones o trastornos determinados, aunque no siempre se logra relacionar los trastornos con factores de riesgo. El conocimiento de estos y la intervención en forma rápida pueden evitar un daño o el agravamiento.

Riesgo Biológico

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



Se consideran de riesgo biológico a aquellos niños que han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, durante el período pre, peri o postnatal, o durante el desarrollo temprano, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer, infecciones del sistema nervioso, entre otros. Un estudio de Jeffer Power publicado en su libro *The influence of birth weight and socioeconomic position on cognitive development* (2006), ha demostrado que la disminución de peso al nacer afecta negativamente las habilidades cognitivas a los 7 años y que su efecto es constante hasta los 16 años después de corregir por edad gestacional, paridad, sexo, clase social, alimentación y educación (38)

Riesgo Psicosocial

Es imperioso investigar el afecto en la vida del niño, el tipo de relaciones existentes entre él y sus padres, la organización y el estilo de vida de la familia; la situación actual del niño en casa y en el centro de cuidado diario, ya que los niños con riesgo psicosocial son aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, mala atención en salud, educación que pueden alterar su proceso madurativo(39).

En un estudio realizado por Harris Guo (2000) publicado en su libro *The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development*, se hace una evaluación cuantitativa de cinco grupos de variables llamadas “mediadores de la pobreza” que son: la condición física del hogar (vivienda), el nivel cognitivo de la estimulación en el hogar, la salud del niño, estilo de vida de los padres y el cuidado del niño. Encontró que la falta de estimulación cognitiva en el hogar causada por la pobreza es el mediador más importante que afecta el desarrollo intelectual. Le sigue en importancia el estilo de vida de los padres, pero sólo es 1/4 del efecto producido por la estimulación cognitiva. En tercer lugar está la condición física del hogar. El conocimiento de las poblaciones de riesgo así como la cuantificación del daño es una etapa importante para iniciar o fortalecer las acciones dirigidas a mejorar el desarrollo intelectual de nuestros niños (40).



Riesgo Familiar

La familia tiene como función primordial la de asegurar la supervivencia y garantizar la protección, el afecto y la identidad de sus seres; es decir no solo brinda la satisfacción de las necesidades básicas, sino que también se encarga de la identidad personal, social, cultural, lo cual es posible en la medida en la que establece pautas de crianza específicas enmarcadas en una forma concreta de interacción.

La familia puede o no potenciar el desarrollo del niño o niña dependiendo de cómo está estructurada y de cómo ejecuta sus funciones, una familia que ofrece la satisfacción de las necesidades, una comunicación favorable que potencia el afecto positivo es una familia que cuida el desarrollo. Mientras que una familia con conflictos socioeconómicos, agresiva, conflictiva se convierte en un elemento de riesgo.

En los últimos decenios las estructuras familiares se han modificado por diferentes causas (participación de la mujer en el campo laboral, migración, divorcio, nuevas concepciones de convivencia), hay más hogares con la presencia de un solo padre o familias en la que el cuidado del niño o niña está a cargo de los abuelos, tíos u otros porque los padres no están o porque trabajan todo el tiempo (41).

Para esta investigación se elige esta clasificación:

Familia monoparental: conformada por el o los hijos y el padre o la madre, asumiendo jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total o parcial debido a separación, divorcio, abandono, viudez, alejamiento por motivos forzosos (trabajo, cárcel, migración).

Familia biparental: Por lo general es la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos), están unidos por lazos consanguíneos imperecederos, establece vínculos tanto verticales (multigeneracionales), como horizontales (fraternos), que de algún modo psicológicamente son relevantes.



Familia nuclear: constituida por el hombre, la mujer y los hijos, unidos por lazos de consanguinidad; conviven bajo el mismo techo y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación. Tradicionalmente es considerada como modelo de la sociedad, con una clara división de roles y jerarquías signadas por la cultura.

Familia extendida: Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar. Este tipo de familia ha crecido en los últimos años por separación marital, el regreso del hijo o hija a su hogar de origen trayendo a sus nietos y sobrinos. Se conforman debido a necesidades económicas de la primera o segunda generación o a causa de la necesidad de apoyo en la crianza de los hijos en caso de migraciones internas o externas (42).

Un estudio realizado en San Paulo, Brasil en 120 niños y niñas de 0 a 4 años de edad determinó que existe más riesgo de retraso en el lenguaje expresivo en familias con factores de riesgo como el grado de instrucción del padre, nivel socioeconómico de pobreza. Existieron factores protectores como hogares estables (43).

Otro de los factores de riesgo en relación con el tipo de familia y desarrollo es la **migración**, definida como el desplazamiento de uno o ambos padres a una distancia que genera dificultades en la comunicación considerable o fuera del país, dejando a sus hijos al cuidado de terceras personas que pueden ser familiares o no. Fenómeno que en los últimos tiempos se ha incrementado como consecuencia de la movilidad social debido al desempleo, subempleo, cesantía laboral y otras causas (44).

Un **cuidador** es la persona que siempre está suministrando al niño o niña el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto. Cuidador que tiene influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña (45).

4.5 Test de evaluación del desarrollo y discapacidades



Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando las áreas de motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje.

Para este trabajo de investigación se ha seleccionado el test Brunet Lezine. Y para la identificación de discapacidades para niños y niñas menores de 3 años la Escala de Valoración Específica de Dependencia (EVE) y el Baremo de Valoración de la Situación de la Dependencia (BVD) a usarse desde los 3 años de edad en adelante.

4.5.1 Prueba de Brunet Lezine: Es un instrumento francés publicado en 1951 y con varias pruebas, correcciones y validaciones a lo largo del tiempo. Permite la valoración del desarrollo y la detección precoz de anomalías en niños pequeños de 0 a 5 años de edad. Ha sido probado en diferentes regiones, contextos, etnias. Está basada en los trabajos de Gesell, proporciona las siguientes ventajas: reduce la variabilidad de ítems en las distintas edades-claves, presentando 10 ítems por edad; recoge las pruebas más significativas y presenta una baremación reciente.

Las áreas de valoración son las siguientes: desarrollo postural, coordinación óculo-manual, lenguaje y socialización (Gesell).

Requiere de material sencillo y permite obtener un cociente de desarrollo (CD) (parcial y global) concediendo un valor en días: $CD = \text{edad de desarrollo por cien, sobre la edad cronológica}$. Es una prueba sencilla que toma entre 25 y 60 minutos aunque la duración depende de los intereses del niño y la disponibilidad. No hay tiempo límite para la prueba. Requiere la participación de los padres, la observación del niño o niña.

Solo un cociente por debajo de 89 se considera como signo de retraso y se requiere de una interpretación dentro de los fundamentos teóricos del desarrollo, el análisis de la historia clínica (anamnesis y examen físico) (46).



4.5.2 Escala de Valoración de la Situación de Dependencia en edades de 0 a 3 años de edad (EVE): Si la discapacidad es definida como la dificultad de los niños y niñas para realizar las actividades de la vida diaria y que para su realización requieren del apoyo de aparatos o de las personas, es decir tienen una situación de dependencia, esta prueba EVE permite determinar si un niño o niña debe ser categorizado como una persona con discapacidad.

Es una Escala de reconocimiento internacional sobre todo en el mundo hispano y se ajusta a las definiciones actuales del libro “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)” valorando las habilidades adaptativas. Es un baremo que al ajustarse a la legislación española consta en el decreto 504 del 20 de Abril del 2007 para garantizar los derechos en la atención y protección del niño, niña y su familia.

La EVE establece normas para la valoración de la situación de dependencia y la determinación de su severidad, teniendo como referente el CIF, adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

Considera determinadas variables de desarrollo agrupadas en funciones y actividades en el área motora y/o en el área adaptativa, así como las necesidades de medidas de apoyo, derivadas de una condición de salud (peso al nacimiento, medidas de soporte para funciones vitales, medidas para la movilidad).

La EVE permite establecer tres grados de dependencia, moderada, severa y gran dependencia que se corresponde con la puntuación final de 1 a 3 puntos obtenida en su aplicación.

La valoración de las personas de entre 0 y 3 años tendrá carácter no permanente, estableciéndose revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses todas las personas deberán ser de nuevo evaluadas con el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BVD) para personas mayores de 3 años.



La escala establece criterios para que los profesionales realicen la observación directa en el espacio cotidiano del niño o niña: hospital, casa, centro de cuidado diario o en la unidad de Atención Temprana (47).

4.5.3 Baremo de la Situación de Dependencia para personas de 3 años y más (BVD): Como la escala anterior está incorporada en la Ley Española 39 del 14 de Diciembre de 2006 para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El baremo determina criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve e incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia.

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en el BVD. En el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordo ceguera y el daño cerebral, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de la persona que conozca debidamente la situación del solicitante.

El Baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. La valoración de



actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad.

El BVD clasifica la dependencia en:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos (48).

4.6 Centros de Desarrollo Infantil Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca.

Antes de definir que es un Centro de Desarrollo Infantil, recordemos que estas instituciones originalmente llamadas guarderías, tenían como objetivo cuidar y proteger a los hijos de las madres trabajadoras durante su jornada laboral; en la actualidad los servicios que en ellos se brindan rebasan considerablemente esta finalidad por lo que es preciso erradicar el término Guardería que lamentablemente se sigue utilizando y sustituirlo por el término de Centro de Desarrollo Infantil que permite de forma objetiva distinguir su propósito fundamental.



Son entidades que ofrecen un servicio a niños y niñas menores de cinco años, adecuándose a sus características y compensando las posibles carencias de carácter social, cultural y económico, y favoreciendo la conciliación entre la vida familiar y vida laboral (49)

Los Centros Infantiles Fiscales Regulares aspiran lograr objetivos tales como:

- Contribuir el desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años en todos sus ámbitos: intelectual, socio-afectivo y psicomotor.
- Promover una educación integral a los niños y niñas, mediante programas educativos, y la formación en valores humanos que sienten bases firmes para sus vidas.
- Favorecer, mediante una estimulación adecuada, el desarrollo normal de los niños y niñas en cada etapa evolutiva y propiciar la adquisición de destrezas que los preparen para el aprendizaje escolar, así como detectar, prevenir y superar, a nivel primario, la aparición de alteraciones y retrasos en el desarrollo psicológico y socio-afectivo de los niños.
- Ayudar a solucionar el problema social de la madre que trabaja y otros problemas derivados de las condiciones en que crecen y se desarrollan los niños, tales como la desnutrición, la privación cultural y otros.

Las tarifas de los Centros Infantiles Fiscales Regulares son accesibles para las familias de escasos recursos, ya que por sus bajos ingresos, no pueden pagar la atención de los Centros privados los cuales tienen tarifas altas, por lo cual optan por hacer ingresar a sus hijos e hijas a los centros Fiscales Regulares, los mismos que le brindan una buena atención. Las diferencias son notables entre estos tipos de centros.

Sin embargo, los horarios de los centros privados son, en general, más flexibles y ofrecen la posibilidad de que los niños y niñas puedan quedarse



hasta dos horas más del horario oficial, que los Centros Fiscales Regulares no lo pueden hacer ya que tienen horarios establecidos y no pueden extenderse. Podemos hacer diferencias entre estos dos tipos de centros, cada uno tiene sus ventajas y desventajas, pero algo tienen en común, que es brindar una atención integral a cada uno de los niños y niñas que asisten a cada uno de estos.

Los Centros Infantiles Fiscales Regulares que están ubicados en la zona central urbana del cantón Cuenca, como los que están la zona urbana periféricos, están en iguales condiciones para ofrecer una buena asistencia a los niños y niñas menores de cinco años, ya que la zona urbana cuenta con todos los servicios. Es importante que los padres tomen en cuenta la cercanía del centro al domicilio, ya que es un elemento fundamental, porque el niño y niña sigue en contacto con el medio social en el que vive.

Según el INEC la población infantil menor de 5 años del Cantón Cuenca es del 11%. (50)

4.7 Descripción del Cantón Cuenca.

El Cantón Cuenca es un territorio definido por sus características políticas, sociales, culturales, religiosas y con una identidad común.

El cantón Cuenca tiene 312.880 hectáreas de superficie, de las cuales, 7.196 hectáreas corresponden al área urbana (Cuenca), 12.013 hectáreas al área de influencia de la ciudad y 293.671 hectáreas al área rural.

El cantón Cuenca, ubicado en la provincia del Azuay, está conformado por 15 parroquias urbanas y 21 parroquias rurales, abarca un área aproximada de 3661.56 km².

Cuenca tiene las siguientes parroquias urbanas: Bellavista, Cañaribamba, El Batán, El Sagrario, El Vecino, Gil Ramírez Dávalos, Hermano Miguel, Huayna



Cápac, Machángara, Monay, San Blas, San Sebastián, Sucre, Totoracocha y Yanuncay.

Ubicación: La ciudad está situada a 2550 metros a nivel del mar, a 450 km al sur de Quito y a 243 km de la ciudad de Guayaquil. Está dividida en dos partes por el río Tomebamba, el norte en donde está el barranco, el centro histórico y el sur con barrios residenciales, edificios, centros comerciales y avenidas.

Clima: tiene una temperatura que varía entre 7 a 15 °C en invierno y 12 a 25 °C.

Hidrografía: se caracteriza por la presencia de El río Tomebamba que se forma a partir de las lagunas de origen glacial del Parque Nacional El Cajas ubicado a 30 km y a otros tres ríos que surcan la ciudad: Yanuncay, Tarqui y Machángara que van a un moderno sistema de recolección y tratamiento de las aguas servidas de la ciudad, que evita que las mismas sean receptadas en dichos ríos de forma directa.

Distribución de la Tierra y el uso del suelo: El cantón Cuenca está constituido por:

- El área urbana que tiene 7,227 hectáreas, que comprende la zona urbana, incluido el Centro Histórico.
- Área de influencia inmediata, con 9,495 hectáreas y es el territorio rural circundante a la parte urbana, considerada como “zona de expansión Urbana”

Con la Ordenanza Municipal de “Ordenamiento Territorial del Cantón Cuenca: determinación para el uso y Ocupación del Suelo Urbano del 26 de Agosto de 1998”, se divide en 105 Sectores de Planeamiento, entendidos estos como unidades geográficas y urbanísticas que incluyen predios con características físico- espaciales homogéneas.

Las categorías son:

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



- Los Sectores especiales de: Centro Histórico, de las Universidades, de las instalaciones militares, de las lagunas de oxigenación del sistema de alcantarillado, de centros médicos –hospitalarios y edificios de servicios profesionales de la salud.
- Ejes Urbanos conformados por predios frente a las avenidas.

De acuerdo a la Ordenanza Municipal se considera que la zona central del cantón Cuenca está rodeada por vías de acceso y salida de la ciudad (51)

El presente estudio se realizó en el Cantón Cuenca, en su área central que está limitada al norte y al oeste con la Avenida de la Américas, al sur con el Río Tarquí, al este con la Avenida 24 de Mayo.

UBICACIÓN DE LOS CENTROS INFANTILES FISCALES REGULARES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCION
San Francisco	General Torres y Juan Jaramillo.
Hernán Malo	Unidad Nacional y Remigio Crespo.
ANIMA	Unidad Nacional y Amazonas.

V. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



5.1 Hipótesis: Los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad en los niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del cantón Cuenca (Hernán Malo, San Francisco y ANIMA) están asociados a factores que incrementan su frecuencia: la desnutrición, el perímetro cefálico anormal, familia monoparental, la migración de los padres, tipo de cuidador.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general: Determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y describir los factores asociados en niños y niñas de cero a cinco años de vida que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área central del cantón Cuenca durante el año lectivo 2009.

5.2.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad en niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área central del cantón Cuenca según las variables de tipo: de centro, edad, sexo y medidas antropométricas.
2. Identificar si los niños o niñas con retraso del desarrollo psicomotor tienen el beneficio de la atención temprana: detección, derivación y está recibiendo apoyos en un centro de atención temprana.
3. Describir los factores asociados a los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad: condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia, cuidador familiar y migración de los padres.
4. Difundir los resultados a las instituciones participantes, comunidad científica y sociedad.



VI. DISEÑO Y METODOLOGÍA

La investigación se ejecutó por un grupo de tesisistas conformado por dos estudiantes del Cuarto Año de Estimulación Temprana de la Escuela de Tecnología Médica, con el apoyo de docentes, director y asesor de tesis. Previa a la recolección de datos se concertó con los educadores, las educadoras, madres cuidadoras de los centros. Se realizó un proceso de capacitación en comunicación asertiva, trastornos del desarrollo a todos los involucrados en la planificación y ejecución de la investigación.

