

UNIVERSIDAD DE CUENCA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
AREA 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 9
CENTROS PRIVADOS 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:

María José Arellano Zambrano
Lourdes Margarita Ayala Tenesaca

DIRECTORA:

Dra. Nancy Auquilla Díaz.

ASESOR:

Mstr. Miriam Huiracocha Tutiven.

**CUENCA-ECUADOR
Marzo 2010**

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



RESUMEN

En esta investigación se determinó la prevalencia de los retrasos del desarrollo con y sin discapacidad en niños menores de 5 años que asisten a los centros privados regulares del área central del Cantón Cuenca, de Enero a Junio del 2009 (Abejitas Laboriosas, CDI Estrellitas Rafael Campoverde Galán, Centro Educativo Pulgarcito, Ensueños, CEBCI, Integral Crayola y Principito), para lo cual se empleo 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 5,45% de una muestra de 201 niños y niñas de 0 a 5 años de edad (universo de 361), presentaron retraso del desarrollo psicomotor 3,48% sin discapacidad y 1,99% con discapacidad. En los niños y niñas con retraso el 9,09% se benefició de la atención temprana. En la relación con los siguientes factores: desnutrición, perímetro cefálico anormal (macrocefalia y microcefalia), tipo de familia (monoparental, nuclear, extendida), migración de los padres y tipo de cuidador. 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, Preescolares, Centro de Desarrollo Infantil, Jardines Infantiles, Sector Privado, Zona Urbana, Cuenca- Ecuador.



ABSTRACT

This research determined the prevalence of developmental delay with and without disabilities in children under 5 years who attend private schools regular central area of the Canton Cuenca, from January to June 2009 (Bees Laboriosas, CDI Estrellitas, Rafael Campoverde Galan, Education Center Tom Thumb, Dreams, CEBCI, Integral Crayola and Prince), for which the test Brunet LEZIN employment and disability EVE guides for children 3 years and BVD for ages 3-5 years.

This study found that 5.45% of a sample of 201 children from 0-5 years old (the universe of 361) showed delayed psychomotor development without disabilities 3.48% and 1.99% with disabilities. In children with delayed 9.09% benefited from early intervention, 18.18% and 9.09% were detected were derived and received early attention. In relation to the following factors: malnutrition, abnormal head circumference (macrocephaly and microcephaly), family type (single parent, nuclear, extended), migration of parents and type of caregiver. 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

Todos estos contenidos y criterios de esta tesis es responsabilidad exclusiva de las autoras:

María José Arellano Zambrano. -----

Lourdes Margarita Ayala Tenesaca. -----



AGRADECIMIENTO

A nuestras familias, por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de nuestros estudios.

A nuestra Directora: Dra. Nancy Auquilla y Asesora: Mster: Miriam Huiracocha, quienes nos supieron brindar su valiosas y desinteresadas orientaciones y nos supieron guiar en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra forma nos apoyaron en la realización de este trabajo.



DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño especialmente, para mis padres Miguel y Rosa, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Para mi hija, Emilia. Su nacimiento ha coincidido con el final de mi carrera. Ella es lo mejor que nunca me ha pasado, y ha venido a este mundo para darme el último empujón para terminar este trabajo. Ella es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

Y para David, que es parte de mi vida.

María José Arellano



DEDICATORIA

Dedico la presente tesis principalmente a mi Dios que me acompañó y me ha dado toda la fuerza necesaria para seguir mi camino.

Y a los seres que más amo en este mundo: a mis padres José y Mariana, y mis hermanos, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida me depare un futuro mejor.

Lourdes Margarita Ayala Tenesaca



INDICE DE CONTENIDOS

Título	1
Resumen	2
Abstrac	3
Responsabilidad	4
Agradecimiento	5
Dedicatorias	6
I. Introducción	10
II. Planteamiento del problema	13
III. Justificación	16
IV. Fundamento Teórico	17
V. Hipótesis y Objetivos	40
5.1 Hipótesis	40
5.2 Objetivos	40
5.2.1 Objetivo General	40
5.2.2 Objetivos Específicos	40
VI. Diseño y Metodología	41
6.1 Tipo de estudio y diseño general	41
6.1.1 Tipo de Estudio	41
6.1.2 Universo de Estudio, selección y tamaño de la muestra unidad de análisis y observación.	41
6.2 Definición Operacional de las Variables	42
6.3 Identificación de las Variables	45
6.4 Selección de Sujetos	48
6.4.1 Criterios de Inclusión	48
6.4.2 Criterios de Exclusión	48
6.5 Procedimientos para la recolección de Información, Instrumentos a utilizar, Métodos para el control y calidad de datos.	49
6.6 Aspectos Éticos	51
VII. Resultados	53
Discusión	67
Conclusiones	72



Recomendaciones	73
VII. Referencias Bibliográficas	74
IX. Anexos	79



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 presentación del tipo de desarrollo (retraso, o no retraso) puede ser diferente en los niños que acuden a los centros privados regulares, porque a estos espacios van aquellos que poseen mayores posibilidades económicas, y pueden compensar sus necesidades en el cuidado de los niños.

En Riobamba, se realizó un estudio entre guarderías privadas y públicas encontrando distintas realidades como por ejemplo: Madres que no tienen la oportunidad de llevar a sus hijos a sus lugares de trabajo, y que se ven en la obligación de depositar a sus hijos en manos y cuidado de terceras personas.

Cuando los recursos económicos alcanzan, contratan una niñera o empleada doméstica; sino, dejan a sus niños al cuidado de abuelos, tíos, hermanos mayores; e inclusive solos y encerrados.

Por lo cual, con estos antecedentes se crearon los Centros de Desarrollo Infantil o CDI, instituciones que cuentan con el personal profesional para la atención de niños y niñas de 0 a 5 años; mismas que funcionan en una infraestructura que debe ser diseñada específicamente para el cuidado y protección de los infantes, equipadas con material didáctico, y mobiliario de acuerdo a las edades de sus usuarios.

También se han motivado a la creación de Centros Infantiles privados; mismos que cuentan con el permiso y supervisión de las autoridades competentes.

Al igual que los CDI públicos, estos prestan atención a niños y niñas de 0 a 5 años; la diferencia es que por ser inversión privada, y por tener un costo de matrícula y de pensión mensual, se esmeran por ofrecer un producto de mejor calidad.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



Cuentan con una infraestructura adecuada para atender a los niños y niñas, en un ambiente familiar y acogedor. De igual manera ofrecen los servicios de alimentación, estimulación temprana, transporte y más servicios adicionales. (9)



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 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 (14).

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 (15), sin embargo se piensa 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.

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.



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.

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



III. JUSTIFICACIÓN

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.

Considerando la realidad de nuestro medio, donde no se pudo encontrar un estudio de prevalencia de los Trastornos del Desarrollo con y sin Discapacidad y factores Asociados en niños y niñas de 0 – 5 años, se encontró la necesidad de realizar esta investigación, con finalidad de mejorar la atención a nuestros niños y niñas menores de 5 años.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1 Crecimiento y desarrollo

El crecimiento es el aumento del tamaño del cuerpo, producto de una multiplicación celular activa y de la formación de nuevos tejidos. Desarrollo es la adquisición de funciones por parte de los sistemas en los que se agrupan los diferentes tejidos del organismo. (16)

El crecimiento es un indicador de salud individual y colectiva. La evaluación periódica del crecimiento refleja la salud del niño y también expresa la salud de la población cuando esta evaluación se realiza en una muestra de la población cada cierto tiempo. Un niño que crece bien puede ser considerado como sano.

El crecimiento se determina a través de medición de dimensiones antropométricas de las cuales el peso, la talla y el perímetro cefálico son las más empleadas. El peso corporal en relación a la edad cronológica es la medición utilizada en los programas de atención primaria para observar el crecimiento y el estado de salud en los niños. Por su parte, el desarrollo se evalúa mediante entrevista a la madre, examen físico o la aplicación de pruebas especiales según el aparato o sistema en particular.

Existen básicamente tres grupos de factores determinantes del desarrollo que resultan muy útiles para comprender tanto el tipo de influencias que se ejercen sobre el niño, como su diversidad, multiplicidad y pluralidad de formas. Estos factores o influencias según Paul Baltes son: (17)

Influencias normativas según la edad: Influencias sobre el desarrollo que son similares para todas las personas en cierto grupo de edad. Incluyen sucesos biológicos tales como la pubertad, así como también sucesos culturales, tales como el ingreso a la educación formal.

Influencias normativas según la historia: Influencias biológicas o ambientales que son comunes para la gente de una generación en particular o aquellos que crecen al mismo tiempo y en el mismo lugar. Incluyen sucesos



tales como el cambio del papel de la mujer en la sociedad, el impacto de la computación, etc.

Influencias no normativas de la vida: Acontecimientos poco usuales que no le ocurren a la mayoría de la gente, no obstante, cuando suceden, pueden tener un impacto muy importante en la vida de una persona. Incluyen: la muerte de un progenitor cuando el niño es pequeño, un impedimento físico, el nacimiento de un hermano, etc.

El estado de nutrición del niño también influye mucho en el desarrollo del niño. Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. Dado que el retraso en el crecimiento ocurre casi exclusivamente durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana. (18)

Si el niño está o no bien alimentado durante los primeros años de vida, puede tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida.

Según un estudio realizado por el Banco Mundial para el Desarrollo infantil Temprano (2004), cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles. Primero está la supervivencia, luego el crecimiento. En cuanto a la nutrición, el cuerpo parece que está obligado a clasificar el aprendizaje en último lugar.

Algunos de los problemas de desarrollo experimentados por niños desnutridos son causados por limitaciones fisiológicas tales como el crecimiento retardado



del cerebro y el bajo peso al nacer, mientras que otros problemas son el resultado de una interacción limitada y estimulación anormal, las cuales son vitales para el desarrollo saludable. Una buena nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Más de la mitad de la mortalidad infantil en países de bajos ingresos puede atribuirse a la desnutrición.

Una nutrición pobre durante la vida intrauterina y en los primeros años de vida lleva a efectos profundos y variados, incluyendo:

- Crecimiento físico y desarrollo motor retardados
- Efectos generales en el desarrollo cognitivo
- Resultando en un bajo coeficiente intelectual (inferior en 15 puntos o más en los severamente desnutridos)
- Un grado mayor de problemas conductuales y habilidades sociales deficientes en edad escolar
- Atención disminuida, aprendizaje deficiente y logros educacionales más bajos.

