



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

**GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE
DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016.**

Proyecto de investigación previa a la obtención del Título de
Licenciada en Estimulación Temprana en Salud.

AUTORAS:

PÉREZ PILLAGA LORENA ESTEFANÍA

VERA GUARACA KARLA ISABEL

DIRECTOR:

DR. JULIO ALFREDO JARAMILLO OYERVIDE

CUENCA - ECUADOR

2017



RESUMEN

ANTEDECENTES: Falta de información sobre la dependencia con niños/niñas con y sin discapacidad en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca “C.E.D.I.U.C.”.

OBJETIVO: Determinar el grado de dependencia en niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo, observacional descriptivo. La población de estudio son todos los niños y niñas que acuden al C.E.D.I.U.C. (N=149). La muestra se corresponde con el universo. Se aplicó -como instrumento- un formulario, la Escala de Valoración Específica E.V.E. (0 a 3 años) y el Baremo de Valoración de Dependencia B.V.D. (3 años en adelante).

Para el análisis y tabulación de los datos, se utilizaron los programas: SPSS versión 15 español, Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word 2013. Como magnitudes estadísticas: frecuencia y porcentaje. Los resultados fueron presentados en tablas simples y de doble entrada.

RESULTADOS: De los 74 niños/niñas con y sin discapacidad, el 24,3% presentaron dependencia moderada (Grado I); el 14,9%, dependencia severa (Grado II); el 6,8%, gran dependencia (Grado III); y el 54,1%, no dependencia.

CONCLUSIONES: En la población investigada, encontramos que sí existe dependencia y está asociada estadísticamente, de manera significativa, entre las variables de discapacidad y retraso en el desarrollo.

PALABRAS CLAVES: DEPENDENCIA; DISCAPACIDAD; NIÑOS; DESARROLLO.



ABSTRACT

BACKGROUND: The lack of information about the dependence of the boys and girls with and without disabilities in the Centre for the Infantile Development of the University of Cuenca (Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca "C.E.D.I.U.C.").

OBJECTIVE: To determine the degree of dependence of the boys and girls from the Centre for the Infantile Development of the University of Cuenca.

METHODOLOGY: Quantitative study, descriptive observation. The sample of the study are all of the kids from C.E.D.I.U.C. (N=149). The sample corresponds with the world. The tools used were forms: the Scale for the Specific Assessment (la Escala de Valoración Específica E.V.E.) (0 to 3 years of age) and the Scale for the Dependence Assessment (el Baremo de Valoración de Dependencia B.V.D.) (3 and more years of age).

For the analysis and the tabulation of the data, the following programs have been used: SPSS version 15 Spanish, Microsoft Excel 2013 and Microsoft Word 2013. As statistical magnitudes frequency and percentage have been used. The results were presented in simple and double entry tables.

RESULTS: From the 74 boys/girl with and without disability, 24,3% showed moderate dependence (Degree 1), 14,9% severe dependence (Degree 2), 6,8% large dependence (Degree 3), and 54,1% no dependence.

CONCLUSIONS: We have found that among the investigated sample that dependence exists, and it is statistically significantly associated with the variables of disability and delay in development.

KEYWORDS: DEPENDENCE; DISABILITY; KIDS; DEVELOPMENT



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR	7
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I	14
1.1. Introducción	14
1.2. Planteamiento del problema	15
1.3. Justificación	17
CAPÍTULO II	18
FUNDAMENTO TEÓRICO	18
2.1. Discapacidad	18
2.2. Tipos de discapacidad	19
2.3. Relación entre dependencia y discapacidad	21
2.4. Autonomía	21
2.5. Dependencia	21
2.6. Actividades de la vida diaria	23
2.7. Crecimiento y Desarrollo	23
2.8. Retraso del desarrollo	24
2.9. Estado nutricional	26
2.10. Familia	28
2.11. Tipos de familia	29
2.12. Tipo de cuidador	29
2.13. Sobreprotección	30
2.14. Escala de Valoración Específica E.V.E.	31
2.15. Baremo de Valoración de Dependencia B.V.D.	33
CAPÍTULO III	38
OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo general	38
3.2 Objetivos específicos	38
CAPÍTULO IV	39



DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1 Tipo de estudio	39
4.2 Área de estudio	39
4.3 Universo y muestra	39
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	39
4.4.1 Criterios de inclusión	39
4.4.2 Criterios de exclusión	39
4.5 VARIABLES	40
4.5.1 Operacionalización de variables (anexo 1)	40
4.6 Métodos, técnica e instrumentos.	40
4.7 Procedimientos	40
4.8 Plan de tabulación y análisis	41
4.9 Aspectos éticos	41
CAPÍTULO V	42
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	42
CAPÍTULO VI	62
DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO VII	65
7.2 RECOMENDACIONES	66
CAPÍTULO VIII	67
7. Bibliografía	67
8.1 Referencias bibliográficas	67
8.2 Bibliografías consultadas	78
CAPÍTULO IX	81
ANEXOS	81
Anexo 1. Operacionalización de las variables	81
Anexo 2. Consentimiento informado	83
Anexo 3. Formularios de recolección de datos	84
3.1 Formulario de recolección de datos del niño/a. (E.V.E.)	84
3.2 Formulario de recolección de datos del niño/a. (B.V.D.)	86
Anexo 4. Escala de valoración específica E.V.E. (0 a 3 años)	88
Anexo 5. Baremo de valoración de la dependencia B.V.D. (3 años en adelante)	91



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Pérez Pillaga Lorena Estefanía, autora del proyecto de investigación “**GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Estimulación Temprana en Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 20 de Enero del 2017.

Pérez Pillaga Lorena Estefanía

CI: 0104720867



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Vera Guaraca Karla Isabel, autora del proyecto de investigación “**GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Estimulación Temprana en Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 20 de Enero del 2017.

Vera Guaraca Karla Isabel

CI: 0105799902



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Pérez Pillaga Lorena Estefanía, autora del proyecto de investigación “GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenido expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de Enero del 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lorena Estefanía Pérez Pillaga'.

Pérez Pillaga Lorena Estefanía

CI: 0104720867



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Vera Guaraca Karla Isabel, autora del proyecto de investigación “**GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenido expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de Enero del 2017.

A handwritten signature in blue ink that reads "Karla Vera".

Vera Guaraca Karla Isabel

CI: 0105799902



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, ya que gracias a él he logrado culminar mi carrera. A mis padres, que han sido un pilar fundamental al haberme formado con reglas y libertades, pero al final de cuentas me motivaron a seguir mis anhelos, siempre brindándome la confianza necesaria para hacer de mí una mejor persona. A mi hermana, aunque en la mayoría de las veces pareciera que estuviéramos en una batalla, hay momentos en que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Por último, a esa verdadera amiga con la que compartí todos estos cinco años, Karla Vera: gracias por esa amistad incondicional.

Estefanía Pérez



DEDICATORIA

Primeramente, dedico con mucho amor este trabajo de tesis a mi Dios todopoderoso, que siempre me acompaña y me da toda la fuerza necesaria para seguir mi camino.

A los seres más importantes y que más amo en este mundo: mis padres, Carlos Vera y Mariana Guaraca, y mis hermanos, Jéssica Orellana, Paúl Vera y Bryan Vera, quienes con mucho cariño y sacrificio me han apoyado en todo momento.

A mi prima, Érika Lucero, por ser la fuente de inspiración y motivación para seguir mi carrera.

Y finalmente, a mi mejor amiga y compañera de tesis, Estefanía Pérez, por estar conmigo siempre.

Karla Vera



AGRADECIMIENTO

Primeramente doy gracias a Dios porque sin su gracia no habría sido posible realizar esta meta tan importante en mi vida, gracias a la Universidad por permitirme convertir en un ser profesional.

A mi papá, René Pérez por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue, a mi mamá Magaly Pillaga por cada día hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones.

A mi hermana Domenica Pérez, a mi abuelita y a toda mi familia, por brindarme su apoyo incondicional, su confianza y apoyarme en todo este camino recorrido.

A mi director y asesor de tesis, Dr. Julio Jaramillo Oyervide, quien con paciencia y esmero supo guiarme en este proceso; a todos los docentes del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, por la colaboración infinita que me brindaron para mi investigación.

Y finalmente a una amiga incondicional, muchas veces uno nunca sabe a las personas que se les va a encontrar en el camino, llegan a la vida con algún propósito, alguna razón y esta vez me toco conocerte a ti, Karla Vera, gracias por todos tus consejos, tus palabras de aliento y por siempre motivarme a seguir adelante.

Estefanía Pérez



AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a mi Dios porque sin su gracia no habría sido posible alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mis padres, Carlos Vera y Mariana Guaraca, porque siempre han estado brindándome su cariño, su amor incondicional y apoyándome en todas las etapas de mi vida.

A mis hermanos, Jéssica Orellana, Paúl Vera y Bryan Vera; a mis abuelitos y a toda mi familia, por confiar en mí y por brindarme su paciencia y cariño.

A mi director y asesor de tesis, Dr. Julio Jaramillo Oyervide, quien con paciencia y esmero supo guiarme en este proceso; a todos los docentes del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, por la colaboración infinita que me brindaron para mi investigación.

A mi querida y mejor amiga, Estefanía Pérez, por toda la paciencia, por todos sus consejos, por estar ahí en las buenas y malas y por ayudarme en todas las decisiones que he tomado en mi vida.

Y de igual manera, a la familia Pérez Pillaga por estar presentes con palabras de aliento para seguir adelante y no claudicar en mi objetivo.

Karla Vera



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Se denomina dependencia a aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

El presente estudio es un trabajo investigativo que determinó el grado de dependencia de los niños y niñas que asisten al C.E.D.I.U.C. utilizando las siguientes escalas:

1. La Escala de Valoración Específica se evalúa desde el nacimiento hasta los 3 años, se pueden establecer tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, y está compuesto por variables de desarrollo que se agrupan en determinadas funciones, actividades motrices y adaptativas. De la misma manera, se observan las necesidades de apoyo en salud para determinadas funciones vitales básicas de la necesidad de medidas que afectan a la movilidad, y si ha existido bajo peso al nacimiento (1).
2. El Baremo de Valoración de Dependencia es aplicable a partir de los tres años en adelante, determina situaciones de dependencia moderada, severa y gran dependencia; permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere (2).

El estudio es cuantitativo, observacional descriptivo, y la población son todos los niños y niñas que acuden al C.E.D.I.U.C. (N=149). La muestra se corresponde con el universo; encontramos como resultado que existe dependencia, teniendo una asociación estadísticamente significativa con las variables: retraso en el desarrollo y discapacidad.



Esta investigación está justificada ya que en el C.E.D.I.U.C. no se ha realizado estudios sobre el grado de dependencia.

El presente estudio cuenta con siete capítulos, en el capítulo I está la introducción, el capítulo II contiene las bases teóricas de la investigación, el capítulo III explica el objetivo general y los objetivos específicos planteados, el capítulo IV se describe el diseño metodológico empleado en el estudio, el capítulo V muestra los resultados obtenidos luego del análisis de la información recolectada, el capítulo VI contiene la discusión de los resultados obtenidos comparados con la literatura internacional y nacional sobre el tema de investigación, y en el capítulo VII están las conclusiones y recomendaciones de nuestro estudio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (3).

“Según una estimación ampliamente utilizada, alrededor de 93 millones de niños, 1 de cada 20 niños menores de 14 años vive con alguna discapacidad moderada o grave” (4).

Según Ortiz, en el Ecuador, 816.156 personas padecen de discapacidad, lo que representa el 5,64% del total de la población. Es decir 6 de cada 100 personas o 1 de cada 18 presentan esta condición dividida en los siguientes parámetros: 7,16% personas presentan dificultades para aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana, 23,73% personas presentan discapacidad físico-motora, 12,85% personas presentan discapacidad visual, 8,20% personas presentan discapacidad auditiva y 4,09% personas presentan



discapacidad mental (5). Según el Ministerio de Salud Pública en el Azuay en el 2016 se registra un total de 27.933 personas con discapacidad de las cuales en la ciudad de Cuenca hay 19.127 (6).

Un factor que compromete la salud de los niños con discapacidad es la dependencia.

El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria” (7).

Según Abellán, Esparza y Pérez, en España hay 2.141.404 personas dependientes de 6 y más años; esa cifra representa un 5,1% de toda la población de 6 y más años, y ocho de cada diez personas con discapacidad (2.745.855). La dependencia se reparte de la siguiente forma: a) existe casi medio millón de dependientes (474.922) con atención insuficiente; c) un 4% de los dependientes estima que la ayuda que reciben es innecesaria, quizá por sobreprotección; d) además, hay 176.805 personas con discapacidad que no reciben asistencia (8).

Según Catejón y Mohamed, en Andalucía – España, 462.303 personas declaran alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 256.522 son dependientes (55,5%), necesitan la ayuda de personas, pues no pueden valerse por sí mismos y los menores de 6 años, un 1,7% tienen limitaciones (9.254) (9).

En el Ecuador, en cuanto a estudios realizados acerca de la dependencia en niños/niñas con y sin discapacidad, no se encontraron datos específicos sobre el grado de dependencia; pero en la ciudad de Cuenca, en el 2015 se realizó un estudio en el Instituto de Parálisis Cerebral “IPCA”, donde se aplicó solo el B.V.D. para determinar la situación de dependencia en las actividades de la vida diaria de los estudiantes, prevaleciendo -con el 70,8%- el Grado III (Gran Dependencia) (10).



La dependencia, como un problema para el desarrollo de las actividades de la vida diaria hace, que se planteen las siguientes preguntas:

¿Cuál será el grado de dependencia en la población de niños/niñas con y sin discapacidad del C.E.D.I.U.C.?