Los Centros Fiscales Regulares del área central del Cantón Cuenca (Hernán Malo, San Francisco y ANIMA) forman parte del primer proyecto de investigación, y que corresponde a la determinación de la prevalencia en la frecuencia de retrasos del desarrollo con o sin discapacidades y su relación con los siguientes factores: desnutrición, perímetro cefálico anormal, tipo de familia (monoparental, nuclear, extendida), migración de los padres y tipo de cuidador.

Para el diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor se utilizó el test de Brunet Lezine (prueba estándar a nivel mundial) para la confirmación de los retrasos. Esta prueba se empleó en toda la muestra. Para la identificación de discapacidad se emplearon para niños de 0 a 3 años de edad la Escala de Valoración de la Situación de Dependencia (EVE) y para mayores de 3 a 5 años el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BVD)

Los resultados serán entregados a las autoridades de cada uno de los centros que formaron parte de esta investigación, para encaminar la originalidad del cumplimiento de la atención.



6.1 Tipo de estudio y diseño general.

6.1.1 Tipo de estudio: cuantitativo, transversal.

6.1.2 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación

6.1.2.1 Universo: finito, heterogéneo, constituido por 143 niños y niñas de cero a cinco años de edad posnatal que asisten a los Centros Fiscales Regulares Hernán Malo, San Francisco y ANIMA del Área central del cantón Cuenca durante el período enero a junio de 2009.

6.1.2.2 Muestra: probabilística estratificada proporcional.

6.1.2.3 Cálculo del tamaño de la muestra: para el cálculo se consideró una frecuencia de 30% de retrasos del desarrollo, un peor aceptable del 17%, el 99% de confianza. Se calculó en el EPI- INFO y se consiguió una muestra de 52 niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses 29 días. Se añadió el 10% de pérdidas y se obtuvo un total de 57.

Se realizó una base de datos de todos los niños y niñas del universo, con esto se sorteó con el software EPI- DATE.

6.1.2.4 Unidad de observación y análisis: niños y niñas de un día de edad hasta los cuatro años, 11 meses y 29 días de edad.

6.2 Definición y operacionlización de las variables.

6.2.1 Edad posnatal: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se realiza la evaluación del niño o niña. Será calculada por el examinador, considerará meses completos y días. Incertidumbre del instrumento 0.5 días.

6.2.2 Sexo: Diferencia física que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.

6.2.3 Peso: Medida de la fuerza gravitatoria ejercida en un cuerpo, expresada en kilogramos y sus fracciones, medidos en la balanza de marca Seca. Es normal entre las desviaciones estándar (DS) +2 y -2 de las tablas de la NCHS;



desnutrición, bajo las $-2DS$ y sobrepeso $+ 2DS$ de las tablas de la NCHS. Incertidumbre del instrumento 0.10 g.

6.2.4 Talla: Extensión longitudinal en centímetros del niño y niña. En los menores de dos años se determinará en decúbito dorsal medido en un paidómetro (la cabeza apoyada en el dique fijo, las caderas contra la superficie y el dique móvil se desplaza contra la placa de los pies). Para la medición se utilizará el paidómetro de la marca Seca. En los niños y niñas mayores de dos años se determinará en bípeda estación, el niño y niña debe mantenerse con los pies juntos; la cabeza, la espalda y los pies apoyados contra el tallímetro y la vista fija hacia delante. Se baja en ángulo recto la barra móvil del tallímetro que se detiene al tomar contacto con la cabeza, en ese punto se lee la escala del tallímetro.

Normal: entre las desviaciones estándar (DS) $+2$ y -2 de las tablas de la NCHS; talla baja cuando está menos de las $-2DS$. Incertidumbre del instrumento 0.5 cm.

6.2.5 Desnutrición: Condición nutricional deficiente del niño y niña en relación a su edad. Se considera de tipo global y crónica.

- *Desnutrición global:* disminución del peso para la edad. Peso para la edad menor al percentil 3 en la tabla de la NCHS menor a dos desvíos estándar en la tabla de la NCSH.
- *Desnutrición crónica:* disminución de la talla para la edad. Peso para la edad menor al percentil 3 en la tabla de la NCHS o menor a dos desvíos estándar en la tabla de la NCSH.

6.2.6 Perímetro cefálico: Circunferencia craneana en centímetros medida con una cinta de 2 cm de ancho que pasa sobre los arcos supraciliares y el occipucio. Incertidumbre del instrumento 0.5 cm.

Normal: entre los $+2DS$ y $-2DS$. Microcefalia, menor a $-2DS$ y macrocefalia mayor a $+2DS$.



6.2.7 Desarrollo psicomotor: Identificación de los logros o nuevos modos de conducta alcanzados por el niño en cada etapa de desarrollo de acuerdo a la valoración del test Brunet Lezine que evalúa las áreas: control postural y motricidad, coordinación óculo motriz y conducta de adaptación a los objetos, lenguaje, sociabilidad o relaciones sociales y personales.

6.2.8 Retraso del desarrollo psicomotor: No alcanza los hitos del desarrollo en la edad correspondiente de acuerdo a la valoración del test de Brunet Lezine (anexo 2); éste se aplicó y calificó de acuerdo al instructivo y escala de calificación de la prueba (anexo 7). La incertidumbre del instrumento es 0.5.

6.2.9 Discapacidad: Dependencia para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el niño o niña de acuerdo a su edad, se determinará de acuerdo al test de Escala de Valoración específica de la Situación de Dependencia en Edades de 0 a 3 años, EVE (anexo 4 y 8) y el Baremo de la Situación de Dependencia para niños y niñas mayores de 3 años de edad, BDV (Anexo 5 y 9).

- Discapacidad por situación de dependencia demostrada en EVE en niños y niñas menores de 3 años, cuando la combinación de los indicadores de actividad motriz, actividad adaptativa, necesidades de mantenimiento de las funciones vitales califican en la tabla puntajes entre 1 y 3 .
- No Discapacidad por situación de dependencia demostrada en EVE en niños y niñas menores de 3 años, cuando la combinación de los indicadores de actividad motriz, actividad adaptativa, necesidades de mantenimiento de las funciones vitales califican en la tabla puntajes de 0.
- Discapacidad por situación de dependencia demostrada en BVD en niños de 3 a 5 años de edad cuando el puntaje sea mayor a 25.
- No discapacidad por situación de dependencia demostrada en BVD en niños de 3 a 5 años de edad cuando el puntaje sea menor a 25.

6.2.10 Tipo de familia: Institución social cuyos miembros están unidos por lazos de consanguinidad.



- *Familia monoparental:* familia conformada por el o los hijos y el padre o la madre, asumiendo jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total o parcial.
- *Familia nuclear:* constituida por el hombre, la mujer y los hijos, unidos por lazos de consanguinidad.
- *Familia extendida:* Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar.

6.2.11 Cuidador familiar (cuidador del niño en el hogar): Persona que suministra al niño o niña las atenciones de la vida diaria como alimentación, aseo personal, afecto, educación, recreación y participación social.

6.2.12 Migración: Se denomina migración a todo desplazamiento de población que se produce desde un lugar de origen a otro destino y lleva consigo un cambio de la residencia habitual en el caso de las personas.

6.2.13 Beneficio de la atención: Los niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor deben ser detectados mediante una guía de evaluación y deben ser derivados a un equipo de atención previo diagnóstico llevar la intervención. Los datos del proceso deben estar registrados en las historias clínicas.

6.3 Identificación de las variables

6.3.1 Variable dependiente. Trastorno del desarrollo considerada como retraso que puede ser a) sin discapacidad y b) con discapacidad

6.3.2 Variables independientes. Condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia, cuidador familiar, migración de los padres.

6.3.3 Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad posnatal	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que se realiza la evaluación del niño/a	Tiempo de vida	Meses	00-12 meses 13 – 24 meses 25-36 meses 36- 48 meses 48-60 meses
Sexo	Diferencia biológica que distingue a los organismos individuales	Biológica	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino
Condición antropométrica posnatal	Conjunto de medidas de peso, talla, perímetro cefálico que determinan la condición nutricional del niño/a	Peso	Kilogramos	Peso en kg
		Perímetro cefálico	Centímetros	PC en cm.
		Talla	Centímetros	Talla en cm
Desnutrición	Condición nutricional deficiente del niño/a en relación a su edad. Se valora la desnutrición global y la desnutrición crónica	Desnutrición global	Relación peso/edad	1. No 2. Si
		Desnutrición crónica	Relación talla/edad	1. No 2. Si
Normocefalia	Cabeza de tamaño normal		Perímetro cefálico entre -2DS y +2DS	1. No 2. Si
Macrocefalia	Cabeza de tamaño grande		PC mayor a +2DS	1. No 2. Si
Microcefalia	Cabeza de tamaño pequeño		PC menor a -2DS	1. No 2. Si
Retraso del desarrollo psicomotor	Identificación de los logros o nuevos modos de conducta no alcanzados por el niño o niña en cada etapa. Valora las áreas coordinación, postura, lenguaje y social.	<ul style="list-style-type: none"> • No retraso • Retraso leve • Retraso Moderado • Retraso Grave • Retraso Profundo 	Prueba de Brunet Lezine. Anexo 3	1. No retraso 2. Retraso leve 3. Retraso Moderado 4. Retraso Grave 5. Retraso Profundo
Discapacidad	Dependencia para realizar una actividad adaptativa de acuerdo a la edad. En menores de 3 años se valora por desarrollo (actividad motriz y adaptativa) y necesidad de medidas de soporte para funciones vitales. Y en mayores de 3 años se valora por: comer y beber, micción y defecación, lavarse, transferencias corporales, tomar decisiones.	Dependencia en menores de 3 años (hasta 2 ^a 11m29d): puntajes en EVE de 1 a 3.	Prueba de EVE. Anexo 4.	1. Si 2. No
		No Dependencia en menores de 3 años (hasta 2 ^a 11m29d): puntaje en EVE de 0	Prueba de EVE. Anexo 4.	1. Si 2. No
		Dependencia en niños de 3 a 5 años: puntaje en BVD de 25 o más	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No
		No Dependencia en niños y niñas de 3 a 5 años: puntaje en BVD de menos de 25	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Migración de los padres.	El padre, la madre o los dos viven y trabajan en el exterior o en un área diferente a la que vive el niño; por esta razón no pueden brindar los cuidados del niño o niña.	Padre, madre migrante	Migración de los padres.	1. Padre 2. Madre 3. Padre y madre
Cuidador familiar	Familiar o persona que vive con el niño/a y es quien satisface las necesidades de cuidados en higiene, alimentación, salud, afecto, participación y otras más dentro del hogar	Persona que satisface necesidades del niño/a en el hogar	Cuidador del niño/a	1. Padre 2. Madre 3. Abuelos 4. Tíos 5. Hermanos 6. Otros
Beneficio de la Atención	Si un niño o niña con retraso ha sido detectado, derivado y asiste a un centro de atención temprana.		El registro en las historias clínicas del proceso total en todo lo siguiente: detección, derivación y asistencia a un centro de atención temprana.	1. No 2. Si

6.5 Selección de los sujetos

6.5.1 Criterios de inclusión:

Niños y niñas de un día a cuatro años, 11 meses y 29 días de edad posnatal que asisten a los 3 Centros Fiscales Regulares del Área central del cantón Cuenca (Hernán Malo, San Francisco y ANIMA) durante el período enero - junio de 2009 y que la madre o un familiar otorgue el consentimiento informado.

6.5.2 Criterios de exclusión:

- Los niños y niñas cuyos familiares no aceptan la participación en el estudio.
- Niños y niñas mayores de cinco años
- Niños y niñas que no asisten regularmente a los centros Fiscales Regulares del Área central del Cantón Cuenca.
- Actitud persistente de no colaboración del niño o niña.



6.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo asignado para recolectar la información.

6.6.1 Instrumento de recolección de datos: Formulario previamente diseñado y probado contiene datos de filiación, información general, medidas antropométricas (anexo 1).

- Test de Brunet Lezine para valoración del desarrollo psicomotor (anexo 2 y 3).
- Formulario para evaluación de discapacidad (anexo 4 y 5).

6.6.2 Descripción del proceso de valoración:

- Talleres para los directores, profesoras o cuidadoras de los Centros de Desarrollo Infantil para el involucramiento en la investigación.
- Firma de consentimientos informados. .
- Pilotaje en niños y niñas sorteados pero que no fueron parte de la muestra.
- Ajustes al proceso de recolección y al formulario.
- Realización de cronograma de recolección, coordinación con las instituciones.
- Comunicación continua y asertiva con los directores, profesores, cuidadores de los Centros de Desarrollo Infantil y con los padres de los niños y niñas.
- Recolección de la información:
 - ✓ Se hizo durante las mañanas en un tiempo de 2 horas por cada niño o niña.
 - ✓ Actividad de ambientación con los niños y niñas a evaluar.
 - ✓ Los datos de cada niño o niña se colocaron en el formulario diseñado para la investigación.
 - ✓ Llenado de los datos de filiación y de las variables de tipo de familia, cuidador familiar, migración de los padres.
 - ✓ Medición de la Antropometría: peso, talla, perímetro cefálico.
 - ✓ Evaluación del test de Brunet lezine.
 - ✓ Cuando se identificó a un niño o niña con retraso se revisaron las fichas de ellos para llenar el casillero de variable: beneficio de la atención.
 - ✓ Las guías fueron calificadas en el mismo día en horas por la tarde.



- ✓ Cuando un niño faltó o estuvo enfermo se regresó otro día para hacer la evaluación y cuando no fue posible se tomó el inmediato siguiente de la lista con la misma edad, sexo y que haya firmado el consentimiento informado.
- ✓ Se fueron identificando los niños y niñas que presentaron alteraciones en la antropometría o retraso en el desarrollo para confirmar los datos recolectados a través de armar una buena historia con la profesora de aula, validando así la información.
- ✓ En un segundo tiempo (otro día) evaluaron las guías de EVE y BVD para el diagnóstico de discapacidad en todos los niños y niñas que presentaron retraso del desarrollo. Esta tarea tomó el tiempo de 1 hora por cada niño o niña.
- ✓ Con los resultados de la evaluación se escribieron informes para cada uno de los niños y niñas. Los informes se entregaron a cada uno de los centros y padres de familia. Con los que tuvieron retraso del desarrollo existieron reuniones especiales con los padres para explicarles y se les sugirió ingresar a un programa de intervención temprana.

6.6.3 Control de calidad: para confirmar la certeza de la información, se aplicó una nueva evaluación al 5% de los niños y niñas que conformaron la muestra, es decir a 3 casos; la reevaluación se realizó dentro de los siete días siguientes a la evaluación inicial. La reevaluación fue igual a la inicial. Estos niños y niñas fueron seleccionados por sorteo aleatorio simple.

6.7. Aspectos Éticos:

- Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo porque fue un estudio observacional.
- Los niños y niñas se beneficiaron con una valoración de su condición antropométrica y de desarrollo psicomotor.
- La autorización para la participación en el estudio se realizó a través del consentimiento informado (anexo 6) y los familiares recibieron una copia del mismo.



- La aceptación a participar fue voluntaria y se les indicó que pueden retirarse el momento que deseen.
- Se explicó el proceso de recolección de datos.
- La firma de los consentimientos informados constan en archivos.
- El personal que participó en el estudio demostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica.
- Se garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.
- Los resultados de la investigación se entregaran a las instituciones.



VII. PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1 Manejo de los datos: los datos precondicionados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS por el grupo de tesis. Se revisó en varias ocasiones que la base de datos esté correcta. El análisis estadístico se realizó en este mismo sistema.



TABLA BASAL DE PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla 1.

Características generales de 57 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros

Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca.

Cuenca- Enero a Junio de 2009.