Los efectos de la desnutrición en la cognición ocurren también en niños sin los signos clínicos de la desnutrición pero que tienen un crecimiento retardado. La desnutrición y el contexto económico en que el ocurre parecen estar relacionados. La desnutrición tiene un efecto mayor en el desarrollo de niños que viven en pobreza, sea en países industrializados o en desarrollo, que en niños que no son pobres. Hay evidencia que sugiere que los programas de nutrición benefician la cognición y la conducta en mayor grado entre el segmento más pobre de la sociedad.

Según un artículo de la revista 'The Lancet'. Publicada el 05/01/2007, 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. Según esta misma fuente de información, 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 (19).

Investigaciones 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 (20), un estudio hondureño ha reportado alteraciones visomotoras (21). 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 (22).

El perímetro cefálico también es un factor a considerar en el análisis del retraso en crecimiento y desarrollo de los niños. El perímetro cefálico en el desarrollo normal es entre p10 y p90, si existe un perímetro cefálico <p10 y >p90 hay un probable atraso en el desarrollo (23).

La macrocefalia y la microcefalia son manifestaciones frecuentes en numerosos síndromes, y el tamaño y el patrón de crecimiento de la cabeza proporcionan pistas útiles para el diagnóstico (24) Estas entidades están acompañadas de trastornos del desarrollo psicomotor.

La microcefalia se define como la presencia de un perímetro craneal menor de dos desviaciones estándar por debajo de la media. Un perímetro craneal bajo indica un cerebro pequeño (microencefalia). Es fundamental distinguir las formas primarias y secundarias de microcefalia. La microcefalia primaria agrupa aquellas situaciones en las que el cerebro es pequeño y no completó su normal desarrollo embrionario por causa de factores genéticos, cromosómicos y malformativos; o bien, por el efecto de patologías ambientales intraútero. La microcefalia secundaria implica que el cerebro completó un desarrollo embrionario normal, pero luego sufrió un daño difuso y se alteró su crecimiento



evolutivo. En este segundo grupo se incluyen procesos vasculares prenatales tardíos, patología perinatal diversa y enfermedades sistémicas postnatales.

La macrocefalia se define como el aumento del perímetro craneal en más de dos desviaciones estándar por encima de la media. Las causas de macrocefalia incluyen exceso de volumen de líquido cefalorraquídeo intracraneal (hidrocefalia), aumento de tamaño del cerebro (megalencefalia), engrosamiento de la calota craneal y presencia de colecciones líquidas en los espacios subdurales o epidurales. Al valorar a un niño con macrocefalia, las primeras pesquisas se dirigirán a conocer el perímetro craneal de los padres, ya que existe una alta incidencia de megalencefalia familiar. (25)

“**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”.

Se consideran como aspectos del desarrollo infantil los siguientes: (17)

- **Desarrollo físico y biosocial:** Los cambios en estatura, peso, capacidad sensorial, habilidades motrices, desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud son todos parte del desarrollo físico, y ejercen una influencia importante tanto en la personalidad como en el intelecto.
- **El desarrollo intelectual o cognitivo:** A medida que los niños crecen, una gran variedad de habilidades mentales como el aprendizaje, el lenguaje, la memoria, el raciocinio y el pensamiento cambian con el paso del tiempo y están íntimamente ligados con aspectos tanto motores como emocionales del ser.
- **El desarrollo psicosocial de la personalidad:** Las formas únicas y particulares de relación del sujeto con el mundo, la manera cómo se entiende e interactúa con otras personas y los sentimientos, integran el área socioemocional de la persona y afectan los aspectos tanto físicos como cognoscitivos de la actividad humana.



De igual manera, el desarrollo del sistema nervioso posibilita la coordinación motriz. Cuando el niño/a nace su cerebro, salvo una serie de reflejos que le permiten su supervivencia (reflejos incondicionados), está totalmente limpio de conductas genéticas y constitucionalmente heredadas, y lo que posee es una infinita posibilidad y capacidad de asimilar toda la experiencia social acumulada por la humanidad durante cientos de generaciones, y que le es transmitida por el adulto que lo cuida y atiende. A esta capacidad de asimilar la estimulación del mundo que le rodea es lo que se denomina la plasticidad del cerebro humano.

El sistema nervioso en su conjunto del ser humano es una máquina extraordinariamente sofisticada que regula todas las funciones del cuerpo; su proceso de construcción es largo y se desarrolla en varias etapas, desde el mismo momento de la concepción hasta el tercer o cuarto año de vida postnatal.

Los recién nacidos tienen al nacer miles de millones de células cerebrales o neuronas, entre las cuales se establecen conexiones, llamadas sinapsis, que se multiplican rápidamente, al entrar en contacto el neonato con la estimulación exterior. Estas sinapsis dan lugar a estructuras funcionales en el cerebro, que van a constituir la base fisiológica de las formaciones psicológicas que permiten configurar las condiciones para el aprendizaje (26).

Afortunadamente una buena evaluación del desarrollo y de sus factores de riesgo permite una rápida intervención. Existen numerosas guías para evaluar el desarrollo evolutivo que identifican los niños y niñas con signos alarma con destrezas no cumplidas para la edad. Lo importante al usar las guías es identificar su validación científica e incluirlas en las concepciones teóricas del desarrollo.

Con 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. Esta explicación permitirá comprender mejor los efectos positivos de la estimulación



infantil sobre el desarrollo del cerebro del niño/a. La Atención temprana ha de basarse en la estimulación precisa para conformar adecuadamente el sistema nervioso del niño/a.

4.2 Retraso del Desarrollo Psicomotor. Trastornos del desarrollo.

El desarrollo psicomotor es el proceso mediante el cual el niño adquiere habilidades y conductas cada vez más complejas, las que le permiten una mejor adaptación al medio. El retraso del desarrollo psicomotor se refiere a la no adquisición de las habilidades que corresponden a la edad cronológica de un niño promedio, considerando las variaciones normales en los márgenes que hay que tener presentes en todas las características del niño (27).

El retraso psicomotor global conlleva muchos trastornos del desarrollo donde siempre se ven reflejadas alteraciones en las cuales se ven afectados varios aspectos biológicos, psíquicos y sociales de manera interrelacionada. De ahí la importancia de intervenir cuanto antes, pues el trastorno puede ir repercutiendo negativamente en otras áreas del niño, agravando y comprometiendo el desarrollo del niño (28)

Los trastornos del desarrollo psicomotor están muy ligados al lado afectivo y de estimulación del niño por eso se debe contemplar la globalidad del individuo. El Desarrollo Psicomotor es importante porque es la base de las capacidades motrices, intelectuales y relacionales posteriores del niño. La importancia del Desarrollo Psicomotor también viene dada por la plasticidad neurológica del niño en sus primeros años. Las estructuras cerebrales están aún formándose y organizándose. Estamos en una etapa especialmente sensible a las entradas del mundo exterior y esto puede ayudarnos a compensar un déficit por lesión o privación.

Tener un Conocimiento del desarrollo psicomotor normal, de los diferentes tipos de Retraso psicomotor sus causas y características son fundamental para abordar la evaluación manejo de su retraso. Cada recién nacido tiene



unas características constitucionales propias que van a influir en su relación con el mundo.

Sufrir trastornos del desarrollo psicomotor significa poseer alteraciones en algunas de estas áreas:

- Trastornos del esquema corporal. Dificultad para la orientación y utilización del propio cuerpo.
- Asomatognosia. Incapacidad de reconocer o nombrar partes del cuerpo.
- Trastornos de lateralidad. Relacionados con la estructuración espacial.
- Inhibición motriz. Se caracteriza por Tensión corporal. Apenas hace movimientos para no ser visto.
- Sincinesias. Movimientos involuntarios que nacen mientras hacemos otras actividades. Por ejemplo, sacar la punta de la lengua mientras se escribe.
- Apraxias. Conocer el movimiento que se quiere realizar pero ser incapaz de realizarlo correctamente.
- Disfasias. Pérdida parcial del habla (afasia es la pérdida total).

Aunque el desarrollo psicomotor es distinto en cada niño, hay períodos de edad en los que se espera que haya alcanzado ya ciertas habilidades. Si existe mucho retraso o habilidades mal desarrolladas que se mantienen a lo largo del tiempo, será precisa una evaluación.

Etiología: entre las posibles causas se mencionan:

- Anormalidades genéticas: S. Down, S. X frágil, S. Rett, S. Angelman y otros.
- Errores congénitos del metabolismo: fenilcetonuria, galactosemia y otras.
- Alteraciones endócrinas: hipotiroidismo.
- Lesiones en la etapa perinatal: asfixia perinatal. Hemorragias, infartos cerebrales, leucomalasia periventricular.
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- Infecciones del Sistema Nerviosos Central.
- Enfermedades neurodegenerativas.
- Enfermedades tóxicas: plomo u otros.



- Condiciones sociales, culturales y ambientales: abanico de factores ubicados entre el maltrato y la sobreprotección.
- Otros

4.3 Discapacidad:

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. La Organización Mundial de la Salud, ha definido estos conceptos de la siguiente manera:

Deficiencia: Se define a una deficiencia como "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano. (29)

Discapacidad: Una discapacidad es "toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.



Minusvalía: Una minusvalía es "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo y factores sociales y culturales)".

La minusvalía está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

Sin embargo, estos conceptos han ido variando a lo largo de la historia y es así como actualmente se pueden dos intenciones de clasificación de la discapacidad: la CIDDM (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) basada en el modelo médico hegemónico, y la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud).

La primera de ellas se basó en un modelo médico pero fue transformándose a la rehabilitación individualizada. Funcionó como elemento de resistencia al encasillamiento y "etiquetación" simplista con que se estaba operando de manera deshumanizada con las personas con discapacidad. Su mayor aporte fue instalar una clara distinción entre: deficiencias, discapacidades y minusvalías, lo cual permitió humanizar situaciones adjetivas: se dejó de hablar del "mongólico" o el "down", para pasar a hacer referencia a "personas con síndrome de down", terminología que no excluye su condición de persona. Pero a pesar de su utilidad, esta clasificación no pudo reflejar la importancia del entorno social y quedó plasmada como un modelo causal, unidireccional y reduccionista.