¿Tendrán alguna relación los factores asociados a la dependencia: discapacidad, retraso en el desarrollo, tipo de familia, tipo de cuidador, sobreprotección y escolarización?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El hecho de identificar el problema nos proporcionará datos valiosos e importantes sobre el grado de dependencia en actividades de la vida diaria de los niños y la calidad de atención en el ámbito educativo, para mejorar así los objetivos propuestos por los docentes.

El Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca es una institución que brinda una atención integral a niños/niñas con y sin discapacidad, contando con un equipo multidisciplinario que favorece el desarrollo óptimo del niño o niña. Es por ello que vimos conveniente realizar esta investigación, ya que no existen estudios realizados en el C.E.D.I.U.C. sobre el grado de dependencia por lo tanto se nos brindó apoyo para la realización de nuestro estudio.

Uno de los beneficios que se va a obtener en la investigación, es que la información recolectada permitirá que a futuro los docentes y estimuladores tempranos del C.E.D.I.U.C. amplíen sus conocimientos y formas de tratamiento para realizar intervenciones en las áreas que presentan más dificultad los niños y niñas. De igual manera, ayudará a los padres de familia para que refuercen las actividades en casa, para así mejorar la calidad de vida y conseguir personas más independientes.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. DISCAPACIDAD

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, conceptos que en el lenguaje común se emplean como sinónimos, pero que reflejan realidades diferentes. La Organización Mundial de la Salud ha definido estos conceptos de la siguiente manera:

Deficiencia.- Toda pérdida o anomalía de una función psicológica, fisiológica o anatómica (OMS) (11).

Discapacidad.- Restricción de la capacidad para realizar una actividad que limita el normal desempeño de la persona en la vida diaria. Según el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es la limitación en la actividad y restricción en la participación, originada por un trastorno que le afecta en forma permanente (12).

Minusvalía.- Toda situación de desventaja social que limita o impide desempeñarse de manera considerada normal para su edad, sexo y contexto socio-cultural (13).

La discapacidad es un estado por el cual ciertas personas, sea por orden genético o adquirida presentan una deficiencia en el aspecto físico, psicológico, sensorial. Esta deficiencia afecta su condición de ente biopsicosocial, llevándole incluso a ser un sujeto vulnerable. El hecho de tener que interactuar frente a diversas situaciones del diario vivir, puede impedir su pleno desenvolvimiento dentro de la sociedad, y por ende afectar su condición de igualdad frente a los demás. Es por esta razón que las personas que padecen de alguna discapacidad son más vulnerables que el resto de personas (14).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca



deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad a la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado (15).

La discapacidad puede ocurrir en tres niveles: a) una deficiencia en la función o la estructura corporal, como las cataratas, que impiden el pasaje de la luz y la sensación de la forma y el tamaño de los estímulos visuales; b) una limitación en la actividad, como la incapacidad de leer o de moverse por sí mismo; c) una restricción de la participación, como la exclusión de la escuela (16).

Gracias a la Misión Solidaria Manuela Espejo, de la Vicepresidencia de la República de Ecuador, se ha podido dar un cambio considerable con respecto al tema de la discapacidad, generando más posibilidades de trabajo para los mismos, e incluso mejorando la calidad de vida, tanto para la persona con discapacidad como para la familia. Pero el tema de las personas con discapacidad es dinámico y no sólo depende de aspectos biológicos, sino también del medio ambiente. Hay que considerar que las personas con discapacidad tienen derechos y deberes al igual que el resto de los ciudadanos. El problema es que no siempre los respetamos. A esto se suma que hay personas con discapacidad que dependen al cien por ciento de otra persona, ya sea un familiar, trabajador, alguna institución o centro de reposo (17).

2.2. TIPOS DE DISCAPACIDAD

Discapacidad Física: Son las limitaciones en su movilidad y fuerza, y dolor cuando desempeña actividades de la vida diaria (18).



Discapacidad Cognitiva: Las destrezas de los niños se encuentran en un nivel menor en comparación de otros niños. Tienen dificultades en estructurar su comportamiento y pérdida de la atención sostenida (19).

Discapacidad Sensorial - Visual: Es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. La vista es un sentido global que nos permite identificar a distancia y a un mismo tiempo objetos ya conocidos o que se nos presentan por primera vez (20).

Discapacidad Sensorial – Auditiva: Es aquella que no permite escuchar el mensaje correctamente, o bien oírlo en una intensidad disminuida, o no oírlo en lo absoluto. Los niños con discapacidad auditiva enfrentan dificultad para adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo; también, uno de los medios que nos permiten adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás (21).

Según Manton, las recientes disminuciones de discapacidades se deben fundamentalmente a la mejor atención en cuanto a una buena nutrición, higiene y educación (22).

Las personas con discapacidad están adquiriendo mayor visibilidad en muchas esferas de actividad; por ejemplo, en la política, la salud, la educación y los medios de comunicación (23).

Los niños en situación de discapacidad se benefician en sus procesos educativos de mediaciones como: el trabajo en grupo, el uso de tecnologías de la información y la comunicación, y de actividades con didácticas específicas; lo cual redundará en que sus demandas escolares no se pierdan a pesar de que su condición de salud se encuentre afectada (24).

La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todos los niños del mundo, incluidos los que tienen alguna discapacidad. Establece el derecho a la supervivencia, a desarrollarse plenamente, a ser protegidos de influencias perjudiciales, del abuso y de la explotación, y a participar plenamente en la



vida familiar, cultural y social. También reconoce la importancia de la asistencia y el apoyo de la familia (25).

2.3. RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

Dentro del contexto de las condiciones de salud de la persona, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia (26). Si intentamos encuadrar conceptualmente la dependencia en la se situaría dentro del constructo de "factores contextuales" ambientales de ayuda personal o técnicos. Es decir, la dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica (27).

2.4. AUTONOMÍA

La Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAAD) define la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (28).

Hay que fomentar la autonomía en todos los aspectos de la vida del niño: hábitos (alimentación, higiene, salud), interacciones sociales (relacionarse con las personas), desarrollo intelectual (dotarles de herramientas para el aprendizaje, como libros, juegos, etc.), el ocio (proporcionarles de tiempo para que jueguen y se hagan responsables de sus juegos) y responsabilidad (29).

2.5. DEPENDENCIA

La dependencia está presente en la vida del ser humano desde inicios tempranos, como en el período de gestación, durante las diferentes etapas



evolutivas: en la infancia; en la niñez, en momentos de enfermedad; y en la senectud. Las personas dependientes son aquellas que demandan de apoyo o ayuda de terceras personas para realizar tareas básicas y primordiales de la vida diaria, como vestirse, comer, caminar, asearse, entre otras (30).

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, su enfermedad o discapacidad están ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y 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 (31).

Querejeta menciona que “se debe considerar la dependencia -al igual que la discapacidad- desde un punto de vista universal, es decir: al igual que todas las personas pueden tener alguna limitación para realizar alguna actividad determinada, todas las personas, en mayor o menor medida, son en ciertas situaciones dependientes” (32).

Durante la primera infancia, los niños dependen, casi absolutamente, de otros que velen por su cuidado, su crecimiento y su desarrollo. En este mismo sentido, es obligación de los adultos promover y proteger los derechos de los niños más pequeños en relación con:

- La protección contra el peligro físico.
- La nutrición y atención de la salud adecuadas.
- Un adulto con quien establecer vínculos afectivos.
- La disposición, a su alcance, de objetos para mirar, tocar, escuchar, oler, probar.
- La provisión de ocasiones para explorar el mundo que lo rodea.
- La estimulación apropiada.
- El apoyo para adquirir nuevas aptitudes motoras, lingüísticas y mentales.
- El goce de un cierto grado de independencia.



- La generación de oportunidades para comenzar a aprender a cuidarse a sí mismos (33).

2.6. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Son tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (34).

En la intervención, en las actividades de la vida diaria de los niños con discapacidad, es importante partir de reconocer cuatro criterios orientadores de la acción profesional dirigida a mejorar su participación en tales tareas: el significado, la independencia, la seguridad y la adecuación de la actividad (35).

2.7. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de un individuo. Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje y la participación permanentes, previniendo posibles retrasos del desarrollo y discapacidades. Y para los niños con discapacidad, es una etapa vital para garantizar el acceso a intervenciones que puedan ayudarlos a desarrollar todo su potencial (36).

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. El concepto de crecimiento y desarrollo implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica



diferencial en la asistencia del niño. Tanto el crecimiento como el desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, ambientales etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa (37).

Crecimiento

El crecimiento es un proceso que se caracteriza por el aumento de la masa corporal (lo físico, los tejidos, los órganos) que se da por el aumento en el número y el tamaño de las células. Depende en buena medida de la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren y de cómo son asimilados y utilizados por el organismo. Es un proceso progresivo que sucede ligado al proceso de desarrollo y en ambos influyen factores genéticos y del medio ambiente (38).

Desarrollo

El desarrollo es un proceso de cambio a través del cual las personas van adquiriendo, construyendo y organizando un dominio progresivo de conocimientos, habilidades, comportamientos, sentimientos y vínculos con los otros, que se complejizan de manera creciente y articulada. Se trata de una transformación continua, gradual, integrada y progresiva que ocurre a lo largo de toda la vida. Durante ese proceso, las personas acceden a estados -cada vez más complejos- tanto en los aspectos cognitivos como en los motrices, sociales y afectivos (39).

2.8. RETRASO DEL DESARROLLO

El retraso del desarrollo implica que los logros del desarrollo de determinado niño durante sus primeros años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad (40).



El retraso del desarrollo es causado por complicaciones en el parto, falta de estímulo, desnutrición, problemas crónicos de salud y otros problemas orgánicos, situaciones psicológicas y familiares, y otros factores ambientales. Aunque es posible que el retraso del desarrollo no sea permanente, puede ofrecer una base para reconocer a los niños que podrían sufrir una discapacidad (41).

Narbona y Schlumberger contemplaron las diferentes posibilidades diagnósticas que pueden desembocar en un retraso psicomotor: “Puede ocurrir que el retraso sea una variante normal del desarrollo, en cuyo caso se normalizará espontáneamente antes de la edad preescolar. Puede que en realidad sea un verdadero retraso, debido a déficit en la estimulación por parte del entorno familiar y social, que podría ser normalizado si se adecuara la educación y el ambiente del niño (retraso de etiología ambiental); o bien deberse a enfermedad crónica extra neurológica (cardiopatía congénita, enfermedad respiratoria, desnutrición, entre otras). Por otra parte, un retraso puede deberse al efecto de un déficit sensorial aislado, como la sordera neurosensorial congénita o ser la primera manifestación de una futura deficiencia mental, otra posibilidad es que sea la primera manifestación de una encefalopatía crónica no evolutiva” (42).

A los niños que presentan retraso se les debe brindar una atención temprana para dar comienzo a intervenciones oportunas con participación de la familia para prevenir el retraso, estimular las aptitudes emergentes y crear un ambiente más estimulante y protector (43).

“Se entiende por Atención Temprana al conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben ser consideradas la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de



profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar que actúan sin jerarquía para obtener una visión integral de la persona y potenciar la capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (44).

La intervención temprana en la infancia abarca una gama de servicios y apoyos para mejorar el desarrollo personal y la resiliencia de los niños, fortalecer las aptitudes familiares y promover la inclusión social de las familias y los niños. Los servicios pueden prestarse en una variedad de ámbitos, entre ellos clínicas, hospitales, centros de intervención temprana, centros de rehabilitación, centros comunitarios, hogares y escuelas (45).

2.9. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas y constituye un indicador muy sensible del nivel general de desarrollo. El marco conceptual de las causas de la malnutrición difundido por UNICEF plantea tres grandes grupos: a) Causas inmediatas, las relacionadas con la ingesta inadecuada de alimentos y micronutrientes y las enfermedades de tipos infeccioso; b) Causas subyacentes, relacionadas con la inseguridad alimentaria en el hogar, que tiene que ver con la poca disponibilidad de alimentos, la falta de acceso a ellos y su uso inadecuado, que a su vez, tiene que ver con patrones de inadecuada información y c) Causas básicas, relacionadas con las estructuras políticas, económicas e ideológicas en la sociedad, que regulan el acceso a los recursos, la educación y las oportunidades que finalmente determinan la pobreza de las familias, que es la raíz del problema (46).

Los índices básicos para determinar el estado nutricional son:

- **Peso para la edad (P/E):** Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo (47).



- **Talla para la edad (T/E):** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo (48).
- **Peso para la talla (P/T):** Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso bajo para la talla es indicador de desnutrición y alto, de sobrepeso y obesidad (49).
- **Índice de masa corporal para la edad (IMC/E):** Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con la adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla², a su vez es dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión (50).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas desde el primer año hasta los seis años de vida, estableciendo patrones comunes que sirven para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento (desnutrición, sobrepeso y obesidad) (51).

La desnutrición infantil genera, además de daños físicos, un detrimento irreversible de la capacidad cognitiva. Entendida como “síndrome de deterioro del desarrollo”, incluye trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), una menor inmuno-competencia y un aumento de la morbimortalidad (52).

Kana-rek y Marke-Kaufman señalan que la desnutrición provoca cambios estructurales y bioquímicos en el sistema nervioso central que pueden alterar su funcionamiento y limitar las capacidades de aprendizaje. Los efectos sobre el comportamiento son evidentes; se han reportado, de manera generalizada, irritabilidad, apatía, llanto monótono, falta de atención, de exploración y de responsabilidad social (53).



La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial que puede iniciar en la infancia y se caracteriza por un exceso de grasa corporal, que coloca al individuo en una situación de riesgo para la salud (54).

La obesidad se suele valorar utilizando indicadores indirectos de la grasa corporal obtenidos a partir de medidas antropométricas sencillas. El que se utiliza con mayor frecuencia es el índice de masa corporal (IMC) (55).

2.10. FAMILIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (56).

Según Cristóbal Martínez, jefe del grupo de psiquiatría infanto-juvenil en Cuba: “la familia es la célula básica y primera en la formación de la personalidad del niño. Tanto es así que cuando conocemos a un niño podemos casi imaginarnos cómo es su familia (57).

