



## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo donde se determinó las características de niños y niñas de 0 a 5 años con retraso del desarrollo psicomotor con discapacidad, en un universo de 15 niños y niñas que asisten a dos centros especiales fiscales y privadas urbanos del cantón Cuenca, de enero a junio del año 2009, estableciendo relación con las siguientes características: desnutrición, perímetro cefálico anormal, tipo de familia, migración de los padres y tipo de cuidador. Los test utilizados para la evaluación de desarrollo fueron: el BrunetLezine para la confirmación del Retraso del Desarrollo Psicomotor, las guías de EVE para menores de 3 años y de BVD para edades de 3 a 5 años, para saber si cumplen con los criterios de dependencia. Los resultados encontrados fueron los siguientes: el 6.7% de niños y niñas no presentaron discapacidad a pesar de encontrarse en un centro especial y ese mismo porcentaje presentó migración del padre y la madre. En el sexo la diferencia en porcentaje es mínima. La edad tiene una media de 30.2 meses. El 46.7% de los niños y niñas presentó bajo peso. El 40% de los niños y niñas presentó talla baja. El 13.3% presentó desnutrición global; el 6.7% presentó microcefalia. El 86.7% fueron cuidados por su madre, mientras que el 13.3% fueron cuidados por una persona diferente. Las variables en estudio demuestran la situación de los niños estudiados, muchos de ellos se presentaron en situación de riesgo social.

**DESCRIPTORES:** Discapacidades del desarrollo, Estudio descriptivo, Trastornos de la destreza motora, Intervención precoz, Educación especial, Lactante, Preescolar.



## **ABSTRACT**

A descriptive study has been carry out where it was determined the characteristics of 0 to 5 years old children with delay of the psychomotor development with disability, among 15 children, boys and girls that attend two urban fiscal and private centers in Cuenca from January to June of the year 2009, establishing relationship with the following characteristics: malnutrition, abnormal cephalic perimeter, type of family, parents migration and type of caretaker. The test used for the evaluation of development were: the Brunet Lezine for the confirmation of the Psychomotor Development delay, the EVE guides for younger than 3 years and the BVD for ages from 3 to 5 years, to know if they fulfill the approaches of dependence.

The results found were the following: 6.7% of boys and girls didn't present disability in spite of being in a special center and that same percentage presented migration of their father and the mother. in the gender the difference in percentage is minimal. The age has a medium of 30.2meses. 46.7% of the boys and girls showed under weight. 40% of the boys and girls showed low size. 13.3% showed global malnutrition; 6.7% showed microcefalia. the 86.7% were taken care by their mother, while the 13.3% were taken care by a different person. The variables in study demonstrate the situation of the studied children, many of them were presented in situation of social risk.

**KEY WORDS:** Developmental disabilities, a descriptive study of motor skills disorders, early intervention, special education, Infant, Preschool.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
4. MARCO TEÓRICO	14
4.1 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	14
4.2 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	19
4.3 DISCAPACIDAD	21
4.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y / O DISCAPACIDAD	27
4.5 LA ATENCIÓN TEMPRANA	31
4.6 TEST DE EVALUACIÓN Y DISCAPACIDADES	32
4.7 INFORMACIÓN SOBRE CENTROS ESPECIALES	37
5. OBJETIVOS	39
6. METODOLOGÍA	39
7. RESULTADOS Y ANÁLISIS	46



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

8. RECURSOS	60
9. DISCUSIÓN	61
10. CONCLUSIONES	67
11. RECOMENDACIONES	69
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
13. ANEXOS	75



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

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



**“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 previa a la obtención del título de Licenciada en Estimulación Temprana en Salud

Autores: Johanna Mercedes Cabrera Vintimilla  
María Caridad Cordero Ortiz

Directora: Mst. Miriam Huiracocha

Asesora: Mst. Aydée Angulo

Cuenca- Ecuador  
2010



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**RESPONSABILIDAD:**

**Las opiniones vertidas a continuación son de responsabilidad de los autores del documento.**

Johanna Mercedes Cabrera Vintimilla

---

María Caridad Cordero Ortiz

---



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## **AGRADECIMIENTOS:**

Queremos agradecer en Primer lugar a Dios.

En especial a nuestros padres quienes con paciencia y cariño supieron brindar su comprensión y amor.

En segundo lugar agradecemos a la Universidad Estatal de Cuenca, por darnos la oportunidad de estudiar esta carrera, al programa de investigación “Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad con trastornos del Desarrollo con o sin discapacidad en el área urbana del Cantón Cuenca” con su directora Dra. Lourdes Huiracocha y todo el equipo de investigación, de manera especial a Carlos Abambari compañero en la ayudantía de investigación.

A la Mst. Miriam Huiracocha Directora de tesis y Mst. Aydée Angulo, asesora metodológica.

A los centros especiales que colaboraron en la investigación, niños, padres de familia y personal a cargo.

Y a aquellas personas que de alguna forma especial estuvieron siempre constantes a nuestro lado.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**DEDICATORIA:**

María Caridad:

Dedico esta tesis a mis padres que me han dado la vida y su apoyo incondicional, especialmente a mi padre que esta en el cielo y sé que estará viéndome desde ahí.

A toda mi familia, amigos y personas que de una forma u otra me han brindado su apoyo.

Johanna:

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que creyeron en mí, y que con un granito de arena me ayudaron en el camino de consolidarme como profesional, en especial dedico esta tesis a las personas que más amo mis padres mi familia mis amigos y sin dejar de lado a Dios.



## 1. INTRODUCCIÓN

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

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

Sin embargo las condiciones socioeconómicas de pobreza del país establecen circunstancias que hacen que el desarrollo no pueda seguir su curso normal o no pueda ser cuidado adecuadamente. Las mismas que se instalan como



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

factores de riesgo y son: la desnutrición, las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, la inadecuada atención (en el embarazo, en el parto, en el período neonatal y de los primeros años de vida) que exponen a los niños de riesgo a una vulnerabilidad para daños del sistema nervioso; la migración que genera nuevas dinámicas familiares y un nuevo prototipo de cuidadores que probablemente tienen influencia en la evolución del desarrollo infantil.

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

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El retraso del desarrollo es una demora en la adquisición de las funciones de alguna o de todas las áreas del desarrollo, de acuerdo a la edad y sexo que pueden o no causar discapacidad. La discapacidad es la limitación en la actividad y restricción en la participación, originada por un trastorno que le afecta en forma permanente (8,9).

La bibliografía internacional determina una variada frecuencia de retrasos del desarrollo entre el 16 y 18% en niños y niñas. (10).

Un estudio de Aláez M, 1998, en Madrid-España, en edades comprendidas entre 0 y 18 años determinó el 12,7% de prevalencia (11). En Argentina la



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

implementación de la Prueba Nacional de Pesquisa de trastornos inaparentes del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención (PRUNAPE), al estudiar a 839 niños y niñas presuntamente sanos que concurrían a tres centros de salud, encontraron que el 20%, 170 niños y niñas presentaron alteraciones en la prueba, a estos se les transfirió al Hospital Materno infantil San Isidro para una evaluación multidisciplinaria pero solo se pudo completar en el 54,5%, es decir en 96 niños y niñas, dando como resultados: 3% normales, 44,8% tuvieron retraso global del desarrollo, 17,7% retraso global del desarrollo y comorbilidad, 11,4% trastornos generalizados del desarrollo, 10,4% trastornos del lenguaje o de la comunicación, 5,2% trastornos de la coordinación, 2,1% parálisis cerebral infantil, 5,2% déficit de atención, 2,1% trastornos de la vinculación (12).

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

En el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC), en donde se atiende a niños y niñas con sospecha de alteración del crecimiento y desarrollo, en el año 2002, se realizó una evaluación interdisciplinaria para la determinación de la frecuencia de los retrasos del desarrollo en los niños y



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

niñas de 0 a 6 años de edad que asistieron a consulta a ese centro, determinando que de un total de 284 niños y niñas, el 75% tuvieron un desarrollo normal y el 24,3% presentaron retraso del desarrollo psicomotor, las causas más frecuentes fueron Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, Retardo Mental e Hipoacusia (13).

Según el CONADIS el 12,14% del total de la población son personas con discapacidad y de estos el 1,7% son niños o niñas (14), sin embargo se piensa que son más los niños y niñas con discapacidad pero que no están identificados ni registrados ya sea por falta de programas de atención que los detecte o porque sus padres al no aceptarlos no los presentan como tal.

La dificultad es que al estar invisibilizados no hay verdaderos datos que permitan evidenciar el problema como de emergencia en salud pública impidiendo que se efectúe la atención con la suficiente cobertura y calidad en los niveles primario, secundario y terciario produciendo las consecuencias drásticas de mala calidad de vida de esta población infantil. Según el Instituto de la Familia y de la Niñez, INNFA, el Estado no ha viabilizado programas efectivos que aborden esta problemática y que contemplen la prevención, la detección precoz y la capacitación de los diferentes actores en esta temática.

### **3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS**

Por lo antes mencionado, en los últimos años, el Gobierno con la organización participativa de familias y grupos sociales ha impulsado la construcción de la Agenda Social por la Niñez y Adolescencia - 2010 “Juntos por la equidad



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

desde el principio de la vida” con compromisos de los ministerios y de las entidades tanto públicas como privadas con el fin de mejorar el desarrollo integral y la necesidad de brindar protección especial a aquellos que tienen situaciones vulnerables o con derechos violentados. En estos grupos están las “discapacidades” en donde la prioridad es la identificación y registro de los niños, niñas y adolescentes con retrasos del desarrollo para planificar programas oportunos para la atención.

En este estudio se identificaron las características de los niños y niñas con retraso del desarrollo con discapacidad en relación con los siguientes factores: desnutrición, perímetro cefálico anormal, tipo de familia (monoparental, nuclear, extendida), migración de los padres y tipo de cuidador.

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

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Crecimiento y desarrollo**

El niño es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, es un ser activo y su comportamiento está organizado: siente y se



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales.

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

El crecimiento es la característica más importante de las primeras épocas de la vida, conceptualmente es el incremento de la masa corporal del ser vivo que se evalúa con el peso, talla, perímetro cefálico, examen físico, entre otros. Son alteraciones del crecimiento la desnutrición, el sobrepeso, macro y microcefalia, malformaciones congénitas. El crecimiento puede alterarse por problemas psicosociales y emocionales que influyen directamente en el desarrollo (15,16).

Lo más conveniente para el uso de estadísticas nacionales como indicadores de pobreza, enfermedad, está la evaluación del crecimiento en los niños y niñas de 0 a 5 años de edad peso/edad, talla/edad y perímetro cefálico, con estos se puede clasificar el estado nutricional en:



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

1. Desnutrición Global cuando el peso para la edad está bajo las dos desviaciones estándar en las tablas de peso de la National Center for Health Statistics (NCHS).
2. Desnutrición Crónica cuando la talla para la edad está por debajo de las dos desviaciones estándar en las tablas de talla de la NCHS.
3. Microcefalia cuando el perímetro cefálico/edad está por debajo de 3 desviaciones estándar y macrocefalia cuando está sobre 3 desviaciones estándar en tablas propias para la edad y sexo (17).

Numerosos estudios han demostrado como la desnutrición impacta sobre el desarrollo directamente proporcional al grado y a la duración de la misma. Las formas leves o severas de desnutrición, en etapas críticas del desarrollo, pueden ir desde lesiones drásticas con evidencia clara en un examen neurológico anormal, o problemas que se manifiestan en dificultades escolares con examen neurológico normal (18, 19, 20). Los cambios en el sistema nervioso central son alteración en la mielinización de las fibras, modificaciones neuronales y de los tejidos a nivel histológico, electrofisiológico, bioquímico y conductual (21). Déficit en la cantidad de ADN, fosfolípidos, esfingomiélin, proteínas nucleares y en algunos neurotransmisores (22). El músculo y el desarrollo locomotor también presentan alteraciones secundarias a la desnutrición. Problemas visuales, déficit atencionales y de memoria (23).

Según un artículo de la revista **"The Lancet"**. Publicada el 5 de enero de 2007, más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años no consiguen alcanzar el pleno desarrollo de su potencial cognitivo a causa de la pobreza, la



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

escasa salud y nutrición y el cuidado deficiente. La mayoría de estos niños y niñas (89 millones) viven en el sur de Asia y en diez países (India, Nigeria, China, Bangladesh, Etiopía, Indonesia, Pakistán, República Democrática del Congo, Uganda y Tanzania) en donde se concentra el 66 por ciento de los 219 millones de niños y niñas desfavorecidos en los países en desarrollo. Según esta misma fuente de información, las principales causas del bajo desarrollo infantil son atribuidos a: retraso en el crecimiento, deficiencias de yodo y hierro y una inadecuada estimulación social, cognitiva y emocional (24).

Investigaciones en América Latina, África y Estados Unidos han demostrado que niños desnutridos tienen un menor Coeficiente Intelectual (CI) que niños normales del mismo nivel socioeconómico (25), un estudio hondureño ha reportado alteraciones visomotoras (26). En Filipinas se mostró puntajes inferiores en desnutridos en tareas motoras y perceptuales (26). En la India, un estudio utilizando tareas de desarrollo cognitivo reveló un rendimiento más bajo en niños desnutridos que en controles, aún controlando variables socioeconómicas (27).

Las mediciones del perímetro cefálico son útiles en todas las edades porque su disminución, bajo 2 desviaciones estándar, no solo está relacionada con desnutrición sino con entidades hereditarias, congénitas (infecciones congénitas o retraso intrauterino por diversas causas), metabólicas o trastornos endócrinos que causan alteraciones del sistema nervioso central y por lo tanto trastornos del desarrollo. Los prematuros y los lactantes que han sufrido daño por asfixia o hipoglicemia en el período neonatal o infecciones del SNC, pertenecen también a esta categoría (28).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Un estudio en 1996 que se realizó en el distrito de Burdwan al Este de Bengal, India investigó en 72 niños y niñas de edades entre 3 a 6 años y encontró la asociación estadística entre el nivel de inteligencia y desnutrición ( $r=0.27$ ;  $p=0.05$ ), nivel de inteligencia y microcefalia ( $r = 0.27$ ;  $p 0.05$ ) (29,30).