Es por esto que en el año 2001, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la CIF, y fue aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción de la Salud y la Discapacidad. Se basó en los principios de integración psicosocial y las concepciones del desarrollo interaccionista entre el individuo y su entorno, lo cual trajo como resultado que los sistemas sociales se modifiquen en función de la inclusión de personas con discapacidad.

En la actualidad, y desde hace un cierto tiempo, el “Movimiento para los Derechos de las Personas con Discapacidad” está redefiniendo el concepto de discapacidad. Lo plantea como una falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia directa de la deficiencia de esa persona. Se abre paso la idea de que la deficiencia de una persona produce discapacidad, y la interrelación entre ésta, las características individuales de la persona y los condicionantes del entorno pueden dar lugar o no, a una minusvalía. (30)

Las terapias (de cualquier tipo que sean) de las personas con discapacidad (niños o adultos), deberán apuntar a mejorar su calidad de vida, consolidando una red significativa proveedora de contención, amistad y afecto, y promoviendo la adquisición de habilidades adaptativas que faciliten y favorezcan su relación con el medio y el despliegue de sus potencialidades.

Por lo tanto, es necesario buscar atención temprana ya que estas nuevas tendencias plantean el desarrollo de programas de conductas sociales, habilidades y hábitos de autonomía personal, hábitos de interacción social y de comunicación, habilidades perceptivo-motrices, funciones cognitivas básicas, desarrollo de aprendizajes básicos, etc. (31)

Para mejorar la calidad del tratamiento del niño en la atención temprana, son necesarios varios aspectos:

- Orientarse a las conductas del niño, es decir, identificar las conductas autónomas del niño para conocer sus fines y el impulso de tales conductas.
- Mejorar el bienestar del niño para que pueda considerarse una terapia eficaz.



- Fomentar la motivación y la actividad del niño para que sea conciente de la terapia y observe su propio comportamiento estando en un rol activo.
- Desarrollar su iniciativa y su autonomía, es decir la confianza en sus propias capacidades. De esta manera se desencadena la motivación, el interés y el gusto por su terapia.
- Fomentar la confianza en sí mismo, elogiándolo y animándolo durante las sesiones de terapia. El elogio y el ánimo durante las sesiones de terapia, aportar ayudas funcionales, seguir incluso las pequeñas conductas independientes, el reconocimiento de los progresos por pequeños que sean, así como establecer un clima de relación emocional, se consideran todas ellas importantes variables en el impulso y afianzamiento de la confianza en sí mismo del niño.
- Iniciar e impulsar actividades significativas para el niño: Los niños con retraso en el desarrollo y discapacidad frecuentemente encuentran dificultades para reconocer interrelaciones en la vida. Si son capaces, dentro de su propio significado, de realizarlas, desarrollarán con más probabilidad actividades más lúdicas, partiendo de su propia iniciativa y convirtiéndose en una fuente importante de experiencias.

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

Clínicamente, son muchas las clasificaciones de los factores de riesgo que afectan el desarrollo del niño y que también pueden asociarse a la aparición de discapacidades. Una clasificación sencilla distingue dos factores: los biológicos y los ambientales. Estos tipos de factores se deben tener en cuenta al evaluar cualquier situación de desarrollo (normal o retraso del desarrollo).

Factores biológicos

- Factores genéticos: Se refiere al patrón genético familiar ya que algunas características del desarrollo son propias de la carga genética, por ejemplo, pequeñas demoras en el comienzo del habla, hiperactividad, etc. Incluso las características genéticas individuales ya que entre hermanos pueden apartarse de tener las mismas características básicas de desarrollo sin que



esto se constituya en una anomalía. El género de igual manera influye ya que, por ejemplo, se dice que las mujeres tendrían un mejor desarrollo del lenguaje y que los niños tendrían un mejor desarrollo motor.

- Factores prenatales: Es posible que las variaciones del desarrollo estén influenciados por características fisiológicas de la madre (edad, número de la gestación, estado emocional, etc.) La gemelaridad y la prematuridad (sin patologías agregadas) determinan variaciones en el desarrollo al menos durante los primeros años de vida
- Factores postnatales: Diversos factores fisiológicos como la alimentación, las inmunizaciones, ciertas patologías de poca gravedad pueden modular el desarrollo postnatal, dentro de un plano normal. Sin embargo dentro del rango normal. Sin embargo, se sabe poco en relación a eventos biológicos de poca intensidad que afectan el desarrollo.

Factores ambientales

Son tan o más importantes que los factores biológicos en la determinación de un desarrollo normal. Entre estos se encuentran:

- Estimulación: Este factor condiciona variaciones de lo normal y también causa alteraciones del desarrollo en grado variable. Es posible que el mayor desarrollo específico de determinadas áreas en un niño determinado esté dado por factores culturales que generan mayor estímulo en ciertos aspectos. El lenguaje, la socialización, el desarrollo de hábitos, son áreas donde la estimulación tiene efecto muy importante.
- Afectividad: Es un factor de suma importancia para el desarrollo de un niño equilibrado en sus aspectos emocionales, sociales y laborales. Las alteraciones del vínculo con los padres o con la familia, pueden afectar el desarrollo.



- Normas de crianza: Tiene que ver con el desarrollo de hábitos, la interacción con hermanos, el grado de independencia, etc.
- Factores culturales y socioeconómicos: dentro de estos factores nos referimos a la influencia que tiene la cultura del grupo humano al que pertenece el niño, por ejemplo, localidad rural o urbana, y por la cultura de su familia. Así, existen determinados factores de estimulación, promoción de ciertos intereses; modelos conductuales específicos; valores sociales, religiosos, etc. A pesar de ser conocido, debe destacarse la influencia que tiene sobre el desarrollo el nivel socio económico al cual pertenece el niño. Este nivel determina distintas oportunidades de estimulación, de educación, valores sociales diferentes que se pueden reflejar en las variaciones del desarrollo normal

Los niños criados en la pobreza experimentan un doble perjuicio para el desarrollo ya que están más expuestos a factores de riesgo como la contaminación ambiental, la desnutrición, tienen menor acceso a experiencias educativas y terapéuticas correctoras (32)

Hablar de pobreza es hablar de un sinnúmero de privaciones que un grupo determinado padece como: no poseer un grado adecuado de estimulación, adecuada y tempranamente hablando, mala nutrición, una baja calidad de dietas par a niños y personas de un grupo familiar, etc. Una consecuencia de esta pobreza es el bajo nivel de déficit intelectual en una grupo determinado , el cual es de carácter irreversible.

- Condiciones de la familia: Debemos destacar la importancia de las características de la familia sobre el desarrollo del niño. Una de esas características es la cercanía afectiva, ya que el adecuado afecto entre los miembros de una familia favorece el óptimo desarrollo del niño, es decir, su desarrollo normal.



Según Martha Sadurní en su libro *El desarrollo de los niños paso a paso*, publicado en....., la aptitud que adopten los padres es importante para las relaciones padre-hijo y para el óptimo progreso del niño.

El ambiente ideal para el desarrollo adecuado del niño es aquel que brinde armonía y afecto entre los integrantes de la familia. Hoy en día se sabe que el tipo relación que exista entre los padres y el niño va influenciar en el comportamiento y en la personalidad del menor. Por ejemplo, si los padres demuestran actitudes y conductas rígidas, autoritarias y violentas es casi seguro que los hijos se muestren tímidos, retraídos, inseguros o rebeldes y agresivos; un ambiente donde se perciba violencia y discusiones entre los integrantes se convertirán en factores que desencadenen problemas tanto en la conducta, el rendimiento académico como en el desarrollo emocional y social de los niños. Por el contrario, las personas seguras, espontáneas son aquellas que se les ha brindado la oportunidad de expresarse, de decidir y desarrollarse en un clima de afecto, confianza y armonía.

Cuando pelagra el normal desarrollo de un niño deben ponerse en marcha toda una serie de mecanismos educativos y psicopedagógicos para adecuar las condiciones ambientales y compensar las condiciones individuales. En este momento hay que minimizar los procesos de aprendizaje, introducir metodologías específicas, mejorar los aspectos motivacionales con los que asegurar la recepción de los contenidos y conocimientos. Todas estas tareas instruccionales en la primera infancia han de tener un carácter lúdico y funcional, han de estar adaptadas a la individualidad de cada niño, siendo esta adecuación más importante cuando existen necesidades educativas especiales o discapacidades (33).

La literatura narra algunos tipos de familia entre las cuales están las que consideraremos para esta investigación. Se elige esta clasificación para el estudio porque sin adentrarse al funcionamiento familiar, a través de esta se puede describir la relación de los nuevos prototipos familiares con el desarrollo.



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 asignadas 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 (34).

4.5 Test de evaluación del desarrollo y discapacidades

Los estudios sistemáticos del desarrollo humano iniciados a finales del siglo XIX fueron impulsados gracias a la preocupación expresada por escritores y reformadores sociales acerca del bienestar de los niños, en particular en lo concerniente a su salud y educación. (35) Esta preocupación dio lugar a un movimiento por el bienestar infantil para proporcionar un trato más humano a los niños. Asociadas a este movimiento estaban la nueva ciencia de la psicología del desarrollo y la investigación sobre las características físicas, cognoscitivas, emocionales y sociales del niño. Para contribuir a esta



investigación se diseñaron instrumentos y procedimientos con los cuales medir el desarrollo cognoscitivo, motriz, perceptual, emocional y social.

Para este trabajo de investigación se ha seleccionado el Brunet Lezine. Y finalmente 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

Brunet y Lezine se basan en una forma simplificada de la escala de Gesell, pero intentan paliar sus inconvenientes, empleando casi el mismo material. Dichos autores dan homogeneidad al test que consta de 10 items para cada una de las diferentes edades, obteniéndose 6 items de manera experimental y 4 items a partir de preguntas verificadas de los padres. (36)

Los ítems están agrupados en cuatro sectores de desarrollo:

- Desarrollo postural
- Coordinación óculo-motriz
- Lenguaje
- Socialización

La escala parte de una población muy diversificada. Puede obtenerse la edad de desarrollo de cada área y en el caso de que las cuatro áreas sean homogéneas, se puede calcular el coeficiente de desarrollo global o general. Se estructura en niveles de edad. La adscripción de los ítems a uno u otro nivel, se realiza en función del índice de dificultad. Este índice se establece entre el 47 y 78 %.