La familia es el primer grupo al que se pertenece y del cual se adquieren los valores básicos, en este es necesario lograr un progreso armónico e integral; la respuesta afectiva de uno a otro provee la recompensa básica de la vida familiar (58).

Minuchin resalta que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento (59).

El clima familiar, tiene una connotación afectiva y educativa muy importante.

Según Moos y Trickett, el clima social familiar es cuando la familia posibilita el



proceso de desarrollo de las habilidades sociales en sus hijos e hijas mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar (60).

Bowlby, afirma que el intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar (61).

2.11. TIPOS DE FAMILIA

Institución social cuyos miembros están unidos por lazos de consanguinidad.

- **Familia nuclear:** compuesta por dos adultos, que ejercen el papel de padres, y sus hijos.
- **Familias monoparentales:** convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de familias, uno de los hijos desarrolla la otra figura parental.
- **Familia extensa:** incluye otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, los tíos y los primos son todo parte de una familia extensa (62).

Según Olga L. Gerónimo Pérez, la familia disfuncional es aquella donde existen conflictos que inciden negativamente en su funcionamiento, en la que prevalecen tensiones que la desordenan, la abaten y la desunen (63).

La alianza familiar se organiza entre el niño y sus cuidadores primarios. Los cuidadores facilitan y guían el desarrollo del niño, mientras este crece y logra su autonomía (64).

2.12. TIPO DE CUIDADOR

Persona que suministra al niño o niña las atenciones de la vida diaria como alimentación, aseo personal, afecto, educación, recreación y participación social (65).



Cuidar de un niño enfermo o con discapacidad, y en condiciones de dependencia, es una tarea que pone en juego la participación conjunta de los sistemas de cuidado formal e informal, representados respectivamente por el personal de salud de las instituciones y la familia, quienes otorgan los cuidados. En la familia, el cuidador es normalmente uno de sus miembros, denominado cuidador informal, el cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa, apoya o realiza las actividades de la vida diaria que compensan la disfunción que tiene la persona dependiente (66).

En la familia, muy especialmente el padre, la madre y, por supuesto, los abuelos, juegan un papel especialmente importante en la transmisión de valores. Los abuelos juegan un papel muy diferente. Ellos ya educaron a sus hijos, y ahora su nuevo papel les debería permitir mantener con sus nietos unas relaciones afectivas más libres y abiertas. Aunque nunca se deja de ser padre o madre, por muchos años que se tengan, los abuelos son padres de sus hijos, pero no de sus nietos (67).

Si los niños pasan muchas más horas bajo el cuidado de sus abuelos que bajo el de sus padres, pueden llegar a mantener relaciones afectivas que no les corresponden (68).

2.13. SOBREPOTECCIÓN

La sobreprotección trae consigo consecuencias negativas para el desarrollo de la independencia y autonomía personal del niño. Son comunes, sobre todo en las madres, actitudes como: no dejar al niño salir solo, estar todo el tiempo con él, hacerle las cosas cuando él no sabe; en lugar de enseñarlas aunque lo hagan mal o tarden mucho tiempo, y no darles la capacidad de elegir, de opinar, de decidir, por un miedo asfixiante hacia al hijo, porque no le acurra nada. Dependerá también de la manera en la que los padres enfrenten la discapacidad (69).



Álvarez Alberca plantea que los sobreprotectores impiden que el niño pueda alcanzar su independencia, responsabilidad y desarrollo de la creatividad (70).

Heike Freire dice que la sobreprotección genera el efecto contrario al deseado: “Cuando, para proteger a los niños, no se les permite hacer las cosas por sí mismos, se saltan etapas fundamentales del aprendizaje, no se responsabilizan de las consecuencias de sus acciones, ni son capaces de evaluar los riesgos; la probabilidad de que sufran accidentes se multiplica por 100. El miedo y la desconfianza tienden a retroalimentarse: el exceso de protección deja, paradójicamente, desprotegidos a nuestros hijos. Su autoestima, su confianza en sí mismos y su creatividad disminuye” (71).

2.14. ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA E.V.E.

Si la discapacidad es definida como la dificultad de los niños y niñas para realizar las actividades de la vida diaria y que para su realización requieren del apoyo de aparatos o de las personas, es decir tienen una situación de dependencia, esta Escala de Valoración de la Situación de Dependencia permite determinar si un niño o niña debe ser categorizado como una persona con discapacidad (72).

La valoración se realiza en el entorno habitual 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 (73).

Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos ya que se utilizan los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el entorno y a los que el/la niño/a está acostumbrado (74).

Antes de iniciar la aplicación de la EVE, el profesional que realice la valoración deberá cumplimentar los datos relativos a su propia identificación



y a la persona que se va a valorar. En todos los apartados de la Escala se tendrá en cuenta la edad cronológica en meses cumplidos y sin aplicar ninguna corrección (75).

Aplicando el EVE se pueden establecer tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, que se corresponden con la puntuación final de 1 a 3 puntos obtenida en su aplicación, estableciéndose revisiones periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses todas las personas deberán ser de nuevo evaluadas con el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BVD) (76).

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 (77).

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 (78).

Variables de desarrollo. Actividad adaptativa: Funciones y actividades de adaptación al medio, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores (79).

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 (80).

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 (81).

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, de procesador del implante coclear y de bomba de insulina. Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses (82).

2.15. BAREMO DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA B.V.D.

El BVD sirve para establecer la valoración de grado y niveles de dependencia (83).

El Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia permite determinar las situaciones de 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 (84).

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 (85).

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 (86).

El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del



domicilio: comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. La valoración de actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad (87).

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. No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.

I. No muestra iniciativa para realizar las tareas (88).

Tipo de apoyo: Se distinguirá la naturaleza del apoyo que necesita la persona valorada para la realización adecuada de la tarea. Si necesita diversos tipos de apoyo en una misma tarea se elegirá aquel que resulte más frecuente (89).

- **Supervisión / Preparación:** Conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones (90).
- **Asistencia física parcial:** Comprende la colaboración física con la persona valorada en la ejecución parcial o completa de la tarea. Ésta incluye la preparación de elementos necesarios para la realización de la tarea por sí mismo (91).
- **Asistencia física máxima:** Comporta que la persona valorada no puede ejecutar por sí misma la tarea completa de ningún modo (92).
- **Asistencia Especial:** Consiste en cualquiera de los apoyos anteriormente descritos cuando su prestación en el desarrollo de la tarea



resulta obstaculizada por la interferencia determinante de condiciones excepcionales de salud de la persona valorada (93).

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 (94).

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 (95).

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 (96).

Otros cuidados corporales: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse (97).

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 (98).

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 (99).

Transferencias corporales: Agrupa las actividades siguientes.

- **Sentarse:** Adoptar y abandonar la posición de sentado y cambiar la posición del cuerpo, de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse.
- **Tumbarse:** Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse.
- **Ponerse de pie:** Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse.
- **Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado:** Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama.
- **Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado:** Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra (100).

Desplazarse dentro del hogar: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones (101).

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 (102).

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 (103).

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 autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público (104).

El valorador debe tener muy presente que la emisión o desviación de estos criterios a lo largo de la aplicación del baremo puede dar lugar a resultados distintos del grado y nivel de la severidad de la dependencia (105).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de dependencia en niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Caracterizar la población de investigación.

3.2.2 Aplicar la Escala de Valoración Específica E.V.E. (0 a 3 años) y el Baremo de Valoración de la Dependencia B.V.D. (3 años en adelante), para identificar el grado de dependencia.

3.2.3 Identificar los factores asociados a la dependencia en los niños y niñas.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es cuantitativo, observacional descriptivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca C.E.D.I.U.C., ubicado en la Facultad de Ciencias Médicas, Edificio de Enfermería, planta baja, Dirección: Av. 12 de Abril y Av. El Paraíso. En la ciudad de Cuenca de la provincia del Azuay del Ecuador.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

La población de estudio son todos los niños y niñas que asisten al C.E.D.I.U.C (N=149). La muestra (n=149) se corresponde con el universo.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participaron todos los niños y niñas cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a todos los niños y niñas cuyos representantes legales no firmaron el consentimiento y a aquellos que no asistieron durante los meses de evaluación.



4.5 VARIABLES

Sexo
Edad cronológica
Discapacidad
Retraso en el desarrollo
Dependencia
Tipo de familia
Tipo de cuidador

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 1)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

MÉTODO: Para obtener la información se utilizó la Escala de Valoración Específica E.V.E. y Baremo de Valoración de Dependencia B.V.D., también un formulario de recolección de datos.

TÉCNICA: En el estudio se utilizó como técnica la encuesta.

INSTRUMENTOS: Los instrumentos que se utilizaron para obtener la información fueron: consentimiento informado (Anexo 2), formulario de recolección de datos (elaborado por las autoras) (Anexo 3), Escala de Valoración Específica E.V.E. (0 a 3 años) (Anexo 4) Y Baremo de Valoración de Dependencia B.V.D. (3 años en adelante) (Anexo 5).

4.7 PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN: Se obtuvo la autorización correspondiente por parte del director del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca.

CAPACITACIÓN: Para la realización de la investigación se consultó con profesionales y referencias bibliográficas.

SUPERVISIÓN: Director Dr. Julio Jaramillo Oyervide.



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis y tabulación de los datos se utilizó el programa: SPSS versión 15 en español, Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word 2013 para el diseño de tablas.

En el análisis de datos se utilizaron los siguientes estadísticos: frecuencia y porcentajes y los resultados fueron presentados en tablas simples y de doble entrada.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

- Se obtuvo el permiso del director del C.E.D.I.U.C.
- Se consiguió el permiso del comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se obtuvo el consentimiento informado a los/las representantes legales de los niños y niñas que participaron en el estudio.
- Nuestro estudio protegió la información recolectada, puesto que los formularios de recolección de datos fueron codificados y el acceso es únicamente para las autoras.
- Se respetó la privacidad, confidencialidad y anonimato.



CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la investigación realizada a los 74 niños de los 149 que conformaron nuestro universo de estudio:

TABLA 1

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: *datos de los representantes legales.*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD DEL PADRE*	Adolescente (10 años a 19 años)	4	5,4 %
	Adulto joven (20 años a 44 años)	62	83,8%
	Adulto medio (45 años a 64 años)	8	10,8%
EDAD DE LA MADRE*	Adolescente (10 años a 19 años)	1	1,4%
	Adulto joven (20 años a 44 años)	69	93,2%
	Adulto medio (45 años a 64 años)	4	5,4
RESIDENCIA	Cuenca	70	94,6%
	Gualaceo	3	4,1%
	Girón	1	1,4%
OCUPACIÓN DEL PADRE	Chofer	9	12,2%
	Economista	1	1,4%
	Albañil	6	8,1%
	Empleado público	16	21,6%
	Empleado privado	24	32,4%



TABLA 1. Continuación

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: *datos de los representantes legales.*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
OCUPACIÓN DEL PADRE	Estudiante	3	4,1%
	Doctor	5	6,8%
	Comerciante	5	6,8%
	Mecánico	5	6,8%
OCUPACIÓN DE LA MADRE			
	Ama de casa	43	58,1%
	Empleado pública	4	5,4%
	Empleado privada	4	5,4%
	Doctora	7	9,5%
	Estudiante	4	5,4%
	Enfermera	3	4,1%
	Contadora Pública y Auditora	4	5,4%
	Periodista	1	1,4%
	Comerciante	4	5,4%
INGRESO ECONÓMICO*			
	Precario (\$0,00 – 366,00)	35	47,3%
	Pobre (\$367,00 – 657,68)	17	23,0%
	Medio (\$658,68 - 1315,36)	16	21,6%
	Medio Alto (\$1316,36 – 1973,04)	1	1,4%
	Altos (\$> 1974,04)	5	6,8%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

*Rangos de edad según criterios de la Organización Mundial de la Salud.

*Ingresos económicos según el Servicio de Renta Internas.



De los 74 representantes legales de los niños, prevalecen en la “edad del padre”, con el 83,8% (62) los jóvenes adultos; en la “edad de la madre”, con el 93,2% (69) jóvenes adultos. El 94,6% (70) residen en Cuenca. En la “ocupación del padre”, con el 32,4% (24), prevalecen los empleados públicos; en la “ocupación de la madre”, con el 58,1% (43), prevalecen las amas de casa, y con el 47,3% (35) tienen ingresos precarios.

TABLA 2

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: edad cronológica.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD CRONOLÓGICA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	De 0 a 1 año	4	5,4%
	De 1 año 1 día a 2 años	6	8,1%
	De 2 años 1 día a 3 años	10	13,5%
	De 3 años 1 día a 4 años	16	21,6%
	De 4 años 1 día a 5 años	11	14,9%
	De 5 años 1 día a 6 años	10	13,5%
	De 6 años 1 día a 7 años	9	12,2%
	De 7 años 1 día a 8 años	5	6,8%
	De 8 años 1 día a 9 años	1	1,4%
	Mayores a 9 años	2	2,7%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), el 21,6% (16) de la edad cronológica corresponde al rango de: 3 años 1 día a 4 años.



TABLA 3

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: **sexo**.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	48	64,9%
	Femenino	26	35,1%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), el 64,9% (48) corresponde al sexo masculino.

TABLA 4

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: **tipo de discapacidad**.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE DISCAPACIDAD	Física	6	8,1%
	Intelectual	19	25,7%
	Sensorial	1	1,4%
	Mixta	3	4,1%
	Ninguna	45	60,8%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra investigada (74 niños/as) el 39,3% tienen discapacidad; de los cuales, el 25,7% (19) presenta discapacidad intelectual; el 8,1% (6), discapacidad física; el 4,1% (3), discapacidad mixta; y el 1,4% (1), discapacidad sensorial.