VARIABLES	MASCULINO					FEMENINO					TOTAL				
	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo
Edad (meses)	39,83	42,56	15,92	8,6	59,4	41,16	49,13	16,53	14,1	59,2	40,32	45,60	16,01	8,6	59,4
Peso (kg)	14,03	14,25	3,24	7,0	21,0	14,48	15,00	3,08	9,0	21,0	14,20	15,00	3,16	7,0	21,0
Perímetro cefálico (cm)	49,27	50,00	2,16	43,0	53,0	48,88	49,00	1,94	44,5	52,0	49,12	50,00	2,08	43,00	53,00
Talla (cm)	93,06	93,70	12,14	67,0	112,0	92,06	94,00	11,19	72,0	109,0	92,68	94,00	11,71	67,0	112,0
Coefficiente de desarrollo 1 a 30 meses	97,25	97,75	18,47	67	121	109,55	109,48	9,28	96	123	101,86	105,69	16,46	67	125
Coefficiente de desarrollo de 30 meses 1 día a 60 meses	100,49	101,36	12,02	66	125	103,79	104,22	12,77	72	124	101,70	102,50	12,24	66	125

Fuente: Formularios de la investigación

Realizado por: Lorena Albarracín, Elizabeth Gordillo.

En esta tabla se observa que no existe mayor diferencia entre niños, niñas y el total en: la media, mediana, desvió estándar, máxima de sexo, peso, perímetro cefálico y talla. En desvió estándar de la variable, coeficiente de desarrollo de 1 – 30 meses se presenta con mayor puntuación en los de sexo masculino, pero en la media, mediana y mínimo se presenta con mayores puntuaciones en el sexo femenino. Por otra en la mínima en la variable edad se presenta una puntuación mayor en el sexo femenino.

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



Tabla 2.

Distribución de 57 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según sexo. Enero a Junio del 2009.

SEXO	No	%
MASCULINO	36	63,2
FEMENINO	21	36,8
TOTAL	57	100,0

Razón: M:F=1,7:1

Fuente: Formularios de la investigación

Realizado: Lorena Albarracín, Elizabeth Gordillo.

De los 57 niños y niñas que asisten a los Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca el 63,2% pertenece al sexo masculino y el 36,8% al femenino.



Tabla 3.

**Distribución de 57 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según edad en meses.
Enero a Junio de 2009.**

EDAD	No	%
0 - 12,0	2	3,5
12,1 - 24,0	11	19,3
24,1 - 36,0	8	14,0
36,1 - 48,0	10	17,5
48,1 – 60	26	45,6
TOTAL	57	100,0

Fuente: Formularios de Investigación

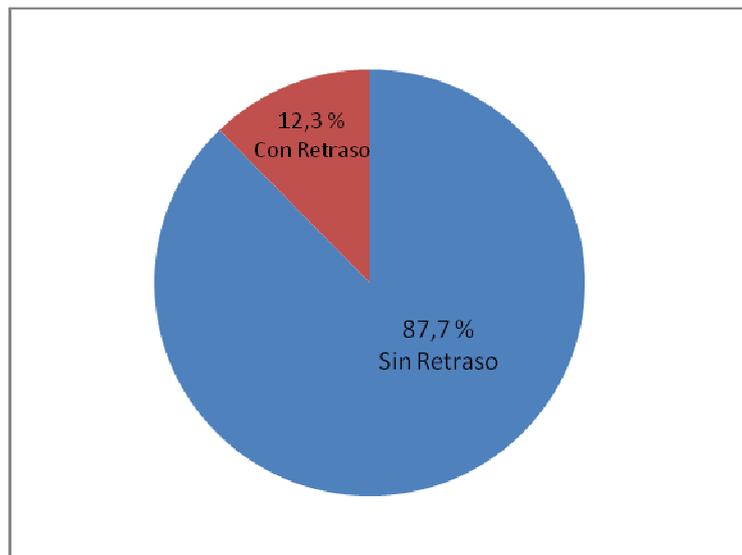
Elaborado por: Lorena Albarracín, Elizabeth Gordillo.

El mayor porcentaje de niños y niñas que asisten a los Centros Fiscales Regulares se ubica en la edad 48,1 a 60 meses con un 45,6%, seguida de la edad de 12,1 a 24 meses con el 19%, Encontrando menor porcentaje en la edad de 0 a 12,0 meses con un 3,5%.

Gráfico No. 1

Distribución de 57 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según tipo de desarrollo.

Cuenca- Enero a Junio de 2009.

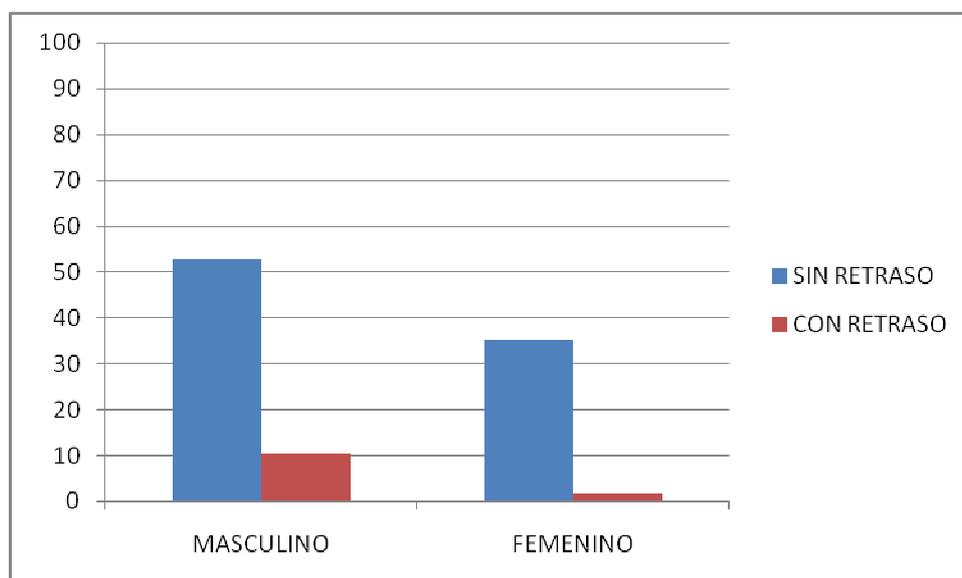


El 87,7% de los niños y niñas investigados no presentaron retraso del desarrollo.

Gráfico No. 2

Distribución de 57 niños y niñas que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según sexo y tipo de desarrollo.

Enero a Junio de 2009.



De las 21 niñas evaluadas el 35,08%, no tuvo retraso del desarrollo y con retraso el 1,75%. De los 36 niños evaluados el 52,63% no tuvo retraso del desarrollo y con retraso el 10,52%.

Tabla 4.

Distribución de 57 Niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según desarrollo y sexo.

Enero a Junio 2009.

SEXO	TOTAL SIN RETRASO		TOTAL CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		TOTAL CON RDPM CON DISCAPACIDAD		TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS	
	N	%	N	%	N	%	No.	%
Femenino	20	95,23	1	4,76	0,00	0,00	21	100,00
Masculino	30	83,33	5	13,88	1,00	2,77	36	100,00
Total	50	87,7	6	10,52	1,00	1,75	57	100,00

Chi cuadrado: 1,847

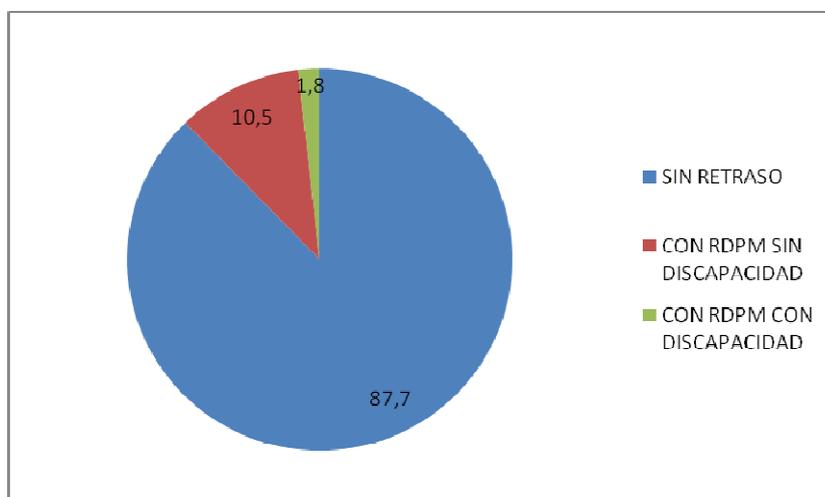
Fuente: Formularios de investigación

Elaboración: Lorena Albarracín, Elizabeth Gordillo.

Existe diferencia entre el sexo masculino y femenino entre los que tienen retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Gráfico 3.

**Distribución de 57 Niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según tipo de desarrollo psicomotor.
Enero a Junio de 2009.**



De los 57 niños y niñas evaluados el 10,5% presentó retraso sin discapacidad y el 1,8% retraso con discapacidad.

Tabla No. 5.

Distribución de 7 Niños y niñas de cero a cinco años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según edad. Enero a Junio 2009.

EDAD	TOTAL SIN RETRASO		TOTAL CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		TOTAL CON RDPM CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-12,0	1	1,75	0	0,00	1	1,75	2	3,50
12,1-24,0	10	17,00	1	1,75	0	0,00	11	19,29
24,1-36,0	7	12,28	1	1,75	0	0,00	8	14,03
36,1-48,0	10	17,00	0	0,00	0	0,00	10	17,54
48,1-60	22	38,59	4	7,00	0	0,00	26	45,61
Total	50	87,7	6	10,52	1	1,75	57	100,00

Chi cuadrado: 29,935

De los 57 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor en la edad de 48,1 a 60 meses se presentó un porcentaje del 7% de niños con retraso sin discapacidad y en la edad de 0 a 12 meses se presentó un porcentaje del 1,75% de niños con retraso con discapacidad.



Tabla 6.

Distribución de 7 Niños y niñas de 0 a 5 años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según Beneficio de la Atención.

Enero a Junio 2009.

	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Beneficio de la Atención	0	0,00	7	100,00	7	100,00
Fue Detectado	1	14,28	6	85,71	7	100,00
Fue Derivado	0	0,00	7	100,00	7	100,00
Esta en un Centro de Atención Temprana	0	0,00	7	100,00	7	100,00

De los 7 niños y niñas con retraso del desarrollo con y sin discapacidad, sólo uno fue detectado.

Tabla 7.

Factores Asociados en los 57 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 3 Centros Fiscales Regulares Cuenca.

Cuenca- Enero a Junio 2009.

FACTORES ASOCIADOS	TOTAL SIN RETRASO		TOTAL CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		TOTAL CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	No.	%	No.	%	No.	%
Migración de los padres						
No migración	47	94,00	6	100,00	1	100,00
Padre	2	4,00	0	0,00	0	0,00
Padre y madre	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	50	100,00	6	100,00	1	100,00
Cuidador familiar						
Padre	0	0,00	2	33,33	0	0,00
Madre	44	88,00	4	66,66	1	100,00
Abuelos	2	4,00	0	0,00	0	0,00
Tíos	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Hermanos	2	4,00	0	0,00	0	0,00
Otros	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	50	100,00	6	100,00	1	100,00
Condición nutricional						
Normal	43	86,00	4	66,66	0	0,00
Desnutrición global	0	0,00	2	33,33	0	0,00
Desnutrición crónica	6	12,00	0	0,00	1	100,00
Sobrepeso	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Total	50	100,00	6	100,00	1	100,00
Perímetro cefálico						
Normal	48	96,00	5	83,33	1	100,00
Microcefalia	0	0,00	1	16,66	0	0,00
Macrocefalia	2	4,00	0	0,00	0	0,00
Total	50	100,00	6	100,00	1	100,00
Tipo de familia						
Monoparental	13	26,00	2	33,33	0	0,00
Nuclear	29	58,00	4	66,66	1	100,00
Extendida	8	16,00	0	0,00	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	50	100,00	6	100,00	1	100,00

Migración de los padres	Chi-cuadrado de Pearson 0,443
-------------------------	----------------------------------

Cuidador familiar	Chi-cuadrado de Pearson 18,147
-------------------	-----------------------------------

Condición nutricional	Chi-cuadrado de Pearson 25,228
-----------------------	-----------------------------------

Perímetro cefálico	Chi-cuadrado de Pearson 8,874
--------------------	----------------------------------

Tipo de familia	Chi-cuadrado de Pearson 1,843
-----------------	----------------------------------

Fuente: Formularios de Investigación

Elaboración: Lorena Albarracín, Elizabeth Gordillo.

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



La no migración de los padres presenta el mayor porcentaje en todos los grupos: el 94% en los niños y niñas sin retraso y el 100,00% en los con retraso con y sin discapacidad.

Los niños y niñas con retraso con y sin discapacidad, son mayormente cuidados por sus madres (porcentajes de 88,00%, 66,66% y 100,00% respectivamente), luego por sus abuelos y padres respectivamente.

Los niños y niñas con retraso sin discapacidad presentan desnutrición global en un 33,33% y desnutrición crónica en un 100% en los niños con retraso con discapacidad.

Existe microcefalia en un 16,66% en los niños y niñas con retraso sin discapacidad. La macrocefalia está presente solo en los niños y niñas sin retraso en un 4%.

El tipo familiar predominante es la nuclear en los tres grupos (sin retraso, con retraso con y sin discapacidad) y existe un 33,33% que pertenece a una familia monoparental en los niños y niñas con retraso sin discapacidad,

No hay significancia estadística que determine asociación de los factores de riesgo con retraso del desarrollo con y sin discapacidad, porque en todos: $p > 0,05$.



DISCUSIÓN

El presente estudio transversal cuantitativo se realizó en niños y niñas menores de 5 años que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil Fiscales regulares del área central del cantón Cuenca (Hernán Malo, San Francisco y ANIMA) en los cuales se determinó retrasos del desarrollo con y sin discapacidad, una limitación de este estudio es dejar fuera a los niños y niñas que permanecen en casa y seguramente son los más pobres, y en los cuales por sus condiciones socioeconómicas posiblemente el desarrollo es más vulnerable a ser alterado, es por ello que la UNICEF declara que para el año 2008 en el Ecuador el 46% de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad no van a centros de desarrollo infantil (6,7,bp).

De los 57 niños y niñas que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil Fiscales Regulares del área central del cantón Cuenca el 63,2% pertenece al sexo masculino y el 36,8% al femenino, observándose un incremento de los varones en comparación con las mujeres. (Tabla 2)

A los Centros de Desarrollo Infantil fiscales regulares del área central del cantón Cuenca acuden niños y niñas desde temprana edad, así tenemos que de 0 a 12 meses asisten en un 3,5%, mientras se observa que en los niños y niñas, entre los 12 a 48 meses existe un porcentaje relacionado, que va entre el 14 y 19%, por el contrario en los niños y niñas de 48 a 60 meses se observa un incremento en el porcentaje en un 45,6%. El número se va incrementando como aumenta la edad porque la amplia difusión del derecho de los niños y niñas a la educación inicial va creando conciencia, a esto se suma la necesidad creciente de las madres de salir a trabajar (Tabla 3)

En nuestra investigación de los 57 niños y niñas evaluados con el test de Brunet Lezine, 7, es decir el 12,3% presentó retraso del desarrollo con y sin discapacidad, de estos el 1,8% tienen discapacidad y el 10,5% no lo tienen, el 87,7% no tiene retraso (gráfico No.1, 3)



Se puede mencionar otras investigaciones realizadas en otros países, los cuales no son similares a este estudio, pero presentan factores de riesgo asociados similares a este, así tenemos:

- En Navarra-España, se realizó un estudio en consulta de Pediatría de Atención Primaria en el Centro de Salud de Mendillorri, la muestra estuvo constituida por 472 niños de 0 a 6 años, utilizando la Escala de Haizea LLevant como instrumento cribado para las edades de 0 a 5 años y en los niños con sospecha de problemas de desarrollo se utilizó el test de Bayley, para las edades de 0 a 30 meses. De los cuales 41 niños presentaron retrasos del desarrollo y/o problemas de desarrollo equivalente a un 8,68% (14)
- Uno de los pocos estudios es el de Argentina que evalúa a niños y niñas que acuden al hospital para consulta, a quienes se les aplica una prueba creada por ellos, PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos Inaparentes del desarrollo Psicomotor) que no fue validada, luego los niños y niñas que presentan alteraciones en la misma son derivados a un equipo para el diagnóstico, tampoco existe una metodología clara de cómo lo hicieron. Ellos establecen una frecuencia del 20% (13).

En nuestra investigación se puede observar que de los 7 niños y niñas, en las edades de 0 a 36 meses existe un porcentaje de 1,75% tanto en los niños y niñas con retraso del desarrollo con y sin discapacidad, mientras en las edades de 48 a 60 meses se observa un incremento de los niños con retraso sin discapacidad de un 7% (Tabla No. 5). Se debe tener en cuenta que los retrasos del desarrollo pueden presentarse a cualquier edad y no se desencadenan a edades específicas.