Permite la exploración de niños de 0 a 30 meses. Este intervalo está dividido en 16 niveles comprendiendo cada uno de ellos 10 items. Los item sólo puntúan positiva o negativamente. Es una prueba sencilla que toma entre 25 y 60 minutos aunque la duración depende de los intereses del niño y la



disponibilidad. 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) (37).

4.5.2 Escala de Valoración de la Situación de Dependencia en edades de 0 a 3 años de edad (EVE)

La Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de 3 años (EVE) valora las situaciones originadas por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado o de larga duración.

La valoración que se le dé a los niños menores de 3 años no será permanente ya que se tendrá que realizar nuevas evaluaciones a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses todos los niños deberán ser evaluados nuevamente con el BVD para personas mayores de 3 años (38).

Este test permite establecer 3 grados de dependencia: la moderada, severa y gran dependencia que se valoran con la puntuación obtenida al final de entre 1 y 3 puntos. La EVE establece normas de valoración de la situación de dependencia y determina su severidad, con la referencia de la CIF adoptada por la OMS.

La escala se aplica mediante la observación del funcionamiento en Variables de Desarrollo, que se agrupan en determinadas funciones y actividades motrices y adaptativas, y de la misma manera, se observan las necesidades de apoyo en salud para determinadas funciones vitales básicas, de la necesidad de medidas que afectan la movilidad y, si ha existido, bajo peso al nacimiento.

La valoración se realiza en el entorno habitual de la persona. Se puede aplicar en el domicilio familiar, en el hospital o la clínica si se encuentra internado, en la escuela o en la guardería a la que asiste de manera habitual.

Para la aplicación de la escala no se necesita de materiales específicos dado que ésta se realiza en el entorno habitual, se trata de observar el desarrollo de las actividades con los materiales que existan en el entorno al que el niño está



acostumbrado. El valorador debe observar por sí mismo el nivel de adquisiciones de la persona y/o la necesidad de utilizar medidas de apoyo.

4.5.3 Baremo de la Situación de Dependencia para persona de 3 años y más (BVD)

El Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD) permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia:

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. Se 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. Se 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. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años. (39)



4.6 CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADO REGULAR

Los Centros de Desarrollo Infantil son instituciones de educación temprana que ofrecen servicios de cuidado y educación infantil a madres trabajadoras en zonas urbano-marginadas. Surgieron con la filosofía de que la educación es la guía del desarrollo y, por lo tanto, entre más temprano se brinde al niño una estimulación apropiada igualmente se logrará un mejor desarrollo multilateral y armónico de su personalidad, que propiciará la formación de nuevas generaciones más aptas para dirigir la sociedad en la que les corresponda vivir.

Tradicionalmente a este tipo de instituciones se les conocía como guarderías, pero últimamente, y como respuesta a la inquietud por solidificar y desarrollar integralmente las aptitudes y potencialidades de los niños, se les ha llamado Centros de Desarrollo Infantil. El objetivo fundamental de estos centros de desarrollo es de cuidar el desarrollo armónico e integral de los niños durante su permanencia en el mismo.

Para que este objetivo se logre es necesario contar con una organización que tome en cuenta las necesidades y características del niño, su edad y su nivel de madurez; así como la participación familiar. Todo ello con el propósito de lograr un proceso educativo acorde con las relaciones que se establezcan con los miembros de la comunidad. A través del proceso enseñanza - aprendizaje se alcanza un desarrollo bio-psico-social que integra, adecuadamente, al niño a la sociedad.

Según el INEC la población infantil menor de 5 años del Cantón Cuenca representa el 11%. (40)

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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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. No tiene nevados ni picos elevados. Presenta algunos relieves pequeños. 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.

El **clima** está influido por su ubicación dentro de un extenso valle en medio de la columna andina con una temperatura variable entre 7 a 15 °C en invierno y 12 a 25 °C. En décadas anteriores se conocían épocas de lluvia y otras de sequía que estaban delimitadas en un tiempo específico que permitía la planificación de la agricultura sin embargo han ocurrido cambios enormes de tal forma que cuando tiene que llover es sequía y viceversa lo que revoluciona la planificación agrícola.

La **hidrografía** de Cuenca 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:

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



- 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:

- 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 (41)

El presente estudio se realizará 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 Tarqui, al este con la Avenida 24 de Mayo, los centros que participarán en este estudio se ubicarán dentro de esta área.



4.8 UBICACIÓN DE LOS CENTROS PRIVADOS REGULARES QUE PARTICIPARÁN EN EL ESTUDIO.

NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCION
Abejitas Laboriosas	Av. España 13 – 21
Estrellitas	Federico Proaño 4 – 48
Rafael Campoverde Galán	Humboldt y Av. de las Américas
Pulgarcito	Primero de mayo 3 – 97
Ensueños	Av. De la Américas y Miguel Heredia
CEBCI	Av. 24 de Mayo y calle Chilcapamba
Integral	Abelardo J Andrade 4 -128
Crayola	José Peralta 3 -53 y Av. Del Estadio
Principito	Av. Cristóbal Colon 1 – 80 y Fernando Aragón



V. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

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 los 9 Centros Privados Regulares del área Central del Cantón Cuenca 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 los 9 Centros Privados 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 los Centros Privados 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 con: condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia, cuidador familiar y migración de los padres en los niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a los Centros Privados Regulares del área central del cantón Cuenca.
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 2 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.

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. Igual esta última 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 la comunidad, a las autoridades, para encaminar la originalidad del cumplimiento de atención, se los difundirá además en revistas científicas. Serán la base para la intervención planificada en este programa cuya finalidad es el mejoramiento de la Calidad de 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 361 niños y niñas de cero a cinco años de edad posnatal que asisten a los siguientes Centros Privados Regulares del área central del cantón Cuenca: Abejitas Laboriosas. CDI Estrellitas, Rafael Campoverde Galán, Centro Educativo Pulgarcito,



Ensueños, CEBCI, Integral, Crayola, Principito durante el período enero a junio de 2009.

Los mismos fueron elegidos de entre 160 centros registrados, de los cuales 22 pertenecen a esta categoría, posteriormente se realizó un sorteo, quedando los centros anteriormente nombrados para este estudio.

6.1.2.2 Muestra: probabilística estratificada proporcional.

6.1.2.3 Cálculo del tamaño de la muestra: Muestra calculada en el software estadístico EPI INFO para estudios poblacionales con una frecuencia de discapacidad en niños/as menores de cinco años del 5%, un peor error aceptado de 3%, el 95% de confianza, se consigue una muestra de 189. Se añade el 10% de pérdidas y se obtiene una muestra de 201.F
C:\WINDOWS\hinhem.scr

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

6.2 Definición operacional 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 Normal: identificación de los logros o nuevos modos de conducta alcanzados por el niño en cada etapa de desarrollo de acuerdo a la valoración del Brunet Lezine (anexo 2, 3) que evalúa las áreas



Control Postural y Motricidad, Coordinación Óculo Motriz y conducta de adaptación a los objetos, Lenguaje y Sociabilidad.

6.2.8 Retraso del desarrollo psicomotor: no alcanzar 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 8).

- 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. Retraso 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 organismo 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
	Dependencia para realizar una actividad adaptativa de acuerdo	Dependencia en menores de 3 años	Prueba de EVE.	1. Si



Discapacidad	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.	(hasta 2ª 11m29 d): puntajes en EVE de 1 a 3.	Anexo 4.	2. No
		No Dependencia en menores de 3 años (hasta 2ª 11m29 d): 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
--------------------------	--	--	--	----------------

6.4 Selección de los sujetos

6.4.1 Criterios de inclusión:

Niños y niñas de un día a cuatro años, 11 meses y 29 días de edad posnatal que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, durante el período enero - julio de 2009 y que la madre o un familiar otorgue el consentimiento informado.

6.4.2 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 Privados Regulares del área central del Cantón Cuenca.
- Actitud persistente de no colaboración del niño o niña.

6.5 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

6.5.1 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).

6.5.2 Descripción del proceso de valoración:

- Talleres para los directores, profesoras o cuidadoras de los Centros de Desarrollo Infantil para el involucramiento en la investigación.
- Formación de la Base de Datos. Visita personal de las estudiantes al territorio urbano de la Ciudad de Cuenca para identificar a todas los Centros de Desarrollo Infantil para hacer un inventario de los centros y solicitar la lista de niños y niñas.
- Firma de consentimientos informados.
- Ejecución de talleres para las estudiantes de la investigación para estandarizar conceptos, procesos de evaluación.
- Formación de grupos de estudiantes para la recolección
- Pilotaje en niños y niñas sorteadas pero que no fueron parte de la muestra.
- Ajustes al proceso de recolección y al formulario. Talleres de repaso, ajuste teórico y de experiencia práctica.
- Realización de cronograma de recolección, coordinación con las instituciones.
- Comunicación continúa 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. Todo el tiempo las estudiantes estuvieron supervisadas por 6 docentes investigadoras. Los problemas fueron también reportados inmediatamente por celular por las directoras o profesoras de los centros. Así se pudo ir corrigiendo los errores.
- ✓ 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.
- ✓ Los datos de cada formulario fueron revisados por una profesional en Estimulación Temprana que se contrató especialmente para esta tarea.
- ✓ 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 y con una observación por parte de las docentes investigadoras, validando así la información.
- ✓ En un segundo tiempo (otro día) las docentes investigadoras especialistas en el área del desarrollo 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.



- ✓ El proceso de evaluación tomó 3 meses porque salieron 14 estudiantes, 6 docentes investigadoras por 5 horas al día.

6.5.3 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 11 casos; la reevaluación se realizó dentro de los siete días siguientes a la evaluación inicial. La reevaluación fue igual a la inicial y fue aplicada por dos docentes investigadoras expertas en el área. Estos niños y niñas fueron seleccionados por sorteo aleatorio simple.

6.6. 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 en la oficina del programa.
- 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 y centros participantes y serán publicados.



- La directora, las docentes investigadoras, las estudiantes que realizaron el trabajo de campo evitaron comentarios no pertinentes frente a los padres, personal de los centros u otras personas; no se hizo comparaciones con respecto a otros niños o niñas; se mantuvo la confidencialidad de la información de cada niño o niña.