TABLA 5

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *diagnóstico*.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIAGNÓSTICO	Parálisis Cerebral Infantil	4 5,4%
	Retraso en el Desarrollo Psicomotor	10 13,5%
	Síndrome de Down	6 8,1%
	Desarrollo Psicomotor Normal	11 14,9%
	Autismo	4 5,4%
	Déficit Intelectual Leve	4 5,4%
	Dislalia Funcional	7 9,5%
	Retraso en el Desarrollo del Lenguaje	13 17,6%
	Rotacismo	2 2,7%
	Trastorno del Lenguaje asociada a una Hipoacusia Bilateral	1 1,4%
	Prematurez	4 5,4%
	Acortamiento Muscular	1 1,4%
	Hemiplejía	1 1,4%
	Hemiparesia	2 2,7%
	Síndrome de West	1 1,4%
	Síndrome de Coffin Siris	1 1,4%
	Otentismo	1 1,4%
Trastorno Craneoencefálico	1 1,4%	
TOTAL	74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), en cuanto al diagnóstico, el 17,6% (13) corresponde al retraso en el desarrollo del lenguaje, y le sigue en frecuencia el desarrollo psicomotor normal, con un 14,9% (11).



TABLA 6

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *escolarización*.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESCOLARIZADO	SI	44	59,5%
	NO	30	40,5%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), el 59,5% (44) están escolarizados.

TABLA 7

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *hacinamiento*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
HACINAMIENTO	SI	14	18,9%
	NO	60	81,1%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra investigada (74 niños/as), el 18,9% (14) viven en hacinamiento.



TABLA 8

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *estado nutricional*.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO NUTRICIONAL	Obesidad	2	2,7%
	Riesgo de sobrepeso	9	12,2%
	Adecuado	56	75,7%
	Riesgo de desnutrición	7	9,5%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), el 12,2% (9) tienen riesgo de sobrepeso; le sigue en frecuencia, con el 9,5% (7), el riesgo de desnutrición; y, con el 2,7% (2), obesidad.

TABLA 9

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *retraso en el desarrollo*.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
RETRASO EN EL DESARROLLO	Normal	34	45,9%
	Retraso	40	54,1%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra investigada (74 niños/as), el 54,1% (40) presentan retraso en el desarrollo.



TABLA 10

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia*.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPENDENCIA	Dependencia Moderada	18	24,3%
	Dependencia Severa	11	14,9%
	Gran Dependencia	5	6,8%
	No Dependencia	40	54,1%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as) el 46% tienen dependencia; con el 24,3% (18) dependencia moderada, con el 14,9% (11) dependencia severa y con el 6,8% (5) gran dependencia.

TABLA 11

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *tipo de familia*.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE FAMILIA	Mono – parenteral	3	4,1%
	Nuclear	44	59,5%
	Extendida	25	33,8%
	Simultanea	2	2,7%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra investigada (74 niños/as), el 59,5 % (44) corresponde a familia nuclear; le sigue en frecuencia la familia extendida, con un 33,8% (25).



TABLA 12

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *tipo de cuidador.*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE CUIDADOR	Padre	4	5,4%
	Madre	48	64,9%
	Abuelo	14	18,9%
	Hermano	1	1,4%
	Tío	3	4,1%
	Empleada	4	5,4%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (74 niños/as), el 64,9% (48) son cuidados por sus madres.

TABLA 13

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *percepción de la sobreprotección de los padres.*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERCEPCIÓN DE LA SOBREPROTECCIÓN DE LOS PADRES	SI	47	63,5%
	NO	27	36,5%
TOTAL		74	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: Del total de la muestra investigada (74 niños/as), el 63,5% (47) tienen percepción de la sobreprotección.



TABLA 14

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: *dependencia y edad cronológica.*

DEPENDENCIA										
EDAD CRONOLÓGICA	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
De 0 a 1 año.	2	2,7%	1	1,4%	1	1,4%	0,0%	0,0%	4	5,4%
De 1 año 1 día a 2 años.	1	1,4%	3	4,1%	1	1,4%	1	1,4%	6	8,1%
De 2 años 1 día a 3 años.	2	2,7%	1	1,4%	2	2,7%	5	6,8%	10	13,5%
De 3 años 1 día a 4 años.	3	4,1%	2	2,7%	0	0,0%	11	14,9%	16	21,6%
De 4 años 1 día a 5 años.	2	2,7%	1	1,4%	0	0,0%	8	10,8%	11	14,9%
De 5 años 1 día a 6 años.	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	8	10,8%	10	13,5%
De 6 años 1 día a 7 años.	4	5,4%	1	1,4%	0	0,0%	4	5,4%	9	12,2%
De 7 años 1 día a 8 años	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%	3	4,1%	5	6,8%
De 8 años 1 día a 9 años	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Mayores a 9 años	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%
TOTAL	18	23,4%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	33,673 /GI 27								p=0,176	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 15 presentan dependencia, con una edad cronológica desde 1 año 1 día a 4 años, y 5 con una edad de 6 años 1 día a 7años.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 33,673 y un valor de probabilidad de 0,176. Esto nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre dependencia y la edad cronológica.



TABLA 15

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y sexo*.

DEPENDENCIA										
SEXO	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran dependencia		No dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Masculino	9	12,2%	10	13,5%	3	4,1%	26	35,1%	48	64,9%
Femenino	9	12,2%	1	1,4%	2	2,7%	14	18,9%	26	35,1%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	5,071 /GI 3								p=0,167	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 22 de ellos que presentan dependencia, corresponden al sexo masculino; de los cuales, el 12,2% (9 niños) tiene dependencia moderada; el 13,5% (10 niños), dependencia severa; y el 4,1 (3 niños), gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 5,071 y un valor de probabilidad 0,167. Esto nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el sexo.



TABLA 16

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y ocupación de la madre.*

DEPENDENCIA										
OCUPACIÓN DE LA MADRE	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
	Ama de casa	9	12,2%	8	10,8%	4	5,4%	22	29,7%	43
Empleada pública	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	4	5,4%
Empleado privada	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,1%	4	5,4%
Doctora	3	4,1%	1	1,4%	0	0,0%	3	4,1%	7	9,5%
Estudiante	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	2	2,7%	3	4,1%
Enfermera	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	3	4,1%	4	5,4%
Contadora pública y auditora	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	3	4,1%	4	5,4%
Periodista	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%
Comerciante	3	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	4	5,4%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	19,842/GI 24								p = 0,706	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De las 74 madres de los niños/as, observamos que 21 de ellas son amas de casa; de las cuales, el 12,2% de hijos/as (9) tienen dependencia moderada; el 10,8% de hijos/as (8) dependencia severa; y el 5,4% de hijos/as (4), gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado con un valor de 19,842 y la probabilidad con un valor de 0,706; esto nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y la ocupación de la madre.



TABLA 17

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y tipo de discapacidad.*

TIPO DE DISCAPACIDAD	DEPENDENCIA								TOTAL	
	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Física	0	0,0%	4	5,4%	0	0,0%	2	2,7%	6	8,1%
Intelectual	9	12,2%	4	5,4%	3	4,1%	3	4,1%	19	25,7%
Sensorial	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Mixta	1	1,4%	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	3	4,1%
Ninguna	7	9,5%	2	2,7%	1	1,4%	35	47,3%	45	60,8%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	44,673 / GI 12								p = 0 ,000	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 29 presentan discapacidad. De estos, 24 tienen dependencia y la mayor dependencia es la de los niños/as con discapacidad intelectual: el 12,2% (9 niños/as) con dependencia moderada, el 5,4% (4 niños/as) con dependencia severa y el 4,1% (3 niños/as) con gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado con un valor de 44,673 y 0,000 como valor de probabilidad. Esto nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el tipo de discapacidad.



TABLA 18

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y diagnóstico.*

DEPENDENCIA										
DIAGNÓSTICO	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Parálisis Cerebral Infantil	1	1,4%	0	0,0%	3	4,1%	0	0,0%	4	5,4%
Retraso en el Desarrollo Psicomotor	1	1,4%	2	2,7%	1	1,4%	6	8,1%	10	13,5%
Síndrome de Down	3	4,1%	2	2,7%	0	0,0%	1	1,4%	6	8,1%
Desarrollo Psicomotor Normal	2	2,7%	1	1,4%	0	0,0%	8	10,8%	11	14,9%
Autismo	3	4,1%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,4%
Déficit Intelectual Leve	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	4	5,4%
Dislalia Funcional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	9,5%	7	9,5%
Retraso en el Desarrollo del Lenguaje	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	11	14,9%	13	17,6%
Rotacismo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%	2	2,7%
Trastorno del Lenguaje asociada a una Hipoacusia Bilateral	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	2	2,7%
Prematurez	2	2,7%	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	4	5,4%
Acortamiento Muscular	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%
Hemiplejía	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Hemiparesia	0	0,0%	2	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%
Síndrome de West	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%



TABLA 18. Continuación

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y diagnóstico.*

DEPENDENCIA										
DIAGNÓSTICO	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Síndrome de Coffin Siris	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%
Otentismo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%
Trastorno Craneoencefálico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%
TOTAL	18	23,4%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	33,673 /GI 27								p=0,176	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que el diagnóstico que prevalece es el Síndrome de Down (5); de los cuales, el 4,1% (3 niños/niñas) tienen dependencia moderada y el 2,7% (2 niños/as) tiene dependencia severa. Se obtuvo el Chi-cuadrado, con un valor de 33,673 y 0,176 de probabilidad, lo que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia el tipo de discapacidad.



TABLA 19

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y estado nutricional.*

ESTADO NUTRICIONAL	DEPENDENCIA								TOTAL	
	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Obesidad	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,7%
Riesgo de sobrepeso	2	2,7%	2	2,7%	1	1,4%	4	5,4%	9	12,2%
Adecuado	14	18,9%	6	8,1%	2	2,7%	34	45,9%	56	75,7%
Riesgo de desnutrición	1	1,4%	2	2,7%	2	2,7%	2	2,7%	7	9,5%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	13,075 / GI 9								p = 0,159	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 34 de ellos presentan dependencia; de estos, 22 niños/as tienen un estado nutricional adecuado, 2 niños/as tienen obesidad, 5 niños/as riesgo de sobrepeso y 5 niños/as riesgo de desnutrición.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 13,075 y 0,159 de probabilidad, que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el estado nutricional.



TABLA 20

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y retraso en el desarrollo.*

DEPENDENCIA										
RETRASO EN EL DESARROLLO	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Normal	5	6,8%	2	2,7%	0	0,0%	27	36,5%	34	45,9%
Retraso	13	17,6%	9	12,2%	5	6,8%	13	17,6%	40	54,1%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	17,539 / GI 3								p = 0,001	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 27 presentan retraso en el desarrollo y dependencia; de estos, el 17,6% (13 niños/as) tiene dependencia moderada, el 12,2% (9 niños/as) tiene dependencia severa, y el 6,8% (5 niños/as) tiene gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 17,539 y 0,001 de probabilidad, que nos indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el retraso en el desarrollo.



TABLA 21

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre.
2016, según: *dependencia y tipo de familia.*

DEPENDENCIA										
TIPO DE FAMILIA	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Mono – parental	1	1,4 %	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%	3	4,1%
Nuclear	10	13,5%	7	9,5%	2	2,7%	25	33,8%	44	59,5%
Extendida	7	9,5%	3	4,1%	2	2,7%	13	17,6%	25	33,8%
Simultanea	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%	2	2,7%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	8,367 / GI 9								p = 0,498	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 19 de ellos presentan dependencia y corresponden a la familia nuclear; de estos, el 13,5% (10 niños/as) tiene dependencia moderada, el 9,5% (7 niños/as) tiene dependencia severa, y el 2,7% (2 niños/as) tiene gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 8,367 y 0,498 de probabilidad, esto nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el tipo de familia.



TABLA 22

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: *dependencia y tipo de cuidador.*

DEPENDENCIA										
TIPO DE CUIDADOR	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Padre	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	2	2,7%	4	5,4%
Madre	10	13,5%	7	9,5%	5	6,8%	26	35,1%	48	64,9%
Abuelo	5	6,8%	1	1,4%	0	0,0%	8	10,8%	14	18,9%
Hermano	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	1	1,4%
Tío	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%	3	4,1%
Empleada	1	1,4%	1	1,4%	0	0,0%	2	2,7%	4	5,4%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	6,672 / GI 15									p = 0,966

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 22 de ellos presentan dependencia y son cuidados por sus madres; de estos, el 13,5% (10 niños/as) tiene dependencia moderada, el 9,5% (7 niños/as) tiene dependencia severa, y el 6,8% (5 niños/as) tiene gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 6,672 y 0,966 de probabilidad, esto nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y el tipo de cuidador.



TABLA 23

Distribución de 74 niños y niñas del C.E.D.I.U.C. septiembre – octubre. 2016, según: *dependencia y percepción de la sobreprotección de los padres.*

DEPENDENCIA										
PERCEPCIÓN DE LA SOBREPOTECCIÓN DE LOS PADRES	Dependencia Moderada		Dependencia Severa		Gran Dependencia		No Dependencia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
	SI	11	14,9%	5	6,8%	5	6,8%	26	35,1%	47
NO	7	9,5%	6	8,1%	0	0,0%	14	16,9%	27	36,5%
TOTAL	18	24,3%	11	14,9%	5	6,8%	40	54,1%	74	100%
Chi-cuadrado de Pearson	4,503 / GI 3								p = 0,212	

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Pérez, E; Vera, K.

Interpretación: De los 74 niños/as, observamos que 21 de ellos presentan dependencia y percepción de la sobreprotección; de estos, el 14,9% (11 niños/as) tiene dependencia moderada, el 6,8% (5 niños/as) tiene dependencia severa, y el 6,8% (5 niños/as) tiene gran dependencia.

Se obtuvo el Chi cuadrado, con un valor de 4,503 y 0,212 de probabilidad, que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y la percepción de la sobreprotección.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada a niños/niñas, con y sin discapacidad, del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca y se determinó el grado de dependencia con sus posibles factores asociados.