La macrocefalia puede ser una condición genéticamente determinada sin significado patológico o puede ser un signo acompañante de hidrocefalia, hidrancia, errores congénitos del metabolismo. Estas entidades están acompañadas de trastornos del desarrollo psicomotor (31).

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

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

El desarrollo es un proceso tan dinámico que se basa tanto en el cambio como en la constancia, porque cada una de las habilidades adquiridas son parte de un proceso evolutivo con etapas definidas en donde se presentan comportamientos dominantes que le dan forma propia a un período pero que



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

no son estáticos sino tendientes a transformarse hasta alcanzar la forma definitiva del equilibrio y madurez.

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

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

Con los niños y niñas con datos alarmantes se debe realizar una confirmación del retraso del desarrollo y la averiguación de la existencia o no de



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

discapacidad, por profesionales expertos en el área para prescribir finalmente los planes de diagnóstico e intervención más convenientes al caso (8).

### **4.2. Retraso del Desarrollo Psicomotor.**

En la bibliografía hay diferentes formas de nominar a los problemas del desarrollo, en esta investigación se definirá a **retraso** cuando un niño o niña no cumple con las destrezas en las áreas del desarrollo de acuerdo a la edad en los cuadros de desarrollo evolutivo. Los retrasos pueden ser globales si falla en todas las áreas o específicos si falla en uno o en dos.

Pueden ser transitorios y permanentes: son transitorios cuando existen características que se ubican en un continuo entre lo normal y lo anormal o que puede compensarse o neutralizarse de forma espontánea. Permanentes cuando a pesar de la intervención, el retraso y/o la alteración se mantienen. Los retrasos pueden o no causar discapacidad (8).

Se llama “Trastorno del Desarrollo” a la presencia de retrasos del desarrollo acompañados de otros criterios clínicos que le caracterizan como una entidad sindrómica diferente a otra. La nomenclatura trastornos del desarrollo se encuentra en el DMS IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y CIE 10 (Clasificadores de patologías) por lo tanto estandarizada a nivel mundial.

Los trastornos del desarrollo que se manifiestan en el período neonatal y lactante son (5):

- *Trastornos neuromotores:* Parálisis Cerebral Infantil o Invalidez Cerebral Mínima. Síndrome del niño hipotónico.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- *Discapacidades sensoriales:* visuales y auditivas.
- *Trastorno del espectro autista:* se manifiestan los síntomas iniciales.
- *Síntomas depresivos tempranos por separación o atención limitada* (depresión anaclítica).

En el período preescolar: 2- 5 años:

- *Trastornos neuromotores:* Parálisis Cerebral Infantil o Invalidez Cerebral Mínima. Síndrome del niño hipotónico.
- *Trastornos específicos del aprendizaje.*
- *Discapacidad cognitiva.*
- *Discapacidades sensoriales:* auditivas, visuales, que no se diagnosticaron tempranamente.
- *Trastorno autista de inicio tardío.*
- *Hiperactividad y Déficit de Atención (ADHD).*
- *Trastornos emocionales:* ansiedad de separación o trastornos de vinculación reactiva, trastornos de oposición desafiante: ánimo enojado.

Y la etiología suele ser:

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- *Enfermedades toxicas:* plomo u otros.
- *Condiciones sociales, culturales y ambientales:* abanico de factores ubicados entre el maltrato y la sobreprotección.
- Otros.

### 4.3. Discapacidad

La OMS define a la **Deficiencia** como toda pérdida o anomalía de una función psicológica, fisiológica o anatómica.

**4.3.1. Discapacidad:** restricción de la capacidad para realizar una actividad que limita el normal desempeño de la persona en la vida diaria.

**4.3.2. Minusvalía:** toda situación de desventaja social que limita o impide desempeñarse de manera considerada normal para su edad, sexo y contexto socio-cultural.

Aunque en los nuevos foros se ha intentado asignarles un enfoque más humano no dejan de remarcar más los defectos que las cualidades y la responsabilidad del trastorno solo en el ser humano que la posee.

Hoy se intenta cambiarlas por términos que son menos discriminatorios, como lo indica el libro de “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud” (CIF). Los términos discapacidad y minusvalía son reemplazados por los de “limitación de la función” y “limitación de la participación”, respectivamente. Estas últimas designaciones no solo observan las limitaciones de las personas que las padecen sino miran los apoyos familiares y comunitarios (salud, educación, de convivencia) que permite a



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

estos niños y niñas con limitaciones adaptarse mejor. Entendiéndose por adaptación o habilidades adaptativas como “el repertorio de habilidades conceptuales que han sido aprendidas por el ser humano para funcionar en su vida cotidiana”.

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

La concepción social de la discapacidad, explicitado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud-CIF (2001), busca la integración de los modelos conceptuales médico y social, y se propone incluir la multidimensionalidad dentro del concepto de la discapacidad desde lo biológico, lo emocional y lo social.

La discapacidad no es algo que se tiene ni algo que se es, sino que se entiende como un “estado de funcionamiento” que describe el “ajuste” entre las “capacidades del individuo, la estructura y expectativas de su entorno personal y social” (14,32).

La Asociación Americana de Retardo Mental en el 2002 (AARM) incluye en la definición cuatro dimensiones, entre ellas está la conducta adaptativa (33). La Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retardo Mental (FEAPS) considera que los conceptos de calidad de la Atención Temprana deben girar alrededor de la consecución de habilidades adaptativas (34).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La tendencia mundial es construir guías de evaluación para todas las edades en torno a la investigación de estas habilidades adaptativas para identificar no solo la discapacidad sino también el grado de dependencia, cómo y a dónde dirigir los apoyos. Son ejemplos de estas guías las que se utilizarán en esta investigación: La Escala de Valoración Específica de dependencia para personas menores de tres años de edad (EVE) y el Baremo de Valoración de la Situación de la Dependencia (BVD) a usarse desde los 3 años de edad en adelante.

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

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

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

Las definiciones de cada una de ellas son las siguientes:

- a. Comunicación: incluye habilidades tales como la capacidad para comprender y expresar información mediante conductas simbólicas (por ejemplo la palabra hablada, la ortografía, palabra escrita, símbolos gráficos, lenguaje de signos, sistema dactilológico) o mediante conductas no simbólicas (expresión facial, el movimiento corporal, el contacto, un gesto).
- b. Autodirección: habilidades relativas a realizar elecciones personales, a respetar las normas de convivencia de un núcleo social, defenderse y resolver problemas planteados en tanto en situaciones familiares como en situaciones nuevas.
- c. Cuidado personal: Habilidades relacionadas con asearse, comer, vestirse, la higiene y la apariencia personal.
- d. Vida en el hogar: habilidades relacionadas con el funcionamiento en el hogar, tales como el cuidado de la ropa, las tareas domésticas (preparación de la comida), la seguridad, el mantenimiento de los bienes personales y de los otros. Comportamiento en el hogar y en el vecindario.
- e. Habilidades escolares funcionales: capacidades cognitivas y habilidades relativas al aprendizaje, escolares que tengan una aplicación directa en la propia vida que les permita llevar una vida independiente.
- f. Habilidades Sociales: son las relativas a los intercambios sociales con otras personas que incluyen comunicación, regulación de la propia conducta,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- afrontar las demandas propias y la de los demás, cumplir las normas de convivencia, mostrar un adecuado comportamiento socio- sexual.
- g. Salud y Seguridad: habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud en aspectos tales como: la alimentación, la sexualidad, la prevención, identificación y tratamiento de la enfermedad. Autoprotección, mantenimiento de un buen estado físico.
- h. Utilización de la comunidad: habilidades relacionadas con la adecuada utilización de los recursos de la comunidad tales como: viajar, uso de los servicios de la comunidad: tiendas, gasolineras, dispensarios y otros. Así como buenas habilidades sociales.
- i. Ocio: hace referencia al desarrollo de intereses relacionados con la desocupación y el entretenimiento (personal o en interacción con otros) que reflejan las preferencias y las elecciones personales y si la actividad se lleva a cabo en público, si son adecuadas a la edad y si están dentro de las normas culturales.
- j. Trabajo: habilidades relacionadas con mantener un trabajo en la comunidad ya sea a tiempo parcial o total, en lo referente a habilidades del trabajo concreto, a tener una conducta social adecuada y habilidades laborales relacionadas.
- k. Dimensiones psicológicas emocionales: son las habilidades de comportamiento, sentimientos, reacciones frente al ambiente que en las personas con discapacidad pueden depender de:
- El perfil que posean: estilo y modos personales de expresión
  - Estilo social: acercamiento e interacción social



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Estilo sensoperceptivo: la respuesta ante estímulos determinados.
  - La existencia de conductas desafiantes como autoagresión, destrucción de objetos y conductas restrictivas (exclusión social, limitación en la participación).
  - La existencia de trastornos mentales: existentes en 1 de cada 3 personas con retardo mental.
- l. Dimensiones físicas de la salud y etiológicas: como a todos, a los niños y niñas con discapacidad se les debe realizar los controles rutinarios para cada síndrome o etiología. Hay que realizar todo el proceso diagnóstico, de tratamiento y de fortalecimiento de hábitos de vida saludables. Es importante determinar la comorbilidad (epilepsia, problemas visuales, auditivos, otros), la movilidad.
- m. Dimensiones ambientales: la observación del entorno en cuanto a la integración, inclusión de las personas con discapacidad. Se considera en este grupo a la familia (34).

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

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

Se sabe que no todos los individuos, familias o comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar y morir, sino que para unos ese riesgo es mayor que para otros. Esta diferencia establece un distinto grado de necesidades que son



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

buenas de identificar para iniciar programas de salud en el nivel primario, secundario y terciario que den respuestas a estas necesidades.

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

El factor de riesgo según la OPS es toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de ese proceso. El factor protector hace referencia a aquellas circunstancias de la familia, la comunidad que cuidan o potencian el desarrollo o características biológicas innatas que le dan una cualidad especial de resguardo (35).

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

Se consideran de riesgo biológico a aquellos niños que durante el período pre, peri o postnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer, infecciones del sistema nervioso, entre otros.

Los niños de riesgo psicosocial son aquellos que viven en condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, mala atención en salud, educación que pueden alterar su proceso madurativo. Por eso es imperioso investigar el afecto en la vida del niño, el tipo de relaciones existentes entre él y sus padres, la organización y el estilo de vida de la familia; la situación actual del niño en casa y en el centro de cuidado diario (36).

En esta investigación se estudiará la relación de los retrasos del desarrollo con los siguientes factores asociados: desnutrición y el perímetro cefálico anormal como factor biológico y como factores psicosociales el tipo de familia monoparental, nuclear, extendida, migración de los padres, tipo de cuidador del niño o niña (8).

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

En los últimos decenios las estructuras familiares se han modificado por diferentes causas (participación de la mujer en el campo laboral, migración, divorcio, nuevas concepciones de convivencia), hay más hogares con la presencia de un solo padre o familias en la que el cuidado del niño o niña está a cargo de los abuelos, tíos u otros porque los padres no están o porque trabajan todo el tiempo (37). La pregunta es cómo este nuevo tipo de relaciones influyen en el desarrollo de los niños y niñas. Y de ahí la necesidad de estudiar este tema.

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

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

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

*Familia extendida:* Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar. Este tipo de familia ha crecido en los últimos años por separación marital, el regreso del hijo o hija a su hogar de origen trayendo a sus nietos y sobrinos. Se conforman debido a necesidades económicas de la primera o segunda generación o a causa de la necesidad de apoyo en la crianza de los hijos en caso de migraciones internas o externas (38).

Un estudio realizado en San Paulo, Brasil en 120 niños y niñas de 0 a 4 años de edad determinó que existe más riesgo de retraso en el lenguaje expresivo en familias con factores de riesgo como el grado de instrucción del padre, nivel socioeconómico de pobreza. Existieron factores protectores como hogares estables (39).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

**4.4.2. Migración:** es otro de los factores de riesgo en relación con el tipo de familia y desarrollo, definida como el desplazamiento de uno o ambos padres a una distancia que genera dificultades en la comunicación considerable o fuera del país, dejando a sus hijos al cuidado de terceras personas que pueden ser familiares o no. Fenómeno que en los últimos tiempos se ha incrementado como consecuencia de la movilidad social debido al desempleo, subempleo, cesantía laboral y otras causas (40).

**4.4.3. Cuidador:** es la persona que siempre está suministrando al niño o niña el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto. Cuidador que tiene influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña (41).

### 4.5. La atención temprana

Se entiende por Atención Temprana el 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 considerar 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 forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Son objetivos de la Atención Temprana (8, 34):



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Proteger, optimizar e intervenir el curso del crecimiento y desarrollo del niño, niña o adolescente de acuerdo a su condición, en ambientes óptimos, considerando a la familia y a la comunidad como sujetos activos.
- Detectar, evaluar, diagnosticar y elaborar el plan de intervención en trastornos del desarrollo y/o discapacidades.
- Facilitar la evolución para la obtención de habilidades adaptativas, potenciación de la autoestima, autodirección, autonomía personal de los niños, niñas con TD/D, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos lúdicos, relacionales y funcionales.
- Facilitar la participación activa de la familia en todo el proceso de intervención.
- Alcanzar el máximo grado de integración social, facilitando la adaptación de los entornos, desde la familia hasta el medio social proporcionando las estrategias y recursos que permitan el acceso futuro a la igualdad de oportunidades.
- Promover y ejecutar las leyes que los protejan en sus derechos y deberes.
- Realizar investigaciones científicas que apoyen la intervención.