VII. PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1 Manejo de los datos: los datos precodificados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS por las estudiantes tesisistas que fueron capacitadas. Se revisó en varias ocasiones que la base de datos esté correcta. Este proceso fue supervisado por las docentes investigadoras y por los ayudantes de investigación. El análisis estadístico se realizó en este mismo sistema.



TABLA BASAL DE PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
Características generales de niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil Urbanos del Cantón Cuenca.
Cuenca – Enero a Junio 2009

VARIABLES	MASCULINO					FEMENINO					TOTAL				
	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DS	Mínimo	Máximo
Edad (meses)	45,59	47,60	11,30	18,40	59,70	47,83	49,36	9,18	19,60	60,00	46,68	47,90	10,37	18,40	60,00
Peso (kg)	15,62	15,00	3,09	9,00	28,00	15,54	15,80	2,43	10,00	22,00	15,58	15,50	2,79	9,00	28,00
Perímetro cefálico (cm)	50,71	51,00	1,47	47,00	55,00	50,19	50,00	1,46	46,00	53,00	50,46	51,00	1,48	46,00	55,00
Talla (cm)	98,93	99,00	7,13	81,00	114,00	99,52	101,00	7,95	57,00	114,00	99,21	100,00	7,52	57,00	114,00
Coefficiente de desarrollo 1 a 30 meses	101,78	101,40	6,55	94,00	119,00	104,59	104,59	0,00	105,00	105,00	101,98	101,98	6,34	94,00	119,00
Coefficiente de desarrollo de 30 meses 1 día a 60 meses	106,36	106,20	12,46	63,00	134,00	109,12	109,22	11,70	71,00	150,00	107,78	108,00	12,12	63,00	150,00

Fuente: Formularios de la investigación
Realizado por: María José Arellano, Lourdes Ayala.

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



Tabla 2

Distribución de 201 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a 9 Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según sexo. Enero a Junio del 2009

Sexo	N	Porcentaje
Masculino	104	51,74
Femenino	97	48,25
Total	201	100,00

Fuente: Formularios de la investigación

Razón = M: F= 1:1

Realizado: María José Arellano, Lourdes Ayala.

De los 201 niños y niñas que asisten a centros privados regulares centrales. El 51,74% pertenecen al sexo masculino, y el 48,25% al sexo femenino.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

Tabla 3.

Distribución de 201 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a nueve Centros Privados regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según edad. Enero a Junio de 2009.

EDAD	No	%
0 - 12,0	0	0,00
12,1 - 24,0	5	2,48
24,1 - 36,0	30	14,92
36,1 - 48,0	67	33,33
48,1 – 60	99	49,25
TOTAL	201	100,00

Fuente: Formularios de Investigación

Elaborado por: María José Arellano, Lourdes Ayala.

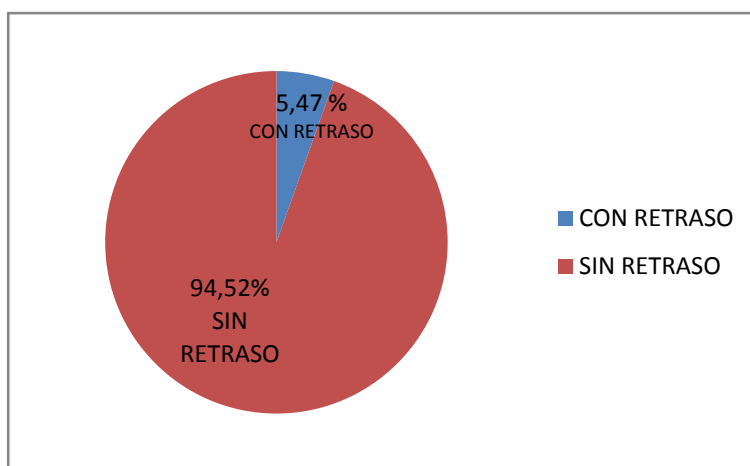
El mayor porcentaje de niños y niñas que acuden a las guarderías se ubico en la edad de 48.1 -60 meses con el 49,25, y encontrando un menor porcentaje en las edades de 0 – 12,0 meses.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

Gráfico No. 1

**Distribución de 210 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según tipo de desarrollo.
Enero a Junio de 2009.**

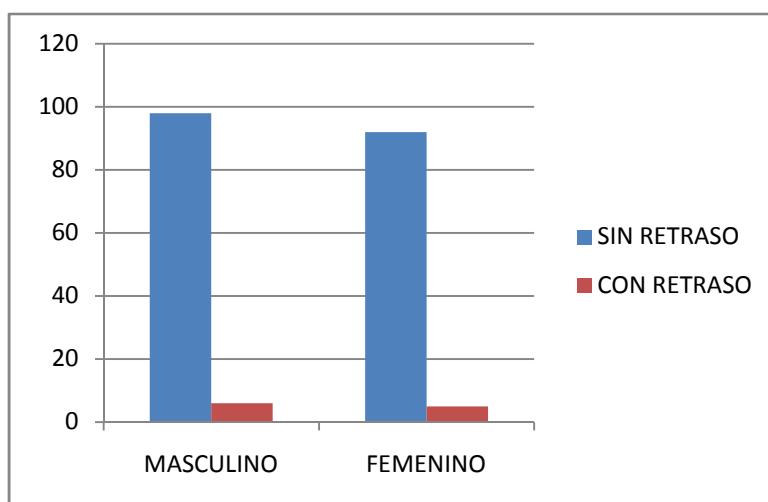


El 94,52% niños y niñas que fueron investigados no presentaron Retraso del Desarrollo Psicomotor.

Gráfico No. 2

Distribución de 201 niños y niñas que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca según sexo y tipo de desarrollo.

Enero a Junio de 2009.



El porcentaje es muy parecido tanto en mujeres como en hombres que tienen retraso del desarrollo.



Tabla 4.

Distribución de 210 niños y niñas que asisten a los Centros Privados 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	92	94,84	3	3,09	2	2,06	97	100,00
Masculino	98	94,23	4	3,84	2	1,92	104	100,00
Total	190	94,52	7	3,48	4	1,99	201	100,00

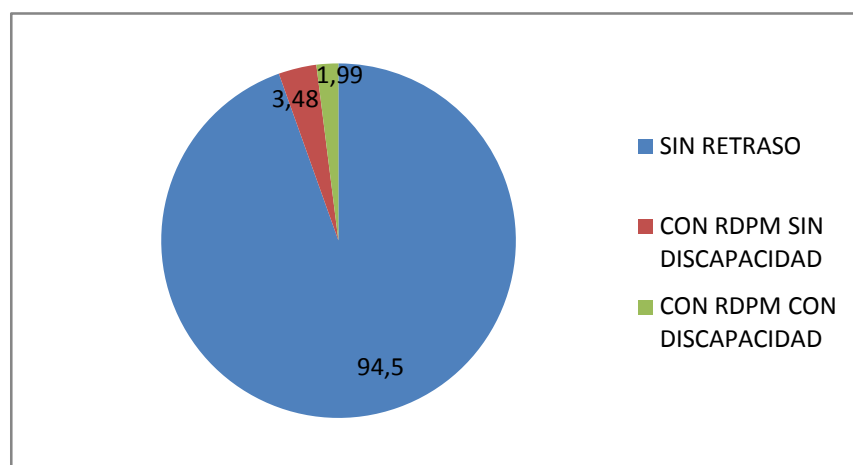
Fuente: Formularios de investigación

Chi cuadrado: 0,089

Elaboración: María José Arellano, Lourdes Ayala.

No existe mayor diferencia entre el sexo masculino y femenino entre los que tienen retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Gráfico 3.
Distribución de 201 niños y niñas que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según tipo de desarrollo psicomotor.
Enero a Junio de 2009.



De los 201 niños y niñas evaluados el 3,48% tienen retraso sin discapacidad y el 1,99% retraso con discapacidad.

Tabla No. 5.

Distribución de 11 Niños y niñas de cero a cinco años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según edad.

Enero a Junio. 2009.

RETRASO CON O SIN DISCAPACIDAD	EDAD				TOTAL
	12,1 – 24,0	24,1 – 36,0	36,1 – 48,0	48,1 – 60,0	
RETRASO SIN DISCAPACIDAD	0	4	2	1	7
RETRASO CON DISCAPACIDAD	0	1	2	1	4
TOTAL	0	5	4	2	11

Chi cuadrado: 12,041

De los 11 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor (5,47% del total), se encontró que en las edades de 24,1-36,0 y 36,1-48,0 meses se presentó un mayor número de los niños y niñas que presentaron retraso del desarrollo Psicomotor con y sin discapacidad.

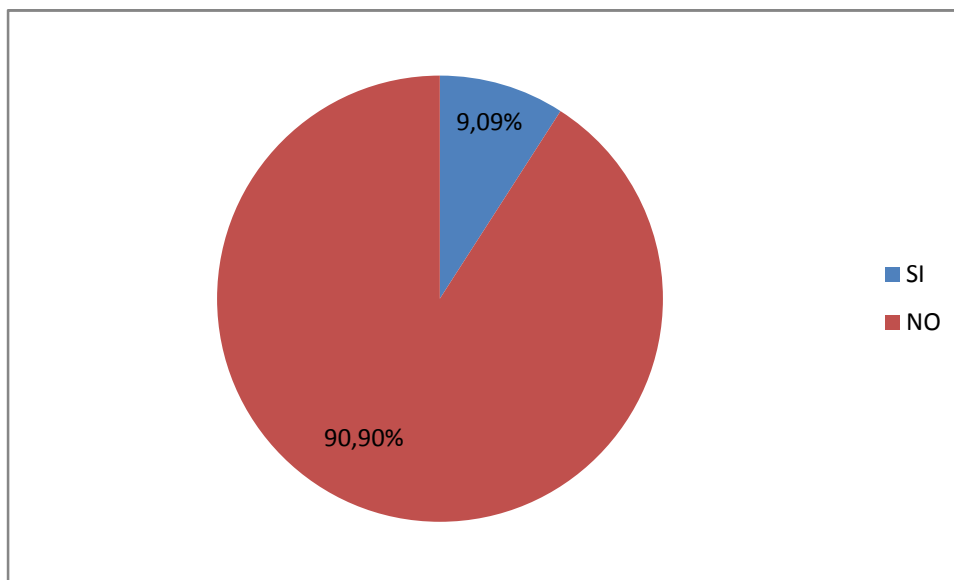
AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

Gráfico No. 4

Distribución de 11 niños y niñas de 0 a 5 años de edad con retraso del desarrollo que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según si, recibieron o no el beneficio de la Atención Temprana

Enero a Junio de 2009



De los 11 niños y niñas solo el 9,9% tiene el beneficio de la atención temprana y el 90,90% no lo tiene el beneficio de la atención.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



Tabla 6.
Distribución de 11 Niños y niñas de 0 a 5 años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según si recibieron beneficio de la Atención Temprana.
Enero a Junio 2009.