Según Jiménez, en el 2010, en España (106) se realizó un estudio en donde se aplicó el B.V.D. en una población con discapacidad y se determinó que el Grado I está conformado por el 23,6%; el Grado II, por el 32,7%; y el Grado III, por el 43,7%. En otro estudio realizado por Carreño y Coronel en el 2015, en el Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay (107), se obtuvo los siguientes resultados: El Grado I representa el 1,5%, el Grado II tiene un porcentaje de 15,4% y el Grado III se conforma por el 83,1% de los estudiantes. En nuestra investigación se aplicó el BVD a niños/niñas en quienes se observó que el Grado I representa 73,3%, el Grado II 20%, el Grado III 6,6%.

Con respecto al tipo de discapacidad, en el 2010 en Cuba, según Cobas y Zacca (108) se obtuvo que: el mayor porcentaje fue el de discapacidad intelectual, con el 38,3%; seguida por la discapacidad física, con el 25,22%. Mientras que en el 2010, en Ecuador -según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (109)- la mayor prevalencia es la discapacidad física-motora, con el 23,73%, y la discapacidad intelectual, con el 7,16%. Según Ortiz (110), en Cuenca -en el 2013- la discapacidad intelectual afecta a 1.232 personas, mientras que la discapacidad física es mayor, afectando a 1.328 personas. En nuestra investigación realizada en el CEDIUC encontramos que el mayor porcentaje corresponde a la discapacidad intelectual, con el 25,7%, seguido por la discapacidad física, con el 8,1%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010 en México (111), en los resultados según el sexo se encontró un mayor predominio en las mujeres, con el 52,3%, y el 47,7% son hombres. En cambio, en Chile (112), en el 2015 se encontró que: el 58,2% de la población fueron mujeres y el 41,8% fueron hombres. En nuestro estudio encontramos que el 64,9% representado por los hombres, en tanto que las mujeres representan el 35,1% de la población estudiada.

Según Jiménez (113), en el 2010, en España se realizó un estudio con relación a las variables de grado de dependencia y sexo, donde encontró un 7,6% de hombres y un 17,14% de mujeres en el Grado II, siendo estos los porcentajes menores de la investigación. En el Grado III, se visibilizó porcentajes mayores: en los hombres; el 17,7%, y el 30,93% en las mujeres. En nuestra investigación se obtuvo los siguientes resultados: Grado I:12,9% tanto en hombres como mujeres, y el Grado III: 4,1% en hombres y 2,7% en mujeres.

Kotliarenco, Gómez y Muñoz (114) realizaron un estudio en Chile en 2009, donde se observó que el 13,2% de los niños/as presentaban retraso en el desarrollo. En otro estudio, realizado en Cuenca en el 2012 por Huiracocha, Robalino, García, Pazán y Angulo (115), se reveló que el 11% presentaba retraso; en nuestro estudio obtuvimos un 54,1% de retraso.

Huiracocha, Robalino, García, Pazán y Angulo (116) realizaron un estudio en Cuenca, en el 2012, encontrando que el 70,8% eran familias nucleares, el 11% eran mono-parentales y el 18,2% extendidas. En nuestro proyecto investigativo observamos que el 59,5% son familias nucleares, el 4,1% mono-parental y el 33,8% extendidas.

Abellán realizó un estudio en Andalucía-España (117), en el 2012, sobre cuidadores informales, encontrando que el 56,9% corresponde a las madres. Un estudio realizado en el 2006, por Vanegas en Colombia (118), mostró que el 85,25% corresponde a las madres. Gamboa (119), en el



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2014, reveló que el 87,5% también son cuidados por sus madres. En otro estudio, realizado en Cuenca por Cabrera y Cordero (120), se evidenció que el 86,7% fueron las madres. En nuestra investigación encontramos que el 64,9% de cuidadores son madres.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

La presente investigación concluye lo siguiente:

- Encontramos que la población estudiada está conformada por niños en un 64,9%.
- El rango que prevalece, según la edad cronológica, es de 3 años 1 día a 4 años, con el 21,6% (16).
- Según la E.V.E., así como el B.V.D., aplicados a los niños/niñas del CEDIUC -con y sin discapacidad-, encontramos que de los 74 niños/niñas, el 24,3% presentaron dependencia moderada, el 14,9% dependencia severa, el 6,8% gran dependencia y el 54,1%, no dependencia.
- En nuestro trabajo de investigación se encontró que 29 niños/as presentan discapacidad, de los cuales 24 tienen dependencia.
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia y las variables: retraso en el desarrollo (0,001) y tipo de discapacidad (0,000).
- Con respecto al tipo de discapacidad, en nuestra investigación encontramos que el 25,7% corresponde a discapacidad intelectual.
- Los 54,1% de los niños y niñas evaluados fueron identificados con retraso en el desarrollo.
- El tipo de familia y el tipo de cuidador, no constituye un factor de riesgo predisponente a la dependencia en este grupo estudiado.
- En cuanto a cuidadores informales, el que prevalece son las madres con un 64,9%.



7.2 RECOMENDACIONES

Recomendamos a:

- A la Facultad de Tecnología Médica que capacite a los docentes del área de estimulación temprana, así como también a los estudiantes, sobre el uso y manejo de la Escala de Valoración Específica y el Baremo de Valoración de Dependencia para que, manejando correctamente los instrumentos de evaluación, puedan hacer un trabajo más eficaz.
- Al equipo técnico del Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca, que los resultados encontrados en este estudio sean utilizados en las planificaciones para potenciar y optimizar el aprendizaje de los niños/niñas.
- A los docentes del CEDIUC, intervenir en las áreas con mayor dificultad que presentaron los niños/niñas, para así disminuir el grado de dependencia y así conseguir un futuro más independiente y por ende con mejor calidad de vida.
- A los profesionales de las diferentes instituciones, que trabajen con niños/niñas con y sin discapacidad, realizar una evaluación (E.V.E. y B.V.D.) inicial y final después de una intervención que les permita identificar un avance o retroceso en los niños.
- A los especialistas de los Centros de Desarrollo Infantil, considerar siempre el grado de dependencia de cada niño.
- A los estimuladores tempranos, que trabajan en el CEDIUC, recomendamos mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores informales acerca de la dependencia para trabajar de manera conjunta sobre las dificultades que presentan sus hijos e hijas, en actividades de la vida de diaria. De este modo buscamos un futuro más independiente.
- Recomendamos realizar más estudios acerca del grado de dependencia de los niños/niñas con y sin discapacidad a nivel nacional y local.



CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Manual para el uso de la Escala Específica de dependencia para personas menores de 3 años de edad EVE. (SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en :
http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19027/manual_de_uso_eve.pdf
2. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia. BVD. (SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en :
<http://www.femp.es/files/566-29-archivo/manualusoBVD.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. [Internet].2016 [citado 2016 mayo 04]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
4. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia. Niñas y niños con discapacidad. [Internet]. 2013 [citado 2016 diciembre 22]; 3. Disponible en:
https://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf
5. Ortiz J. La discapacidad en el Ecuador en cifras Año 2010. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. [Internet]. 2013 Abril. [citado 2016 octubre 03] 31: 77. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20629/1/Jos%C3%A9%20Ortiz%20Segarra.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades. [Internet.] 2016 febrero. Disponible en:
http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/02/estadisticas_discapacidad.pdf
7. Esparza C. Discapacidad y dependencia en la Comunidad Valenciana. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). [Internet]. 2011 Agosto [citado 2016 mayo 11]; 1(1):5. Disponible en:



- <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadcvalenciana-01.pdf>
8. Abellán A., Esparza C., Pérez J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. Cuadernos de Relaciones Laborales. [Internet] 2011 [citado 2016 noviembre 17]; 29(1):43-44. Disponible en :
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/38741/1/2011CuadRelLab.pdf>
 9. Abellán A., Pérez J., Esparza C., Castejón P., Mohamed k. Discapacidad y Dependencia en Andalucía. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. [Internet]. 2012 [citado 2016 mayo 11]; 1(1):8. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf>
 10. Carreño L., Coronel A. “Aplicación del Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia –BVD– en los estudiantes de 3 años a 25 años 11 meses 29 días del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, Cuenca 2015”. Tesis de Pregrado. Universidad de Cuenca. 2015. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24636/1/TESIS.pdf>
 11. Huiracocha L., García J., Huiracocha M., Robalino G., Angulo A., Pazán C. “Programa Mejoramiento de la Calidad de Atención a Niños y Niñas de 0 a 5 años de Edad”. [Internet]. 2010 Septiembre [citado 2016 agosto 04]; 6-7. Disponible en:
<https://PROGRAMA+DE+MEJORAMIENTODE+LA+CALIDAD+DE+ATENCIÓN+NIÑOS+Y+NIÑAS+DE+0+A+5+AÑOS+DE+EDAD>
 12. *Ibíd.*, p. 6 -7 (11).
 13. *Ibíd.*, p. 6 -7 (11).
 14. Amate A., Vásquez A., Discapacidad: lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2010 [citado 2016 noviembre 03]; 3-4. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166080/1/9275316163.pdf?ua=1>
 15. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y Salud. [Internet] 2015 [citado 2016 mayo 05]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>



16. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. [Internet].2013 [citado 2016 agosto 04]; 7. Disponible en:
[http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISHFINAL_\(low_res\).pdf](http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISHFINAL_(low_res).pdf)
17. Asamblea Nacional (2012). Ley Orgánica de Discapacidades. [Internet] 2012 Septiembre [citado 2016 noviembre 03]; 10. Disponible en:
<http://www.umet.edu.ec/pdf/ley-organica-de-discapacidades.pdf>
18. Parra E., Peñas O. El niño con discapacidad: elementos orientadores para su inclusión social. Redalyc. [Internet].2015 Agosto [citado 2016 agosto 06]; 31 (2): 338. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138012>
19. Ibíd., p. 338 (18).
20. Lobera J. Discapacidad visual. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. [Internet]. 1ed. México 2010. [citado 2016 agosto 06] Disponible en:
<http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-visual.pdf>
21. Lobera J. Discapacidad auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. [Internet]. 1 ed. México 2010. [citado 2016 agosto 06]. Disponible en:
<http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-visual.pdf>
22. Zunzunegui M. Evolución de la discapacidad y la dependencia una mirada internacional. Gaceta Sanitaria. [Internet] 2011 Diciembre [citado 2016 noviembre 03]; 25: 12-20. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0213911111003311?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0213911111003311%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fscholar.google.es%2F>
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niñas y niños con discapacidad. [Internet].2013 Mayo [citado 2016 agosto 06]; 5. Disponible en:



- http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf
24. Ibíd., p. 337-338 (9).
 25. Ibíd., p. 8 (16).
 26. García S., Jiménez S., Osorio O. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia. 1ª ed. España. McGraw-Hill Interamericana de España, 2012.
 27. Querejeta G. Discapacidad Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. 1 a ed. España. 2008.
 28. Lamarca I. La Aplicación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención la Dependencia en la CAPV. [Internet] 1ed. Vasca 2011. ARARTEKO. Marzo 2011 [citado 2016 noviembre 03]. Disponible en:
http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/3_2470_3.pdf
 29. Gómez O., Nieto J. Guía para padres y madres: Cómo fomentar la autonomía y responsabilidad en nuestros hijos e hijas. [Internet]. 1ed. Madrid 2013. CEAPA. Diciembre 2013 [citado 2016 noviembre 03]. Disponible en:
<https://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/Guia%20Como%20fomentar%20la%20autonomia%20y%20responsabilidad%20en%20nuestros%20hijos%20e%20hijas%20CEAPA.pdf>
 30. Ibíd., p. 13 (22).
 31. Campos J., Cazalla J., Escobar M., et. Guía Práctica de la Ley de Dependencia Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. [Internet].2011 [citado 2016 mayo 03]; 1(1): 9. Disponible en:
<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Guia%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20Ley%20de%20Dependencia.pdf>
 32. Quejereta M., Discapacidad/ Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO. [Internet]. 2004 [citado 2016 noviembre 03]; 19. Disponible en:
http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7174/Discapacidad_dependencia.pdf



33. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Servicios de atención a niños y niñas de 45 días a 36 meses. [Internet].2011 Noviembre [citado 2016 agosto 04]; 8-9. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Serv_Aten_Ninos_web.pdf
34. *Ibíd.*, p. 9 (31).
35. *Ibíd.*, p. 335 (16).
36. Organización Mundial de la Salud. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. [Internet].2013 [citado 2016 agosto 04]; 5. Disponible en:
[http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_\(low_res\).pdf](http://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf)
37. Díaz R. Crecimiento y Desarrollo. 1 ed. Cuenca: Talleres gráficos de la Universidad de Cuenca; 2013.
38. *Ibíd.*, p. 20 (33).
39. *Ibíd.*, p. 21 (33).
40. Álvarez T. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. *Pediatra*. [Internet]. 2011 [citado 2016 mayo 16]; 1(20):127. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/seminario06.pdf>
41. *Ibíd.*, p. 12 (36).
42. Vericat A., Orden A. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: Entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2015 diciembre 19]; 18(10):2977-2984. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a22.pdf>
43. *Ibíd.*, p. 12 (36).
44. Robles M., Sánchez D. Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*. [Internet]. 2013 [citado 2016 agosto 08]; 34(2):134. Disponible en:
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2236.pdf>
45. *Ibíd.*, p. 12 (36).
46. Gutiérrez W. La Desnutrición en la niñez en el Perú: factores asociados y tendencias. *Medicina Experimental y Salud Pública*. [Internet]. 2011 [citado mayo 16]; 28(2):2. Disponible en:



- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342011000200040&script=sci_arttext
47. Ibíd., p. 2 (46).
 48. Ibíd., p. 2 (46).
 49. Ibíd., p. 2 (46).
 50. Ibíd., p. 2 (46).
 51. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. [Internet].2012 Julio [citado 2016 agosto 08]; 11. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
 52. Ibíd., p. 9 (51).
 53. Sobrino M., Gutiérrez C., Cunha A., Dávila M., Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2014 [citado 2016 agosto 08]; 35(2):105. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf>
 54. Cortés A., Romero P., Hernández R., Hernández R. Estilos Interactivos y Desnutrición: Sistema de Observación para la Detección de Riesgo en el Infante Psicología y Salud. [Internet]. 2014 [citado agosto 08]; 14(1): 58 Disponible en:
http://www.academia.edu/21138264/ESTILOS_INTERACTIVOS_Y_DES_NUTRICI%C3%93N_SISTEMA_DE_OBSERVACI%C3%93N_PARA_LA_DETECCI%C3%93N_DE_RIESGO_EN_EL_INFANTE_Psicolog%C3%ADa_y_Salud_enerojunio_a%C3%B1o_vol.14_n%C3%BAmero_001_Universidad_Veracruzana_Xalapa_M%C3%A9xico
 55. Mercado P., Vilchis G. La obesidad infantil en México. Alternativas en Psicología. [Internet]. 2013 [citado agosto 08]; 1(1): 50. Disponible en:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a05.pdf>
 56. Moreno L., Franch M. Obesidad. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. [Internet]. 2011 [citado agosto 08]; 319. Disponible en:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf>



57. Organización Mundial de la Salud. Familia. [Internet]. 2015 [citado 2016 mayo 13]. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Familia-Segun-La-Oms/68090662.html>
58. Saavedra I., Torres D., Sánchez A. El Trabajo con la Familia: su concepción a partir de la propuesta de talleres metodológicos. Pedagogía y Sociedad. [Internet]. 2013 [citado agosto 08]; 37(1):4. Disponible en:
<http://www.pedsoc.rimed.cu/FTP/articulos%20pdf/no%20%2037/Ismary.pdf>
59. Osoria A., Cobián A. Desarrollo del clima familiar afectivo y su impacto en el bienestar subjetivo de la familia. Granma. [Internet] 2015 [citado agosto 08]; 19(2): 2. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul152e.pdf>
60. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Educación Superior e Investigación Educativa. [Internet]. 2012 [citado agosto 08]; 1(1): 331. Disponible en:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364/679>
61. *Ibíd.*, p. 3 (59).
62. *Ibíd.*, p. 335 (60).
63. Alzate T., Cánovas P. Estado nutricional infantil y estilos educativos familiares: apreciación de expertos. Perspectivas en Nutrición Humana, Escuela de Nutrición y Dietética. Internet]. 2013 [citado agosto 08]; 15(2): 187. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/18999/16226>
64. *Ibíd.*, p. 4 (58).
65. Armus M., Duhalde C., Oliver M., Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. UNICEF [Internet] 2012 Abril [citado 2016 noviembre 03]; 17. Disponible en:
https://www.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf



66. Dealbert A. Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad. Plataformas Sociales Salesianas. [Internet]. 2010 [citado 2016 mayo 13]; 2(2); 6-7. Disponible en:
<http://www.psocialesalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf>
67. Martínez C., Ramos B., Robles M., Martínez L., Figueroa C. Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. Psicología y Salud. [Internet] 2012 Diciembre [citado 2016 noviembre 03]; 22 (2): 275-282. Disponible en:
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/551/942>
68. Badenes N., López M. Doble Dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España. EKAINA. [Internet] 2011 Junio [citado 2016 agosto 30]: 108 – 109. Disponible en:
<http://docplayer.es/16111059-Doble-dependencia-abuelos-que-cuidan-nietos-en-espana.html>
69. *Ibíd.*, p. 109 (68).
70. Soto M. Habilidades de Desarrollo Básicas de Desarrollo Personal y Social en Personas con Discapacidad Intelectual: Autonomía Personal. Innovación y Experiencias Educativas. [Internet]. 2009 [citado 2016 mayo 03]; 45(6): 6-7. Disponible en:
http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/MPAZ_SOTO_2.pdf
71. Alzate T., Cánovas P. Estado nutricional infantil y estilos educativos familiares: apreciación de expertos. Perspectivas en Nutrición Humana, Escuela de Nutrición y Dietética. Internet]. 2013 [citado agosto 08]; 15(2): 188. Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/18999/16226>
72. Román M., Salís I. “Camino escolar” Pasos hacia la autonomía infantil. Gobierno de España: Ministerio de Fomento. [Internet] 2010 [citado agosto 08]; 23. Disponible en:
http://www.fomento.gob.es/NR/rdonlyres/7C6DBB6D-B0E3-42B7-B042-85FAA06F049E/103128/camino_escolar_guia_br.pdf



73. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Manual para el uso de la Escala Específica de dependencia para personas menores de 3 años de edad EVE. (SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en:
http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19027/manual_de_uso_eve.pdf
74. *Ibíd.*, p. 4 (73).
75. *Ibíd.*, p. 5 -6 (73).
76. Instrucciones para la aplicación de la escala de valoración específica de la situación de dependencia en edades de cero a tres años (EVE). Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2011 Febrero. [citado 2016 agosto 03]; 1(42):18646. Disponible en:
[http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5215&IDTIPO=11&RASTRO=c735\\$m](http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5215&IDTIPO=11&RASTRO=c735$m)
77. *Ibíd.*, p. 7 (73).
78. *Ibíd.*, p. 18595 (76).
79. *Ibíd.*, p. 18595 (76).
80. *Ibíd.*, p. 18595 (76).
81. *Ibíd.*, p. 18595 (76).
82. *Ibíd.*, p. 18595 (76)
83. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia. BVD. (SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en:
<http://www.femp.es/files/566-29-archivo/manualusoBVD.pdf>
84. *Ibíd.*, p. 4 (83).
85. *Ibíd.*, p. 4 (83).
86. *Ibíd.*, p. 4 (83).
87. *Ibíd.*, p. 6 (83).
88. *Ibíd.*, p. 10 (83).
89. Gobierno de España. Disposiciones generales: Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2011 Febrero. [citado 2016 mayo 08]; 1(42):18573 . Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>
90. *Ibíd.*, p. 18573 (89).



91. *Ibíd.*, p. 18573 (89).
92. *Ibíd.*, p. 18573 (89).
93. *Ibíd.*, p. 18573 (89).
94. *Ibíd.*, p. 20 (83).
95. *Ibíd.*, p. 23(83).
96. *Ibíd.*, p. 26 (83).
97. *Ibíd.*, p. 29 (83).
98. *Ibíd.*, p. 31 (83).
99. *Ibíd.*, p. 33 (83).
100. *Ibíd.*, p. 35 (83).
101. *Ibíd.*, p. 37 (83).
102. *Ibíd.*, p. 40 (83).
103. *Ibíd.*, p. 43 (83).
104. *Ibíd.*, p. 46 (83).
105. *Ibíd.*, p. 9 (83).
106. Jiménez A. Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias. Fundación CASER para la dependencia. [Internet] 2010. [citado 2016 agosto 03];1 (1):4 Disponible en: http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ajimenez_evoluciondela_poblacion.pdf
107. Carreño L., Coronel A. “Aplicación del Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia –BVD– en los estudiantes de 3 años a 25 años 11 meses 29 días del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, Cuenca 2015”. Tesis de Pregrado. Universidad de Cuenca. 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24636/1/TESIS.pdf>
108. Cobas M., Zacca E., Morales F., Icart E., Jordan A., Valdés M. Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. Rev. Cubana. Salud Pública. [Internet]. 2010. [citado 2016 octubre 03]; 36(4):4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400004



109. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Población menor a 12 años por condición de discapacidad, según provincia, cantón, parroquia y área de empadronamiento. Ecuador; INEC 2010. Disponible en:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
110. Ortiz J. La discapacidad en el Ecuador en cifras Año 2010. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. [Internet]. 2013 Abril. [citado 2016 octubre 03] 31: 74-81. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20629/1/Jos%C3%A9%20Ortiz%20Segarra.pdf>
111. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. México; INEGI 2013. Disponible en:
http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/previsualizador/vista.aspx?arch=/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf&tipo=1
112. FONADIS. Discapacidad, Instituto Nacional de Estadísticas, INE 2015. Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/resultado3.pdf
113. Ibçid., p. 11 (80).
114. Kotliarenco M., Gómez E., Muñoz M. Evaluación pre – post de desarrollo psicomotor y el estilo de apego en usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil Temprano. SUMMA. [Internet]. 2009 Chile [citado 2016 enero 29]:6(2); 96. Disponible en:
<http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/65/64>
115. Huiracocha L., Robalino G., Huiracocha M., García J., Pazán C., Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. MASKANA [Internet].2012 Mayo [citado 2016 mayo 06]; 3(1): 1 -16. Disponible en:
<http://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/viewFile/391/33>
116. Ibçid., p. 22 (90).



117. Ibíd., p. 35 (9).
118. Vanegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Revista Aquichan Colombia. [internet]. 2006 [citado 2016 octubre 03]; 6 (1):141. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v6n1/v6n1a13.pdf>
119. Gamboa A. La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa en el período marzo- julio del 2013. Tesis de Pregrado. Universidad Técnica de Ambato. 2014. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7952/1/Alexandra%20Carolina%20Gamboa%20Luna.pdf>
120. Cabrera VJ., Cordero OM. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con discapacidad que asisten a los centros especiales del área urbana del cantón Cuenca: Universidad de Cuenca, Cuenca 2009. Tesis de Pregrado. Universidad de Cuenca. 2009. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3784/1/TECE28.pdf>

8.2 BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- A. Huiracocha L., Robalino G., Huiracocha M., García J., Pazán C., Angulo A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. MASKANA [Internet]. 2012 Mayo [citado 2016 mayo 06]; 3(1): 1 -16. Disponible en:
<http://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/viewFile/391/33>
- B. Baker H., López F. Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, por qué y para quién. Económica [Internet]. 2014. [citado 2016 mayo 07]; 60 (1): 120-175. Disponible en:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/43604/Documento_completo_.pdf?sequence=1



- C. Campoy I. Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España. UNICEF [Internet]. 2013. [citado 2016 mayo 08]; 1(1): 10-43. Disponible en:
http://solidaria.unicef.es/pdf/Cuadernos_debatell_infancia_discapacidad_2013.pdf
- D. Micolta A., Escobar M. Si las abuelas se disponen a cuidar, madres y padres pueden emigrar. Venezolana de estudios de la mujer. [Internet]. 2010. [citado 2016 mayo 08]; 15(35): 92- 111. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v15n35/art06.pdf>
- E. Rodríguez M., Guerrero C. La familia como promotora de la independencia en niños y niñas con discapacidad motora. Educare. [Internet]. 2012 [citado 2016 mayo 08]; 16(1): 99-110. Disponible en :
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124281009>
- F. Gobierno de España. Disposiciones generales: Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad. Boletín Oficial del Estado. [Internet] 2011. [citado 2016 mayo 08]; 1(42): 18567 – 18691. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>
- G. Carreño L., Coronel A. “Aplicación del Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia –BVD– en los estudiantes de 3 años a 25 años 11 meses 29 días del Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay, Cuenca 2015”. Tesis de Pregrado. Universidad de Cuenca. 2015. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24636/1/TESIS.pdf>
- H. Gamboa A. La dependencia funcional de los niños con discapacidad y el Síndrome de Burnout de las personas encargadas de su cuidado en la fundación FUVIRESE en el cantón Baños de Agua Santa en el período marzo- julio del 2013. Tesis de Pregrado. Universidad Técnica de Ambato. 2014. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7952/1/Alexandra%20Carolina%20Gamboa%20Luna.pdf>
- I. Esparza C. Discapacidad y dependencia en la Comunidad Valenciana. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). [Internet]. 2011 Agosto [citado 2016 mayo 11]; 1(1):5. Disponible en:



<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadcvalenciana-01.pdf>

- J.** Albarracín L. Estudio Comparativo de los Grados de Dependencia de los estudiantes con discapacidad Intelectual de la Unidad Educativa del Azuay y Unidad Educativa Agustín Cueva y propuesta de intervención para os docentes. Cuenca – Ecuador. Tesis de Posgrado. Universidad de Azuay. 2016. Disponible en:

<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5947/1/12266.pdf>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Fenotipo de las personas, lo que permite diferenciar entre los hombres y mujeres.	Sexo	Fenotipo	-Masculino -Femenino
Edad Cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Edad Cronológica	Partida de nacimiento o cédula.	Numérico
Discapacidad	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.	Discapacidad	Diagnóstico Clínico	-Física -Intelectual -Sensorial -Mixta
Retraso del Desarrollo	Identificación de los logros o nuevos modos de conducta no alcanzados por el niño o niña en cada etapa del desarrollo. Valora las áreas coordinación, postura, lenguaje y social.	-Normal -Retraso	Diagnóstico del Centro de Desarrollo Infantil.	-Normal -Retraso
Dependencia	Dependencia para realizar una actividad adaptativa de acuerdo a la edad. En menores de 3 años se valora por desarrollo (actividad motriz y adaptativa) y necesidad de medidas de soporte para funciones vitales. Y en mayores de 3 años se valora por: comer y beber, micción y defecación, lavarse, transferencias corporales, tomar decisiones.	Dependencia en menores de 3 años (hasta los 2 años 11 meses 29 días.) Puntaje en EVE de 1 – 3. Dependencia	Prueba EVE	Grado -Moderado -Severo -Gran Dependencia -No dependencia.
		en niños de 3 años en adelante: puntaje en BVD de 25-100	Prueba BVD	Grado -Moderado -Severo -Gran Dependencia -No dependencia



Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Tipo de familia	Grupo de personas relacionadas por nexos de consanguinidad puede ser de tipo monoparental, biparental, ampliada.	-Mono parenteral. -Nuclear -Extendida -Simultanea	Formularios	-Mono parenteral. -Nuclear -Extendida -Simultanea
Tipo de Cuidador	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	Formularios	-Padre -Madre -Abuelos -Tíos -Hermanos -Otros



ANEXO 2.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA,
O REPRESENTANTE LEGAL.