### **4.6. Test de evaluación del desarrollo y discapacidades**

Disponer de instrumentos confiables, adaptados y normalizados que respondan a la conceptualización del desarrollo y de la cultura regional, que brinden una evaluación objetiva y directa del niño o niña, es una de las necesidades más sentidas por los diversos profesionales involucrados en la evaluación y



diagnóstico del desarrollo infantil.

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

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

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

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Solo un cociente por debajo de 89 se considera como signo de retraso y se requiere de una interpretación dentro de los fundamentos teóricos del desarrollo, el análisis de la historia clínica (anamnesis y examen físico) (44).

### **4.6.2. Escala de Valoración de la Situación de Dependencia en edades de**

**0 a 3 años de edad (EVE):** Si la discapacidad es definida como la dificultad de los niños y niñas para realizar las actividades de la vida diaria y que para su realización requieren del apoyo de aparatos o de las personas, es decir tienen una situación de dependencia, esta prueba EVE permite determinar si un niño o niña debe ser categorizado como una persona con discapacidad. Es una Escala de reconocimiento internacional sobre todo en el mundo hispano y se ajusta a las definiciones actuales del libro “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)” valorando las habilidades adaptativas. Es un baremo que al ajustarse a la legislación española consta en el decreto 504 del 20 de Abril del 2007 para garantizar los derechos en la atención y protección del niño, niña y su familia. La EVE establece normas para la valoración de la situación de dependencia y la determinación de su severidad, teniendo como referente el CIF, adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

severa y gran dependencia que se corresponde con la puntuación final de 1 a 3 puntos obtenida en su aplicación.

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

La escala establece criterios para que los profesionales realicen la observación directa en el espacio cotidiano del niño o niña: hospital, casa, centro de cuidado diario o en la unidad de Atención Temprana (45).

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

La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve e incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia.

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

El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. La valoración de actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad.

El BVD clasifica la dependencia en:

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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

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

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos (46).

### **4.7. Información sobre Centros Especiales**

Son aquellos centros de cuidado diario o de educación especial (0- 5 años) en los cuales los niños y niñas permanecen entre 4 a 8 horas diarias recibiendo cuidado y terapias.

Centro Cedindown, en este centro se atiende a niños con síndrome de Down, ellos trabajan en grupos y también reciben terapias individuales

El IPCA, brinda su plan educativo:

Fomentar y desarrollar la investigación en las áreas de educación, médica, fisioterapia, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, social, salud pública, y demás afines.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Lograr que las personas con PCI y/o problemas motores accedan a una educación especial apropiada y una habilitación integral acorde con sus necesidades diarias.

Fomentar la formación de recursos humanos en este campo.

Mantener relaciones con instituciones afines tanto nacionales como extranjeras.

Propiciar la integración social, educativa y laboral.

Ya que este es un Centro educativo que presenta una atención de cuidados diarios de forma matutina, este centro presenta inclusión e integración en sus enseñanzas.

En la bibliografía podemos encontrar que: Aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades viven en países en desarrollo; muy pocos de entre ellos reciben una atención sanitaria y una educación adecuadas, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales, este estudio fue realizado en 1994.

Podemos también citar que: En primer lugar, es importante señalar que el foco de la inclusión es más amplio que el de la integración. Esta última, en los países de América Latina y en otras partes del mundo, está ligada al colectivo de los alumnos con necesidades educativas especiales, y aspira a hacer efectivo el derecho de estas personas a educarse en las escuelas comunes, como cualquier ciudadano, recibiendo las ayudas necesarias para facilitar su proceso educativo y su autonomía 2002.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En conclusión podemos decir que estos estudios nos indicaron que la inclusión es muy importante en nuestra investigación y que influyen de manera directa en el tema de centros educativos ya que nos mostraron que muy pocos niños tienen la debida educación dependiendo sus necesidades.

### **5. OBJETIVOS**

#### **5.1. Objetivo general:**

Describir las características de los niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con discapacidad que asisten a los Centros Especiales del área urbana del cantón Cuenca.

#### **5.2. Objetivos específicos:**

1. Clasificar a los niños y niñas según edad, sexo, medidas antropométricas, tipo de retraso del desarrollo y grado de discapacidad.
2. Identificar si los niños o niñas tienen el beneficio de la atención temprana: detección, derivación y están recibiendo apoyos en un centro de atención temprana.
3. Describir las características de los niños y niñas: condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia, cuidador familiar y migración de los padres en los niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a los Centros Especiales de del área urbana del cantón Cuenca.
4. Difundir los resultados a las instituciones participantes y sociedad.



## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de estudio**

Es un estudio descriptivo ya que nos permite conocer las características de niños y niñas de Centros Especiales de 0 a 5 años

### **6.2 Universo y muestra**

El universo está conformado por 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor que asisten a los centros especiales del área urbana del cantón Cuenca durante el periodo enero a julio del 2009.

### **6.3 Criterios de inclusión**

Niños y niñas de un día a cuatro años, 11 meses y 29 días de edad posnatal que asisten a los centros especiales y permanecen en un horario de 4 a 8 horas durante el período enero-julio de 2009 y que la madre o un familiar otorgue el consentimiento informado.

### **6.4 Criterios de exclusión**

- Los niños y niñas cuyos familiares no aceptan la participación en el estudio.
- Niños y niñas de instituciones cuyos directivos no acepten o no colaboren en la evaluación.
- Niños y niñas mayores de cinco años
- Niños y niñas que no asisten regularmente a los centros de cuidado diario especiales o regulares del área urbana del cantón Cuenca.



- Actitud persistente de no colaboración del niño o niña.

## 6.5 Variables y operacionalización

### 6.5.1 Variables del estudio

**Variable dependiente:** Retraso del desarrollo

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

### Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Tipo de Institución infantil.	Centros de cuidado diario o de educación inicial (0- 5 años) en los cuales los niños y niñas permanecen entre 4 a 8 horas diarias recibiendo cuidado y educación.	Fiscal especial  Privado especial	Tipo de financiamiento que sustenta el funcionamiento de la institución.	Fiscal especial  Privado especial
Edad posnatal	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que se realiza la evaluación del niño y niña.	Tiempo de vida	Meses	0-12 meses 13-24 meses 25-36 meses 36-48 meses 48-60 meses
Sexo	Diferencia biológica que distingue a los organismos individuales	Biológica	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Condición antropométrica posnatal	Conjunto de medidas de peso, talla, perímetro cefálico que determinan la condición nutricional del niño y niña.	Peso	Kilogramos	Peso en kg
		Perímetro cefálico	Centímetros	PC en cm.
		Talla	Centímetros	Talla en cm
Desnutrición	Condición nutricional deficiente del niño y niña en relación a su edad. Se valora la desnutrición global y la desnutrición crónica	Desnutrición global	Relación peso/edad	1. No 2. Si
		Desnutrición crónica	Relación talla/edad	1. No 2. Si
Normocefalia	Cabeza de tamaño normal		Perímetro cefálico entre -2DS y +2DS	1. No 2. Si
Macrocefalia	Cabeza de tamaño grande		PC mayor a +2DS	1. No 2. Si
Microcefalia	Cabeza de tamaño pequeño		PC menor a -2DS	1. No 2. Si
Retraso del desarrollo psicomotor	Identificación de los logros o nuevos modos de conducta no alcanzados por el niño o niña en cada etapa. Valora las áreas coordinación, postura, lenguaje y social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No retraso</li> <li>• Retraso leve</li> <li>• Retraso Moderado</li> <li>• Retraso Grave</li> <li>• Retraso Profundo</li> </ul>	Prueba de Brunet Lezine. Anexo 3	1. No retraso 2. Retraso leve 3. Retraso Moderado 4. Retraso Grave 5. Retraso Profundo
Discapacidad	Dependencia para realizar una actividad adaptativa de acuerdo a la edad. En menores de 3 años se valora por desarrollo (actividad motriz y adaptativa) y necesidad de medidas de soporte para funciones vitales. Y en mayores de 3 años se	Dependencia en menores de 3 años  (hasta 2 <sup>a</sup> 11m 29d): puntajes en EVE de 1 a 3.	Prueba de EVE. Anexo 4.	1. Si 2. No
		No Dependencia en menores de 3 años	Prueba de EVE.	1. Si



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	valora por: comer y beber, micción y defecación, lavarse, transferencias corporales, tomar decisiones.	(hasta 2 <sup>a</sup> 11m29d ): puntaje en EVE de 0	Anexo 4.	2. No
		Dependencia en niños de 3 a 5 años: puntaje en BVD de 25 o más	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No
		No Dependencia en niños y niñas de 3 a 5 años: puntaje en BVD de menos de 25	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No 3.
Migración de los padres.	El padre, la madre o los dos viven y trabajan en el exterior o en un área diferente a la que vive el niño; por esta razón no pueden brindar los cuidados del niño o niña.	Padre, madre migrante	Migración de los padres.	1. Padre 2. Madre 3. Padre y madre
Cuidador familiar	Familiar o persona que vive con el niño/a y es quien satisface las necesidades de cuidados en higiene, alimentación, salud, afecto, participación y otras más dentro del hogar	Persona que satisface necesidades del niño/a en el hogar	Cuidador del niño/a	1. Padre 2. Madre 3. Abuelos 4. Tíos 5. Hermanos 6. Otros
Beneficio de la Atención	Si un niño o niña con retraso ha sido detectado, derivado y asiste a un centro de atención temprana.		El registro en las historias clínicas del proceso total en todo lo siguiente: detección, derivación y	1. No 2. Si



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

			asistencia a un centro de atención temprana.	
--	--	--	--	--

### 6.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

#### 6.6.1 Recolección de datos

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

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

**6.6.2. Descripción del proceso de valoración:** probabilístico entre los niños y niñas que asisten a centros especiales del área urbana del cantón Cuenca, cumplen con los criterios de inclusión y los familiares aceptan la participación.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el formulario previamente diseñado los/las estudiantes que desarrollan sus tesis recolectarán la información correspondiente a datos de filiación, información general, medidas antropométricas, valoración del desarrollo psicomotor según el test de Brunet Lezine para diagnosticar retraso del desarrollo y confirmar el o las áreas afectadas; por último, se les aplicará el EVE en menores de 3 años y el BVD de 3 a 5 años de edad para diagnosticar discapacidad.

**6.6.3. Control de calidad:** para confirmar la certeza de la información, se aplicó una nueva evaluación al 5% de los niños y niñas que conforman la muestra. La reevaluación se realizó dentro de los siete días siguientes a la evaluación inicial. Se seleccionaron los niños y niñas que fueron reevaluados por sorteo aleatorio simple. La reevaluación se realizó con el consentimiento de la madre o familiar que este cuidando del niño o niña; si no fuese aceptada la reevaluación, se solicitó la participación del niño o niña que este registrado a continuación.

**6.6.4 Tiempo asignado:** se requirió alrededor de 30 minutos para contactar a los padres de los niños y niñas para solicitar que autoricen la participación del niño o niña. El tiempo para tomar las medidas antropométricas fue de 10 minutos. El tiempo calculado para la evaluación y llenado de datos de cada niño y niña fué de 10 minutos. El tiempo para la aplicación del test de Brunet Lezine fué de aproximadamente una hora. El tiempo para aplicar el test sobre discapacidad fue de 25 a 60 minutos. El tiempo para el ingreso de la información de cada niño y niña al sistema de cómputo fue de 15 minutos.



### **6.6.5. ASPECTOS ÉTICOS:**

#### **6.6.5.1. Consideraciones generales:**

- Los niños y niñas que participaron en el estudio no fueron sometidos a riesgo porque es un estudio observacional.
- Los niños y niñas se beneficiaron con una valoración de su condición antropométrica y de desarrollo psicomotor.
- La autorización para la participación en el estudio se realizó a través del consentimiento informado y los familiares recibieron una copia del mismo.
- El personal que participó en el estudio demostró calidad humana, solvencia ética, técnica y científica.
- Se garantiza la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.
- Los resultados de la investigación se entregaron a las instituciones y centros participantes.
- Se registró la información en la ficha individual del niño o niña; se informó a los padres sobre la condición del niño o niña; se evitó comentarios no pertinentes frente a los padres, personal de los centros u otras personas; no se hicieron comparaciones con respecto a otros niños o niñas; manteniendo la confidencialidad de la información de cada niño o niña.



## 7. PLAN DE ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se utilizaron tablas para tabular los datos según frecuencias del universo que serían los niños y niñas evaluados, en dichas tablas se ven expresadas las diferencias en frecuencia y porcentaje para las distintas variables.

Para el análisis de la asociación entre los factores de riesgo y peligro de padecer demencia, los datos se organizaron en una tabla de 2x2 que nos permite estudiar las relaciones entre las variables

### 7.1 DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN

#### 7.1.1 EDAD

**Tabla 1.** Distribución de individuos según edad. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Edad/meses	Frecuencia	Porcentaje
7,5	1	6,7



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

9,1	1	6,7
13,5	1	6,7
13,8	1	6,7
17,2	1	6,7
18,5	1	6,7
24,0	1	6,7
26,0	1	6,7
27,9	1	6,7
31,6	1	6,7
42,9	1	6,7
48,5	1	6,7
55,7	1	6,7
58,3	1	6,7
59,2	1	6,7
<b>Total</b>	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos.

De los 15 niños y niñas que forman parte de la investigación se evidencia que el de menor edad corresponde a la edad de 7.5 meses y el de mayor edad es de 59.2 meses, los demás se distribuyen entre estos 2 valores. La media de edad es de 30.2 meses y con un desvío estándar de 18.23 meses.

### 7.1.2. SEXO

Tabla 2. Distribución de individuos según sexo. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
------	------------	------------



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

	MASCULINO	8	53,3
	FEMENINO	7	46,7
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

Del total de menores incluidos en el estudio, se evidencia que el 53.3% son de sexo masculino, representado por 8 participantes, el porcentaje restante representado por 7 participantes, son de sexo femenino, la diferencia en porcentaje es mínima al igual que en número.