BENEFICIO DE LA ATENCIÓN	RETRASO					
	SIN DISCAPACIDAD		CON DISCAPACIDAD		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	0	0,00	1	100,00	1	100,00
NO	7	70,00	3	30,00	10	100,00
Total	7	63,63	4	36,36	11	100,00

Fuente: Formularios de investigación

Elaboración: María José Arellano, Lourdes Ayala.

De los 11 niños y niñas con retraso del desarrollo solo 1 niño recibió beneficio de la Atención Temprana.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



Tabla 7.

**Distribución de 11 Niños y niñas de 0 a 5 años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca, según el tipo de Beneficio de la Atención Temprana
Enero a Junio 2009.**

	SI	%	NO	%	TOTAL	%
FUE DETECTADO	2	18,18	9	81,81	11	100,00
FUE DERIVADO	1	9,09	10	90,90	11	100,00
ATENCION TEMPRANA	1	9,09	10	90,90	11	100,00

Fuente: Formularios de investigación

Elaboración: María José Arellano, Lourdes Ayala.

De los 11 niños y niñas con retraso del desarrollo no fueron detectados los 81,81%, no derivados el 90,90% y no recibieron atención temprana 90,90%.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

Tabla 8.
Factores Asociados en los 210 niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los Centros Privados Regulares del Área Central del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009

FACTORES ASOCIADOS	TOTAL SIN RETRASO		TOTAL CON SIN RDPM DISCAPACIDAD		TOTAL CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	No.	%	No.	%	No.	%
Migración de los padres						
No migración	182	95,78	7	100,00	4	100
Padre	5	2,63	0	0,00	0	0,00
Padre y madre	3	1,57	0	0,00	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	190	100,00	7	100,00	4	100,00
Cuidador familiar						
Padre	12	6,31	0	0,00	1	25,00
Madre	153	80,52	6	85,71	2	50,00
Abuelos	21	11,05	1	14,28	0	0,00
Tíos	3	1,57	0	0,00	0	0,00
Hermanos	0	0,00	0	0,00	1	25,00
Otros	1	0,52	0	0,00	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	190	100,00	7	100,00	4	100,00
Condición nutricional						
Normal	179	94,20	6	85,71	2	50,00
Desnutrición global	2	1,05	1	14,28	1	25,00
Desnutrición crónica	5	2,63	0	0,00	1	25,00
Sobrepeso	4	2,10	0	0,00	0	0,00
Total	190	100,00	7	100,00	4	100,00
Perímetro cefálico						
Normal	188	98,94	7	100	3	75,00
Microcefalia	1	0,52	0	0,00	1	25,00
Macrocefalia	1	0,52	0	0,00	0	0,00
Total	190	100,00	7	100,00	4	100,00
Tipo de familia						
Monoparental	11	5,78	2	28,57	0	0,00
Nuclear	145	76,31	3	42,85	4	100,00
Extendida	34	17,89	2	28,57	0	0,00
Sin información	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	190	100,00	7	100,00	4	100,00

Migración de los padres	Chi-cuadrado de Pearson 0,482
-------------------------	----------------------------------

Cuidador familiar	Chi-cuadrado de Pearson 53,061
-------------------	-----------------------------------

Condición nutricional	Chi-cuadrado de Pearson 24,678
-----------------------	-----------------------------------

Perímetro cefálico	Chi-cuadrado de Pearson 23,942
--------------------	-----------------------------------

Tipo de familia	Chi-cuadrado de Pearson 8,163
-----------------	----------------------------------

Fuente: Formularios de Investigación
 Elaboración: María José Arellano, Lourdes Ayala

AUTORAS:
 María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



La no migración de los padres presenta el mayor porcentaje en todos los grupos: el 95,78% en los niños y niñas sin retraso, el 100% en los con retraso sin discapacidad y el 100% en los con retraso con discapacidad.

Tanto los niños y niñas sin retraso, con retraso sin discapacidad, con retraso con discapacidad son mayormente cuidados por sus madres (porcentajes de 80,52%, 85,71% y 50,00% respectivamente), luego por sus abuelos, después por sus padres. Poco intervienen en el cuidado los tíos, hermanos y otros cuando se trata de niños y niñas sin retraso del desarrollo.

El estado nutricional normal es del 94,2% en los niños y niñas sin retraso, el 95,71% en los niños y niñas con retraso sin discapacidad, y el 50% en los niños y niñas con retraso con discapacidad. La desnutrición (sumando la global y la crónica) en el 4,01% de los niños y niñas sin retraso, el 50% en los niños con retraso sin discapacidad, el 14,20% en los niños con retraso con discapacidad. Existe sobrepeso en los niños y niñas sin retraso (2,01%).

El perímetro cefálico es normal en el 98,94% de los niños y niñas sin retraso, en el 100% de los niños y niñas con retraso sin discapacidad y en el 75% de los niños y niñas con discapacidad. Existe microcefalia en el 0,52% de los niños y niñas sin retraso, 0% en los con retraso sin discapacidad y el 25% en los con discapacidad. La macrocefalia está presente solo en los niños y niñas sin retraso (0,52%).

El tipo familiar predominante es la nuclear en los tres grupos de estudio, pero es más alto el porcentaje en los niños y niñas sin retraso (76,31%), y aparecen otros tipos de familia como la mono parental (5,78%) y la extendida (17,89%) predominando en los niños sin retraso.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos dar a conocer que no se encontró significancia estadística con ninguno de los factores estudiados porque en todos $p > 0,05$.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en los niños y niñas de 0 -5 años del Área Urbana del Cantón Cuenca, en los cuales se determinó retraso del desarrollo con y sin discapacidad, una limitación en esta investigación, es dejar fuera a los niños y niñas que permanecen en casa y seguramente son los más pobres ya que no pueden pagar una pensión en los centros privados, y en quienes sus condiciones socioeconómicas no las permite. La UNICEF declara que para el año 2008 en el Ecuador el 46% de los niños y niñas entre 0 a 5 años de edad no van a centros de desarrollo infantil (6,7).

A los Centros de Desarrollo Privados Regulares no asisten niños y niñas menores de 1 año, por el contrario en la edad de 12,1 a 24 meses asisten en un 2,48%, encontrando una mayor demanda en las edades de 36,1 a 60 meses. Ya que es habitual en nuestro medio que los niños y niñas de 0 a 2 años de edad permanezcan en casa cuidados por las madres, abuelos u otras personas (tabla 3).

De los 201 niños y niñas evaluados, el 5,47% presentó retraso del desarrollo psicomotor, 3,48% presentan retraso sin discapacidad y el 1,99% tiene retraso con discapacidad, y el 94,52% no tiene retraso del desarrollo, (gráfico No.1, 3).

En nuestro estudio podemos observar que los niños y niñas que presentan retraso en el desarrollo sin discapacidad, están en mayor porcentaje (2,48%) en la edad de 24,1 a 36 meses, en relación con las edades de 36,1 a 60 meses en los que se encuentra una similitud en sus porcentajes. Por el contrario en los niños y niñas que presentan retraso en el desarrollo con discapacidad se observa una similitud en el porcentaje desde la edad de 24,1 a 60 meses (tabla 5).

En cuanto al sexo, en los niños y niñas con retraso del desarrollo con y sin discapacidad no hay mayor diferencia como se demuestra en la tabla No.4.



De los 11 niños y niñas que fueron identificados con retraso del desarrollo con y sin discapacidad el 9,9% (gráfico No 4) tuvieron el beneficio de la atención temprana, el 18,18% fueron detectados, el 9,09% fue derivado y el 9,09% va a centros de atención temprana para su intervención, esto indica el mal proceso de atención que tienen estos niños y niñas más aún cuando tienen discapacidad. Se corrobora cuando se revisan los manuales que llevan los centros para el control del crecimiento y desarrollo en donde no existe ningún acápite que hable de los pasos de la Atención Temprana (16). . En nuestro estudio se identifico que de los niños y niñas que presentaron retraso en el desarrollo con y sin discapacidad la mayoría no tuvo un seguimiento adecuado a sus necesidades (tabla 7).

En Estados Unidos se estima que entre un 1 y un 3% de los niños menores de 5 años presentan retraso del desarrollo; y que el 5-10% de la población pediátrica sufre alguna "discapacidad del desarrollo". Si añadimos los problemas de comportamiento, resulta que el 12-16% de los niños padece problemas de desarrollo o de conducta y la prevalencia aumenta hasta el 16,8% si consideramos los 15 primeros años de edad. Es decir, en Norteamérica se diagnostican problemas del desarrollo y/o de comportamiento en 1 de cada 6 niños (42).

El gran 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 14.615 fueron niños y niñas, se estudió una muestra de 6.626 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 (35).

En nuestra investigación el porcentaje de niños y niñas con discapacidad es del 5,47% más alto del que reporta el CONADIS (15), 1,7% en niños y niñas, datos obtenidos por encuesta, y como se observa en esta misma investigación que el porcentaje de detección, derivación, diagnóstico es bajo.

La no migración de los padres tanto en los niños o niñas sin retraso y con retraso, está entre el 100% respectivamente. Por lo cual nuestro estudio demostró que la migración de los padres no influye en el desarrollo de los niños y niñas.

Históricamente a la mujer se le ha asignado el papel de cuidadora aduciendo condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar y ser más abnegada. En el entorno colombiano es frecuente que los familiares, en especial las mujeres en edad media, asuman el papel de cuidadores de los niños.

Pudiéndose determinar que se sigue asignando el cuidado de los hijos exclusivamente a las madres.

En nuestro estudio entre el 85,71% y el 50% de niños y niñas con y sin retraso son cuidados por sus madres, luego por sus abuelos, padres, tíos, y al último por otros.