**“GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO
INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016.”**

Nosotras Estefanía Pérez portadora CI. 0104720867 y Karla Vera portadora CI.0105799902 estudiantes egresadas de la carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted de la manera más comedida solicitándole se nos conceda la autorización para realizar nuestra investigación.

La Escala de Valoración Específica de Dependencia y el Baremo de Valoración de Dependencia determinará el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria de los niños y niñas.

Este estudio consiste en la aplicación de un formulario y unas escalas que nos ayudarán a valorar el grado de dependencia de los niños y determinar diversos factores asociados a la dependencia.

Procedimiento a seguir:

1. Los padres o las madres de familia, representante legal que deseen ingresar al estudio firmarán el consentimiento.
2. A los niños conjuntamente con sus representantes legales que ingresaren al estudio se les realizará un formulario para determinar los factores asociados a la dependencia.
3. Se aplicará la Escala de Valoración Específica (0 a 3 años) y el Baremo de Valoración de la Dependencia (3 años en adelante).

Esta investigación beneficiará a los niños y niñas en las actividades de la vida diaria, a las/ los estimuladores tempranos que asisten al C.E.D.I.U.C. porque ampliarán sus conocimientos y también favorecerá a los padres de familia, no tendrá ningún costo para los participantes, tampoco recibirán retribución económica y no presentará riesgos ni consecuencias para la salud del niño.

Los datos serán confidenciales y la información obtenida será utilizada exclusivamente para cumplir con los objetivos de la investigación.

Yo _____, libremente y sin ninguna presión, acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Firma del Representante legal

Firma de la Autora

Firma de la Autora

Fecha de Autorización: _____

*Contáctenos en caso de requerir información adicional o sugerencias:

Lorena Estefanía Pérez Pillaga. Cel. 0992563498. Correo electrónico: fitapink_15@hotmail.com



ANEXO 3. FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL NIÑO/A. (E.V.E.)



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

“GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016.”

Formulario N° _____

Instructivo: Señor/a padre o madre de familia, representante legal le solicitamos de la manera más cordial, nos brinde la información apropiada para poder analizar los factores que pueden estar afectando a la dependencia de su niño o niña. La información que nos proporcione es estrictamente confidencial.

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ (día, mes, año)
2. **Edad:** _____ meses
3. **Sexo:** 3.1. Masculino 3.2. Femenino
4. **Procedencia:** _____
5. **Residencia:** _____
6. **Edad:** 6.1 Padre: _____ 6.2 Madre: _____
7. **Ocupación:** 7.1 Padre: _____ 7.2 Madre: _____
8. **Ingresos económicos del hogar:** _____

II. INFORMACIÓN GENERAL

9. **¿Cuál es el tipo de discapacidad del niño o niña?**
 - 9.1. Física
 - 9.2. Intelectual
 - 9.3. Sensorial
 - 9.4. Mixta
 - 9.5. Ninguna
10. **Diagnóstico del niño o niña**

11. **¿El niño o niña es escolarizado?**
 - 11.1. SI
 - 11.2. NO
12. **Número de integrantes que viven en su hogar:** _____
13. **¿Cuántos cuartos utilizan para dormitorio?** _____
14. **Medidas antropométricas:**
 - 14.1. Perímetro cefálico
 - 14.2. Peso
 - 14.3. Talla o longitud
 - 14.4. Índice de masa corporal

III. FACTOR DE RIESGO

15. **Hacinamiento**
 - 15.1. SI
 - 15.2. NO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

16. Clasifique utilizando las tablas de la OMS o según su condición:

- 16.1. P/E Interpretación _____
- 16.2. T/E Interpretación _____
- 16.3. IMC Interpretación _____
- 16.4. PC Interpretación _____

17. Estado nutricional: _____

18. Diagnostico Psicomotor según Brunet Lezine:

- 18.1. Normal 18.2. Retraso

19. Tipo de familia:

- 19.1. Mono-parental 19.4. Ampliada
- 19.2. Nuclear 19.5. Simultanea
- 19.3. Extendida 19.6. Otros _____

20. Tipo de Cuidador/a:

- 20.1. Padre 20.4. Hermano
- 20.2. Madre 20.5. Tío
- 20.3. Abuelo 20.6. Otros _____

21. Percepción del representante: ¿Usted sobreprotege a su niño o niña?

- 21.1. SI 21.2. NO

22. Escala de Valoración Específica de Dependencia (0- 3 años)

- 22.1. Grado I Dependencia Moderada. 22.3. Grado III Gran Dependencia.
- 22.2. Grado II Dependencia Severa. 22.4. No dependencia.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Responsables del formulario: Lorena Estefanía Pérez Pillaga, Karla Isabel Vera Guaraca.

Fecha de aplicación del formulario: _____



3.2 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL NIÑO/A. (BVD)



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

“GRADO DE DEPENDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2016.”

Formulario N° _____

Instructivo: Señor/a padre o madre de familia, representante legal le solicitamos de la manera más cordial, nos brinde la información apropiada para poder analizar los factores que pueden estar afectando a la dependencia de su niño o niña. La información que nos proporcione es estrictamente confidencial.

I. DATOS DE FILIACIÓN

1. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (día, mes, año)
2. Edad: _____ meses
3. Sexo: 3.1. Masculino 3.2. Femenino
4. Procedencia: _____
5. Residencia: _____
6. Edad: 6.1 Padre: _____ 6.2 Madre: _____
7. Ocupación: 7.1 Padre: _____ 7.2 Madre: _____
8. Ingresos económicos del hogar: _____

II. INFORMACIÓN GENERAL

9. ¿Cuál es el tipo de discapacidad del niño o niña?
 - 9.1. Física
 - 9.2. Intelectual
 - 9.3. Sensorial
 - 9.4. Mixta
 - 9.5. Ninguna
10. Diagnóstico del niño o niña

11. ¿El niño o niña es escolarizado?
 - 11.1. SI
 - 11.2. NO
12. Número de integrantes que viven en su hogar: _____
13. ¿Cuántos cuartos utilizan para dormitorio? _____
14. Medidas antropométricas:
 - 14.1. Perímetro cefálico
 - 14.2. Peso
 - 14.3. Talla o longitud
 - 14.4. Índice de masa corporal

III. FACTOR DE RIESGO

15. Hacinamiento
 - 15.1. SI
 - 15.2. NO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

16. Clasifique utilizando las tablas de la OMS o según su condición:

16.1. P/E Interpretación _____

16.2. T/E Interpretación _____

16.3. IMC Interpretación _____

16.4. PC Interpretación _____

17. Estado nutricional: _____

18. Diagnostico Psicomotor según Brunet Lezine:

18.1. Normal 18.2. Retraso

19. Tipo de familia:

19.1. Mono-parental 19.4. Ampliada

19.2. Nuclear 19.5. Simultanea

19.3. Extendida 19.6. Otros _____

20. Tipo de Cuidador/a:

20.1. Padre 20.4. Hermano

20.2. Madre 20.5. Tío

20.3. Abuelo 20.6. Otros _____

21. Percepción del representante: ¿Usted sobreprotege a su niño o niña?

21.1. SI 21.2. NO

22. Baremo de Valoración de Dependencia (3 años en adelante)

22.1.	GRADO I Dependencia Moderada	Nivel 1: 25-39
		Nivel 2: 40 -49

22.3.	GRADO III Gran Dependencia	Nivel 1: 75-89
		Nivel 2: 90 -100

22.2.	GRADO II Dependencia Severa	Nivel 1: 50-64
		Nivel 2: 65 -74

22.4. No dependencia.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Responsables del formulario: Lorena Estefanía Pérez Pillaga, Karla Isabel Vera Guaraca.
Fecha de aplicación del formulario: _____



ANEXO 4. ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA E.V.E. (0 A 3 AÑOS)

TABLA DE CALIFICACIÓN DE ACTIVIDAD ADAPTATIVA						
HITOS	MESES	ADQUISICIÓN		PUNTUACIÓN		
		SI	NO	1	2	3
1. Succiona	0-1-2					X
2. Fija la mirada	2			X		
	3				X	
	4					X
3. Sigue la trayectoria de un objeto	4			X		
	5				X	
	6					X
4. Sostiene un sonajero	4			X		
	5				X	
	6					X
5. Tiende la mano hacia un objeto	6			X		
	7				X	
	8					X
6. Sostiene un objeto en cada mano	8			X		
	9				X	
	10					X
7. Pasa un objeto de una mano a otra	9			X		
	10				X	
	11					X
8. Recoge un objeto con oposición del pulgar	10			X		
	11				X	
	12					X
9. Tira de un cordón para alcanzar un objeto	11-12			X		
	13-14				X	
	15					X
10. Manipula el contenido de un recipiente	14-15			X		
	16-17				X	
	18					X
11. Abre cajones	16-17			X		
	18-19				X	
	20					X
12. Bebe solo	18-19			X		
	20-21				X	
	22					X
13. Usa cubiertos para llevar comida a la boca	22-23			X		
	24-25				X	
	26					X
14. Se quita una prenda de vestir	24-25			X		
	26-27				X	
	28					X
15. Reconoce la función de los espacios de la casa	26-28			X		
	29-31				X	
	32					X
16. Imita trazos con el lápiz	27-29			X		
	30-32				X	
	33					X
17. Abre una puerta	30-31			X		
	32-33				X	



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	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 CALIFICACIÓN DE ACTIVIDAD MOTRIZ						
HITOS	MESES	ADQUISICIÓN		PUNTUACIÓN		
		SI	NO	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 espontánea	0-1			X		
	2-3				X	
	4					X
4. Sujeta la cabeza	4			X		
	5				X	
	6					X
5. Se sienta con apoyo, gira sobre sí mismo	5			X		
	6				X	
	7					X
6. Gira sobre sí mismo	7-8			X		
	9-10				X	
	11					X
7. Se mantiene sentado sin apoyo	9-10			X		
	11-12				X	
	13					X
8. Sentado sin apoyo se quita un pañuelo de la cara	10-11			X		
	12-13				X	
	14					X
9. Pasa de tumbado a sentado	11-12			X		
	13-14				X	
	15					X
10. Se pone de pie con apoyo	12			X		
	13-14				X	
	15					X
11. Da pasos con apoyo	13-14			X		
	15-16				X	
	17					X
12. Se mantiene de pie sin apoyo	15-16			X		
	17-18				X	
	19					X
13. Anda solo	18-19			X		
	20-21				X	
	22					X
14. Sube escaleras sin ayuda	20-21			X		
	20-23				X	
	24					X
15. Empuja una pelota con los pies	24-25			X		
	26-27				X	
	28					X



UNIVERSIDAD DE CUENCA

16. Baja escaleras sin ayuda	27-28			X		
	29-30				X	
	31					X
17. Traslada recipientes con contenido	30-31			X		
	32-33				X	
	34-35					X
18. Anda sorteando obstáculos	32-33			X		
	34-35				X	
19. Se sostiene sobre un pie sin apoyo	33-34-35			X		

TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO. GRADO EN DESARROLLO

TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO		
Puntuación		GRADO DE DEPENDENCIA
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
1	2	1
0	0	0
1	1	0

GRADO DE DEPENDENCIA EN LA EVE	SITUACIÓN DE DEPENDENCIA 39/32006
3	Grado III Gran dependencia
2	Grado II Dependencia Severa
1	Grado I Dependencia Moderada



ANEXO 5. BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA B.V.D. (3 años en adelante)

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA NIÑOS Y NIÑAS DE DE 3 A 6 AÑOS.BVD
 NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____ CENTRO: _____

AREAS	DESEMPEÑO		PESO DE LA TAREA	PESO DE LA TAREA EN DC	GRADO DE APOYO Y COEFICIENTE.				PUNTOS: MULTIPLICAR PESO TAREA POR COEFICIENTE DE APOYO	PUNTOS PRETOTALES
	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
COMER Y BEBER										
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA	NA								
Abrir botellas y latas	NA	NA								
Cortar o partir la carne en trozos	NA	NA								
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca			0.38	0.38						
Sujetar el recipiente de bebida			0.23	0.23						
Acercarse el recipiente de bebida a la boca			0.23	0.23						
Sorber las bebidas			0.16	0.16						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE COMER Y BEBER			29.1	18.3						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
REGULACION DE LA MICCIÓN/ DEFECACION	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Acudir a un lugar adecuado			0.25	0.25						
Manipular la ropa			0.19	0.19						
Adoptar y abandonar la postura adecuada			0.25	0.25						
Limpiarse	NA	NA								
Continencia micción			0.13	0.13						
Continencia defecación			0.18	0.18						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO REGULACIÓN MICCIÓN/DEF			24.2	12.8						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
LAVARSE	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Lavarse las manos			0.50	0.50						
Lavarse la cara			0.50	0.50						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE LAVARSE			14.5	14.7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
TRANSFERENCIAS CORPORALES	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Sentarse			0.15	0.15						
Tumbarse			0.10	0.10						
Pararse de pie			0.20	0.20						
Transferir mientras entado			0.25	0.25						
Transferir mientras acostado			0.30	0.30						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO T.CORPORALES			12	3.7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00			
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado			0.50	0.50							
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado			0.25	0.25							
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones			0.10	0.10							
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual			0.15	0.15							
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS											
B. PESO DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR			20.2	22.2							
TOTAL DE SUMA DE A y B											
RUNTUACION TOTAL											
DEPENDENCIA	GRADO I	NIVEL 1: 25-39			GRADO II	NIVEL 1: 50-64			GRADO III	NIVEL 1: 75-89	
		NIVEL 2: 40-49				NIVEL 2: 65-74				NIVEL 2: 90-100	

DESEMPEÑO
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.
NA: NO APLICABLE.

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.