En cuanto al sexo en los niños y niñas con retraso del desarrollo hay un incremento en el sexo masculino en un 10,52%, (8,77% tiene retraso sin discapacidad y el 1,75% retraso con discapacidad) y en el sexo femenino en un 1,75%, (tabla No.4, Gráfico No. 2).

En esta investigación de los 7 niños y niñas que fueron identificados con retraso del desarrollo ninguno tuvo beneficio de la atención temprana (derivación, diagnóstico, plan de intervención y permanencia en un centro de atención temprana), y solo el 14,28% (tabla 6) fue detectado, esto indica el mal proceso de atención que tienen estos niños y niñas más aún cuando tienen discapacidad.

La frecuencia de discapacidad en nuestro estudio realizado a los 3 Centros Fiscales Regulares, es del 1,8%, similar al que reporta el CONADIS 1,7% en niños y niñas, datos obtenidos por encuesta.

Sin embargo en otros países el porcentaje de discapacidad es más alto debido a que los datos obtenidos son a través de encuestas durante los censos poblacionales. Con esta forma de recolección de datos es difícil identificar a niños y niñas con discapacidad ya sea porque no han sido diagnosticados o porque las familias no quieren aceptarlo.

Así la frecuencia general en el 2004 en Chile fue del 12,93% (5), en Argentina 7,1% y en Uruguay del 7,6% (6). La World Health Organisation (WHO) dice que en el mundo hay 650 millones de personas en el mundo que tienen algún tipo de discapacidad originada por diferentes causas (4).

Las tasas de discapacidad pueden variar por distintos motivos: condición nutricional, la exposición a riesgos medioambientales, los accidentes o los conflictos, los patrones de las enfermedades crónicas e infecciosas, y las diferencias en las prácticas y los servicios de salud pública. (7)



Un estudio realizado en México desde el año 2001 al 2003 por el Gobierno del Distrito Federal y financiado por la UNICEF para establecer las condiciones de vida de los niños y niñas con discapacidad, en un universo de 30174 personas con discapacidad entre los cuales 14615 fueron niños y niñas, se estudió una muestra de 6626 niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años. Indica entre otras cosas que las familias tienen recelo comunicar que tienen un hijo o hija con discapacidad, que existe demora en la detección, el diagnóstico y plan de intervención. En el nivel de marginación media los niños con discapacidad fueron diagnosticados entre los 2 años y medio y los 7. En el grupo de alta marginación, la detección y el diagnóstico fueron mucho más tardíos (entre 4 y 10 años) para todas las discapacidades. Esto confirma la hipótesis de que la falta de acceso a los servicios médicos y la deprivación cultural de los padres tienen un papel muy relevante en la carencia de atención temprana de los niños y niñas con discapacidad. Si la atención temprana se retrasa se amplían y profundizan las secuelas discapacitantes. De los niños y niñas sin diagnóstico el 33% de las familias con niños y niñas menores de cinco años no han buscado ayuda, el 64% de los casos no saben dónde acudir y de quienes si conocen el 20,7% ha ido a centros de salud sin encontrar servicios de rehabilitación, el 36,4% a las farmacias. Solo el 2,3% de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad recibieron atención integral (23)

De los niños y niñas sin retraso, el 6% presenta migración de los padres, esto puede ser un factor para que posteriormente puedan presentar una alteración en su desarrollo, por el contrario en los niños y niñas con retraso con y sin discapacidad no existe migración de los padres demostrando que la migración no es un factor asociado para que exista retraso del desarrollo, en los casos encontrados (Tabla 7)

El 66% de los niños y niñas con retraso sin discapacidad está al cuidado de la madre, y un 33% al cuidado del padre, mientras que el niño con retraso con discapacidad esta bajo el cuidado exclusivo de la madre. Lo que demuestra que todavía se asigna el cuidado de los hijos exclusivamente a las madres, por otro lado se puede atribuir a los cambios de las estructuras familiares, y a la integración de la mujer al campo laboral (10).



La desnutrición en los primeros años de vida puede afectar el crecimiento del niño y niña, debido a la deficiencia de ingesta calórica. Según algunos estudios publicados por Winick y Rosso en su libro *The effect of undernutrition on certain control mechanism of cell division* (1999) se demostró la disminución irreversible del ADN en el cerebro y cerebelo de ratas hipoalimentadas en épocas tempranas. Esta sería la justificación de las alteraciones en el desarrollo psicomotor, adaptativo y cognitivo en niños malnutridos de países subdesarrollados.

Así lo demostró un estudio realizado en el distrito de Burdwan al Este de Bengala, India en el cual se investigó en 72 niños y niñas de edades entre 3 a 6 años y encontró la asociación estadística entre el nivel de inteligencia y desnutrición ($r=0.27$; $p=0.05$), nivel de inteligencia y microcefalia ($r = 0.27$; $p 0.05$)

En nuestro estudio el 33% de los niños y niñas con retraso del desarrollo sin discapacidad presenta desnutrición global a diferencia del niño con retraso con discapacidad que presenta una desnutrición crónica, lo que demuestra que el estado nutricional está relacionado con los retrasos del desarrollo

Según un artículo publicado en Neurology por la Academia Americana de Neurología indica que los niños con microcefalia presentan un mayor riesgo de sufrir problemas neurológicos, del desarrollo, cognitivos, de aprendizaje y deben ser evaluados para detectar estos problemas.

En nuestro estudio el 16,66% de los niños y niñas con retraso sin discapacidad presentan microcefalia, siendo esta causa un factor de riesgo que puede alterar el proceso de desarrollo del niño. No obstante, cabe señalar que algunos niños con microcefalia presentan un desarrollo normal y no desarrollan ningún problema.



En nuestro estudio, de los niños y niñas con retraso sin discapacidad el 33% pertenece a una familia monoparental y un 66% a una familia nuclear, y el niño con retraso con discapacidad pertenece a una familia nuclear, sin embargo debemos tomar en cuenta que la familia juega un papel importante en el cuidado del niño y que puede considerarse un factor de riesgo que podría ser una causa socio afectivo de retrasos transitorios del desarrollo (44).

El estudio mexicano mencionado arriba indica que entre el 55 y 62% de las familias con hijos o hijas con discapacidad son familias nucleares siendo marginales medias o altas, respectivamente. En los muy pobres no aparecen familias ampliadas sino monoparentales, ya sea porque hay migrantes o porque están integradas básicamente por madres solteras (19,4%). Aparece un nuevo tipo de familia de construcción social.

En esta investigación no hay significancia estadística que determine asociación de alguno de los factores de riesgo con retrasos del desarrollo con y sin discapacidad.



CONCLUSIONES

1. El 12,3% de los niños y niñas evaluados fueron identificados con retraso del desarrollo, el 10,5% sin discapacidad y el 1.8% con discapacidad.
2. Existe mayor concurrencia de niños que niñas a los 3 Centros Fiscales Regulares que formaron parte de nuestro estudio.
3. Se pudo identificar que existe mayor prevalencia de retrasos del desarrollo en niños que en las niñas.
4. De los niños con retraso del desarrollo con y sin discapacidad, ninguno recibe Beneficio de la Atención
5. En la revisión de los factores de riesgo asociados no se determinó significancia estadística entre desnutrición, microcefalia, tipo de familia a retraso del desarrollo psicomotor.



RECOMENDACIONES

1. En los centros infantiles debe existir personal especializado para que se realice una detección precoz de los retrasos del desarrollo y así evitar discapacidades futuras en los niños.
2. Realizar nuevas investigaciones de prevalencia en la toda la población infantil para no sesgar los resultados.
3. En los Centros Infantiles debe existir un equipo Interdisciplinario para brindar un beneficio de la Atención de calidad dirigidas hacia las necesidades de nuestros niños.
4. Capacitar a los profesionales que trabajan en los Centros Infantiles, en el adecuado diagnóstico e intervención oportuna y eficaz de los niños con retrasos del desarrollo y en el manejo integral de aquellos con necesidades especiales.
5. Brindar Información a los padres a cerca de una buena nutrición, para evitar problemas en el crecimiento y desarrollo de los niños.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foro por la Niñez y Adolescencia. Ecuador país: Código de la Niñez y Adolescencia. Ecuador. 2004: 44-62
2. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Empleo. Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007- 2010. Juntos por la equidad desde el principio de la vida. Ecuador. 2007.
3. Acevedo M, Posada A, Ramirez A. Crecimiento y Desarrollo. En: Correa A. Fundamentos de Pediatría Tomo I. Medellín. Corporación para investigaciones Biológicas. 1998: 30 - 55.
4. Cuminsky M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington DCE. Organización Panamericana de la Salud. Colección Paltex. 1986:1 - 97.
5. Culbertson J, Newman E, Willis D. "Desarrollo psicológico en la niñez y la adolescencia". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2003; 4: 721-796
6. Observatorio Social del Ecuador, UNICEF. Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2005. Quito. UNICEF. 2006.
7. UNICEF. (Programa de Computadora). Supervivencia Infantil en el Ecuador: avances y desafíos. 2008. (1 disco compacto). 2008.
8. Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales de España. "Libro Blanco de la Atención Temprana". 4ª. Edición. Edita Real patronato de discapacidad. Madrid. 2002: 13-15.
9. Educación Preescolar. Disponible en: <http://www.oei.es/quipu/chile/CHIL07.PDF>. Acceso 06 de Mayo de 2010.
10. CAIF: Centro de Atención a la Infancia y a la Familia. Programa de Estimulación Oportuna. Un lugar para Crecer y Aprender Jugando. PLAN CAIF-INAME-Uruguay. 1996.
11. Takeuchi Y, Guevara J. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali. 1999; 30: 74-81
12. Aláez M, Martínez R, Rodríguez C. Prevalencia de Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Ed. Universidad Complutense. Madrid. 1998.



13. PRUNAPE. Pesquisa de trastornos del desarrollo Psicomotor en el Primer Nivel de Atención. Argentina. Abril. 2008. 106(2): 119-125.
14. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-. Acceso 28 de Julio de 2010.
15. Huiracocha L. “Frecuencia del retraso del Desarrollo Psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del CEDIUC de la Universidad de Cuenca. 2002”. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2004; 26: 53-58.
16. Consejo Nacional de Discapacidades, Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. (Programa de Computadora) La Discapacidad en Cifras. Análisis de resultados de la encuesta nacional de discapacidades. (1 disco compacto) 2005.
17. Rodríguez, Francisco y Aranceta, Javier. “Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid” Masson S.A. Barcelona, España. 2006. p.1
18. Needlman R. Crecimiento y Desarrollo.. En Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Tratado de Pediatría de Nelson. 15º. Edición. In teramericana. México. 1997: 35-68.
19. Instituto de la Niñez y la Familia INFA, Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. Manual de desarrollo Infantil. INFA. Quito. 2008.
20. Rodríguez, Francisco y Aranceta, Javier. “Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid” Masson S.A. Barcelona, España. 2006. p.2
21. Quito B, Quizhpe A. Desnutrición Infantil: Diagnóstico y Tratamiento. Universidad de Cuenca. 2001: 3- 6.
22. Perales C, Heresi E, Pizarro F, Colombo M. Las nociones cognitivas en niños con CI normal y grave desnutrición. Arch Latinoam Nutr. 1996 Dec;46(4):282-6.
23. Agarwal DK, Upadhyay SK, Agarwal K. Influencia de la malnutrición en el desarrollo cognitivo. Acta Paediatr Scand. 1989 Jan;78(1):115-22.
24. Chopra J, Sharma A. Protein energy malnutrition and nervous system. J Neurol Sci 1992. 110 (1-2): 8-20
25. Wiggins R. Myelin development and nutritional insufficiency. Brain Research



- Reviews. 1982. 4:151-75.
26. Altnam J. Morphological and behavioral markers of environmentally induced retardation of brain development: an model. *Environ Health Perspect.* 1987. 74: 153-68.
 27. Shambaugh G, Natarajan N, Daveport, et al. Nutritional insult and recovery in neonatal rat cerebellum: insulin like growth factor (IGFs) and their binding proteins (IGFBPs) *Neurochem Res.* 1995. 20(4): 475-90.
 28. Vivirmejor.es. Nutrición. 200 millones de niños menores de 5 años no alcanzan su desarrollo cognitivo potencial debido a la pobreza. Disponible en: <http://www.vivirmejor.es/es/nutricion/noticia/actualidad/200-millones-niños>. Acceso 20 de Febrero de 2009.
 29. Brown J, Pollit E. Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American* Feb. 1996: 26-31.
 30. Hesse H, Rivera M, Ochoa M, et al. Efecto de la desnutrición crónica en el tiempo de reacción viso motor de niños escolares. *Memoria de la X Semana Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.* 1998: 25.
 31. Reyes M, Valdecanas C, Reyes O, et al. The effects of malnutrition on the motor, perceptual and cognitive functions of Filipino children. *Int Disabil Stud.* 1990 12(4): 131-6.
 32. Upadhyay S, Agarwal D, Agarwal K. Influence of malnutrition on intellectual development. *Indian J Med Res.* 1989 Dec; 90:430-41.
 33. Gahagan S, Holmes R. Método para evaluar la desnutrición y el desmedro. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica.* 1998. 1: 161-167.
 34. Lahiri S, Mukhopadhyay S, Das K, Ray S, Biswas D. Study of impact of epidemiological factors on intelligence of rural children of 3 to 6 year age group belonging to low socio- economic status. *Indian J Public Health.* 1994 Oct-Dec; 38(4):133-42.
 35. Fejerman N, Fernández E. *Neurología Pediátrica.* 2ª. Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1998: 4-10.
 36. FEAPS. *Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad.* FEAPS. Madrid. 1999.
 37. Cuminsky M. *Manual de Crecimiento y Desarrollo.* Tercera Edición. Ed. Organización Panamericana de la Salud. México. 2001:3,6-18.



38. Hack M, Taylor HG, Drotar D, Schluchter M, Cartar L, Andreias L, et al. Chronic conditions, functional limitations, and special health care needs of school-age children born with extremely low-birth-weight in the 1990s. *JAMA* 2005; 294: 318-25.
39. Posada A. Gómez J. Ramírez H. *El niño sano*. Editorial panamericana. Tercera edición. Febrero. 2005. p. 357, 356.
40. Guo G, Harris KM. The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development. *Demography* 2000; 37: 431-47.
41. Nelson A, Vargas C. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Rev. chil. pediatr.* v.72 n.2 Santiago mar. 2001. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062001000200001&script=sci_arttext. Acceso 15 de febrero de 2009.
42. Quintero Ángela. *Diccionario Especializado en Familia y Género*. 1ª edición. Buenos Aires, lumen, 2007. p.65.
43. Santa María M, Linhares M. Factores de Riesgo para problemas de desarrollo infantil. *Rev. Latino-am.* N.15. 2007. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/ev/v15nspe/es_18.pdf. Acceso 15 de febrero de 2009
44. Reporte Migración Internacional (documento ESA/P/WP.178), de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. *Las migraciones - contexto actual* .2002. Disponible en: <http://www.unpopulation.org>. Acceso 12 de febrero de 2009.
45. Algunas definiciones de cuidador. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm. acceso 20 de Febrero de 2009.
46. SCRIBD. Evaluación del Desarrollo psicomotor. Brunet Lezine. Disponible en <http://scribd.com/doc/4446861/evaluacion> .
47. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Manual para el uso de la Escala Específica de dependencia para personas menores de 3 años de edad EVE.(SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en <http://sid.usual.es/mostrarficha.asp?ID=19027&fichero=8.4.1>. Acceso el 17 de Febrero de 2009.
48. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia. BVD. (SID, 72

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



Servicio de información para Discapacidad). Disponible en <http://sid.usual.es/mostrarficha.asp?ID=19028&fichero=8.4.1>. Acceso el 17 de Febrero de 2009.

49. Guía de centros y servicios educativos: Centros Infantiles públicos y privados. Disponible en: http://centros5.pntic.mec.es/ies.antonio.gala/.../centros_educativos.pdf. Acceso 4 de Mayo de 2010.

50. www.inec.com.gov.ec. Acceso el 29 de Mayo de 2010.

51. Municipio de Cuenca. Historia de Cuenca. Disponible en <http://www.explored.com.ec/ecuador/continue/azua3.htm> . acceso el 29 de Mayo de 2010.



IX. ANEXOS

ANEXO 1

PREVALENCIA DE RETRASOS DEL DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE CERO A CINCO AÑOS DE VIDA QUE ASISTEN A LOS CENTROS FISCALES REGULARES DEL ÁREA CENTRAL DEL CANTÓN CUENCA. UNIVERSIDAD DE CUENCA. CUENCA. 2009.

1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha: / / (día, mes, año)

Cuestionario N°

Apellidos _____

Nombres _____

Fecha de nacimiento: / / (día, mes, año)

1.1 Sexo: 1. M

2. F

Información para localización

Nombre de la madre _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Nombre del centro al que asiste _____

Teléfono: _____

2. INFORMACIÓN GENERAL

Semanas de gestación .

2.1 Edad meses días

2.2 Peso . Kg

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

2.3 Perímetro cefálico cm

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

2.4 Talla cm

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

3. FACTORES DE RIESGO

3.1 Estado Nutricional

1. Normal

2. Desnutrición global

3. Desnutrición crónica

3.2 Perímetro Cefálico

1. Normal

2. Microcefalia

3. Macrocefalia

En el recién nacido pretérmino

2.5 Edad corregida meses días

2.6 Peso corregido

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

2.7 Perímetro cefálico corregido

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

2.8 Talla corregida

1. < Percentil 5

2. Percentil 5-95

3. > Percentil 95

3.4 Migración de los padres

1. Padre

2. Madre

3. Padre y madre

3.5 Cuidador familiar

1. Padre

2. Madre

3. Abuelos

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



3.3 Tipo de familia

- 1. Monoparental
- 2. Nuclear
- 3. Extendida

- 4. Tíos
- 5. Hermanos
- 6. Otros

4. EVALUACIÓN DE APTITUDES DEL DESARROLLO (EAD)

4.1 Test de evaluación del desarrollo: *el examinador aplica el test EAD y los resultados de cada área registra en los casilleros que están a continuación*

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| a. Área motora fina | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Alarma |
| b. Área motora gruesa | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Alarma |
| c. Lenguaje | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Alarma |
| d. Social | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Alarma |
| e. Coeficiente de aptitudes del desarrollo _____ | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Alarma |

4.2 Observaciones _____

5. DESARROLLO PSICOMOTOR

5.1 Test de Brunet Lezine: *el examinador aplica el test de Brunet Lezine y los resultados de cada área registra en los casilleros que están a continuación*

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Postura | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Retraso |
| b. Coordinación | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Retraso |
| c. Lenguaje | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Retraso |
| d. Social | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Retraso |
| e. Coeficiente de desarrollo _____ | 1. <input type="checkbox"/> Normal | 2. <input type="checkbox"/> Retraso |

5.2 Observaciones _____

6. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

6.1 Test EVE: *el examinador aplica el test EVE en niños/as de cero a 3 años los resultados registra en los casilleros que están a continuación*

Puntaje

- | | | |
|--------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discapacidad | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| Grado | 1. <input type="checkbox"/> Moderada | |
| | 2. <input type="checkbox"/> Severa | |
| | 3. <input type="checkbox"/> Grave | |

6.2 Test BVD: *el examinador aplica el test BVD en niños/as de 3 a 5 años los resultados registra en los casilleros que están a continuación*

Puntaje

- | | | |
|--------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Discapacidad | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| Grado | 1. <input type="checkbox"/> Moderada | |
| | 2. <input type="checkbox"/> Severa | |
| | 3. <input type="checkbox"/> Grave | |

7. OBSERVACIONES _____

Evaluador

Fecha: // (día, mes, año)

Revisor de la información

Fecha: // (día, mes, año)

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



ANEXO 2

TEST DE BRUNET LEZINE (<2 años)

Nombre y apellidos

N orden	Item	1 Mes	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses
1	P1	Sentado, levanta la cabeza de vez en cuando vacilando.				41	P1	Se mantiene sentado con ligero apoyo.	
2	P2	Boca abajo, levanta la cabeza vacilando.				42	P2	Hace movimientos para quitarse el pañuelo que se le ha colocado sobre la cara.	
3	P3	Boca abajo, mantiene las piernas flexionadas y hace movimientos de reptación.				43	C3	Coge un cubo al contacto.	
4	C4	Reacciona al ruido de una campanilla.				44	C4	Mantiene un cubo en la mano y mira al segundo.	
5	C5	Sigue momentáneamente al movimiento de los aros hasta los 90°				45	C5	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece.	
6	S6	Fija la mirada en el rostro del examinador.				46	S6	Sonríe ante el espejo.	
7	P7	PREGUNTAS				47	P7	PREGUNTAS	
8	L8	Aprieta el dedo colocado en su mano.				48	L8	Coge el sonajero que está al alcance de su mano.	
9	S9	Emite pequeños sonidos guturales.				49	S9	Da gritos de alegría.	
10	S10	Deja de llorar al aproximarnos a el o al hablarle. Reacciona con movimientos de succión antes de darle el pecho o el biberón.				50	S10	Se destapa mediante movimientos de pateo, se coge las piernas o la rodilla.	
11	P1	Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento.				51	P1	Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.	
12	P2	Boca abajo levanta la cabeza y los hombros.				52	P2	Sostenido verticalmente de pie soporta una parte de su peso.	
13	P3	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.				53	C3	Boca arriba se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza.	
14	C4	Sigue con la vista a una persona que se desplaza.				54	C4	Coge el cubo colocado sobre la mesa ante su vista.	
15	C5	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180°				55	C5	Sostiene dos cubos uno en cada mano y mira el tercero.	
16	S6	Responde con mímicas ante el rostro del examinador.				56	C6	Sentado coge con una mano el aro que se balancea delante de él.	
17	P7	PREGUNTAS				57	P7	Golpea o frota la mesa con la cuchara.	
18	L8	Si se le deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba.				58	L8	PREGUNTAS	
19	S9	Emite varias vocalizaciones.				59	S9	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo.	
20	S10	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla. Sonríe a los rostros conocidos.				60	S10	Hace gorgoritos.	
21	P1	Sentado mantiene la cabeza derecha.						Se golpea los pies con las manos.	
22	P2	Boca abajo se apoya en los antebrazos.						Distingue las caras conocidas de las desconocidas.	
23	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa.							
24	C4	Sostiene el sonajero con un movimiento involuntario.				61	P1	Se mantiene sentado sin apoyo durante un momento.	
25	C5	Vuelve la cabeza para seguir un objeto.				62	P2	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	
26	S6	Responde con una sonrisa cuando el examinador le sonríe.				63	C3	Coge dos cubos uno en cada mano.	
27	P7	PREGUNTAS				64	C4	Coge la pastilla rastrillando.	
28	L8	Coge y atrae hacia sí su sábana.				65	C5	Levanta por el asa la taza invertida.	
29	S9	Balucea con vocalización prolongada.				66	S6	Tiende la mano hacia el espejo, acaricia su imagen.	
30	S10	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho. Juega con sus manos, se las mira.				67	P7	PREGUNTAS	
31	P1	Sentado mantiene la cabeza derecha.				68	L8	Se pasa los juguetes de una mano a otra.	
32	P2	Boca abajo mantiene las piernas extendidas.				69	S9	Vocaliza varias sílabas, bien definidas.	
33	C3	Boca arriba levanta la cabeza y los hombros mediante tracción sobre los antebrazos.				70	S10	Se lleva los pies a la boca.	
34	C4	Sentado palpa el borde de la mesa.						Puede comer una papilla espesa con una cuchara.	
35	C5	Mira una pastilla colocada sobre la mesa.				71	P1	Se incorpora hasta quedar sentado con una ligera tracción sobre los antebrazos.	
36	C6	Boca arriba inicia un movimiento de presión hacia el aro. Mueve el sonajero que se ha colocado en la mano mirándolo.				72	P2	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	
37	P7	PREGUNTAS				73	C3	Coge el tercer cubo soltando uno de los dos primeros.	
38	L8	Se cubre la cara con una sábanita.				74	C4	Coge la pastilla con la participación del pulgar.	
39	S9	Vocaliza cuando se le habla.				75	C5	Busca la cuchara que se le ha caído.	
40	S10	Ríe a carcajadas. Vuelve la cabeza inmediatamente hacia la persona que lo llama.				76	C6	Observa con atención la campanilla.	
						77	P7	PREGUNTAS	
						78	L8	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.	
						79	S9	Juega al "escondite".	
								Juega a tirar sus juguetes al suelo.	



			80	S10	Juega a golpear dos objetos uno con otro.	
--	--	--	----	-----	---	--



<u>9 MESES</u>			<u>18 Meses</u>		
81	P1	Se sostiene de pie con apoyo.	121	P1	Empuja la pelota con el pie.
82	P2	Sentado sin apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	122	C2	Construye una torre con tres cubos.
83	C3	Levanta la taza colocada boca abajo y coge el cubo escondido debajo.	123	C3	Pasa las páginas de un libro.
84	C4	Coge la pastilla utilizando el pulgar y el índice.	124	C4	Saca la pastilla del frasco.
85	C5	Acerca el aro hacia sí tirando el cordón.	125	C5	Coloca la pieza circular después de girarle el tablero.
86	C6	Hace sonar la campanilla	126	L6	Nombra uno, o señala dos dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
87	P7	Sosteniéndoles por los brazos da algunos pasos.	127	P7	Sube las escaleras de pie, dándole la mano.
88	L8	Dice una palabra de dos sílabas.	128	L8	Dice por lo menos ocho palabras.
89	S9	Reacciona ante algunas palabras familiares.	129	S9	Utiliza la cuchara.
90	S10	Hace los gestos de "adiós" o "gracias" o "aplaude", etc.	130	S10	Pide su orinal.
		10 Meses			21 Meses
91	P1	De pie y apoyado, levanta y apoya un pie.	131	P1	Da un puntapié a la pelota después de una demostración.
92	C2	Encuentra un juguete escondido debajo del pañuelo.	132	C2	Construye una torre con cinco cubos.
93	C3	Mete el cubo en una taza o lo saca de una demostración.	133	C3	Coloca cubos en fila imitando un tren.
94	C4	Intenta coger la pastilla a través del frasco.	134	S4	Pone tres cubos en tres sitios diferentes cuando se le pide.
95	C5	Saca la pieza circular de su agujero.	135	C5	Coloca piezas circulares y cuadradas en su agujero.
96	C6	Busca el badajo de la campanilla.	136	L6	Señala cinco partes del cuerpo en el dibujo de una muñeca.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
97	P7	Se pone de pie solo.	137	P7	Baja la escalera cogido de la mano.
98	L8	Repite los sonidos que oye.	138	L8	Asocia dos palabras.
99	S9	Comprende una prohibición.	139	S9	Pide de beber y de comer.
100	S10	Bebe en una taza o en un vaso.	140	S10	Imita acciones sencillas de los adultos.
		12 Meses			24 Meses
101	P1	Anda llevándole de la mano.	141	P1	Da un puntapié a la pelota cuando se le ordena.
102	C2	Coge el tercer cubo sin soltar los dos primeros.	142	C2	Construye una torre con seis cubos por lo menos.
103	C3	Mete un cubo dentro de la taza.	143	C3	Intenta doblar el papel en dos.
104	C4	Imita el ruido de la cuchara dentro de la taza	144	C4	Imita un trazo sin direcciones determinadas.
105	C5	Coloca bien la pieza circular en su agujero después de una demostración.	145	C5	Coloca las tres piezas en el tablero.
106	C6	Hace garabatos débiles después de una demostración.	146	L6	Nombra 2 o señala 4 dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
107	P7	De pie se agacha para coger un juguete.	147	P7	Sube y baja solo la escalera.
108	L8	Dice tres palabras.	148	L8	Construye frases de varias palabras.
109	S9	Da algo cuando se le pide con palabras o gestos.	149	S9	Puede utilizar su nombre.
110	S10	Repite actos que han causado risa.	150	S10	Ayuda a guardar sus juguetes.
		15 Meses			30 Meses
111	P1	Anda solo.	151	P1	Intenta sostenerse sobre un pie.
112	C2	Construye una torre con dos cubos.	152	C2	Construye una torre con ocho cubos.
113	C3	Llena la taza de cubos.	153	C3	Construye un puente con tres cubos según el modelo.
114	C4	Mete la pastilla en el cubo.	154	C4	Imita un trazo vertical y otro horizontal
115	C5	Coloca la piza circular en su agujero cuando se le ordena.	155	C5	Coloca las tres piezas después de girar el tablero.
116	C6	Hace garabatos cuando se le ordena.	156	L6	Nombra 5 o señala 7 dibujos.
		PREGUNTAS			PREGUNTAS
117	P7	Sube una escalera a "gatas".	157	P7	Puede transportar un vaso lleno de agua u otros objetos frágiles, sin volcarlo.
118	L8	Dice cinco palabras.	158	L8	Emplea pronombres.
119	S9	Señala con el dedo lo que desea.	159	S9	Ayuda a vestirse, se pone las zapatillas.
120	S10	Bebe solo en una taza o en un vaso.	160	S10	Ya no se orina en la cama por las noches.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



ANEXO 3 TEST DE BRUNET LEZINE (>2 años)

Apellidos y nombre.....Fecha de Examen.....
Fecha de Nacimiento.....E.R.....E.D.....C.D.....

24 Meses		Observaciones
<p>Nivel de base a partir del cual se puede aplicar la escala de 2 a 6 años, si el niño ha alcanzado el nivel de 2 años si no lo ha alcanzado se aplicará la escala del Baby – test. Hojas E.III</p> <p>C2 Construye una torre con seis cubos. C4 Imita un trazo sin dirección determinada. C5 Coloca las tres piezas de madera en el tablero. L6 Nombra 5 o señala 7 dibujos.</p>		
<u>30 Meses</u>		
<p>1 Construye un puente con tres cubos. 2 Imita un trazo vertical y horizontal. 3 Coloca las tres piezas después de girarle el tablero. 4 Nombra 5 o señala 7 dibujos.</p>		
<u>3 Años</u>		
<p>5 Construye un puente con 5 cubos. 6 Rompecabezas de 2 piezas. 7 Copia un círculo. 8 Enumera objetos en el dibujo.</p>		
<u>4 Años</u>		
<p>9 Construye una barrera con 5 cubos. 10 Rompecabezas de 4 piezas (la mitad). 11 Copia un cuadrado. 12 Explica una acción del dibujo.</p>		
<u>5 Años</u>		
<p>13 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 14 Rompecabezas de 4 piezas (completo). 15 Copia un triángulo. 16 Cuenta 4 cubos.</p>		
<u>6 Años</u>		
<p>17 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 18 Copia un rombo. 19 Maniquí (Grace Arthur). 20 Cuenta 13 cubos.</p>		



Registro del cociente de desarrollo

Fecha de nacimiento

□□/□□/□□

(día, mes, año)

Fecha de evaluación

□□/□□/□□

(día, mes, año)

Edad cronológica

□/□□/□□

(años/ meses/ días)

Edad corregida (<1 año)

□/□□/□□

(años/ meses/ días)

Parámetro de desarrollo	de	CD (puntaje)	
P			Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
C			Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
L			Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
S			Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
Global			Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>

Evaluador _____

Revisor _____

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



ANEXO 4

ESCALA DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA DE 0 A 3 AÑOS. EVE

Nombre _____ Edad _____ Centro _____

A. VARIABLES DE DESARROLLO

A.1 ACTIVIDAD MOTRIZ

HITOS	MES	ADQUISICION	
1. Ajusta el tono muscular	0	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
2. Mantiene una postura simétrica	0	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
3. Tiene actividad espontanea	0	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
4. Sujeta la cabeza	4	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
5. Se sienta con apoyo	5	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
6. Gira sobre si mismo	7	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
7. Se mantiene sentado sin apoyo	9	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
8. Sentado sin apoyo , se quita un pañuelo de la cara	10	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
9. Pasa de tumbado a sentado	11	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
10. Se pone de pie con apoyo	12	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
11. Da pasos con apoyo	13	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
12. Se mantiene de pie sin apoyo	15	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
13. Anda solo	18	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
14. Sube las escaleras sin ayuda	20	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
15. Empuja una pelota con los pies	24	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
16. Baja escaleras sin ayuda	27	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
17. Traslada recipientes con contenido	30	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
18. Anda sorteando obstáculos	32	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No

A.2 ACTIVIDAD ADPTATIVA

HITOS	MES	ADQUISICION	
1. Succiona	0	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
2. Fija la mirada	2	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
3. Sigue la trayectoria de un objeto	4	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
4. Sostiene un sonajero	4	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
5. Tiende la mano hacia un objeto	6	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
6. Sostiene un objeto en cada mano	8	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
7. Pasa un objeto de una mano a otra	9	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
8. Recoge un objeto con oposición del pulgar	10	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
10. Manipula el contenido de un recipiente	14	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
11. Abre cajones	16	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
12. Bebe solo	18	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
14. Se quita una prenda de vestir	24	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
15. Reconoce la función de los espacios de la casa	26	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
16. Imita trazos con el lapiz	27	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
17. Abre una puerta	30	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
18. Anda sorteando obstáculos	32	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No



19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
--	----	--------------------------------	--------------------------------

B. VALORACION EN NECESIDADES DE APOYOS EN SALUD

Peso al nacimiento

- Mayor de 1500 g y menor de 2200 g 1.
- Entre 1100 y 1500 g 2.
- Menor de 1100g 3.

A. MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

1. Alimentación

- 1.1 Sonda nasogástrica exclusiva 1. Si 2. No
- 1.2 Parenteral exclusiva 1. Si 2. No
- 1.3 Alimentación exclusiva por estoma 1. Si 2. No
- 1.4 Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral 1. Si 2. No
- 1.5 Parenteral complementaria de la vía oral 1. Si 2. No
- 1.6 Estoma eferente 1. Si 2. No

2. Respiración

- 2.1 Respirador mecánico 1. Si 2. No
- 2.2 Aspiración continuada 1. Si 2. No
- 2.3 Oxigenoterapia permanente 1. Si 2. No
- 2.4 Monitor de apneas 1. Si 2. No

3. Función renal y/o urinaria

- 3.1 Diálisis 1. Si 2. No
- 3.2 Sondaje vesical permanente 1. Si 2. No
- 3.3 Estoma urinario 1. Si 2. No

4. Función antiálgica

- 4.1 Bomba de perfusión analgésica continua 1. Si 2. No
- 4.2 Catéter epidural permanente 1. Si 2. No

5. Función inmunológica

- 5.1 Aislamiento 1. Si 2. No
- 5.2 Semiaislamiento / Mascarilla permanente

B. MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD

- 1. Fijación vertebral externa 1. Si 2. No
- 2. Fijación pelvopédica 1. Si 2. No
- 3. Fijación de la cintura pélvica 1. Si 2. No
- 4. Tracción esquelética continua 1. Si 2. No
- 5. Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior 1. Si 2. No
- 6. Casco protector 1. Si 2. No
- 7. Vendaje corporal 1. Si 2. No
- 8. Protección lumínica permanente 1. Si 2. No
- 9. Procesador de implante coclear 1. Si 2. No

DEPENDENCIA

- Grado Puntaje 1. Si 2. No
- 1.
 - 2.
 - 3.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Evaluador _____

Fecha: □□/□□/□□ (día, mes, año)

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



ANEXO 5 ESCALA DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA PARA NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS. BAREMO

Nombre _____ Edad _____ Centro _____

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Abrir botellas y latas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Cortar o partir la comida en trozos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Sujetar el recipiente de bebida	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Sorber las bebidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Acudir a un lugar adecuado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Manipular la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Adoptar o abandonar la postura adecuada	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Limpiarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Continencia micción	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Continencia defecación	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Lavarse las manos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la cara	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Peinarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Cortarse la uñas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse el pelo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES



TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Calzarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Abrocharse botones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos dentro del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos fuera del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Pedir ayuda ante una urgencia	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Sentarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Tumbarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras sentado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras acostado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Acceder al exterior del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Desplazarse alrededor del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamiento cercano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Desplazamiento lejano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Utilización de medios de transporte	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Preparar comidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Hacer la compra	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Limpiar y cuidar la vivienda	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavar y cuidar la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Actividades de autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Actividades de movilidad	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Interacciones interpersonales básicas y complejas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Usar y gestionar el dinero	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Uso de servicios a disposición del público	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

DEPENDENCIA

1. Si 2. No

Grado

1.
2.
3.

Evaluador _____

Fecha: / / (día, mes, año)

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE CUENCA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio

“Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de cero a cinco años de vida que asisten a los Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2008”.

Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo/a

_____ en el estudio “Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños/as menores de cinco años de vida que asisten a los Centros Fiscales Regulares del Área Central del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Enero- Junio 2009”.

Hemos sido informados que es un estudio importante porque busca conocer la frecuencia con la que los niños y niñas presentan alteraciones en el desarrollo psicomotor y las discapacidades que pueden acompañar en ocasiones; además, trata de encontrar si los trastornos del desarrollo están asociados con la condición nutricional del niño o niña, la estructura de la familia del niño/niña, la persona de la familia que se hace cargo del cuidado del infante y con la migración de los padres; que el estudio se realizará en los niños/niñas que asisten a los centros urbanos de cuidado diario del cantón Cuenca para menores de cinco años, y sus padres han aceptado la participación del niño/niña.

Nos han explicado que nuestro/a hijo/a será sometido una valoración del desarrollo psicomotor; la realización puede requerir más de una sesión y no tendrá

UNIVERSIDAD DE CUENCA



costo; que debemos responder algunas preguntas relacionadas al cuidado del niño y las condiciones de la familia.

Que nuestro hijo/a, y por consiguiente nosotros, nos beneficiaremos de la detección clínica temprana de afecciones del desarrollo psicomotor en caso de que existieren. Nuestro hijo/a no correrá ningún riesgo y si nosotros queremos estaré/mos presente/s en la valoración.

Las responsables de la investigación –Master Gladys Robalino, Dra. Lourdes Huiracocha y Dra. Ruth Díaz- se han comprometido a responder personalmente o por teléfono las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de nuestro/a hijo/a; para lo que nos han dado sus direcciones y teléfonos.

- Dra. Lourdes Huiracocha: Juan Bautista Vásquez 1-64. Teléfono 099987321
- Master Gladys Robalino: Mutualista Azuay Calle Pucará 2-25.
- Dra. Ruth Díaz Granda: Octavio Cordero 4-73. Teléfono 2847159.

Se nos ha asegurado, que la información obtenida de nuestro hijo/a, sólo se nos dará a conocer a nosotros como padres; y servirá exclusivamente para el estudio antes mencionado.

Luego de analizar las condiciones de participación de nuestro/a hijo/a, hemos decidido incluirle/a en el estudio en forma libre y voluntaria, y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente. Pensamos que con nuestra participación contribuiremos para mejorar el conocimiento y calidad de vida de los niños/as.

Por consiguiente, yo _____
padre _____ y/o _____ yo
_____ madre
de _____ autorizo/amos la inclusión de
nuestro hijo/a en el estudio.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Firma del padre

CI _____

Firma de la madre

CI _____

Cuenca, _____ de 2009

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



ANEXO 7

INSTRUCTIVO DE LA ESCALA DE BRUNET LEZINE PARA MEDIR EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA

La escala del desarrollo psicomotor consta de tres partes:

1. La primera: una escala que se aplica de 1 a 30 meses, que consta de una hoja de nivel, una hoja de examen y una hoja de preguntas (que se hacen a la madre o persona encargada del niño y para su aplicación es necesario utilizar el material del B.L.
2. La segunda para realizar el examen del niño desde los 24 meses a los 5 años y comprende seis ítems por nivel de edad.
3. La tercera serie igualmente para niños desde los 24 meses a los 6 años comprende 4 ítems solamente para niveles de tres a cuatro, cinco y seis años. En esta serie hay menos pruebas verbales que en la anterior.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL TEST BRUNET – LEZINE A NIÑOS Y NIÑAS DESDE SU NACIMIENTO

PRIMERA PARTE: Hasta los 30 meses.

El orden en que se presentan los diversos tests es el mismo en el que debe desarrollarse el examen; pero este orden se podrá variar se es necesario, al aplicarlo. La escala consta de dos partes:

- Una experimental por medio de la cual el examinador aplica las pruebas al niño
- Una de observación del comportamiento del niño en la vida cotidiana y cuyos datos nos proporciona la madre a través de las preguntas que le formulamos.

Se utilizan las siguientes siglas para:

- P:** Control postural y motricidad
C: Coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos.
L: Lenguaje
S: Sociabilidad o relaciones sociales y personales.

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



Indicaciones para la aplicación:

1. Las preguntas generales agrupadas en una de las páginas de la ficha de nivel permiten tener una idea sobre el nivel general del niño antes del examen. Esta primera entrevista, que también permite establecer un buen contacto con la madre no se prolongara demasiado si el niño se impacienta, pues se puede completar a lo largo de la aplicación de la prueba.
2. Durante el examen propiamente dicho se anotan las respuestas en el protocolo y las observaciones sobre la conducta del niño: el espacio reservado en la última página del protocolo sirve para anotar la información suplementaria que se puede tener sobre la conducta del niño, esta información la suele proporcionar la madre espontáneamente (carácter del niño, dificultades pedagógicas de la madre régimen de vida, juegos, etc.)
3. Al final del examen se harán las preguntas destinadas a la madre, las cuales han sido agrupadas según tres categorías: P (postural), L (lenguaje) S (sociabilidad), en la hoja de preguntas. Se procurara que las preguntas sean lo más exactas posibles ya que estas respuestas van a ser tenidas en cuenta en la calificación de la prueba y luego en el cálculo del C.D = Cociente de desarrollo que en la infancia reemplazará al C.I. (Cociente intelectual).
4. Los resultados un tanto dispersos en el protocolo, se agrupan en la ficha de nivel para luego establecer el perfil y calcular el CD global y los CD parciales como se explicara más adelante.

Condiciones materiales

El experimentador dispondrá de una mesa delante de la cual la madre podrá sentarse cómodamente teniendo al niño sobre las rodillas. La superficie de esta mesa debe ser lisa y formar contraste de color con los objetos que se van a presentar. Se le cubrirá con un edredón ligeramente mullido para las pruebas en las que el niño debe estar tumbado.



Para las pruebas de manipulación, el examinador se colocará a la izquierda del niño. Los objetos se presentarán primero a una distancia de unos 50 cm del niño procurando atraer su atención y se los acercaran luego poco a poco hasta ponerlos al alcance de su mano.

De 1 a 6 meses se comenzará por las pruebas en las que el niño estará tumbado boca arriba y se continuará con las pruebas de control postural, reservando para el final las de coordinación óculo – motriz o manipulativa.

Después de los 6 meses, la prensión está sólidamente adquirida por lo que se comenzará el examen por las pruebas manipulativas, durante las cuales el niño está sentado sobre las rodillas de la madre y delante de la mesa y se terminara por las pruebas posturales.

No se aplicara de un modo rígido todas las series de prueba, sino que se tendrá en cuenta la edad y las características del niño. En cualquier edad se comenzara por aplicarle la serie de pruebas correspondientes a su nivel descendiendo, en caso de fracaso o edades inferiores y continuando con las edades superiores en caso contrario hasta que el niño fracase.

El test tiene un manual de instrucción detallado que indica como realizarlo.

Normas para la calificación: Para simplificar, se expresa en puntos, el valor en días a cada ítem. Un punto vale 3 días. Hasta los dos años, cada mes equivale a 10 puntos, por lo tanto se debe obtener 240 puntos 24 meses.

Como los niveles se distancian más y más a medida que la edad aumenta, los 10 ítems de nivel, valen sucesivamente 10, 20 y 30 puntos lo que equivale a 1, 2 y 3 meses de intervalo entre niveles sucesivos (1 punto = 3 días).

Dividiendo por 10 la suma total de putos así obtenida obtendremos la edad de desarrollo.



Ejemplo: 125 puntos, equivalen a 12 meses y 5 puntos X 3 = 15 días.

Tenemos pues:

1 punto (ó 3 días) por ítem de 1 a 10 meses.

2 puntos (ó 6 días) por ítem de 12 meses.

3 puntos (ó 9 días) por ítem de 15 a 24 meses

6 puntos por ítem de 30 meses.

Si observamos la misma progresión, debemos asignar 6 puntos ó 18 días a cada ítem de los 30 meses; pero se puede observar así que el valor de un ítem, aumenta considerablemente por el simple hecho de que el intervalo entre dos niveles, pasa bruscamente de 3 a 6 meses. Es frecuente en estas condiciones, obtener una dispersión de los resultados tan importantes que los aciertos obtenidos a los 24 meses (6 por ejemplo que vale 18 puntos) aporten menor puntuación dos en niveles superiores y menos numerosos por lo tanto (4 ítems obtenidos al nivel de 30 meses, equivalen a 24 puntos). Esto no esta de acuerdo con las distribuciones habituales en las que se obtiene una puntuación total decreciente al mismo tiempo que el número de aciertos disminuye. Y para salvar este inconveniente, proponemos utilizar primero los ítems correspondientes al mes 30, con el fin de llenar las lagunas correspondientes a los niveles inferiores antes de concederles su mayor valor. Así si el niño resuelve correctamente los ítems correspondientes a la edad de 30 meses, mientras que fracasa en ítems correspondientes a edades inferiores (24 meses por ejemplo), se concederá a los ítems de 30 meses, un valor de 3 puntos, hasta que se haya alcanzado un nivel de 2 años. A partir de esta edad, cada unos de los ítems restantes valdrá 6 puntos cada uno.

Perfil: Es preferible no utilizar un sistema de calificación riguroso más que para el cálculo del cociente global de desarrollo conformándose con hacer aparecer en un perfil la distribución de aciertos en cada sector de conducta. Sin embargo, en los casos de grandes discordancias, es necesario tomar indicaciones más precisas



desglosando el cociente global en cocientes parciales. En algunos estudios comparativos, puede ser también útil traducir el perfil en cifras.

Por estos motivos se propone una disposición de perfil en la que se aparece al mismo o tiempo la dispersión de los resultados y el nivel obtenido en cada categoría P, C, L, S.

Utilización de la flecha para obtener el perfil de desarrollo: Las subdivisiones, indican el número de ítems en cada nivel y para cada sector. Este número varía de una edad a otra y de un sector a otro. Estas diferencias de sensibilidad de las escala, no se refieren solamente a las impresiones de una batería de este tipo sino, más bien a las diferencias reales de rapidez de crecimiento de una edad a otra según el tipo de conducta considerando, pues mientras que las mayoría de las adquisiciones motrices, por ejemplo, tienen lugar a lo largo del primer año. Los progresos en el lenguaje se afianzan durante el segundo año.

De esto se deduce que los conocimientos parciales que se calcularán, tienen valores aproximados y no permiten establecer una comparación rigurosa. Deben de ser el nivel meramente indicativo y con una gran prudencia.

La tabla de resultados anotados en la ficha de nivel, permite apreciar rápidamente la dispersión y calcular el número de puntos por sector, un ítem vale 1, 2 ó 3 puntos según el nivel a que pertenece como ya hemos explicado anteriormente.

El cuadro que incluimos a continuación permite ver, por cada sector, la edad de desarrollo correspondiente al número de puntos.

El total de las sumas parciales, del número de puntos directamente expresables en edad de desarrollo. El perfil, puede ser utilizado en dos formas:

- Teniendo en cuenta solamente el éxito total por cada sector, es decir, sumando el número de puntos por ítems bien resueltos e indicando mediante un trazo el total correspondiente.



- Indicando, con mayor precisión los ítems acertados o fallados en su lugar correspondiente, por ejemplo, si el sujeto ha acertado los ítems P1, P3, P7 del primer mes se indicará rayando los intervalos 1, 2, 3 si además se ha acertado el P7 de 2 meses se tacha el intervalo 8 de 2 meses.

Este procedimiento nos permite ver mejor la dispersión de los resultados. En este ejemplo, la suma de los puntos no deja de ser en este sector.

VALORACIONES PARA LAS EDADES SUPERIORES A LOS 24 MESES

Cuando se ha alcanzado completamente el nivel de los 2 años, para el examen de las edades superiores, podemos escoger entre dos escalas: una “forma antigua” utilizado hasta 1965 y una “forma nueva que se viene utilizando a partir de 1969. Aquí se presenta las dos formas:

FORMA ANTIGUA: Esta escala consta de seis ítems por nivel. Para los niveles de 30 meses y 3 años, cada ítem vale un mes, mientras que los ítems de pos niveles 4 y 5 años equivalen cada uno a dos meses. Esta forma se utiliza si el niño ha superado todos los test de 30 meses.

PRUEBAS

24 MESES

P1 Da una patada a la pelota cuando se le ordena

C2 Construye una torre con seis cubos

C3 Intenta doblar el papel en dos

C4 Imita un trazo

C5 Coloca las tres piezas de madera en el tablero

L6 Nombra dos o señala 4 imágenes



30 MESES

- P1 Intenta sostenerse sobre un pie
- C2 Construye una torre con ocho cubos
- C3 Construye un puente con tres cubos, con modelo
- C4 Imita un trazo vertical y horizontal
- C5 Coloca las tres piezas después de girarle el tablero
- L6 Nombra 5 o señala 7 imágenes

3 AÑOS

- 1 Construye un puente con cinco cubos
- 2 Rompecabezas de dos piezas
- 3 Copia un círculo
- 4 Compara dos líneas
- 5 Conoce 3 preposiciones (encima, dentro, debajo)
- 6 Repite seis sílabas

4 AÑOS

- 1 Copia un cuadrado
- 2 Pliega el papel en diagonal
- 3 Describe el dibujo
- 4 Conoce 5 preposiciones (encima, dentro, debajo, delante)
- 5 Repite 3 cifras
- 6 Conoce 11 verbos en acciones

5 AÑOS

- 1 Construye una escalera con 10 cubos
- 2 Rompecabezas de 4 piezas
- 3 Copia la figura compleja
- 4 Distingue la mañana y la tarde
- 5 Repite 12 sílabas
- 6 Cuenta 4 cubos

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



Para las técnicas de 2 años y 30 meses, ver la escala del nacimiento a 30 meses.

FORMA NUEVA: La nueva escala comprende 4 ítems solamente para los niveles de 3, 4, 5 y 6 años. En esta serie hay menos pruebas verbales que en la “Forma antigua”

La finalidad principal de esta segunda forma es prolongada los (baby – test) elaborados para los dos primeros años en la vida del niño, intentando realizar una transición menos brusca entre el comportamiento sensorio-motor de la primera infancia y las facultades mentales que comienzan a manifestarse. Pueden ser útiles para apreciar el nivel de los niños que por cualquier razón hablan más tarde ya que los ítems del lenguaje que figura son independientes de las posibilidades de elaboración de frases por el niño.

La serie ha sido simplificada por la supresión de los ítems verbales, lo que nos permite de esta forma realizar el examen del niño más rápidamente.

En esta forma solo se alcanza una puntuación de 20 puntos o de 4 ítems por edad. Cada uno de los ítems de 30 meses y de 3 años tiene un valor de un mes y 15 días si se ha alcanzado el nivel de dos años. Cada uno de los 4 ítems de las edades posteriores (4, 5 y 6 años) les corresponde un valor de 3 meses.

Puede limitarse la aplicación de esta forma nueva a las tres pruebas no verbales, en cuyo caso, cada uno de los ítems tiene un valor de 4 meses después de los 3 años.

Además, en esta forma nueva, una prueba de 4 años, si se obtiene como complementaria de un fracaso a los 3 años, se puntuara como una prueba de 3 años, en la que un punto equivale a 1 mes y 15 días, y no se le considera un valor



más alto hasta que no aparezca como suplementaria del nivel de 3 años, en el cual un punto equivale a 3 meses.

ITEMS (forma nueva)

30 MESES

1. Construye un puente con 3 cubos
2. Imita un trazo vertical u horizontal
3. Coloca las 3 piezas después de girarle el tablero
4. Nombra 5 o señala 7 dibujos

3 AÑOS

1. Construye un puente con 5 cubos
2. Rompecabezas de dos piezas
3. Copia un círculo
4. Enumera objeto en el dibujo

4 AÑOS

1. Construye una barrera con 5 cubos
2. Rompecabezas de 4 piezas (la $\frac{1}{2}$)
3. Copia un cuadrado
4. Explica una acción del dibujo

5 AÑOS

1. Construye una escalera con 10 cubos con modelo
2. Rompecabezas de 4 piezas (completo)
3. Copia un triángulo
4. Cuenta 4 cubos



6 AÑOS

1. Construye una escalera con 10 cubos sin modelo
2. Copia un rombo
3. Maniquí (Grace Arthur)
4. Cuenta 13 cubos



ANOTACION Y PERFIL

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad Real:

MESES	P		C		L		S	
	Pts	items	Pts	items	Pts	items	Pts	Items
30'	71		116		51		62	
			110			45		
			104					
24'	65		98		39		50	
						36		
						33		
21'	53		80		30		47	
			77			27		
			74			24		
18'	47		71		21		41	
			68			18		
			65					
15'	41		59		15		35	
			56					
			53					
12'	35		44		12		29	
			42					
			40					
10'	31		34		10		25	
			33					
			32					
9'	29		29		9		23	
			28					
			27					
8'	26		25		8		21	
			24					
			23					
7'	23		21		7		19	
			20					
			19					
6'	20		18		6		16	
			17					
			16					
5'	17		14		5		14	
			13					
			12					
4'	14		11		4		11	
			10					
			9					
3'	11		7		3		9	
			6					
			5					
2'	8		4		2		6	
			3					
1	4		2		1		3	
			1					
NUMERO DE PUNTOS			ED		CD			
P								
C								
L								
S								

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.



TOTAL			
GENIALIDAD POTENCIAL			180 ó más
MUY SOBRESALIENTE – MUY SUPERIOR			140 – 179
SOBRESALIENTE – SUPERIOR			120 – 139
MUY BUENA – NORMAL SUPERIOR – MEDIANO SUPERIOR			110 – 119
BUENO – NORMAL – MEDIANO			90 – 109
NORMAL INFERIOR			85 – 89
FRONTERIZO			70 – 84 (lento)
LEVE			55 – 69 (susept)
MODERADO			40 – 54
GRAVE			25 – 39

INTERPRETACIÓN DEL LA VALORACIÓN DE BRUNET LEZINE

CUOCIENTE DE DESARROLLO.

CD Alto	110 o más
CD Normal	90 a 109
CD Leve/Límite	80 a 89
CD Moderado	70 a 79
CD Grave	50 a 69
CD Severo	25 a 49
CD Profundo	Menos de 25



ANEXO 8

MANUAL DE USO PARA EL EMPLEO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EDADES DE CERO A TRES AÑOS (EVE)

DIRIGIDO A PROFESIONALES VALORADORES

ASPECTOS GENERALES DE LA EVE

Este Manual trata de establecer criterios homogéneos para realizar la observación directa por los profesionales, considerando, con carácter general, los siguientes aspectos:

La valoración se realiza en el entorno habitual de la persona.

El diseño de la Escala permite que sea aplicada en los entornos en los que se desarrolla, de manera habitual, la vida de la persona. La Escala se puede aplicar en el domicilio familiar, en el Hospital si se encuentra ingresado por una larga hospitalización, en el Centro de Salud, en la Escuela Infantil, o bien en la



unidad de Atención Temprana a la que puede acudir de manera habitual para recibir tratamiento.

El/la evaluador/a debe observar, por sí mismo, el nivel de adquisiciones funciones de la persona, y/o la necesidad de utilizar medidas de apoyo.

- Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos. Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el/la niño/a está acostumbrado.

Se procurará, que no tenga hambre, ni sueño, ni precise un cambio de pañales y corresponda a los momentos del día en que el/la niño/a esté más relajado, despierto, y en mejores condiciones. Igualmente se procurará que el momento de realizar la valoración distorsione, en la menor medida posible la dinámica familiar. La presencia de los padres o cuidadores habituales durante la valoración, en general, propiciará un ambiente favorable a la colaboración del niño/a.

El/la valorador/a procurará establecer una buena relación inicial con el/la niño/a a fin de obtener óptimos resultados. Es conveniente intentar dar a toda la valoración un aspecto lúdico. El profesional deberá observar con atención la conducta espontánea del niño/a. A menudo en esta misma observación podrá recoger datos para completar gran parte de la Escala. Si precisa observar algún hito que no se manifiesta espontáneamente en el curso de la observación, podrá indicar a la persona lo que debe hacer, y solo si pese a todo no fuera posible su observación, deberá provocarlo el mismo.

El objetivo de la EVE es valorar las actividades que el/la niño/a puede hacer, independientemente de cual sea la ayuda que habitualmente recibe. Por ejemplo el hito 12 de actividad adaptativa valora que “bebe solo”. El valorador observará si puede hacerlo por sí mismo, aunque habitualmente el/la cuidador/a le de de beber, sosteniéndole el vaso.



En la valoración de la situación de dependencia en personas desde su nacimiento hasta los tres años de edad, se consideran determinadas variables de desarrollo agrupadas en funciones y actividades en el área motora y/o en el área adaptativa, así como la necesidad de medidas de apoyo, derivadas de una condición de salud, por bajo peso en el momento del nacimiento, por precisar medidas de soporte vital para mantener determinadas funciones fisiológicas básicas y/o requerir medidas terapéuticas que inciden sobre la capacidad de movilidad de la persona.

VARIABLES DE DESARROLLO, Actividad motriz: Funciones y actividades de movilidad mediante 19 hitos evolutivos, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.
--

VARIABLES DE DESARROLLO, Actividad adaptativa: Funciones y actividades de adaptación al medio, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD. Peso al nacimiento: peso recogido en Informe clínico del parto, Informe de alta hospitalaria, o Historia clínica, que se valora desde el nacimiento hasta los 6 meses.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD. Medidas de soporte para funciones vitales: necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico como apoyo a funciones fisiológicas básicas de alimentación, respiración, función renal y/o urinaria, control del dolor e inmunidad. Se valoran desde el nacimiento hasta los 36 meses.
--

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD Medidas para la movilidad: necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento .Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis, casco protector. Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, vendaje corporal y de procesador del implante coclear. Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses.

VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE DESARROLLO

En este apartado se recoge la adquisición, o no, de determinados hitos evolutivos significativos, para hacer posible la determinación de la severidad en función del retraso de una adquisición. Los hitos se valoran a partir de la edad

que se indica en cada uno de ellos, y en la que han sido adquiridos por personas de la misma edad, sin condición de salud.

Las variables de desarrollo se agrupan en dos escalas; actividad motriz y actividad adaptativa.

ACTIVIDAD MOTRIZ

Se valoran funciones y actividades de movilidad.

Se evalúan 19 hitos, entre el nacimiento y los treinta y seis meses.

Se debe comenzar la valoración registrando en la EVE la adquisición o no adquisición del hito correspondiente a la edad en meses de la persona (o el inmediatamente anterior a éste si no existiera hito para ese mes). Seguidamente se procederá a la valoración de todos los hitos correspondientes a las edades inferiores.

1. Ajusta el tono muscular

TABLA DE ACTIVIDADES MOTRIZ					
HITOS		MESES	PUNTUACION		
			1	2	3
1.	Ajusta el tono muscular	0-1		X	
		2			X
2.	Mantiene una postura simétrica	0-1		X	
		2			X
3.	Tiene actividad espontanea	0-1	X		
		2-3		X	
		4			X
4.	Sujeta la cabeza	4	X		
		5		X	
		6			X
5.	Se siente con apoyo gira sobre si mismo	5	X		
		6		X	
		7			X
6.	Gira sobre si mismo	7-8	X		
		9-10		X	
		11			X
7.	Se mantiene sentado sin apoyo	9-10	X		
		11-12		X	
		13			X
8.	Sentado sin apoyo se quita un pañuelo de la cara	10-11	X		
		12-13		X	
		14			X
9.	Pasa de tumbado a sentado	11-12	X		
		13-14		X	
		15			X
10.	Se pone de pie con apoyo	12	X		
		13-14		X	



		15			X
11.	Da pasos con apoyo	13-14	X		
		15-16		X	
		17			X
12.	Se mantiene de pie sin apoyo	15-16	X		
		17-18		X	
		19			X
13.	Anda solo	18-19	X		
		20-21		X	
		22			X
14.	Sube escaleras sin ayuda	20-21	X		
		20-23		X	
		24			X
15.	Empuja una pelota con los pies	24-25	X		
		26-27		X	
		28			X
16.	Baja escaleras sin ayuda	27-28	X		
		29-30		X	
		31			X
17.	Traslada recipientes con contenido	30-31	X		
		32-33		X	
		34-35			X
18.	Anda sorteando obstáculos	32-33	X		
		34-35		X	
19.	Se sostiene sobre un pie sin apoyo	33-34-35	X		



TABLA DE ACTIVIDADES ADAPTATIVAS					
	HITOS	MESES	PUNTUACION		
			1	2	3
1.	Succiona	0-1-2			x
2.	Fija la mirada	2	x		
		3		x	
		4			x
3.	Sigue la trayectoria de un objeto	4	x		
		5		x	
		6			x
4.	Sostiene un sonajero	4	x		
		5		x	
		6			x
5.	Tiende la mano hacia un objeto	6	x		
		7		x	
		8			x
6.	Sostiene un objeto en cada mano	8	X		
		9		x	
		10			x
7.	Pasa un objeto de una mano a otra	9	X		
		10		x	
		11			x
8.	Recoge un objeto con oposición del pulgar	10	X		
		11		X	
		12			x
9.	Tira de un cordón para alcanzar un objeto	11-12	x		
		13-14		x	
		15			x
10.	Manipula el contenido de un recipiente	14-15	x		
		16-17		x	
		18			x
11.	Abre cajones	16-17	x		
		18-19		x	
		20			x
12.	Bebe solo	18-19	x		
		20-21		x	
		22			x
13.	Usa cubiertos para llevar comida a la boca	22-23	x		
		24-25		x	
		26			x
14.	Se quita una prenda de vestir	24-25	x		
		26-27		x	
		28			x
15.	Reconoce la función de los espacios de la casa	26-28	x		
		29-31		x	
		32			x
16.	Imita trazos con el lápiz	27-29	x		
		30-32		x	
		33			x
17.	Abre una puerta	30-31	x		
		32-33		x	
		34-35			x
18.	Se pone una prenda de vestir	33-34	x		
		35		x	
19.	Abre un grifo	33-34-35	x		

TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO. GRADO EN DESARROLLO

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los hitos de Actividad Motriz y en los hitos de Actividad Adaptativa, como recoge la Tabla de Variables de Desarrollo, se obtiene una puntuación de Grado en Desarrollo que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad:

PUNTUACION		GRADO EN DESARROLLO
ACTIVIDAD MOTRIZ	ACTIVIDAD ADAPTATIVA	
3	3	3
3	2	2
3	1	2
3	0	2
2	3	2
2	2	2
2	1	2
1	3	2
0	3	2
2	0	1
1	2	1
1	1	1
0	2	1
1	0	0

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO EN SALUD

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3), según los intervalos fijados, de menor a mayor peso en gramos. Se valora desde el nacimiento, hasta los 6 meses.

Menor de 1100 g	3
Entre 1100 y 1500 g	2
Mayor de 1500 g y menor de 2200 g	1

MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES.

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3) según la medida de soporte para funciones vitales que se precisa.



Cuando una persona precisa solo una medida de las contenidas en este apartado, la puntuación obtenida asigna la valoración como recoge la tabla de medidas de soporte de funciones vitales.

TABLAS DE MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

ALIMENTACION	Puntuación
Sonda naso gástrica exclusiva	2
Parenteral exclusiva	3
Alimentación exclusiva por estoma	2
Sonda naso gástrica complementaria de la vía oral	1
Parenteral complementaria de la vía oral	2
Estoma eferente	1

RESPIRACION	
Respirador mecánico	3
Aspiración continuada	2
Oxigenoterapia permanente	2
Monitor de apneas	1

FUNCION RENAL Y /O URINARIA	
Diálisis	2
Sondaje vesical permanente	1
Estoma urinario	1

FUNCION ANTIALGICA	
Bomba de perfusión analgésica continua	2
Catéter epidural permanente	2

FUNCION INMUNOLOGICA	
Aislamiento	2
Semiaslamiento / mascarilla permanente	1

Cuando una persona precisa más de una medida de las contenidas en este apartado, debe realizarse una combinación de las puntuaciones, que asigna la valoración por necesidad de Medidas de Soporte de Funciones Vitales, conforme a las siguientes reglas:

- Una puntuación de 3 en cualquiera de los ítems, asigna un 3.
- Una puntuación de 2, en al menos 3 ítems, asigna un 3.
- Una puntuación de 2 en cualquiera de los ítems, asigna un 2.
- Una puntuación de 1, en al menos 4 ítems, asigna un 2.
- Una puntuación de 1 en al menos 2 de los ítems, asigna un 1.
- Una puntuación de 1 en cualquiera de los ítems, asigna un 0.

La puntuación que resulta de esta combinación asigna la valoración por necesidad de Medidas de Soporte para Funciones Vitales.

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.

MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD

Se valora la necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento. Considera nueve ítems. Se aplica desde los seis hasta los 36 meses.