A pesar de que se han generado avances en la reducción de la desnutrición en el área latinoamericana, aún existen más de 52 millones de personas en estado de inseguridad alimentaria. Los grupos más vulnerables, particularmente los



menores de 5 años, sin duda son los más afectados por la falta de alimentos y las barreras para acceder a ellos. Más de 4 millones de niños y niñas presentan bajo peso, y más de 9 millones sufren de desnutrición crónica o retardo del crecimiento, lo cual perjudica las posibilidades de desarrollo de futuras generaciones, de sus familias y de la sociedad en su conjunto (43).

Con nuestra investigación podemos coincidir que la desnutrición produce trastornos del desarrollo, como podemos observar en este estudio que la desnutrición (sumando la global y la crónica) está presente en el 3,68% de los niños y niñas sin retraso, en el 14,28% de los con retraso sin discapacidad y en el 50% de los con retraso con discapacidad.

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: escáneres cerebrales, como la resonancia magnética o la tomografía computarizada, así como los análisis genéticos pueden ser útiles en la identificación de las causas de la microcefalia. Además es importante conocer los antecedentes familiares de enfermedad neurológica. Indican que existe en el 40% de los niños con epilepsia, en el 50% en los con retraso mental, en el 20 a 50% en los con trastornos del oído y oculares (44). No obstante, cabe señalar que algunos niños con microcefalia presentan un desarrollo normal y no desarrollan ninguno de estos problemas.

De los 201 niños y niñas de nuestro estudio que fueron evaluados el 98,50% tiene normocefalia, de los niños sin retraso presentan microcefalia y macrocefalia en un 0,52% y de los que presentan retraso del desarrollo con discapacidad presenta microcefalia en un 25%.

De acuerdo a un estudio realizado en la universidad de Concepción en Chile se encontró que de acuerdo a las Características Familiares, La mayoría de las entrevistadas declaró que su familia era nuclear completa (63%) hubo un 20% de extensas incompletas, un 12% de familias extensas completas y un 5% de nucleares incompletas. El tamaño promedio de la familia fue de 4,4 y fluctuó



entre 2 y ocho personas, la gran mayoría estaban integradas por entre 3 y 4 personas (57%) La persona a cargo del niño principalmente fue la madre (79%) hubo un 6% al cuidado de la abuela, un 2% del padre y el 2% restante, de tías o hermanas (45).

Cuando en este estudio se planteó este factor como de riesgo, se consideró que podría ser una causa socio afectivo de retrasos transitorios del desarrollo porque la familia ejerce un importante papel en el cuidado del desarrollo (37,17). En nuestro estudio el tipo de familia predominante es la nuclear en los tres grupos, presentándose un mayor porcentaje en los niños sin retraso con un 76,31%, un 42,85% en los niños y niñas con retraso con y sin discapacidad, seguidamente aparece otros tipos de familia como la mono parental 5,78% y la extendida un 17,87% predominando en el grupo de niños y niñas sin retraso.

En nuestro estudio podemos dar a conocer que no se encontró significancia estadística con ninguno de los factores estudiados porque en todos $p \Rightarrow 0,05$.



CONCLUSIONES

1. Se determinó que la distribución de los niños y niñas en los centros privados regulares centrales es similar, y en correlación a la edad existe una mayor prevalencia entre las edades de 48,1 – 60 meses (49,25%).
2. El 5,47% de los niños y niñas evaluados fueron identificados con retraso del desarrollo psicomotor y el 94,52% no tuvieron retraso del desarrollo psicomotor.
3. De los 201 niños y niñas evaluados el 3,48% tienen retraso del desarrollo sin discapacidad y el 1,99% tiene retraso del desarrollo con discapacidad.
4. De los 11 niños y niñas con retraso solo el 9,09% recibió el beneficio de la atención temprana, y el 90,90% no recibió atención temprana.
5. No se encontró significancia estadística entre desnutrición, microcefalia, tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor.



RECOMENDACIONES

1. Que los centros infantiles protejan el derecho a la salud, desarrollo integral, educación, seguridad y el cuidado de los niños.
2. Realizar nuevas investigaciones de prevalencia en centros infantiles que no han sido estudiadas, para asegurar resultados verídicos acerca de los retrasos del desarrollo psicomotor.
3. Capacitar al personal en los Centros de Desarrollo Infantil con programas de Atención Temprana mediante un Programa de Mejoramiento de la Calidad y un Beneficio de la Atención a los niños y niñas con trastornos del desarrollo y al mismo tiempo un seguimiento.
4. Trabajar conjuntamente con equipos multidisciplinarios para detección temprana de los factores de riesgo y los retrasos del desarrollo infantil.
5. Desarrollar talleres para padres como para profesores, para trabajar conjuntamente temas de cómo mejorar el estado nutricional de los niños y niñas ya que es un factor que influye en el desarrollo psicomotor.



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. Centros de Desarrollo Infantil: ayuda idónea para padres trabajadores: laprensa.com.ec 2005 © Todos los derechos reservados.
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 adolescents, 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. 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.
 15. 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.
 16. Morla, Elbi. "Crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia". Instituto Tecnológico de Santo Domingo. SANto Domingo, 2002. p1,2
 17. Enciclopedia de Pedagogía práctica. Cadiex Internacional S.A. Buenos Aires, Argentina. 2005. p.260, 271
 18. Sagan, C., A. Dryuyan. 1994. "Literacy - The Path to a More Prosperous. Less Dangerous America." Parade Magazine, 2004.
 19. 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.
 20. Brown J, Pollit E. Malnutrition, poverty and intellectual development. Scientific American Feb. 1996: 26-31.
 21. 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.
 22. 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



23. Figueiras, Neves, Ríos, Benguigui. "Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de aiepi". Organización Panamericana de la Salud. Washington O.C. 2006. p.23
24. Greydanus, Patel, Pratt. "Clínicas Pediátricas 2008. Discapacidades en el Desarrollo, parte II". Volumen 55. Barcelona, España, 2008.
25. García Peñas, Romero Andujar. "Alteraciones del perímetro craneal: microcefalia y macrocefalia". Sección de Neurología-2. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. **Servicio de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid. 2006
26. Asociación GranadaDown para el Síndrome de Down. "Sistema Nervioso y aprendizaje". Artículo publicado en <http://www.downgranada.org/sistema-nervioso-y-aprendizaje>
27. Martha Colombo. "Errores innatos en el metabolismo del niño". Editorial universitaria Santiago de Chile, 2005
28. Flagge de Moreno, Noris. "Ensayo del retraso psicomotor global". Universidad especializada de las Américas. Artículo publicado en www.buenastareas.com
29. Méndez Mora, Esther. "Introducción al estudio de la invalidez". Editorial Univesidad Estatal a Distancia Universidad San José, Costa Rica, 2004.
30. Trujillo, Analía. "Psicología de la discapacidad" Universidad Católica de La Plata, Sede Rosario, Facultad de Psicología. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia_discapacidad.shtml
31. Aranda, Rosalía. "Atención temprana en educación infantil" Editorial Wolters Kluwer. Madrid, España. 2008
32. Behrman, Kliegman, Jenson, Tratado de Pediatría 10ma edición. Editorial Elsevier. Madrid, España, 2006.
33. Castejón, Luis y Navas, Leando. "Unas bases psicológicas de la educación especial" Editorial Club Universitario. Barcelona, España, 2007 p 90
34. Quintero Ángela. Diccionario Especializado en Familia y Género. 1ª edición. Buenos Aires, lumen, 2007. p.65.
35. Aiken, Montes de Oca, Varela. "Tests psicológicos y evaluación. Undécima edición". Pearson Education. México 2003



36. Vives Gomila, María. "Psicodiagnóstico Clínico- infantil" Edición de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España. 2007.p 219
37. SCRIBD. Evaluación del Desarrollo psicomotor. Brunet Lezine. Disponible en <http://scribd.com/doc/4446861/evaluacion> .
38. Tigreros, Isabel y Mondragón, Jasone. "Manual de ayuda a domicilio" España Editores. Madrid, España. 2008.
39. Baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Publicado en la <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/A54A506C-FC1F-4739-A96F-18F9A8981833/15091/Manualusovaloracinsituacindedependencia.pdf>
40. www.inec.gov.ec. Acceso 29 de Mayo de 2010.
41. **Municipio de Cuenca. Historia de Cuenca. Disponible en <http://www.explored.com.ec/ecuador/continue/azua3.htm> . acceso el 15-03- 2010.**
42. Álvarez Gómez M.J., Soria Aznar J., Galbe Sánchez-Ventura J.. 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. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2010 Ago 07] ; 11(41): 65-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100005&lng=es.
43. **LEON VALENCIA, Alexandra; TERRY BERRO, Blanca y QUINTANA JARDINES, Ibrahim. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Rev Cubana Hig Epidemiol* [online]. 2009, vol.47, n.1 [citado 2010-08-12], pp. 0-0 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032009000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3003.**
44. Fejerman N, Fernández E. Neurología Pediátrica. 2ª. Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1998: 4-10.



45. Vargas C. Nelson A.. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 2001 Mar [citado 2010 Ago 30] ; 72(2): 77-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200001&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062001000200001.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



IX. ANEXOS

ANEXO 1

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE CERO A CINCO AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LOS CENTROS PRIVADOS 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

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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

3.3 Tipo de familia

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

3.4 Migración de los padres

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Padre y madre

3.5 Cuidador familiar

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Abuelos
- 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 |

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



1. Normal

2. 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. Si 2. No

Grado 1. Moderada
Severa
2. Grave
3.

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. Si 2. No

Grado 1. Moderada
Severa
2. Grave
3.