### 7.1.3. TIPO DE CENTRO

Tabla 3. Distribución de individuos según tipo de Centro al que asisten. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

	Tipo de centro	Frecuencia	Porcentaje
	FISCAL ESPECIAL	6	40,0
	PRIVADO ESPECIAL	9	60,0
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

Del total de niños y niñas evaluados se evidenció que la mayoría acuden a un centro privado especial, representado por el 60%, mientras que el restante 40% acuden a un centro fiscal especial.

### 7.1.4 PESO

Tabla 4. Distribución de individuos según Peso. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Peso		Frecuencia	Porcentaje
	Bajo peso	7	46,7
	Normal	8	53,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

En el 53.3% de los niños y niñas incluidos en el estudio, su peso es normal, mientras que los restantes se encuentran con bajo peso.

### 7.1.5 PERÍMETRO CEFÁLICO

Tabla 5. Distribución de individuos según Perímetro cefálico. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca.

Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Perímetro cefálico		Frecuencia	Porcentaje
	Microcefalia	1	6,7
	Normocefalia	14	93,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

El 93,3% de niños y niñas estudiados presentaron perímetro cefálico normal y el 6.7% presentó microcefalia.

### 7.1.6 TALLA

Tabla 6. Distribución de individuos según Talla. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Talla		Frecuencia	Porcentaje
	Talla baja	6	40,0
	Normal	9	60,0
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

El 60% de los niños y niñas evaluados presentaron una talla normal, mientras que el 40% de niños y niñas presentaron talla baja.

### 7.1.7 ESTADO NUTRICIONAL

Tabla 7. Distribución de individuos según Estado Nutricional. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Estado nutricional		Frecuencia	Porcentaje
	NORMAL	13	86,7
	DESNUTRICIÓN GLOBAL	2	13,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

El 86.7% de niños y niñas evaluados en cuanto a su estado nutricional se evidencia que se encuentra dentro de la Normalidad, el 13.3% presentó desnutrición global, no se presentaron niños con sobrepeso.

### 7.1.8 TIPO DE FAMILIA

Autoras:

Johanna Cabrera V.

María Caridad Cordero O.

52



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 8. Distribución de individuos según Tipo de Familia. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca.

Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Tipo de Familia		Frecuencia	Porcentaje
	MONOPARENTAL	1	6,7
	NUCLEAR	6	40,0
	EXTENDIDA	8	53,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

El 53.3% de niños y niñas estudiados pertenecen o están incluidos dentro de una familia considerada como extendida, el 40% pertenecen a una familia de tipo nuclear, mientras que el 6.7% restante pertenece a una familia monoparental.

### 7.1.9 MIGRACIÓN

Tabla 9. Distribución de individuos según Migración. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a los centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca.

Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Migración		Frecuencia	Porcentaje
	SI	1	6,7
	NO	14	93,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

Únicamente 1 niño o niña, es decir, el 6.7% de todos presenta la migración de su Padre y Madre, mientras que los restantes 14 niños y niñas, el 93.3%, no presenta migración de ningún miembro familiar al momento del estudio.



### 7.1.10 CUIDADOR FAMILIAR

Tabla 10. Distribución de individuos según Cuidador Familiar. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Cuidador familiar		Frecuencia	Porcentaje
	MADRE	13	86,7
	TÍOS	2	13,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

En esta variable de evidencia que la gran mayoría el 86.7% de los niños estudiado son cuidados por su madre, mientras que el 13.3% son cuidados por una persona diferente: tíos.

### 7.1.11 COEFICIENTE DE DESARROLLO

Tabla 11. Distribución de individuos según Coeficiente de desarrollo. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Coeficiente de desarrollo		Frecuencia	Porcentaje
	RETRASO LEVE	1	6,7
	RETRASO MODERADO	7	46,7
	RETRASO GRAVE	2	13,3
	RETRASO PROFUNDO	5	33,3
	Total	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

Se evidencia que según la interpretación de coeficiente de desarrollo se encontró que el retaso leve se presentó en el 6.7% de los niños estudiados, el



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

46.7% presentaron retraso moderado, el 13.3% retraso grave y por ultimo un 33.3% retraso profundo.

### 7.1.12 DISCAPACIDAD

Tabla 12. Distribución de individuos según Discapacidad. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca.

Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Discapacidad		Frecuencia	Porcentaje
BVD (mayores de 3 años).	SI	4	26,7
	NO	1	6,7
EVE (0 a 3 años)	SI	10	66.6
	NO	0	0
Total		15	100

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

La tabla 12 indica que del 100% de niños y niñas que tienen más de 36 meses y a los cuales se les aplicó el test BVD únicamente 1 no presentó discapacidad, el 100% de niños menores de 36 meses todos (10) presentaron discapacidad. De manera general el 6.7% (1) no presentó discapacidad.



### 7.1.13 GRADO DE DISCAPACIDAD

Tabla 13. Distribución de individuos según Grado de Discapacidad.  
Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

Grado de discapacidad		Frecuencia	Porcentaje
BVD (mayores de 3 años).	GRADO 2 NIVEL 1	2	14.28
	GRADO 2 NIVEL 2	2	14.28
EVE (0 a 3 años)	MODERADA	3	21,44
	SEVERA	5	35,72
	GRAVE	2	14,28
TOTAL		14	100

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

La tabla 13 indica que del total de niños y niñas con discapacidad (14) el 14.28% se encuentra con discapacidad grado 2 nivel 1, el 14.28% se encuentra con grado 2 nivel 2, los mismos que fueron valorados con el test BVD por su edad. El 21.44% se encuentra con discapacidad moderada, el 35.72 con discapacidad severa y el 14.28% con discapacidad grave según el test EVE aplicado a los niños y niñas menores de 36 meses.



### 7.1.14 DATOS ADICIONALES

Se evidenció adicionalmente que el 100% de los niños en estudio: se han beneficiado de la atención, fueron detectados, fueron derivados y se encuentran en un Centro de atención temprana.

### 7.2 DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO

#### 7.2.1 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON O SIN DISCAPACIDAD Y MIGRACIÓN

Tabla 14. Distribución de individuos según Retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

MIGRACIÓN	RDPM SIN DISCAPACIDAD		RETRASO CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No migración	1	13,3	13	86,7	14	100,0
Padre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Padre y madre	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1	6,7	14	93,3	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La tabla 14 indica que del 100% de los niños y niñas que no presentaron migración, el 86,7% (13 niños y niñas) presenta retraso del desarrollo con discapacidad y el 13,3% (1 niño o niña) presenta retraso del desarrollo sin discapacidad. Del 100% de niños o niñas (1 niño o niña) que presentaron migración del padre y madre, presenta retraso del desarrollo con discapacidad.

### 7.2.2 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON O SIN DISCAPACIDAD Y CUIDADOR FAMILIAR

Tabla 15. Distribución de individuos según Retraso del desarrollo Psicomotor con y sin discapacidad y cuidador familiar. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor que asisten a los centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

CUIDADOR FAMILIAR	RDPM SIN DISCAPACIDAD		RETRASO CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Padre	0	0,0	0	0,0	0	0
Madre	1	7,7	12	92,3	13	100
Abuelos	0	0,0	0	0,0	0	0
Tíos	0	100	2	100	2	100
Hermanos	0	0,0	0	0,0	0	0
Otros	0	0,0	0	0,0	0	0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	1	6,7	14	93,3	15	100

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

En la tabla 15 observamos que ningún niño es cuidado por su padre, abuelos ni hermanos. Del total de niños que son cuidados por su madre, el 92,3% presentó retraso con discapacidad y el 7,7% presento retraso del desarrollo sin



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

discapacidad. De los niños que son cuidados por sus tíos, el 100% presentaron retraso con discapacidad.

### 7.2.3 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON O SIN DISCAPACIDAD Y DESNUTRICION.

Tabla 16. Distribución de individuos según Retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad y Desnutrición. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

ESTADO NUTRICIONAL	RDPM SIN DISCAPACIDAD		RETRASO CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	1	7.69	12	92.31	13	100
Desnutrición global	0	0,0	2	100,0	2	100
Desnutrición crónica	0	0,0	0	100,0	0	100
Sobrepeso	0	0	0	0,0	0	100
Total	1	6,7	14	93,3	15	100

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos

La tabla 16 indica que del 100% de niños y niñas con condición nutricional normal el 92.31% presentó retraso del desarrollo con discapacidad y el 7.69%



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

retraso del desarrollo sin discapacidad. El 100% de niños y niñas que presentaron desnutrición global, presentaron también retraso del desarrollo con discapacidad. Ningún niño o niña presentó desnutrición crónica ni sobrepeso.

### 7.2.4 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON O SIN DISCAPACIDAD Y PERÍMETRO CEFÁLICO

Tabla 17. Distribución de individuos según RDPM con discapacidad y perímetro cefálico. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor que asisten a los centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

PERÍMETRO CEFÁLICO	RDPM SIN DISCAPACIDAD		RETRASO CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	1	7,1	13	92,9	14	100,0
Microcefalia	0	0	1	100	1	100
Macrocefalia	0	0	0	0,0	0	0
Total	1	6,7	14	93,3	15	100,0

Realizado por: Las autoras

Fuente: Formularios de recolección de datos



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En la tabla 17 se evidencia que del 100% de niños y niñas que presentaron un perímetro cefálico normal el 92.9% presenta retraso con discapacidad y el 7.1% presentó retraso sin discapacidad. El 100% de niños que presentaron microcefalia presentó retraso con discapacidad. No se presentaron niños con macrocefalia.

### 7.2.5 RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON O SIN DISCAPACIDAD Y TIPO DE FAMILIA

Tabla 18. Distribución de individuos según Retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad y tipo de familia. Características de 15 niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad que asisten a dos centros especiales del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2009.

TIPO DE FAMILIA	RDPM SIN DISCAPACIDAD		RETRASO CON DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Monoparental	0	0	1	100,0	1	100,0
Nuclear	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Extendida	0	0	8	100,0	8	100,0
Total	1	6,67	14	93,3	15	100,0

Realizado por: Las autoras



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fuente: Formularios de recolección de datos

La tabla 18 indica que del 100% de niños que pertenecen a familia monoparental el 100% presentaron retraso con discapacidad. De todos los niños que pertenecen a una familia nuclear el 83,3% presentó retraso con discapacidad y el 16,7% retraso sin discapacidad. Del 100% de niños que pertenecieron a una familia extendida todos presentaron retraso con discapacidad.

### 8. RECURSOS

- **Humanos:**

- **Directos:**

Director de la Investigación: Master Miriam Huiracocha

Asesor de la Investigación: Master Aydée Angulo

Autoras: Johanna Mercedes Cabrera Vintimilla

María Caridad Cordero Ortiz

- **Indirectos:** Directivos y Personal de los Centros.

- **Materiales**

Autoras:

Johanna Cabrera V.

María Caridad Cordero O.

62



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- **Oficina:** Computadora, papel, esferográficos, borrador, impresora,
  - **Recolección de datos:** Test, formulario de datos personales, transporte.
- **Costos**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>COSTO EN USD</b>
Adiestramiento de los investigadores	25
Impresión de formularios	30
Impresión del Test	50
Transporte	30
Impresión del informe final	60
Empastado del trabajo	60
Material de oficina	40
<b>Total</b>	<b>295</b>

## 9. DISCUSIÓN

A pesar de que el Estado Ecuatoriano para garantizar el cumplimiento del derecho al desarrollo integral de niños y niñas, ha establecido entre otros programas el “Plan Nacional de Educación” cuyas metas son aumentar el acceso de los niños y niñas regulares con discapacidad a programas de desarrollo infantil públicos, en nuestra investigación se evidencia que estas políticas no se cumplen del todo porque, del total de niños y niñas evaluados se evidenció que la mayoría acuden a un centro privado especial, representado por el 60%, mientras que el restante 40% acude a un centro fiscal especial; esto indica que la necesidad del niño empuja a estar en centro privado por la



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

falta de centros fiscales, o porque no se los conoce, ya que la discapacidad no se ha convertido en una política de estado, aunque se espera que con el nuevo gobierno se impulse la ayuda a niños con discapacidad, esto comparamos con el informe "Educación de Niños y Jóvenes con Discapacidades" de la UNESCO indica que al menos un niño de cada diez nace con una disminución grave, o la adquiere posteriormente y que aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades viven en países en desarrollo; muy pocos de ellos reciben una atención sanitaria y una educación adecuadas, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales.(47)

En el país según la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLASCO hay 989 instituciones que trabajan con niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales pero muy pocos incluyen al grupo etario de nuestro estudio e incluso la UNICEF declara que para el año 2008 en el Ecuador el 46% de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad no van a centros de desarrollo infantil.

Se define a la discapacidad como la restricción de la capacidad para realizar una actividad que limita el normal desempeño de la persona en la vida diaria.

Según el CONADIS el 12,14% del total de la población son personas con discapacidad y de estos el 1,7% son niños o niñas (14), sin embargo se piensa que son más los niños y niñas con discapacidad pero que no están identificados ni registrados ya sea por falta de programas de atención que los detecte o porque sus padres al no aceptarlos no los presentan como tal.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En nuestro estudio evaluamos a 15 niños y niñas que asisten regularmente a centros especiales de cuidado diario de 4 a 8 horas , y formaron parte de todo el universo, puesto que resto de niños solo van a terapias por horas o como demuestra el gran estudio realizado en México desde el año 2001 al 2003 por el Gobierno del Distrito Federal y financiado por la UNICEF para establecer las condiciones de vida de los niños y niñas con discapacidad; de los niños y niñas sin diagnóstico el 33% de las familias con niños y niñas menores de cinco años no han buscado ayuda, el 64% de los casos no saben dónde acudir y de quienes si conocen el 20,7% ha ido a centros de salud sin encontrar servicios de rehabilitación, el 36,4% a las farmacias. Solo el 2,3% de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad recibieron atención integral (20)

Indica entre otras cosas que las familias tienen recelo comunicar que tienen un hijo o hija con discapacidad, que existe demora en la detección, el diagnóstico y plan de intervención. En el nivel de marginación media los niños con discapacidad fueron diagnosticados entre los 2 años y medio y los 7. En el grupo de alta marginación, la detección y el diagnóstico fueron mucho más tardíos para todas las discapacidades. Esto confirma la que la falta de acceso a los servicios médicos y la privación cultural de los padres tienen un papel muy relevante en la carencia de atención temprana de los niños y niñas con discapacidad. Si la atención temprana se retrasa se amplían y profundizan las secuelas discapacitantes.

De los 15 niños estudiados un el 6.7% no tiene discapacidad, lo que indica que debería ser incluido en un centro regular, pero con las adaptaciones necesarias por el retraso de desarrollo que presentó.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Es importante conocer las características de estos niños.

En primer lugar la gran mayoría se encuentra ubicado en una media de edad de 30.2 meses y de sexo masculino y femenino en porcentajes similares, la bibliografía no demuestra que la edad y el sexo del niño o niña afecten directamente provocando discapacidad.

El 53.3% de los niños y niñas incluidos en el estudio, su peso se encontró dentro de la normalidad, mientras que los restantes es decir el 46.7% de los niños y niñas, su peso se encuentra por debajo de la normalidad, al comparar con una investigación sobre “Patrones de alimentación y evaluación nutricional en niños deshabilitados” en Cuba, en el año 2003; la tercera parte de los niños en la evaluación fue clasificada como peso bajo(48), al igual que en el estudio, “Situación nutricional de niños discapacitados” en un programa de rehabilitación de la Región Metropolitana, el estado nutricional de ingreso mostró una alta prevalencia de desnutrición a través de los diferentes parámetros: peso-edad 73,7%, talla-edad 83% y peso-talla 40,4%.(49) La desnutrición es un fenómeno relacionado directamente con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurren en el mundo, no se trata de una enfermedad infecciosa, sin embargo, su poder destructivo se hace sentir en los millones de sobrevivientes que padecen discapacidades, los cuales sufren de una mayor propensión a contraer enfermedades durante el resto de su vida o quedan mermados intelectualmente, como lo demuestra las Investigaciones en América Latina, África y Estados Unidos los datos se parecen y se ha demostrado que niños desnutridos tienen un menor Coeficiente Intelectual (CI) que niños normales del mismo nivel socioeconómico. A nivel mundial el estudio de



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

la UNICEF (mencionado arriba) con MICS del 2005-2006, determina que existe relación entre el retraso del desarrollo y el no amamantamiento, retardo del crecimiento, falta de suplemento de vitamina pero solicita mayores estudios en esta área (13).

El 60% de los niños evaluados presentaron una talla dentro de lo normal, mientras que el 40% presentó talla baja. La bibliografía indica que existe una estrecha relación entre desnutrición y talla baja, la mayoría de niños y niñas con talla baja presentan desnutrición, y la desnutrición conlleva a problemas, como se demuestra en el párrafo anterior y en un estudio realizado Filipinas, donde se mostró puntajes inferiores en desnutridos en tareas motoras y preceptuales. (26).

El 93.3% de niños estudiados fueron normocefálicos; el restante 6.7% presentó microcefalia, factor relacionado con la discapacidad y lo comparamos, según un artículo publicado en Neurology por la Academia Americana de Neurología indica que los niños con microcefalia presentan un mayor riesgo de sufrir problemas neurológicos, del desarrollo, cognitivos, de aprendizaje y deben ser evaluados para detectar estos problemas: escáneres cerebrales, como la resonancia magnética o la tomografía computarizada, así como los análisis genéticos pueden ser útiles en la identificación de las causas de la microcefalia. Además es importante conocer los antecedentes familiares de enfermedad neurológica los mismos que indican que existe en el 40% de los niños con epilepsia, en el 50% en los con retraso mental, en el 20 a 50% en los con trastornos del oído y oculares (14, 15). No obstante, cabe señalar que algunos



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

niños con microcefalia presentan un desarrollo normal y no desarrollan ninguno de estos problemas. Otro estudio realizado en la India, se encontró la asociación estadística entre el nivel de inteligencia y microcefalia ( $r = 0.27$ ;  $p = 0.05$ )

En nuestro estudio, se evidencia la variedad de tipos de familia a la que pertenecen los niños, el 53.3% de niños pertenecen o están incluidos dentro de una familia considerada como extendida, el 40% pertenecen a una familia de tipo nuclear, mientras que el 6.7% restante pertenece a una familia monoparental.

La gran mayoría el 86.7% de los niños estudiados son cuidados por su madre, Aunque no hay relación estadística entre cuidador y retraso del desarrollo se puede determinar que se sigue asignando el cuidado de los hijos exclusivamente a las madres lo que demuestra que a pesar de los cambios de las estructuras familiares, de la salida de la mujer al trabajo se mantienen la misma distribución injusta de los roles, quitando la responsabilidad a los hombres y sobrecargando de tareas a la mujer; mientras que el 13.3% son cuidados por una persona diferente: tíos, abuelos los mismos que no cumplen las expectativas afectivas, de acompañamiento escolar, psicológico, más aún con aquellos que tienen discapacidad y que requieren cuidados especiales y ser llevados permanentemente a terapias de intervención (10,11).

Así podemos ver según la aplicación de la prueba: Batería de Socialización para Padres sobre los comportamientos de sus hijos "BAS 2" realizada en el Ecuador en el 2001, para el análisis emocional de los educandos, se aplicó



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

únicamente a la madre de familia; ya sea por situaciones de trabajo o migración el padre no asistió y el 7% asistieron los abuelos; se obtiene un índice general del “Nivel de Adaptación Social del niño; mostrando que 60% de estudiantes poseen un nivel muy bajo de adaptación social.

Si bien es cierto la migración influye en varios factores del desarrollo del niño, en nuestro estudio presentó una prevalencia baja, sin embargo esto debe alertar a los encargados y considerar esta situación como factor que podría complicar la situación de niños con discapacidad.

El Programa de Acción Mundial de Naciones Unidas sobre Personas con Discapacidad, señala que si bien el estimativo promedio indica un 10%, las consecuencias de la discapacidad pueden afectar al 25% de la población. de estas personas, sólo entre un 2 y un 3% reciben atención por la misma, lo que determina que de extenderse tanto las medidas de prevención como de rehabilitación, el porcentaje total disminuirá de manera significativa.

Una limitación de este estudio es dejar fuera a los niños y niñas que permanecen en casa y seguramente son los más pobres, aquellos que no pueden acceder a los centros fiscales o que no pueden pagar una pensión en los centros privados y en quienes por sus condiciones socioeconómicas posiblemente el desarrollo es más vulnerable a ser alterado.

### **10. CONCLUSIONES**

1. De los 15 niños que forman parte de la investigación se evidencia que el de menor edad corresponde a 7.5 meses y el de mayor edad es de 59.2



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

meses, los demás se distribuyen entre estos 2 valores. La media de edad es de 30.2 meses y con un desvío estándar de 18.23 meses.

2. El 53.3% perteneció al sexo masculino y el 46.7% al sexo femenino y todos se encontraron en un centro especial.
3. En cuanto al peso el 46.7% presentó bajo peso y el 53.3% presentaron peso normal, no se encontraron niños con sobrepeso.
4. El 93.3% fueron normocefálicos, mientras que el 6.7% presentó microcefálea y no se presentaron niños con macrocefálea.
5. El 60% de los niños evaluados presentaron una talla normal, mientras que el 40% presentó talla baja y no se presentaron niños con mayor estatura.
6. El 13.3% presentó desnutrición global, no se presentaron niños con sobrepeso.
7. Todos los niños presentaron retraso del desarrollo en diversos grados: retraso leve, en el 6.7%; retraso moderado en el 46.7%; retraso grave en el 13.3% y retraso profundo en el 33.3%.
8. Del 100% de niños que tienen más de 36 meses y a los cuales se les aplicó el test BVD únicamente 1 no presentó discapacidad, del 100% de niños menores de 36 meses que se les aplicó test EVE, todos presentaron discapacidad. De manera general el 6.7%, (1 niño) no presentó discapacidad.
9. El 53.3% de niños están incluidos dentro de una familia extendida, el 40% en una familia de tipo nuclear, mientras que el 6.7% restante pertenece a una familia monoparental.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. El 6.7% de los niños, presenta migración de su padre y madre, mientras que los restantes, el 93.3%, no presenta migración de ningún miembro familiar.
11. El 86.7% de los niños estudiados son cuidados por su madre, mientras que el 13.3% son cuidados por una persona diferente, (tíos)
12. La mayoría de niños que presentaron retraso con discapacidad no presentaron migración de sus padres, son cuidados por sus madres, no presentaron desnutrición, su perímetro cefálico se presentó normal, pertenecen a una familia extendida.
13. Las variables en estudio demuestran la situación de los niños estudiados, muchos de ellos se presentan en situación de riesgo social.

## 11. RECOMENDACIONES

1. Informar a los centros los resultados de la investigación



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

2. Buscar los mecanismos para inclusión educativa del niño encontrado en nuestro estudio.
3. Trabajar dentro de los 3 tipos de atención

### Primaria: Prevención de discapacidad.

- Concientizar a los adolescentes a través de charlas y talleres sobre educación sexual y factores que influyen en el nacimiento de niños con discapacidad.
- Fomentar la prevención de la discapacidad, mediante grupos de trabajo que se encarguen de informar a todos los grupos de la ciudad tanto de área urbana como rural

### Secundaria: Diagnóstico precoz

- Orientar a personas que trabajan con niños y niñas menores a 5 años sobre los factores de riesgo que conllevan a una discapacidad, para que puedan ser remitidos a centros en donde se les realice la evaluación correspondiente.
- Capacitar al personal sobre la aplicación de evaluaciones que indiquen signos de alarma en diferentes áreas del desarrollo y crecimiento

### Terciaria: Intervención



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Dar a conocer las acciones que cumplen los diferentes terapeutas que trabajan en las diversas áreas con los niños dependiendo de las necesidades de cada niño.
- Incluir a los niños dentro de la sociedad, proponiendo la creación de espacios adecuados para niños con necesidades especiales
- Crear un proyecto individual para el niño adaptado las necesidades del mismo.
- Informar a la población sobre las ayudas que está proporcionando el nuevo gobierno dentro de los programas de discapacidad, como son el proyecto Manuela Espejo, la creación del CEPRONDI (MSP), etc.
- Enseñar a los padres o cuidadores, cómo se debe tratar al niño
- Trabajar con los padres sobre la discapacidad y el anuncio de la misma



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foro por la Niñez y Adolescencia. Ecuador país: Código de la Niñez y Adolescencia. Ecuador. 2004: 44-62
2. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Empleo. Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007- 2010. Juntos por la equidad desde el principio de la vida. Ecuador. 2007.
3. Acevedo M, Posada A, Ramírez A. Crecimiento y Desarrollo. En: Correa A. Fundamentos de Pediatría Tomo I. Medellín. Corporación para investigaciones Biológicas. 1998: 30 - 55.
4. Cuminsky M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington DCE. Organización Panamericana de la Salud. Colección Paltex. 1986:1 - 97.
5. Culbertson J, Newman E, Willis D. “Desarrollo psicológico en la niñez y la adolescencia”. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2003; 4: 721-796
6. Observatorio Social del Ecuador, UNICEF. Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2005. Quito. UNICEF. 2006.
7. UNICEF. (Programa de Computadora). Supervivencia Infantil en el Ecuador: avances y desafíos. 2008. (1 disco compacto). 2008.
8. Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales de España. “Libro Blanco de la Atención Temprana”. 4ª. Edición. Edita Real patronato de discapacidad. Madrid. 2002: 13-15.
9. CAIF: Centro de Atención a la Infancia y a la Familia. Programa de Estimulación Oportuna. Un lugar para Crecer y Aprender Jugando. PLAN CAIF-INAME-Uruguay. 1996.
10. Avaria M. Pediatría del Desarrollo y comportamiento. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2005, Vol 2, N° 1. ISSN 0718-0918. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/14.htm> Acceso el 23-03-2009.
11. Aláez M, Martínez R, Rodríguez C. Prevalencia de Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Ed. Universidad Complutense. Madrid. 1998.
12. PRUNAPE. Pesquisa de trastornos del desarrollo Psicomotor en el Primer Nivel de Atención. Argentina. Abril. 2008. 106(2): 119-125.
13. Huiracocha L. “Frecuencia del retraso del Desarrollo Psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del CEDIUC de la Universidad de Cuenca.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 2002". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2004; 26: 53-58.
14. Consejo Nacional de Discapacidades, Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. ( Programa de Computadora) La Discapacidad en Cifras. Análisis de resultados de la encuesta nacional de discapacidades. (1 disco compacto) 2005.
  15. Needlman R. Crecimiento y Desarrollo... En Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Tratado de Pediatría de Nelson. 15°. Edición. Interamericana. México. 1997: 35-68.
  16. Instituto de la Niñez y la Familia INFA, Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. Manual de desarrollo Infantil. INFA. Quito. 2008.
  17. Quito B, Quizhpe A. Desnutrición Infantil: Diagnóstico y Tratamiento. Universidad de Cuenca. 2001: 3- 6.
  18. Perales C, Heresi E, Pizarro F, Colombo M. Las nociones cognitivas en niños con CI normal y grave desnutrición. ArchLatinoamNutr. 1996 Dec; 46(4):282-6.
  19. Agarwal DK, Upadhyay SK, Agarwal K. Influencia de la malnutrición en el desarrollo cognitive. ActaPaediatr Scand. 1989 Jan; 78(1):115-22.
  20. Chopra J, Sharma A. Protein energu malnutrition and nervus system. J NeurolSci 1992. 110 ( 1-2): 8-20
  21. Wiggins R. Myelin development and nutritional insufficiency. Brain Research Reviews. 1982. 4:151-75.
  22. Altnam J. Morphological and behavioral markers of environmentally induced retardation of brain development: an model. Environ Health Perspect. 1987. 74: 153-68.
  23. Shambaugh G, Natarajan N, Daveport, et al. Nutritional insult and recovery in nneonatal rat cerebellum: insulin like growth factor (IGFs) and their binding proteins (IGFBPs) Neurochem Res. 1995. 20(4): 475-90.
  24. Vivirmejor.es. Nutrición. 200 millones de niños menores de 5 años no alcanzan su desarrollo cognitive ´potencial debido a la pobreza. Disponible en: <http://www.vivirmejor.es/es/nutricion/noticia/actualidad/200-millones-niños>. Acceso 20 de Febrero de 2009.
  25. Brown J, Pollit E. Malnutrition, poverty and intellectual development. Scientific American Feb. 1996: 26-31.
  26. Hesse H, Rivera M, Ochoa M, et al. Efecto de la desnutrición crónica en el tiempo de reacción viso motor de niños escolares. Memoria de la X Semana Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 2001: 25.
  27. Reyes M, Valdecanas C, Reyes O, et al. The effects of malnutrition on the motor,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- perceptual and cognitive functions of Filipino children. *IntDisabil Stud.* 1990 12(4): 131-6.
28. Gahagan S, Holmes R. Método para evaluar la desnutrición y el desmedro. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica.* 1998. 1: 161-167.
  29. Upadhyay S, Agarwal D, Agarwal K. *Indian J Med Res.* 1989 Dec; 90:430-41.
  30. Lahiri S, Mukhopadhyay S, Das K, Ray S, Biswas D. Study of impact of epidemiological factors on intelligence of rural children of 3 to 6 year age group belonging to low socio- economic status. *Indian J Public Health.* 1994 Oct-Dec; 38(4):133-42.
  31. Fejerman N, Fernández E. *Neurología Pediátrica.* 2ª. Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1998: 4-10.
  32. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.* Madrid. Editorial Grafo. 2001.
  33. FASINARM.CONADIS: *Guía de Apoyo Pedagógico para la Inclusión de niños con Discapacidad Intelectual en Escuelas Regulares.* Guayaquil. 2003.
  34. FEAPS. *Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad.* FEAPS. Madrid. 1999.
  35. Cuminsky M. *Manual de Crecimiento y Desarrollo.* Tercera Edición. Ed. Organización Panamericana de la Salud. México. 2001:3,6-18.
  36. Posada A. Gómez J. Ramírez H. *El niño sano.* Editorial panamericana. Tercera edición. Febrero. 2005. p. 357, 356.
  37. Nelson A, Vargas C. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Rev. chil.pediatr.* v.72 n.2 Santiago mar. 2001. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062001000200001&script=sci_arttext). Acceso 15 de febrero de 2009.
  38. Quintero Ángela. *Diccionario Especializado en Familia y Género.* 1ª edición. Buenos Aires, lumen, 2007. p.65.
  39. Santa María M, Linhares M. Factores de Riesgo para problemas de desarrollo infantil. *Rev. Latino-am.* N.15. 2007. Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/ev/v15nspe/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/ev/v15nspe/es_18.pdf). Acceso 15 de febrero de 2009
  40. Reporte Migración Internacional (documento ESA/P/WP.178), de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU. *Las migraciones - contexto actual .2002.* Disponible en: <http://www.unpopulation.org>. Acceso 12 de febrero de 2009.
  41. Algunas definiciones de cuidador. Disponible en: [http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador\\_conceptos.htm](http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm). acceso 20 de Febrero de 2009.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

42. Seamus Hegarty, Educación de niños y jóvenes Con discapacidades Principios y práctica 1994. Disponible en:  
<http://www.ineeserver.org/inee/collect/inee/pdf/s1446s/s1446s.pdf> . Acceso 20 de marzo de 2009.
43. UNESCO. Guidelines for inclusión: Ensuring Acces to education for All. Paris 2005.
44. SCRIBD. Evaluación del Desarrollo psicomotor. Brunet Lezine. Disponible en  
<http://scribd.com/doc/4446861/evaluacion> .
45. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Manual para el uso de la Escala Especifica de dependencia para personas menores de 3 años de edad EVE.(SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en  
<http://sid.usual.es/mostrarficha.asp?ID=19027&fichero=8.4.1>. Acceso el 17 de Febrero de 2009.
46. 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://sid.usual.es/mostrarficha.asp?ID=19028&fichero=8.4.1>. Acceso el 17 de Febrero de 2008
47. Programa de promoción integral de los derechos del niño proder. IIN 2000- 2004. Disponible en [http://www.iin.oea.org/ficha\\_ninez.riesgo.pdf](http://www.iin.oea.org/ficha_ninez.riesgo.pdf). Acceso el 20 julio de 2010.
48. Zulueta, Daysi y otros. INSTITUTO DE NUTRICIÓN E HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. “Patrones de alimentación y evaluación nutricional en niños deshabilitados”. 2003. Disponible en  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21429203.pdf>. Acceso 22 julio 2010.
49. Gaete V., María Cristina; Atalah S., Eduardo; Hernández G., Nieves; Blanco R., Antonieta. Situación nutricional de niños discapacitados en un programa de rehabilitación de la Región Metropolitana. Disponible en  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=87498&indexSearch=ID>. Acceso 20 julio 2010.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## 13. ANEXOS

### ANEXO 1: CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

#### “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”

##### 1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha: / /  (día, mes, año)

Cuestionario N°

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

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

1.1 Sexo: 1. M  2. F

##### Información para localización

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular)

Nombre del centro al que asiste \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

##### 2. INFORMACIÓN GENERAL

Semanas de gestación .

2.1 Edad  Años  Meses  Días

Edad en meses .  Meses

2.2 Peso .  Kg

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.3 Perímetro cefálico  cm

##### En el recién nacido pretérmino

a. Edad corregida  meses  días

Edad en meses .  Meses

2.6 Peso corregido

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.7 Perímetro cefálico corregido

1.  < Percentil 5

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> < Percentil 5  | 2. <input type="checkbox"/> Percentil 5-95 |
| 2. <input type="checkbox"/> Percentil 5-95 | 3. <input type="checkbox"/> > Percentil 95 |
| 3. <input type="checkbox"/> > Percentil 95 |  |

2.4 Talla  cm

1.  < Percentil 5
2.  Percentil 5-95
3.  > Percentil 95

2.8 Talla corregida

1.  < Percentil 5
2.  Percentil 5-95
3.  > Percentil 95

### 3. FACTORES DE RIESGO

3.1 Estado Nutricional

1.  Normal
2.  Desnutrición global
3.  Desnutrición crónica

3.4 Migración de los padres Si  No

1.  Padre
2.  Madre
3.  Padre y madre

3.2 Perímetro Cefálico

1.  Normal
2.  Microcefalia
3.  macrocefalia

3.5 Cuidador familiar

1.  Padre
2.  Madre
3.  Abuelos
4.  Tíos
5.  Hermanos
6.  Otros

3.3 Tipo de familia

1.  Monoparental
2.  Nuclear
3.  Extendida

### 4. DESARROLLO PSICOMOTOR

**4.1 Test de BrunetLezine 0-30 meses:** *el examinador aplica el test de BrunetLezine y los resultados de cada área registra en los casilleros que están a continuación*

a. Área coordinación

1.  Normal   2.  Retraso Leve   3.  Retraso Moderado   4.  Retraso Grave   5.  Retraso Profundo

b. Área Postura

1.  Normal   2.  Retraso Leve   3.  Retraso Moderado   4.  Retraso Grave   5.  Retraso Profundo

c. Lenguaje

1.  Normal   2.  Retraso Leve   3.  Retraso Moderado   4.  Retraso Grave   5.  Retraso Profundo

d. Social

1.  Normal 2.  Retraso Leve 3.  Retraso Moderado 4.  Retraso Grave 5.  Retraso Profundo

e. Coeficiente de desarrollo \_\_\_\_\_

**4.1.1 Observaciones** \_\_\_\_\_

**4.2 Test de Brunet Lezine 30 m 1d -5 años:** *el examinador aplica el test de Brunet Lezine y los resultados de cada área registra en los casilleros que están a continuación*

Coeficiente de desarrollo \_\_\_\_\_

1.  Normal 2.  Retraso Leve 3.  Retraso Moderado 4.  Retraso Grave 5.  Retraso Profundo

**4.2.1 Observaciones** \_\_\_\_\_

## 5. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

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

Puntaje

Discapacidad 1.  Si 2.  No

Grado 1.  Moderada  
2.  Severa  
3.  Grave

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

Puntaje

Discapacidad 1.  Si 2.  No

Grado 1.  Moderada  
2.  Severa  
3.  Grave

**6. BENEFICIO DE LA ATENCIÓN** 1. Si  2. No

Fue detectado 1. Si  2. No

Fue derivado 1. Si  2. No

Está en un centro de Atención Temprana 1. Si  2. No

**7. OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

Evaluador \_\_\_\_\_

Fecha: // (día, mes, año)

Revisor de la información \_\_\_\_\_

Fecha: // (día, mes, año)

Autoras:

Johanna Cabrera V.

María Caridad Cordero O.

81

## ANEXO 2

### TESTDE BRUNET LEZINE (<2 años)

Norden	Ítem	<u>1 Mes</u>	<u>2 Meses</u>	<u>3 Meses</u>	<u>4 Meses</u>	<u>5 Meses</u>	<u>6 Meses</u>	<u>7 Meses</u>	<u>8 Meses</u>
1	P1	Sentado, levanta la cabeza de vez en cuando vacilando.				41	P1	Se mantiene sentado con ligero apoyo.	
2	P2	Boca abajo, levanta la cabeza vacilando.				42	P2	Hace movimientos para quitarse el pañuelo que se le ha colocado sobre la cara.	
3	P3	Boca abajo, mantiene las piernas flexionadas y hace movimientos de reptación.				43	C3	Coge un cubo al contacto.	
4	C4	Reacciona al ruido de una campanilla.				44	C4	Mantiene un cubo en la mano y mira al segundo.	
5	C5	Sigue momentáneamente al movimiento de los aros hasta los 90°				45	C5	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece.	
6	S6	Fija la mirada en el rostro del examinador.				46	S6	Sonríe ante el espejo.	
7	P7	<b>PREGUNTAS</b>				47	P7	Coge el sonajero que está al alcance de su mano.	
8	L8	Aprieta el dedo colocado en su mano.				48	L8	Da gritos de alegría.	
9	S9	Emite pequeños sonidos guturales.				49	S9	Se destapa mediante movimientos de pateo, se coge las piernas o la rodilla.	
10	S10	Deja de llorar al aproximarnos a él o al hablarle. Reacciona con movimientos de succión antes de darle el pecho o el biberón.				50	S10	Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.	
11	P1	Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento.				51	P1	Sostenido verticalmente de pie soporta una parte de su peso.	
12	P2	Boca abajo levanta la cabeza y los hombros.				52	P2	Boca arriba se quita el pañuelo que tiene sobre la cabeza.	
13	P3	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.				53	C3	Coge el cubo colocado sobre la mesa ante su vista.	
14	C4	Sigue con la vista a una persona que se desplaza.				54	C4	Sostiene dos cubos uno en cada mano y mira el tercero.	
15	C5	Sigue el movimiento del aro describiendo un ángulo de 180°				55	C5	Sentado coge con una mano el aro que se balancea delante de él.	
16	S6	Responde con mímicas ante el rostro del examinador.				56	C6	Golpea o frota la mesa con la cuchara.	
17	P7	<b>PREGUNTAS</b>				57	P7	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo.	
18	L8	Si se le deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba.				58	L8	Hace gorgoritos.	
19	S9	Emite varias vocalizaciones.				59	S9	Se golpea los pies con las manos.	
20	S10	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla. Sonríe a los rostros conocidos.				60	S10	Distingue las caras conocidas de las desconocidas.	
21	P1	Sentado mantiene la cabeza derecha.				61	P1	Se mantiene sentado sin apoyo durante un momento.	
22	P2	Boca abajo se apoya en los antebrazos.				62	P2	Sentado con apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	
23	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa.				63	C3	Coge dos cubos uno en cada mano.	
24	C4	Sostiene el sonajero con un movimiento involuntario.				64	C4	Coge la pastilla rastrillando.	
25	C5	Vuelve la cabeza para seguir un objeto.				65	C5	Levanta por el asa la taza invertida.	
26	S6	Responde con una sonrisa cuando el examinador le sonrío.				66	S6	Tiende la mano hacia el espejo, acaricia su imagen.	
27	P7	<b>PREGUNTAS</b>				67	P7	Se pasa los juguetes de una mano a otra.	
28	L8	Coge y atrae hacia sí su sábana.				68	L8	Vocaliza varias sílabas, bien definidas.	
29	S9	Balucea con vocalización prolongada.				69	S9	Se lleva los pies a la boca.	
30	S10	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho. Juega con sus manos, se las mira.				70	S10	Puede comer una papilla espesa con una cuchara.	
31	P1	Sentado mantiene la cabeza derecha.				71	P1	Se incorpora hasta quedar sentado con una ligera tracción sobre los antebrazos.	
32	P2	Boca abajo mantiene las piernas extendidas. Boca arriba levanta la cabeza y los hombros mediante tracción sobre los antebrazos.				72	P2	Boca abajo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	
33	C3	Mira un cubo colocado sobre la mesa.				73	C3	Coge el tercer cubo soltando uno de los dos primeros.	
34	C4	Sentado palpa el borde de la mesa.				74	C4	Coge la pastilla con la participación del pulgar.	
35	C5	Mira una pastilla colocada sobre la mesa.				75	C5	Busca la cuchara que se le ha caído.	
36	C6	Boca arriba inicia un movimiento de presión hacia el aro. Mueve el sonajero que se ha colocado en la mano mirándolo.				76	C6	Observa con atención la campanilla.	
37	P7	<b>PREGUNTAS</b>				77	P7	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.	
38	L8	Se cubre la cara con una sabanita.				78	L8	Juega al "escondite".	
39	S9	Vocaliza cuando se le habla.				79	S9	Juega a tirar sus juguetes al suelo.	
40	S10	Ríe a carcajadas. Vuelve la cabeza inmediatamente hacia la persona que lo llama.				80	S10	Juega a golpear dos objetos uno con otro.	

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

### ANEXO 3

#### TESTDE BRUNET LEZINE (>2 años)

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

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

## Registro del cociente de desarrollo

Fecha de nacimiento

□□/□□/□□

(día, mes, año)

Fecha de evaluación

□□/□□/□□

(día, mes, año)

Edad cronológica

□/□□/□□

(años/ meses/ días)

Edad corregida (<1 año)

□/□□/□□

(años/ meses/ días)

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

		Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
S		Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>
Global		Bajo 1. <input type="checkbox"/> Normal 2. <input type="checkbox"/> Alto 3. <input type="checkbox"/>

Evaluador \_\_\_\_\_

Revisor \_\_\_\_\_

## ANEXO 4

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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

#### A. VARIABLES DE DESARROLLO

##### A.1 ACTIVIDAD MOTRIZ

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

18.	Anda sorteando obstáculos	32	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
19.	Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No

## A.2 ACTIVIDAD ADPTATIVA

HITOS	MES	ADQUISICION
1. Succiona	0	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
2. Fija la mirada	2	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
3. Sigue la trayectoria de un objeto	4	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
4. Sostiene un sonajero	4	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
5. Tiende la mano hacia un objeto	6	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
6. Sostiene un objeto en cada mano	8	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
7. Pasa un objeto de una mano a otra	9	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
8. Recoge un objeto con oposición del pulgar	10	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
10. Manipula el contenido de un recipiente	14	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
11. Abre cajones	16	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
12. Bebe solo	18	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
14. Se quita una prenda de vestir	24	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
15. Reconoce la función de los espacios de la casa	26	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
16. Imita trazos con el lápiz	27	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
17. Abre una puerta	30	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
18. Anda sorteando obstáculos	32	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No

## B. VALORACION EN NECESIDADES DE APOYOS EN SALUD

### Peso al nacimiento

Mayor de 1500 g y menor de 2200 g 1.

Entre 1100 y 1500 g 2.

Menor de 1100g 3.

## A. MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

### 1. Alimentación

1.1 Sonda nasogástrica exclusiva 1.  Si 2.  No

1.2 Parenteral exclusiva 1.  Si 2.  No

1.3 Alimentación exclusiva por estoma 1.  Si 2.  No

1.4 Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral 1.  Si 2.  No

1.5 Parenteral complementaria de la vía oral 1.  Si 2.  No

1.6 Estoma eferente 1.  Si 2.  No

### 2. Respiración

2.1 Respirador mecánico 1.  Si 2.  No

2.2 Aspiración continuada 1.  Si 2.  No

2.3 Oxigenoterapia permanente 1.  Si 2.  No

2.4 Monitor de apneas 1.  Si 2.  No

### 3. Función renal y/o urinaria

3.1 Diálisis 1.  Si 2.  No

3.2 Sondaje vesical permanente 1.  Si 2.  No

3.3 Estoma urinario 1.  Si 2.  No

### 4. Función antiálgica

4.1 Bomba de perfusión analgésica continua 1.  Si 2.  No

4.2 Catéter epidural permanente 1.  Si 2.  No

### 5. Función inmunológica

5.1 Aislamiento 1.  Si 2.  No

5.2 Semiaislamiento / Mascarilla permanente

## B. MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD

1. Fijación vertebral externa 1.  Si 2.  No

2. Fijación pelvipédica 1.  Si 2.  No

3. Fijación de la cintura pélvica 1.  Si 2.  No

4. Tracción esquelética continua 1.  Si 2.  No

5. Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior 1.  Si 2.  No

6. Casco protector 1.  Si 2.  No

7. Vendaje corporal 1.  Si 2.  No

8. Protección lumínica permanente 1.  Si 2.  No

9. Procesador de implante coclear 1.  Si 2.  No

**DEPENDENCIA** Puntaje  1.  Si 2.  No

Grado 1.

2.

3.

Evaluador \_\_\_\_\_

Fecha: // (día, mes, año)

## ANEXO 5

### ESCALA DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA PARA

#### NIÑOS MAYORES DE 3 AÑOS. BAREMO

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**DEPENDENCIA**

1.  Sí 2.  No

Grado

1.

2.

3.

Evaluator \_\_\_\_\_

Fecha: // (día, mes, año)

## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Para el estudio

**“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. 2008-2009”**

Hemos sido invitados a incluir a nuestro hijo/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en el estudio “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. 2008-2009” Hemos sido informados que es un estudio importante porque busca conocer la frecuencia con la que los niños y niñas presentan alteraciones en el desarrollo psicomotor y las discapacidades que pueden acompañar en ocasiones; además, trata de encontrar si los retrasos del desarrollo están asociados con la condición nutricional del niño o niña, la estructura de la familia del niño o niña, la persona de la familia que se hace cargo del cuidado del infante y con la migración de los padres; que el estudio se realizará en los niños/niñas que asisten a los centros especiales urbanos de cuidado diario del cantón Cuenca para menores de cinco años, y sus padres han aceptado la participación del niño niña.

Nos han explicado que nuestro/a hijo/a será sometido una valoración del desarrollo psicomotor; la realización puede requerir más de una sesión y no tendrá costo; que debemos responder algunas preguntas relacionadas al cuidado del niño y las condiciones de la familia.

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

Las responsables de la investigación, Johanna Mercedes Cabrera Vintimilla y María Caridad Cordero Ortiz se han comprometido a responder personalmente o por teléfono las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de nuestro/a hijo/a; para lo que nos han dado sus direcciones y teléfonos.

- Johanna Mercedes Cabrera Vintimilla: 4087741. Cumaná 3-15
- María Caridad Cordero Ortiz: 2810100. Padre Sodiro 1-86

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

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

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

\_\_\_\_\_

Firma del padre

CI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la madre

CI \_\_\_\_\_

Cuenca, \_\_\_\_\_ de 2009

## ANEXO 7

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

La escala del desarrollo psicomotor consta de tres partes:

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

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

**PRIMERA PARTE:** Hasta los 30 meses.

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

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

Se utilizan las siguientes siglas para:

**P:** Control postural y motricidad

**C:** Coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos.

**L:** Lenguaje

**S:** Sociabilidad o relaciones sociales y personales.

### **Indicaciones para la aplicación:**

1. Las preguntas generales agrupadas en una de las páginas de la ficha de nivel permiten tener una idea sobre el nivel general del niño antes del examen. Esta primera entrevista, que también permite establecer un buen contacto con la madre no se prolongara demasiado si el niño se impacienta, pues se puede completar a lo largo de la aplicación de la prueba.

2. Durante el examen propiamente dicho se anotan las respuestas en el protocolo y las observaciones sobre la conducta del niño: el espacio reservado en la última página del protocolo sirve para anotar la información suplementaria que se puede tener sobre la conducta del niño, esta información la suele proporcionar la madre espontáneamente (carácter del niño, dificultades pedagógicas de la madre régimen de vida, juegos, etc.)
3. Al final del examen se harán las preguntas destinadas a la madre, las cuales han sido agrupadas según tres categorías: P (postural), L (lenguaje) S (sociabilidad), en la hoja de preguntas. Se procurara que las preguntas sean lo más exactas posibles ya que estas respuestas van a ser tenidas en cuenta en la calificación de la prueba y luego en el cálculo del C.D = Cociente de desarrollo que en la infancia reemplazará al C.I. (Cociente intelectual).
4. Los resultados un tanto dispersos en el protocolo, se agrupan en la ficha de nivel para luego establecer el perfil y calcular el CD global y los CD parciales como se explicara más adelante.

### **Condiciones materiales**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tenemos pues:

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

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

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

6 puntos por ítem de 30 meses.

Si observamos la misma progresión, debemos asignar 6 puntos ó 18 días a cada ítem de los 30 meses; pero se puede observar así que el valor de un ítem, aumenta considerablemente por el simple hecho de que el intervalo entre dos niveles, pasa bruscamente de 3 a 6 meses. Es frecuente en estas condiciones, obtener una dispersión de los resultados tan importantes que los aciertos obtenidos a los 24 meses (6 por ejemplo que vale 18 puntos) aporten menor puntuación dos en niveles superiores y menos numerosos por lo tanto (4 ítems obtenidos al nivel de 30 meses, equivalen a 24 puntos). Esto no está de acuerdo con las distribuciones habituales en las que se obtiene una puntuación total decreciente al mismo tiempo que el número de aciertos disminuye. Y para salvar

este inconveniente, proponemos utilizar primero los ítems correspondientes al mes 30, con el fin de llenar las lagunas correspondientes a los niveles inferiores antes de concederles su mayor valor. Así si el niño resuelve correctamente los ítems correspondientes a la edad de 30 meses, mientras que fracasa en ítems correspondientes a edades inferiores (24 meses por ejemplo), se concederá a los ítems de 30 meses, un valor de 3 puntos, hasta que se haya alcanzado un nivel de 2 años. A partir de esta edad, cada uno de los ítems restantes valdrá 6 puntos cada uno.

**Perfil:** Es preferible no utilizar un sistema de calificación riguroso más que para el cálculo del cociente global de desarrollo conformándose con hacer aparecer en un perfil la distribución de aciertos en cada sector de conducta. Sin embargo, en los casos de grandes discordancias, es necesario tomar indicaciones más precisas desglosando el cociente global en cocientes parciales. En algunos estudios comparativos, puede ser también útil traducir el perfil en cifras.

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

**Utilización de la flecha para obtener el perfil de desarrollo:** Las subdivisiones, indican el número de ítems en cada nivel y para cada sector. Este número varía de una edad a otra y de un sector a otro. Estas diferencias de sensibilidad de las escala, no se refieren solamente a las impresiones de una batería de este tipo sino, más bien a las diferencias reales de rapidez de crecimiento de una edad a

otra según el tipo de conducta considerando, pues mientras que las mayoría de las adquisiciones motrices, por ejemplo, tienen lugar a lo largo del primer año. Los progresos en el lenguaje se afianzan durante el segundo año.

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

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

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

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

- Teniendo en cuenta solamente el éxito total por cada sector, es decir, sumando el número de puntos por ítems bien resueltos e indicando mediante un trazo el total correspondiente.
- Indicando, con mayor precisión los ítems acertados o fallados en su lugar correspondiente, por ejemplo, si el sujeto ha acertado los ítems P1, P3,P7 del primer mes se indicará rayando los intervalos 1, 2, 3 si además se ha acertado el P7 de 2 meses se tacha el intervalo 8 de 2 meses.

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

## **VALORACIONES PARA LAS EDADES SUPERIORES A LOS 24 MESES**

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

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

### **PRUEBAS**

#### **24 MESES**

P1 Da una patada a la pelota cuando se le ordena

C2 Construye una torre con seis cubos

C3 Intenta doblar el papel en dos

C4 Imita un trazo

C5 Coloca las tres piezas de madera en el tablero

L6 Nombra dos o señala 4 imágenes

## **30 MESES**

P1 Intenta sostenerse sobre un pie

C2 Construye una torre con ocho cubos

C3 Construye un puente con tres cubos, con modelo

C4 Imita una trazo vertical y horizontal

C5 Coloca las tres piezas después de girarle el tablero

L6 Nombra 5 o señala 7 imágenes

## **3 AÑOS**

1 Construye un puente con cinco cubos

2 Rompecabezas de dos piezas

3 Copia un círculo

4 Compara dos líneas

5 Conoce 3 preposiciones (encima, dentro, debajo)

6 Repite seis sílabas

## **4 AÑOS**

1 Copia un cuadrado

2 Pliega el papel en diagonal

3 Describe el dibujo

4 Conoce 5 preposiciones (encima, dentro, debajo, delante)

5 Repite 3 cifras

6 Conoce 11 verbos en acciones

## **5 AÑOS**

1 Construye una escalera con 10 cubos

2 Rompecabezas de 4 piezas

3 Copia la figura compleja

4 Distingue la mañana y la tarde

5 Repite 12 sílabas

6 Cuenta 4 cubos

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

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

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

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

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

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

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

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

### **ITEMS (forma nueva)**

#### **30 MESES**

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

#### **3 AÑOS**

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

#### **4 AÑOS**

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

## **5 AÑOS**

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

## **6 AÑOS**

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

### ANOTACION Y PERFIL

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad Real:

MESES	P		C		L		S	
	Pts.	ítems	Pts.	ítems	Pts.	ítems	Pts.	ítems
30'	71		116		51		62	
			110					
			104					
	65		98				56	
24'	59		92		39		50	
			89					
			86					
	56		83		33			
21'	53		80		30		47	
			77					
			74					
	50				27			
				24		44		
18'	47		71		21		41	
			68					
			65					
	44		62				38	
15'	41		59		15		35	
			56					
			53					
	38		50				32	
			47					

12'	35		44				29	
			42					
	33		40		12			
			38				27	
			36					
10'	31		34				25	
			33					
	30		32		10			
			31				24	
			30					
9'	29		29				23	
			28					
	28		27		9			
	27		26				22	
8'	26		25				21	
			24					
	25		23		8		20	
	24		22					
7'	23		21				19	
			20				18	
	22		19		7		17	
	21							
6'	20		18				16	
			17					
	19		16		6		15	
	18		15					
5'	17		14				14	
			13				13	
	16		12		5		12	
	15							

4'	14		11				11	
	13		10					
	12		9		4		10	
			8					
3'	11		7				9	
	10		6		3		8	
	9		5				7	
2'	8							
	7		4		2		6	
	6						5	
	5		3				4	
1	4							
	3		2		1		3	
	2						2	
	1		1				1	
NUMERO DE PUNTOS			ED			CD		
P								
C								
L								
S								
TOTAL								

### CUOCIENTE DE DESARROLLO.

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

## **ANEXO 8**

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

#### **DIRIGIDO A PROFESIONALES**

#### **VALORADORES**

#### **ASPECTOS GENERALES DE LA EVE**

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

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

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

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

- Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos. Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de

los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el/la niño/a está acostumbrado.

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

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

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

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

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

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

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

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

36 meses.

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

## **VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE DESARROLLO**

En este apartado se recoge la adquisición, o no, de determinados hitos evolutivos significativos, para hacer posible la determinación de la severidad en función del retraso de una adquisición. Los hitos se valoran a partir de la edad que se indica en cada uno de ellos, y en la que han sido adquiridos por personas de la misma edad, sin condición de salud.

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

### **ACTIVIDAD MOTRIZ**

Se valoran funciones y actividades de movilidad.

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

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

## 1. Ajusta el tono muscular

TABLA DE ACTIVIDADES MOTRIZ					
HITOS		MESES	PUNTUACION		
			1	2	3
1.	Ajusta el tono muscular	0-1		X	
		2			X
2.	Mantiene una postura simétrica	0-1		X	
		2			X
3.	Tiene actividad espontanea	0-1	X		
		2-3		X	
		4			X
4.	Sujeta la cabeza	4	X		
		5		X	
		6			X
5.	Se siente con apoyo gira sobre 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

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

TABLA DE ACTIVIDADES ADAPTATIVAS					
	HITOS	MESES	PUNTUACION		
			1	2	3
1.	Succiona	0-1-2			x
2.	Fija la mirada	2	x		
		3		x	
		4			x
3.	Sigue la trayectoria de un objeto	4	x		
		5		x	
		6			x
4.	Sostiene un sonajero	4	x		
		5		x	
		6			x
5.	Tiende la mano hacia un objeto	6	x		
		7		x	
		8			x
6.	Sostiene un objeto en cada mano	8	X		
		9		x	
		10			x
7.	Pasa un objeto de una mano a otra	9	X		
		10		x	
		11			x
8.	Recoge un objeto con oposición del pulgar	10	X		

		11		X	
		12			x
9.	Tira de un cordón para alcanzar un objeto	11-12	x		
		13-14		x	
		15			x
10.	Manipula el contenido de un recipiente	14-15	x		
		16-17		x	
		18			x
11.	Abre cajones	16-17	x		
		18-19		x	
		20			x
12.	Bebe solo	18-19	x		
		20-21		x	
		22			x
13.	Usa cubiertos para llevar comida a la boca	22-23	x		
		24-25		x	
		26			x
14.	Se quita una prenda de vestir	24-25	x		
		26-27		x	
		28			x
15.	Reconoce la función de los espacios de la casa	26-28	x		
		29-31		x	
		32			x
16.	Imita trazos con el lápiz	27-29	x		

		30-32		x	
		33			x
17.	Abre una puerta	30-31	x		
		32-33		x	
		34-35			x
18.	Se pone una prenda de vestir	33-34	x		
		35		x	
19.	Abre un grifo	33-34-35	x		

## TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO. GRADO EN DESARROLLO

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

**TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO**

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

1	0	0
---	---	---

### **VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO EN SALUD**

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

**TABLA DE PESO AL NACIMIENTO**

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

### **MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES.**

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

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

## TABLAS DE MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

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

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

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

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

FUNCION INMUNOLOGICA	
Aislamiento	2
Semiaslamiento / mascarilla permanente	1

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

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

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

### **MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD**

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

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

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

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

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

### **DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: movilidad**

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

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

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

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

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

a) Personas desde el nacimiento hasta los seis meses.

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

b) Personas desde 6 hasta 36 meses.

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

**TABLA DE NECESIDADES**  
**DE APOYO EN SALUD 6-36 MESES**

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

1	2	1
1	1	1
1	0	1
0	2	1

## TABLA DE DEPENDENCIA, GRADO DE DEPENDENCIA

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

### TABLA DE DEPENDENCIA

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

1	1	1
1	0	1
0	1	1

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

#### **TABLA DE GRADO Y SITUACIÓN DEPENDENCIA**

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

## **ANEXO 9**

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

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

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

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

## **CRITERIOS DE APLICACIÓN**

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

2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (Art. 27.5 de la Ley). Además, éstas, se deberán poner en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.

3. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: Comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. El resto de actividades y tareas del entorno habitual se corresponden con el domicilio habitual.

4. Se valora la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea aunque la persona valorada lo esté recibiendo actualmente y con independencia de éste.

5. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (Art. 27.4 de la Ley), así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

6. Para valorar la capacidad de la persona valorada para realizar por sí misma y de forma adecuada las tareas que se describen en el BVD debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias permanentes (motrices, mentales, intelectuales, sensoriales o de otro tipo). En el caso de las patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en la situación basal del paciente, teniendo en cuenta la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.

7. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva, que son capaces de realizar las tareas de la actividad de un modo aislado, pero que requieren de apoyo y supervisión general para la realización, de un modo comprensivo, de la actividad en su conjunto se valorarán con falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente.

8. El valorador identificará el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en este formulario de acuerdo con

los criterios de aplicación mencionados. Así mismo, señalará también el grado de apoyo de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo las tareas y actividades.

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

Lea detenidamente las descripciones y claves que aparecen a continuación.

**Niveles de desempeño de tareas:**

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

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

**NO APLICABLE.**

**Problemas en el desempeño de tareas:**

**F.** No ejecuta físicamente la tarea.

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

y/o con desorientación.

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

**Grados de apoyo de otra persona en las tareas:**

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

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

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

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

En la valoración de la dependencia se consideran las siguientes actividades de auto-cuidado, movilidad y tareas domésticas que se conceptualizan, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (OMS 2001), tal como se detallan a continuación; así como la actividad de tomar decisiones en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

**COMER Y BEBER:** Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, beber a través de una ayuda instrumental.

**REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN:** Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, y limpiarse después de orinar/defecar.

**LAVARSE:** Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara, y secarse con una toalla.

**OTROS CUIDADOS CORPORALES:** Cuidado de partes del cuerpo que

requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

**VESTIRSE:** Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, zapatos, botas, sandalias y zapatillas.

**MANTENIMIENTO DE LA SALUD:** Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal como buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos

**TRANSFERENCIAS CORPORALES:** Agrupa las actividades siguientes.

- 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.

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

**DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR:** Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados

**TAREAS DOMÉSTICAS:** Agrupa las actividades siguientes.

- Preparar comidas: Idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo.

- Hacer la compra: Conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes.

- Limpiar y cuidar de la vivienda: Incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así

como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina.

- Lavar y cuidar la ropa: Lavar la ropa (a mano o a máquina), secarla (al aire o a máquina), plancharla, y guardarla en el armario o similar.

**TOMAR DECISIONES.** Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Agrupa la toma de decisiones relativas a las actividades de auto-cuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público.

## **TABLA DE APLICABILIDAD DE TAREAS Y ACTIVIDADES DEL BVD**

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

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

DEPENDENCIA

COMER Y BEBER	
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
Lavarse la cara	Sí
Cortar o partir la carne en trozos	NA
TRANSFERENCIAS CORPORALES	
Señalar la parte superior del cuerpo	NA
Sujetar el recipiente de bebida	Sí
Tumbarse	Sí
OTROS CUIDADOS CORPORALES	
Sorber las bebidas	Sí
Transferir mientras sentado	Sí
Transferir mientras acostado	NA
REGULACIÓN DE LA	
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	
Accudir a un lugar adecuado	Sí
Desplazamientos vinculados al auto-cuidado	Sí
Desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	Sí
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	Sí
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	
Acceso al exterior	NA
Desplazamiento alrededor del edificio	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	
Desplazamiento cercano	NA
Desplazamiento	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Utilización de medios transporte	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA

**REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS**

Preparar comidas NA

Hacer la compra NA

Limpiar y cuidar de la vivienda NA

Lavar y cuidar la ropa NA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VALORACION

ACTIVIDADES	TAREAS	DESEMPEÑO	PROBLEMAS EN DESEMPEÑO			GRADO DE APOYO	PUNTOS
			F	C	I		
COMER Y BEBER	Emplear nutrición y/o hidratación artificial		F	C	I		
	Abrir botellas y latas		F	C	I		
	Cortar o partir la carne en trozos		F	C	I		
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca		F	C	I		
	Sujetar el recipiente de bebida		F	C	I		
	Acercarse el recipiente de bebida a la boca		F	C	I		
	Sorber las bebidas		F	C	I		

REGULACION DE LA MICCION/ DEFECACION	Acudir a un lugar adecuado		F	C	I		
	Manipular la ropa		F	C	I		
	Adoptar y abandonar la postura adecuada		F	C	I		
	Limpiarse		F	C	I		
	Continencia micción		F	C	I		
	Continencia defecación		F	C	I		
LAVARSE	Lavarse las manos		F	C	I		
	Lavarse la cara		F	C	I		
	Lavarse la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Lavarse la parte superior del cuerpo		F	C	I		

OTROS CUIDADOS CORPORA LES	Peinarse		F	C	I		
	Cortarse las uñas		F	C	I		
	Lavarse el pelo		F	C	I		
	Lavarse los dientes		F	C	I		
VESTIRSE	Calzarse		F	C	I		
	Abrocharse botones		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	I		
MANTENIM IENTO DE LA SALUD	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas		F	C	I		
	Evitar riesgos dentro		F	C	I		

	del domicilio						
	Evitar riesgos fuera del domicilio		F	C	I		
	Pedir ayuda ante una urgencia		F	C	I		
TRANSFERENCIAS CORPORALES	Sentarse		F	C	I		
	Tumbarse		F	C	I		
	Ponerse de pie		F	C	I		
	Transferir mientras sentado		F	C	I		
	Transferir mientras acostado		F	C	I		
DESPLAZARSE DENTRO DEL	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Realizar		F	C	I		

HOGAR	desplazamientos no vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones		F	C	I		
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual		F	C	I		
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	Acceder al exterior del edificio		F	C	I		
	Desplazarse alrededor del edificio		F	C	I		
	Realizar desplazamientos cercanos		F	C	I		
	Realizar desplazamientos		F	C	I		

	lejanos						
	Utilizar medios de transporte		F	C	I		
TAREAS DOMESTICAS	Preparar comidas		F	C	I		
	Hacer la compra		F	C	I		
	Limpiar y cuidar la vivienda		F	C	I		
	Lavar y cuidar la ropa		F	C	I		
TOMAR DECISIONES	Actividades de autocuidado		F	C	I		
	Actividades de movilidad		F	C	I		
	Tareas domesticas		F	C	I		
	Relaciones interpersonales		F	C	I		
	Gestión del dinero		F	C	I		

	Uso de servicios a disposición del público		F	C	I		
<b>PUNTUACION TOTAL</b>			<b>GRADO</b>			<b>NIVEL</b>	

### DETERMINACION DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA

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

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

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas (ver anexo A) en que la persona valorada no tiene desempeño ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea (ver anexo C) y el peso de la actividad

correspondiente. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva se empleara además una tabla específica de pesos de las tareas (ver anexo B), seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

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

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

## TABLA GENERAL DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38
Sujetar el recipiente de bebida	0,23
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23
Sorber las bebidas	0,16
<b>COMER Y BEBER</b>	<b>29,1</b>
Acudir a un lugar adecuado	0,25
Manipular la ropa	0,19
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25
Limpiarse	NA
Continencia micción	0,13
Continencia defecación	0,18
<b>REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN</b>	<b>24,2</b>
Lavarse las manos	0,50
Lavarse la cara	0,50
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
<b>LAVARSE</b>	<b>14,5</b>
Peinarse	NA
Cortarse las uñas	NA
Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA

OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
VESTIRSE	NA
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	12,0
Realizar desplazamientos vinculados al auto-cuidado	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	20,2
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA
Realizar desplazamientos cercanos	NA

Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA
Preparar comidas	NA
Hacer las compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
TAREAS DOMÉSTICAS	NA
Actividades de autocuidado	NA
Actividades de movilidad	NA
Tareas domésticas	NA
Relaciones interpersonales	NA
Gestión del dinero	NA
Uso de servicios a disposición del público	NA
TOMAR DECISIONES	NA

## TABLA ESPECÍFICA DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38
Sujetar el recipiente de bebida	0,23
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23
Sorber las bebidas	0,16
<b>COMER Y BEBER</b>	<b>16,3</b>
Acudir a un lugar adecuado	0,25
Manipular la ropa	0,19
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25
Limpiarse	NA
Continencia micción	0,13
Continencia defecación	0,18
<b>REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN</b>	<b>12,8</b>
Lavarse las manos	0,50
Lavarse la cara	0,50
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
<b>LAVARSE</b>	<b>14,7</b>
Peinarse	NA
Cortarse las uñas	NA
Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA

OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
VESTIRSE	NA
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	3,70
Realizar desplazamientos vinculados al auto-cuidado	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	22,2
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA

Realizar desplazamientos cercanos	NA
Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA
Preparar comidas	NA
Hacerlas compra	NA
Limpia y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
TAREAS DOMÉSTICAS	NA
Actividades de autocuidado	0,42
Actividades de movilidad	0,29
Tareas domésticas	NA
Relaciones interpersonales	0,29
Gestión del dinero	NA
Uso de servicios a disposición del público	NA
TOMAR DECISIONES	28,3

### TABLA DE COEFICIENTES DE GRADOS DE APOYO

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