Se debe observar y registrar en la EVE la necesidad de utilizar productos y/o tecnologías de apoyo que resulten medidas facilitadoras o restrictivas de la movilidad, y del desenvolvimiento personal, por:

- La necesidad de recurrir a una medida terapéutica para facilitar la movilidad.
- La restricción que produce en la posibilidad de movilización, la prescripción de una medida terapéutica.

Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis y casco protector.

Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, cutánea y oftálmica, vendaje corporal y de procesador del implante coclear.

DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: movilidad

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 2) según la medida de movilidad que se precisa. Cuando una persona precisa solo una medida de las contenidas en este apartado, la puntuación obtenida asigna la valoración por medidas de movilidad.

TABLA DE MOVILIDAD

Medidas	Puntuación
Fijación vertebral externa	1
Fijación pelvipédica	2
Fijación de la cintura pélvica	1
Tracción esquelética continua	2
Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	1
Casco protector	1
Vendaje corporal	1
Protección lumínica permanente	1



Cuando una persona precisa mas de una medida de las contenidas en este apartado, debe realizarse una combinación de las puntuaciones , que asigna la valoración por necesidad de medidas para la movilidad , conforme a las siguientes reglas:

- La suma de puntuaciones igual o mayor a 5 , asigna un 3
- La suma de puntuaciones igual o mayor de 2, asigna un 2

TABLAS DE NECESIDADES DE APOYOS EN SALUD. GRADO EN SALUD.

a) Personas desde el nacimiento hasta los seis meses.

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los ítems de Peso al Nacimiento y Medidas de Soporte para Funciones Vitales se obtiene una puntuación de Grado en Salud que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad, como recoge la Tabla de Necesidades de Apoyo en Salud:

TABLA DE NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 0-6 MESES

PUNTUACION		GRADO EN DESARROLLO
PESO	FUNCIONES VITALES	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
0	1	1
1	1	1
1	0	0

b) Personas desde 6 hasta 36 meses.

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los ítems de Medidas de Soporte para Funciones Vitales y Medidas para la Movilidad se obtiene una puntuación de Grado en Salud que se expresa por medio de una escala de 1 a

3, de menor a mayor severidad, como recoge la Tabla de Necesidades de Apoyo en Salud:

TABLA DE NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 6-36 MESES

SUBGRADO		GRADO EN SALUD
FUNCIONES VITALES	MOVILIDAD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	3	1
1	2	1
1	1	1
1	0	1
0	2	1

TABLA DE DEPENDENCIA, GRADO DE DEPENDENCIA

El grado de dependencia se obtiene como resultado de la combinación de las puntuaciones del grado de desarrollo y grado de salud. se expresa por medio de una escala de 1 a 3 de menor a mayor severidad, como recoge ENla tabla de dependencia:

TABLA DE DEPENDENCIA

GRADO DE DESARROLLO	GRADO DE SALUD	GRADO DE DEPENDENCIA
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
1	1	1
1	0	1
0	1	1



La puntuación de grado de dependencia asignada según la tabla de dependencia tiene una correlación directa con los grados de dependencia recogidos en el artículo 26 de la ley 39/32006 de promoción de la autonomía personal y atención a las persona en la situación de dependencia:

TABLA DE GRADO Y SITUACIÓN DEPENDENCIA

GRADO DE DEPENDENCIA EN LA EVE	SITUACION DE DEPENDENCIA 39/32006
3	Gran Dependencia
2	Dependencia Severa
1	Dependencia Moderada

ANEXO 9

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EDADES SUPERIORES A LOS TRES AÑOS. BAREMO (BVD)

Los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve. Este instrumento de valoración de la situación de dependencia incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia.

De acuerdo con el artículo 2.2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

1. La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en el BVD. En el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordo-ceguera y el daño cerebral, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de persona que conozca debidamente la situación del solicitante.



2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (Art. 27.5 de la Ley). Además, éstas, se deberán poner en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.
3. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: Comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. El resto de actividades y tareas del entorno habitual se corresponden con el domicilio habitual.
4. Se valora la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea aunque la persona valorada lo esté recibiendo actualmente y con independencia de éste.
5. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (Art. 27.4 de la Ley), así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.
6. Para valorar la capacidad de la persona valorada para realizar por sí misma y de forma adecuada las tareas que se describen en el BVD debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias permanentes (motrices, mentales, intelectuales, sensoriales o de otro tipo). En el caso de las patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en la situación basal del paciente, teniendo en cuenta la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.
7. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva, que son capaces de realizar las tareas de la actividad de un modo aislado, pero que requieren de apoyo y supervisión general para la realización, de un modo



comprendido, de la actividad en su conjunto se valorarán con falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente.

8. El valorador identificará el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en este formulario de acuerdo con los criterios de aplicación mencionados. Así mismo, señalará también el grado de apoyo de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo las tareas y actividades.

9. La valoración de actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva (ver la tabla más adelante).

Lea detenidamente las descripciones y claves que aparecen a continuación.

Niveles de desempeño de tareas:

SÍ, la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona.

NO, la persona valorada necesita el apoyo de otra persona.

NO APLICABLE.

Problemas en el desempeño de tareas:

F. No ejecuta físicamente la tarea.

C (solo aplicable en DI/EM). No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.

I (solo aplicable en DI/EM). No muestra iniciativa para la realización de la tarea.

Grados de apoyo de otra persona en las tareas:

SP. Supervisión/ Preparación. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.

FP. Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.

FM. Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.

ES. Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

En la valoración de la dependencia se consideran las siguientes actividades de auto-cuidado, movilidad y tareas domésticas que se conceptualizan, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (OMS 2001), tal como se detallan a continuación; así como la actividad de tomar decisiones en el caso de personas con

discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

<p>COMER Y BEBER: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, beber a través de una ayuda instrumental.</p>
<p>REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN: Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, y limpiarse después de orinar/defecar.</p>
<p>LAVARSE: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara, y secarse con una toalla.</p>
<p>OTROS CUIDADOS CORPORALES: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.</p>
<p>VESTIRSE: Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse Camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, (...), zapatos, botas, sandalias y zapatillas.</p>
<p>MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal como buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos</p>
<p>TRANSFERENCIAS CORPORALES: Agrupa las actividades siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentarse: Adoptar y abandonar la posición de sentado, y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse. • Tumbarse: Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse. • Ponerse de pie: Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse. • Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado: Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama. • Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado: Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.
<p>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.</p>
<p>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR: Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados</p>
<p>TAREAS DOMÉSTICAS: Agrupa las actividades siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar comidas: Idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo. - Hacer la compra: Conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes. - Limpiar y cuidar de la vivienda: Incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina. - Lavar y cuidar la ropa: Lavar la ropa (a mano o a máquina), secarla (al aire o a máquina), plancharla, y guardarla en el armario o similar.
<p>TOMAR DECISIONES. Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Agrupa la toma de decisiones relativas a las actividades de auto-cuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público.</p>



TABLA DE APLICABILIDAD DE TAREAS Y ACTIVIDADES DEL BVD

A continuación se presenta en forma de tabla los criterios de aplicabilidad de las tareas y actividades del BVD en función del grupo de edad de la persona valorada, así como en función de la presencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva. Las tareas o actividades que no son aplicables en el caso de la persona valorada se señalan en la tabla siguiente □ NA.

El sistema de ponderación de tareas y actividades del baremo se ajusta en función de las tareas y actividades que son aplicables en el caso de la persona valorada, de acuerdo con las tablas de pesos que aparecen en el anexo de este documento.

APLICABLES EN TODAS LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA	3 a 6 años
COMER Y BEBER	
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	Sí
Sujetar el recipiente de bebida	Sí
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	Sí
Sorber las bebidas	Sí
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN	
Acudir a un lugar adecuado	Sí
Manipular la ropa	Sí
Adoptar y abandonar la postura adecuada	Sí
Limpiarse	NA
Continencia micción	Sí
Continencia defecación	Sí
LAVARSE	
Lavarse las manos	Sí
Lavarse la cara	Sí
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
OTROS CUIDADOS CORPORALES	
Peinarse Cortarse las uñas	NA
Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA
Aplicables en todas las situaciones de dependencia	3 a 6 Años
VESTIRSE	
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
TRANSFERENCIAS CORPORALES	
Sentarse	Sí
Tumbarse	Sí
Ponerse de pie	Sí
Transferir mientras sentado	Sí
Transferir mientras acostado	Sí
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	
Desplazamientos vinculados al auto-cuidado	Sí
Desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	Sí
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	Sí
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	Sí
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	
Acceso al exterior	NA
Desplazamiento alrededor del edificio	NA
Desplazamiento cercano	NA
Desplazamiento	NA
Utilización de medios transporte	NA
REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS	
Preparar comidas	NA
Hacer la compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA



TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Abrir botellas y latas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Cortar o partir la comida en trozos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Sujetar el recipiente de bebida	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Sorber las bebidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Acudir a un lugar adecuado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Manipular la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Adoptar o abandonar la postura adecuada	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Limpiarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Continencia micción	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Continencia defecación	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Lavarse las manos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la cara	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Peinarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Cortarse la uñas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse el pelo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES



TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Calzarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Abrocharse botones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos dentro del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos fuera del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Pedir ayuda ante una urgencia	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Sentarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Tumbarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras sentado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras acostado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Acceder al exterior del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Desplazarse alrededor del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamiento cercano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Desplazamiento lejano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Utilización de medios de transporte	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES



TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL			
				F	C	I				
Preparar comidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Hacer la compra	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Limpiar y cuidar la vivienda	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES
Lavar y cuidar la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> ES

Sorber las bebidas	0,16	0,10	0,10	0,10
Contiene defecación	0,18	0,15	0,15	0,15
Lavarse los dientes	NA	0,34	0,30	0,30
Realizar desplazamientos cercanos	NA	0,16	0,10	0,10
Beber las bebidas	0,16	0,10	0,10	0,10
Contiene defecación	0,18	0,15	0,15	0,15
Lavarse los dientes	NA	0,34	0,30	0,30
Realizar desplazamientos cercanos	NA	0,16	0,10	0,10
Actividades de Auto cuidado	0,42	0,38	0,34	0,30
Gestión del dinero	NA	0,12	0,11	0,10

RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VALORACION

ACTIVIDADES	TAREAS	DESEMPEÑO	PROBLEMAS EN DESEMPEÑO			GRADO DE APOYO	PUNTOS
COMER Y BEBER	Emplear nutrición y/o hidratación artificial		F	C	I		
	Abrir botellas y latas		F	C	I		
	Cortar o partir la carne en trozos		F	C	I		
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca		F	C	I		
	Sujetar el recipiente de bebida		F	C	I		
	Acercarse el recipiente de bebida a la boca		F	C	I		
	Sorber las bebidas		F	C	I		
REGULACION DE LA MICCION/ DEFECACION	Acudir a un lugar adecuado		F	C	I		
	Manipular la ropa		F	C	I		
	Adoptar y abandonar la postura adecuada		F	C	I		
	Limpiarse		F	C	I		
	Continencia micción		F	C	I		
LAVARSE	Lavarse las manos		F	C	I		
	Lavarse la cara		F	C	I		
	Lavarse la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Lavarse la parte superior del cuerpo		F	C	I		
OTROS CUIDADOS CORPORALES	Peinarse		F	C	I		
	Cortarse las uñas		F	C	I		
	Lavarse el pelo		F	C	I		
	Lavarse los dientes		F	C	I		
VESTIRSE	Calzarse		F	C	I		
	Abrocharse botones		F	C	I		

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.

	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	I		
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas		F	C	I		
	Evitar riesgos dentro del domicilio		F	C	I		
	Evitar riesgos fuera del domicilio		F	C	I		
	Pedir ayuda ante una urgencia		F	C	I		
TRANSFERENCIAS CORPORALES	Sentarse		F	C	I		
	Tumbarse		F	C	I		
	Ponerse de pie		F	C	I		
	Transferir mientras entado		F	C	I		
	Transferir mientras acostado		F	C	I		
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones		F	C	I		
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual		F	C	I		
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	Acceder al exterior del edificio		F	C	I		
	Desplazarse alrededor del edificio		F	C	I		
	Realizar desplazamientos cercanos		F	C	I		
	Realizar desplazamientos lejanos		F	C	I		
	Utilizar medios de transporte		F	C	I		
TAREAS DOMESTICAS	Preparar comidas		F	C	I		
	Hacer la compra		F	C	I		
	Limpiar y cuidar la vivienda		F	C	I		
	Lavar y cuidar la ropa		F	C	I		
TOMAR DECISIONES	Actividades de autocuidado		F	C	I		
	Actividades de movilidad		F	C	I		
	Tareas domesticas		F	C	I		
	Relaciones interpersonales		F	C	I		
	Gestión del dinero		F	C	I		
	Uso de servicios a disposición del público		F	C	I		
PUNTUACION TOTAL			GRADO				NIVEL

DETERMINACION DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA

La determinación del grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación del BDV de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS
GRADO I	25 – 49	Nivel 1	25 – 39
		Nivel 2	40 – 49
GRADO II	50 – 74	Nivel 3	50 – 64
		Nivel 4	65 – 74
GRADO III	75 - 100	Nivel 5	75 – 89
		Nivel 6	90 –100



La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas (ver anexo A) en que la persona valorada no tiene desempeño ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea (ver anexo C) y el peso de la actividad correspondiente. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva se empleara además una tabla específica de pesos de las tareas (ver anexo B), seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

Si la persona valorada emplea nutrición/hidratación artificial y requiere el apoyo de otra persona se sumara a la puntuación total el equivalente al 25% del peso correspondiente de la actividad de comer y beber (de acuerdo con anexos A y B). En este caso, la puntuación total obtenida en comer y beber, no podrá superar el peso total correspondiente a esta actividad.

A efectos de la valoración de la discapacidad muy grave, que supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, establecida en el anexo 1.A. Capítulo 1. Normas Generales del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, (clase V), se entenderá demostrada siempre que en el Baremo de Valoración de la Dependencia (B.V.D.) se alcance el grado I, Dependencia Moderada (puntuación igual o superior a 25 puntos).

TABLA GENERAL DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38
Sujetar el recipiente de bebida	0,23
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23
Sorber las bebidas	0,16
COMER Y BEBER	29,1
Acudir a un lugar adecuado	0,25
Manipular la ropa	0,19
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25
Limpiarse	NA
Continencia micción	0,13
Continencia defecación	0,18
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN	24,2
Lavarse las manos	0,50
Lavarse la cara	0,50
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
LAVARSE	14,5
Peinarse	NA
Cortarse las uñas	NA
Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
VESTIRSE	NA
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro Del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	12,0
Realizar desplazamientos vinculados al auto-cuidado	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	20,2
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA
Realizar desplazamientos cercanos	NA
Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA
Preparar comidas	NA
Hacer la compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
TAREAS DOMÉSTICAS	NA
Actividades de autocuidado	NA
Actividades de movilidad	NA
Tareas domésticas	NA
Relaciones interpersonales	NA
Gestión del dinero	NA
Uso de servicios a disposición del público	NA
TOMAR DECISIONES	NA

AUTORAS:

Lorena Alexandra Albarracín Matute, Elizabeth Viviana Gordillo Arévalo.

TABLA ESPECÍFICA DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38
Sujetar el recipiente de bebida	0,23
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23
Sorber las bebidas	0,16
COMER Y BEBER	16,3
Acudir a un lugar adecuado	0,25
Manipular la ropa	0,19
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25
Limpiarse	NA
Continencia micción	0,13
Continencia defecación	0,18
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN	12,8
Lavarse las manos	0,50
Lavarse la cara	0,50
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
LAVARSE	14,7
Peinarse	NA
Cortarse las uñas	NA
Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
VESTIRSE	NA
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	3,70
Realizar desplazamientos vinculados al auto-cuidado	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	22,2
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA
Realizar desplazamientos cercanos	NA
Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA
Preparar comidas	NA
Hacer la compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
TAREAS DOMÉSTICAS	NA
Actividades de autocuidado	0,42
Actividades de movilidad	0,29
Tareas domésticas	NA
Relaciones interpersonales	0,29
Gestión del dinero	NA
Uso de servicios a disposición del público	NA
TOMAR DECISIONES	28,3



TABLA DE COEFICIENTES DE GRADOS DE APOYO

GRADOS DE APOYO	COEFICIENTE
Supervisión/preparación	0,90
Asistencia física parcial	0,90
Asistencia física máxima	0,95
Asistencia especial	1,00