7. OBSERVACIONES _____

Evaluador

Fecha: // (día, mes, año)

Revisor de la información

Fecha: // (día, mes, año)

ANEXO 2

TEST DE BRUNET LEZINE (<2 años)

Nombre y apellidos _____

N orden	Ítem	1 Mes			5 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 él 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. Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.
11	P1	2 Meses Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento.	51	P1	6 Meses Sostenido verticalmente de pie soporta una parte de su peso.
12	P2	Boca abajo levanta la cabeza y los hombros	52	P2	Boca arriba se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza.
13	P3	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.	53	C3	Coge el cubo colocado sobre la mesa ante su vista.
14	C4	Sigue con la vista a una persona que se desplaza.	54	C4	Sostiene dos cubos uno en cada mano y mira el tercero.
15	C5	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180°	55	C5	Sentado coge con una mano el aro que se balancea delante de él.
16	S6	Responde con mímicas ante el rostro del examinador.	56	C6	Golpea o frota la mesa con la cuchara.
17	P7	PREGUNTAS	57	P7	PREGUNTAS
18	L8	Si se le deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba.	58	L8	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo.
19	S9	Emite varias vocalizaciones.	59	S9	Hace gorgoritos.
20	S10	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla. Sonríe a los rostros conocidos.	60	S10	Se golpea los pies con las manos. Distingue las caras conocidas de las desconocidas.
21	P1	3 Meses Sentado mantiene la cabeza derecha.	61	P1	7 Meses Se mantiene sentado sin apoyo durante un momento.
22	P2	Boca abajo se apoya en los antebrazos.	62	P2	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
23	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa.	63	C3	Coge dos cubos uno en cada mano.
24	C4	Sostiene el sonajero con un movimiento involuntario.	64	C4	Coge la pastilla rastrillando.
25	C5	Vuelve la cabeza para seguir un objeto.	65	C5	Levanta por el asa la taza invertida.
26	S6	Responde con una sonrisa cuando el examinador le sonríe.	66	S6	Tiende la mano hacia el espejo, acaricia su imagen.
27	P7	PREGUNTAS	67	P7	PREGUNTAS
28	L8	Coge y atrae hacia sí su sábana.	68	L8	Se pasa los juguetes de una mano a otra.
29	S9	Balbucea con vocalización prolongada.	69	S9	Vocaliza varias sílabas, bien definidas.
30	S10	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho. Juega con sus manos, se las mira.	70	S10	Se lleva los pies a la boca. Puede comer una papilla espesa con una cuchara.
31	P1	4 Meses	71	P1	8 Meses
32	P2	Boca abajo mantiene las piernas extendidas.	72	P2	Se incorpora hasta quedar sentado con una ligera tracción sobre los antebrazos.
33	C3	Boca arriba levanta la cabeza y los hombros mediante tracción sobre los antebrazos.	73	C3	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.
34	C4	Sentado palpa el borde de la mesa.	74	C4	Coge el tercer cubo soltando uno de los dos primeros.
35	C5	Mira una pastilla colocada sobre la mesa.	75	C5	Coge la pastilla con la participación del pulgar.
36	C6	Boca arriba inicia un movimiento de presión hacia el aro. Mueve el sonajero que se ha colocado en la mano mirándolo.	76	C6	Busca la cuchara que se le ha caído. Observa con atención la campanilla.
37	P7	PREGUNTAS	77	P7	PREGUNTAS
38	L8	Se cubre la cara con una sabanita.	78	L8	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.
39	S9	Vocaliza cuando se le habla.	79	S9	Juega al "escondite".
40	S10	Ríe a carcajadas. Vuelve la cabeza inmediatamente hacia la persona que lo llama.	80	S10	Juega a tirar sus juguetes al suelo. 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.			
102	C2	Coge el tercer cubo sin soltar los dos primeros.			
103	C3	Mete un cubo dentro de la taza.	141	P1	Da un puntapié a la pelota cuando se le ordena.
104	C4	Imita el ruido de la cuchara dentro de la taza	142	C2	Construye una torre con seis cubos por lo menos.
105	C5	Coloca bien la pieza circular en su agujero después de una demostración.	143	C3	Intenta doblar el papel en dos.
106	C6	Hace garabatos débiles después de una demostración.	144	C4	Imita un trazo sin direcciones determinadas.
		PREGUNTAS	145	C5	Coloca las tres piezas en el tablero.
107	P7	De pie se agacha para coger un juguete.	146	L6	Nombra 2 o señala 4 dibujos.
108	L8	Dice tres palabras.			PREGUNTAS
109	S9	Da algo cuando se le pide con palabras o gestos.	147	P7	Sube y baja solo la escalera.
110	S10	Repite actos que han causado risa.	148	L8	Construye frases de varias palabras.
		15 Meses	149	S9	Puede utilizar su nombre.
111	P1	Anda solo.	150	S10	Ayuda a guardar sus juguetes.
112	C2	Construye una torre con dos cubos.			30 Meses
113	C3	Llena la taza de cubos.	151	P1	Intenta sostenerse sobre un pie.
114	C4	Mete la pastilla en el cubo.	152	C2	Construye una torre con ocho cubos.
115	C5	Coloca la piza circular en su agujero cuando se le ordena.	153	C3	Construye un puente con tres cubos según el modelo.
116	C6	Hace garabatos cuando se le ordena.	154	C4	Imita un trazo vertical y otro horizontal
		PREGUNTAS	155	C5	Coloca las tres piezas después de girar el tablero.
117	P7	Sube una escalera a "gatas".	156	L6	Nombra 5 o señala 7 dibujos.
118	L8	Dice cinco palabras.			PREGUNTAS
119	S9	Señala con el dedo lo que desea.	157	P7	Puede transportar un vaso lleno de agua u otros objetos frágiles, sin volcarlo.
120	S10	Bebe solo en una taza o en un vaso.	158	L8	Emplea pronombres.
			159	S9	Ayuda a vestirse, se pone las zapatillas.
			16	S10	Ya no se orina en la cama por las noches.



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
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 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.		
<u>30 Meses</u>		
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.		
<u>3 Años</u>		
5 Construye un puente con 5 cubos. 6 Rompecabezas de 2 piezas. 7 Copia un círculo. 8 Enumera objetos en el dibujo.		
<u>4 Años</u>		
9 Construye una barrera con 5 cubos. 10 Rompecabezas de 4 piezas (la mitad). 11 Copia un cuadrado. 12 Explica una acción del dibujo.		
<u>5 Años</u>		
13 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 14 Rompecabezas de 4 piezas (completo). 15 Copia un triángulo. 16 Cuenta 4 cubos.		
<u>6 Años</u>		
17 Construye una escalera con 10 cubos (con modelo). 18 Copia un rombo. 19 Maniquí (Grace Arthur). 20 Cuenta 13 cubos.		

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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 lápiz	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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



Menor de 1100g

3.

A. MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

1. Alimentación

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1.1 Sonda nasogástrica exclusiva | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 1.2 Parenteral exclusiva | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 1.3 Alimentación exclusiva por estoma | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 1.4 Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 1.5 Parenteral complementaria de la vía oral | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 1.6 Estoma eferente | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |

2. Respiración

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 2.1 Respirador mecánico | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2.2 Aspiración continuada | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2.3 Oxigenoterapia permanente | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2.4 Monitor de apneas | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |

3. Función renal y/o urinaria

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 3.1 Diálisis | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 3.2 Sondaje vesical permanente | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 3.3 Estoma urinario | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |

4. Función antiálgica

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 4.1 Bomba de perfusión analgésica continua | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 4.2 Catéter epidural permanente | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |

5. Función inmunológica

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 5.1 Aislamiento | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 5.2 Semiaislamiento / Mascarilla permanente | | |

B. MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Fijación vertebral externa | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 2. Fijación pelvipédica | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 3. Fijación de la cintura pélvica | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 4. Tracción esquelética continua | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |
| 5. Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior | 1. <input type="checkbox"/> Si | 2. <input type="checkbox"/> No |

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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 Puntaje 1. Si 2. No

- Grado 1.
2.
3.

Evaluador _____

Fecha: // (día, mes, año)

AUTORAS:
María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

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

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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



DEPENDENCIA

1. Sí 2. No

Grado

1.

2.

3.

Evaluador _____ Fecha: / / (día, mes, año)

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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 trastornos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niña de cero a cinco años de edad que asisten a los Centros Privados Regulares del área Central del Cantón Cuenca .Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009”.

Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo/a _____ en el estudio “Prevalencia de los trastornos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños/as menores de cinco años de vida que asisten a los Centros Privados Regulares del área Central del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2008-2009”.

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 a una valoración del desarrollo psicomotor; la realización puede requerir más de una sesión y no tendrá 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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

Firma del padre

CI _____

Firma de la madre

CI _____

Cuenca, _____ de 2009

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

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 los 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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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 una 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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



4 Distingue la mañana y la tarde

5 Repite 12 sílabas

6 Cuenta 4 cubos

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 triangulo
4. Cuenta 4 cubos

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



6 AÑOS

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

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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		116 110 104		51 45		62	
	65		98				56	
24'	59		92 89 86		39 36		50	
	56		83		33			
21'	53		80 77		30 27 24		47	
	50		74				44	
18'	47		71 68 65		21 18		41	
	44		62				38	
15'	41		59 56 53		15		35	
	38		50 47				32	
12'	35		44 42 40		12		29	
	33		38 36				27	
10'	31		34 33 32		10		25	
	30		31 30				24	
9'	29		29 28 27		9		23	
	28 27		26				22	
8'	26		25 24 23		8		21	
	25 24		22				20	
7'	23		21 20 19		7		19	
	22 21						18 17	
6'	20		18 17 16		6		16	
	19 18		15				15	
5'	17		14 13 12		5		14	
	16 15						13 12	
4'	14		11 10 9		4		11	
	13 12		8				10	
3'	11		7 6 5		3		9	
	10 9						8 7	
2'	8		4 3		2		6	
	7 6 5						5 4	

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



1	4		2		1		3	
	3						2	
	2		1				1	
	1							
NUMERO DE PUNTOS			ED			CD		
P								
C								
L								
S								
TOTAL								

INTERPRETACIÓN DEL LA VALORACIÓN DE BRUNET LEZINE

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

CUOCIENTE DE DESARROLLO.

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
PROFUNDO	24 - 0

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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 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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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		

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



		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		

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



		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	

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



		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	

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



		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:

TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO

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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

TABLA DE PESO AL NACIMIENTO

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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



- 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.

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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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:

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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 comprensivo, 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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

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.
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.
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.
OTROS CUIDADOS CORPORALES: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.
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.
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
TRANSFERENCIAS CORPORALES: Agrupa las actividades siguientes. <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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.

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

TAREAS DOMÉSTICAS: Agrupa las actividades siguientes.

- 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.

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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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
			F	C	I		
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						

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



			F	C	I		
	Limpiarse		F	C	I		
	Continencia micción		F	C	I		
	Continencia defecación		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		
	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	I		
MANTENIMIEN- TO 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		

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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	Actividades de autocuidado		F	C	I		
	Actividades de movilidad		F	C	I		

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



DECISIONES	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 especifica 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.

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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	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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.



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

AUTORAS:

María José Arellano Zambrano, Lourdes Margarita Ayala Tenesaca.