NOMBRE DEL EVALUADOR:
FECHA DE EVALUACIÓN:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD: 7 – 10 AÑOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA NIÑOS Y NIÑAS DE DE 7- 10 AÑOS.BVD

NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA:

CENTRO:

AREAS	DESEMPEÑO		PESO DE LA TAREA	PESO DE LA TAREA EN DC	GRADO DE APOYO Y COEFICIENTE.				PUNTOS: MULTIPLICAR PESO TAREA POR COEFICIENTE DE APOYO	PUNTOS PRE-TOTALES
	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
					0.9	0.9	0.95	1.00		
COMER Y BEBER										
Abrir botellas y latas			0.10	0.10						
Cortar o partir la carne en trozos			0.25	0.25						
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca			0.25	0.25						
Sujetar el recipiente de bebida			0.15	0.15						
Acercarse el recipiente de bebida a la boca			0.15	0.15						
Sorber las bebidas			0.10	0.10						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE COMER Y BEBER			19.3	10.9						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
REGULACION DE LA MICCION/ DEFECCACION	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Acudir a un lugar adecuado			0.20	0.20						
Manipular la ropa			0.15	0.15						
Adoptar y abandonar la postura adecuada			0.20	0.20						
Limpiarse			0.20	0.20						
Continencia micción			0.10	0.10						
			0.15	0.15						
Continencia defecación										
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO REGULACIÓN MICCION/DEF			16.1	7.6						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
LAVARSE	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Lavarse las manos			0.15	0.15						
Lavarse la cara			0.15	0.15						
Lavarse la parte inferior del cuerpo			0.25	0.25						
Lavarse la parte superior del cuerpo			0.35	0.35						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE LAVARSE			9.6	8.7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
OTROS CUIDADOS CORPORALES	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Peinarse			0.33	0.33						
Cortarse las uñas	NA	NA								
Lavarse el pelo			0.33	0.33						
Lavarse los dientes			0.34	0.34						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO OTROS CUIDADOS			3.2	2.2						



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD: 7 – 10 AÑOS

CORPORALES									
TOTAL DE SUMA DE A y B									
VESTIRSE	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Calzarse			0.15	0.15					
Abrocharse botones			0.15	0.15					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO VESTIRSE			12.9	12.6					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas			0.50	0.50					
Evitar riesgos dentro del domicilio			0.50	0.50					
Evitar riesgos fuera del domicilio	N	N							
Pedir ayuda ante una emergencia	A	A							
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO MANT. SALUD			3.2	12					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
TRANSFERENCIAS CORPORALES	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Sentarse			0.15	0.15					
Tumbarse			0.10	0.10					
Ponerse de pie			0.20	0.20					
Transferir mientras entado			0.25	0.25					
Transferir mientras acostado			0.30	0.30					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO T.CORPORALES			8	2.2					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Realizar desplazamientos - vinculados al autocuidado			0.50	0.50					
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado			0.25	0.25					
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones			0.10	0.10					
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual			0.15	0.15					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO D. DENTRO HOGAR			13.4	13.2					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Acceso al exterior			0.42	0.42					
Desplazamiento alrededor del edificio			0.42	0.42					



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD: 7 – 10 AÑOS

Desplazamiento cercano			0.16	0.16						
Desplazamiento lejano	N	N								
Utilización de medios de transporte	A	A								
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO D. FUERA DEL HOGAR			14.3	14						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
TOMAR DECISIONES: solo en discapacidad, intelectual, enfermedad mental o deficiencia de la capacidad perceptivo cognitiva	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Actividades de autocuidado				0.38						
Actividades de movilidad				0.25						
Tareas domésticas	N	A								
Interacciones interpersonales				0.25						
Usar y gestionar el dinero				0.12						
Uso de servicios a disposición del público	N	A								
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO T. DECISIONES				16.7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
PUNTUACIÓN TOTAL										
DEPENDENCIA	GRADO I		NIVEL 1: 25-39		GRADO II		NIVEL 1: 50-64		GRADO III	
			NIVEL 2: 40-49				NIVEL 2: 65-74		NIVEL 1: 75-89	
									NIVEL 2: 90-100	

DESEMPEÑO
SI: 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.
NA: NO APLICABLE.

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.

NOMBRE DEL EVALUADOR:
FECHA DE EVALUACIÓN:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 11-17 AÑOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA NIÑOS Y NIÑAS DE DE 11 -17 AÑOS.BVD
 NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____ CENTRO: _____

AREAS	DESEMPEÑO		PESO DE LA TAREA	PESO DE LA TAREA EN DC	GRADO DE APOYO Y COEFICIENTE.				PUNTOS: MULTIPLICAR PESO TAREA POR COEFICIENTE DE APOYO	PUNTOS PRE-TOTALES
	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
					0.9	0.9	0.95	1.00		
COMER Y BEBER										
Abrir botellas y latas			0.10	0.10						
Cortar o partir la carne en trozos			0.25	0.25						
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca			0.25	0.25						
Sujetar el recipiente de bebida			0.15	0.15						
Acercarse el recipiente de bebida a la boca			0.15	0.15						
Sorber las bebidas			0.10	0.10						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE COMER Y BEBER			19.3	10.9						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
REGULACION DE LA MICCIÓN/ DEFECCIÓN	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Acudir a un lugar adecuado			0.20	0.20						
Manipular la ropa			0.15	0.15						
Adoptar y abandonar la postura adecuada			0.20	0.20						
Limpiarse			0.20	0.20						
Continencia micción			0.10	0.10						
Continencia defecación			0.15	0.15						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO REGULACIÓN MICCIÓN/DEF			16.1	7.6						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
LAVARSE	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Lavarse las manos			0.15	0.15						
Lavarse la cara			0.15	0.15						
Lavarse la parte inferior del cuerpo			0.25	0.25						
Lavarse la parte superior del cuerpo			0.35	0.35						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE LAVARSE			9.6	8.7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
OTROS CUIDADOS CORPORALES	SI	NO			SP 0.9	FP 0.9	FM 0.95	ES 1.00		
Peinarse			0.33	0.33	0.9	0.9	0.95	1.00		
Cortarse las uñas			0.30	0.30						
Lavarse el pelo			0.33	0.33						
Lavarse los dientes			0.34	0.34						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO OTROS			3.2	2.2						



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 11-17 AÑOS

CUIDADOS CORPORALES									
TOTAL DE SUMA DE A y B									
VESTIRSE	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Calzarse			0.15	0.15					
Abrocharse botones			0.15	0.15					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO VESTIRSE			12.9	12.6					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas			0.25	0.25					
Evitar riesgos dentro del domicilio			0.25	0.25					
Evitar riesgos fuera del domicilio			0.25	0.25					
Pedir ayuda ante una emergencia			0.25	0.25					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO MANT. SALUD			3.2	12					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
TRANSFERENCIAS CORPORALES	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Sentarse			0.15	0.15					
Tumbarse			0.10	0.10					
Ponerse de pie			0.20	0.20					
Transferir mientras entado			0.25	0.25					
Transferir mientras acostado			0.30	0.30					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO T.CORPORALES			8	2.2					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado			0.50	0.50					
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado			0.25	0.25					
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones			0.10	0.10					
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual			0.15	0.15					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO D. DENTRO HOGAR			13.4	13.2					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	SI	NO			SP	FP	FM	ES	
					0,9	0,9	0,95	1,00	
Acceso al exterior			0.25	0.25					
Desplazamiento alrededor del edificio			0.25	0.25					



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 11-17 AÑOS

Desplazamiento cercano			0.10	0.10							
Desplazamiento lejano			0.15	0.15							
Utilización de medios de transporte			0.25	0.25							
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS											
B. PESO D. FUERA DEL HOGAR			14.3	14							
TOTAL DE SUMA DE A y B											
TAREAS DOMÉSTICAS	N	O	A	P	L	I	C	A	B	LE	
Preparar comidas											
Hacer las compras											
Limpiar y cuidar la vivienda											
Lavar y cuidar la ropa											
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS											
B. PESO TAREAS DOMÉSTICAS											
TOTAL DE SUMA DE A y B											
TOMAR DECISIONES: solo en discapacidad intelectual, enfermedad mental o deficiencia de la capacidad perceptivo cognitiva	SI	NO			SP	FP	FM	ES			
					0.9	0.9	0.95	1.00			
Actividades de autocuidado				0.34							
Actividades de movilidad				0.22							
Tareas domésticas											
Interacciones interpersonales				0.22							
Usar y gestionar el dinero				0.11							
Uso de servicios a disposición del público				0.11							
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS											
B. PESO T. DECISIONES				16.7							
TOTAL DE SUMA DE A y B											
PUNTUACIÓN TOTAL											
DEPENDENCIA	GRADO I	NIVEL 1: 25-39		GRADO II	NIVEL 1: 50-64		GRADO III	NIVEL 1: 75-89			
		NIVEL 2: 40-49			NIVEL 2: 65-74			NIVEL 2: 90-100			

DESEMPEÑO
SI: 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.
NA: NO APLICABLE.

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.

NOMBRE DEL EVALUADOR:
FECHA DE EVALUACIÓN:



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 16 AÑOS O MÁS

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA NIÑOS Y NIÑAS DE DE 16 AÑOS O MÁS
NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____ **CENTRO:** _____

AREAS	DESEMPEÑO		PESO DE LA TAREA	PESO DE LA TAREA EN DC	GRADO DE APOYO Y COEFICIENTE				PUNTOS: MULTIPLICAR PESO TAREA POR COEFICIENTE DE APOYO	PUNTOS PRE-TOTALES
	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
					0.9	0.9	0.95	1.00		
COMER Y BEBER										
Abrir botellas y latas			0.10	0.10						
Cortar o partir la carne en trozos			0.25	0.25						
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca			0.25	0.25						
Sujetar el recipiente de bebida			0.15	0.15						
Acercarse el recipiente de bebida a la boca			0.15	0.15						
Sorber las bebidas			0.10	0.10						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE COMER Y BEBER			17.8	10.9						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
REGULACION DE LA MICCIÓN/ DEFECACION	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00		
Acudir a un lugar adecuado			0.20	0.20						
Manipular la ropa			0.15	0.15						
Adoptar y abandonar la postura adecuada			0.20	0.20						
Limpiarse			0.20	0.20						
Continencia micción			0.10	0.10						
Continencia defecación			0.15	0.15						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO REGULACIÓN MICCIÓN/DEF			14.8	7						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
LAVARSE	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00		
Lavarse las manos			0.15	0.15						
Lavarse la cara			0.15	0.15						
Lavarse la parte inferior del cuerpo			0.25	0.25						
Lavarse la parte superior del cuerpo			0.35	0.35						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO DE LAVARSE			8.8	8						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
OTROS CUIDADOS CORPORALES	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00		
Peinarse			0.33	0.33						
Cortarse las uñas			0.30	0.30						
Lavarse el pelo			0.33	0.33						
Lavarse los dientes			0.34	0.34						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO OTROS CUIDADOS			2.2	2						



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 16 AÑOS O MÁS

CORPORALES									
TOTAL DE SUMA DE A y B									
VESTIRSE	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00	
Calzarse			0.15	0.15					
Abrocharse botones			0.15	0.15					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo			0.35	0.35					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO VESTIRSE			11.9	11.8					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00	
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas			0.25	0.25					
Evitar riesgos dentro del domicilio			0.25	0.25					
Evitar riesgos fuera del domicilio			0.25	0.25					
Pedir ayuda ante una emergencia			0.25	0.25					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO MANT. SALUD			2.9	11					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
TRANSFERENCIAS CORPORALES									
	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00	
Sentarse			0.15	0.15					
Tumbarse			0.10	0.10					
Ponerse de pie			0.20	0.20					
Transferir mientras entado			0.25	0.25					
Transferir mientras acostado			0.30	0.30					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO T.CORPORALES			7.4	2					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR									
	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00	
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado			0.50	0.50					
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado			0.25	0.25					
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones			0.10	0.10					
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual			0.15	0.15					
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS									
B. PESO D. DENTRO HOGAR			12.3	12.1					
TOTAL DE SUMA DE A y B									
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR									
	SI	NO			SP 0,9	FP 0,9	FM 0,95	ES 1,00	
Acceso al exterior			0.25	0.25					
Desplazamiento alrededor del edificio			0.25	0.25					



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BVD 16 AÑOS O MÁS

Desplazamiento cercano			0.10	0.10						
Desplazamiento lejano			0.15	0.15						
Utilización de medios de transporte			0.25	0.25						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO D. FUERA DEL HOGAR			10.2	12.9						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
TAREAS DOMÉSTICAS	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
					0.9	0.9	0.95	1.00		
Preparar comidas			0.45	0.45						
Hacer las compras			0.25	0.25						
Limpiar y cuidar la vivienda			0.20	0.20						
Lavar y cuidar la ropa			0.10	0.10						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO TAREAS DOMÉSTICAS			8	8						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
TOMAR DECISIONES: solo en discapacidad intelectual, enfermedad mental o deficiencia de la capacidad perceptivo cognitiva	SI	NO			SP	FP	FM	ES		
					0.9	0.9	0.95	1.00		
Actividades de autocuidado				0.30						
Actividades de movilidad				0.20						
Tareas domésticas				0.10						
Interacciones interpersonales				0.20						
Usar y gestionar el dinero				0.10						
Uso de servicios a disposición del público				0.10						
A. TOTAL DE SUMA DE PESOS										
B. PESO T.DECISIONES				15.4						
TOTAL DE SUMA DE A y B										
PUNTUACIÓN TOTAL										
DEPENDENCIA	GRADO	NIVEL 1:		GRADO II	NIVEL 1:		GRADO	NIVEL 1:		
	I	25-39			50-64		III	75-89		
		NIVEL 2:			NIVEL 2:			NIVEL 2:		
		40-49			65-74			90-100		

DESEMPEÑO
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.
NA: NO APLICABLE.

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.

NOMBRE DEL EVALUADOR:
FECHA DE EVALUACIÓN: