

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA



**“PREVALENCIA DE LOS RETRASOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR CON  
O SIN DISCAPACIDAD Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS Y NIÑAS  
DE CERO A CINCO AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE  
DESARROLLO INFANTIL INFA – CUENCA. ENERO JUNIO DE 2009.”**

**Tesis previa a la obtención del Título  
de Licenciada en Estimulación Temprana en Salud.**

**AUTORAS:           DIANA RAQUEL NEIRA FERNÁNDEZ  
                          JESSIE ALEXANDRA JIMÉNEZ AVILA**

**DIRECTOR:           Dr. JORGE IPIALES**

**ASESOR:             Dr. HUGO CALLE**

**CUENCA- ECUADOR**

**2010**



## RESUMEN

El presente trabajo se lo realizó a través de un estudio de corte transversal o prevalencia, cuyo objetivo fue “Determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo con discapacidad o sin ella y los factores asociados a los trastornos del desarrollo en niños y niñas de cero a cinco años de vida que asistieron a los Centros de Desarrollo Infantil INFA - Cuenca durante el periodo Enero - Junio 2009”. Los centros seleccionados fueron: San Francisco, Polluelitos, Nuestro Hogar, Virgen de Guadalupe y Virgen de la Merced, para lo que se utilizó el test Brunet Lezine para retraso, el EVE y BVD, para menores y mayores de 3 años respectivamente para discapacidad, lo que nos permitió separar a la población en 3 grupos: sin retraso, retraso sin discapacidad, retraso con discapacidad. Para determinar la relación entre factores de riesgo, se obtuvo el estadístico chi cuadrado con sus respectivos valores de p.

El universo estuvo representado por 257 niños y niñas y una muestra de 105. El 53.3% fueron de sexo masculino mientras que el restante 46.7% fueron de sexo femenino. Dentro de los factores de riesgo su frecuencia fue la siguiente: Peso: el 92.4% entre  $-2+2DS$ , Talla el 88.6% entre  $-2+2DS$ , Perímetro cefálico entre  $-2+2DS$  el 93.3%, Estado nutricional el 80% Normal, Tipo de familia: el 61% perteneció a una familia Nuclear; Migración de padre: 4.8%, Cuidador: el 88.6% es cuidado por su madre, 88.6% no presentó retraso, 10.5% retraso sin discapacidad, 1% retraso con discapacidad, 0% beneficio de la atención, 91,6% no fue detectado, ninguno fue derivado ni se encuentra en un centro de estimulación temprana.

Los factores de riesgo afectaron la relación causal de la siguiente manera: Se asocian a RDPM con o sin discapacidad: Edad (chi cuadrado 57.010 ;  $p=0,00$ ) y migración (chi cuadrado 70,13,  $p= 0,000$ ). No se asociaron: Condición nutricional (chi cuadrado: 10,748;  $P= 0,096$ ), Perimetro cefálico (chi cuadrado; 3,516 ;  $p= 0,475$ ), Tipo de familia (chi cuadrado 7,034;  $p=0,3177$ ), Cuidador familiar(chi cuadrado 5,648,  $p=0,844$ )

La edad y el poseer un familiar migrante se comportan como factores de riesgo para RDPM con o sin discapacidad en nuestro estudio. Los demás factores no resultaron significativos sin embargo deberían ser observados y controlados.

**Palabras claves:** Estudios de prevalencia, trastornos del desarrollo infantil, trastornos psicomotores, factores asociados, lactantes, preescolares, discapacidades del desarrollo, niños con discapacidad centros de desarrollo infantil, jardines infantiles, sector público, INFA, zona rural y urbana, Cuenca Ecuador.



## SUMMARY

The following case study was realized through a small study, of which the objective was to "Determine the prevalence of delays in development with or without disability and the associated disruptive factors in childhood development in children from zero to five years old that attend the Center for Childhood Development INFA in Cuenca during the period from January to June 2009." The center selected were: San Francisco, Polluelitos, Nuestro Hogar, Virgen de Guadalupe y Virgen de la Merced, in which Brunet Lezine use the delay tests Eve and BVD for for children younger than and older than 3 years, respectively. The tests allowed the study team to separate the population in three groups, without delay, delay without disability, and delay with disability. A descriptive method was used; a questionnaire was developed in order to obtain personal details and information regarding risk factors. The surveys and tests were applied in one interview for which informed consent was obtained. From data processing and statistical analysis, figures of frequency of the different variables studied, including chi squared tests with their respective p value, were produced in order to determine the relationship between risk factors.

The total population of children was 257, so a sample of 105 children was chosen for study. Within this sample population, 53.3% were male while the remaining 46.7% were female, and the average age was 40.81 months. The following risk factors were represented in the sample population as following: the weight of 92.4% were between  $-2+2DS$ , the size of 88.6% was between  $-2+2DS$ , the cephalic perimeter was between  $-2+2DS$  in 93.3%, the nutritional state was normal in 80%, 61% belonged to a Nuclear family, 4.8% had a father that had migrated, 88.6% were cared from by their mother, 88.6% did not present developmental delay, 10.5% had developmental delays without sign of a disability, and 1% had developmental delays with a disability, 0% benefitted from early attention, 91.6% were not detected, none were sent from other centers nor were attending another center for early childhood stimulation.

The risk factors affected the causal relationship in the following way. Delayed Psychomotor Development (DPMD/DPLD) was correlated with or without disability: Age (chi squared: 57.01,  $p=0.00$ ) and migration (chi squared: 70.13 and  $p=0.00$ ). The following factors were not correlated: nutritional state (chi squared: 10.75,  $p=0.096$ ), cephalic perimeter (chi squared: 3.52,  $p=.48$ ), type of family (chi squared: 7.03,  $p=0.31$ ), caretaker (chi squared: 5.65,  $p=0.84$ ). In our case study, the factors of age and migrated family member act as risk factors for DPLD with or without disability. The other factors did not show statistically significant correlation but nonetheless should continue to be observed and controlled.

**Keywords:** Prevalence studies, child development disorders, psychomotor disorders, associated factors, infants, preschool, developmental disabilities, children with disabilities, child development centers, kindergartens, public sector, INFA, rural and urban, Cuenca Ecuador.



## INDICE DE CONTENIDOS

### CAPITULO I

Resumen .....	2
Indice .....	4
Responsabilidad .....	7
Agradecimiento .....	8
Dedicatorias .....	9
Introducción .....	11
Planteamiento del Problema .....	13
Justificación .....	16

### CAPITULO II

Marco Teórico .....	17
Crecimiento y Desarrollo .....	17
Trastornos del Desarrollo .....	21
Discapacidad .....	23
Factores de Riesgo Asociados a Trastornos del Desarrollo y/o Discapacidades .....	28
La Atención Temprana .....	32
Test de Evaluación del Desarrollo y Discapacidades.....	33
Prueba de Brunet Lezine .....	33
Interpretación de los resultados de la valoración del test Brunet Lezine (Coeficiente del desarrollo) .....	34
Escala de Valoración de la Situación de Dependencia en edades de 0 a 3 años de edad (EVE) .....	34
Baremo de la Situación de Dependencia para niños de 3 años y más(BVD) .....	35
Centros de Desarrollo Infantil INFA .....	37

### CAPITULO III

Hipótesis y Objetivos .....	40
Hipótesis Alternativa .....	40
Objetivo general .....	40
Objetivos específicos .....	40
Diseño y Metodología .....	41
Tipo de Estudio .....	41
Universo y Muestra .....	41
Criterios de Inclusión .....	41
Criterios de Exclusión .....	42
Definición Operacional de las Variables .....	42

4

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



Edad posnatal, sexo, peso y talla .....	42
Desnutrición y perímetro cefálico .....	43
Retraso del desarrollo psicomotor .....	43
Discapacidad .....	44
Tipo de familia .....	44
Cuidador familiar (cuidador del niño en el hogar).....	45
Migración de los padres .....	45
Identificación de las Variables .....	45
Variable dependiente .....	45
Variables independientes .....	45
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo	
Instrumento de recolección de datos .....	45
Operacionalización de las Variables .....	47
Duración del Periodo de Evaluación .....	48
Descripción de la Intervención .....	49
Aspectos Éticos .....	49
Consideraciones generales .....	49
Información que se proporcionó a los padres y/o familiares de los niños y niñas que asistieron a los centros de desarrollo infantil del INFA, invitándoles a participar en el trabajo de investigación y otorgando así el Consentimiento informado .....	50
Personal que tuvo acceso a los datos .....	51
Acontecimientos adversos .....	51
Presentación y Plan de Análisis de los Resultados. ....	51

## CAPITULO IV

Resultados .....	52
Edad .....	52
Sexo .....	54
Peso en DS .....	55
Talla en DS .....	56
Perímetro cefálico DS .....	57
Estado Nutricional .....	58
Tipo de familia .....	59
Migración de los padres .....	60
Cuidador familiar .....	61
Retraso del desarrollo con o sin discapacidad .....	62
Beneficio de la atención .....	64
Factores de Riesgo .....	66
Edad y desarrollo psicomotor con o sin discapacidad .....	66
Condición nutricional y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad .....	68

5

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



Perímetro cefálico y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad .....	70
Tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad	72
Cuidador familiar y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad .....	74
Migración de los padres y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad .....	76

## CAPITULO V

Discusión .....	78
Conclusiones .....	83
Recomendaciones .....	85
Referencias Bibliográficas .....	86
ANEXOS .....	91



## RESPONSABILIDAD

Las opiniones vertidas en el presente trabajo, son de responsabilidad de las autoras del documento:

---

Diana Raquel Neira Fernández

---

Jessie Alexandra Jiménez Ávila



## AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a la institución del INFA, a los niños y niñas, personal de los centros de desarrollo infantil, a los padres de familia por su apoyo y colaboración dentro de las actividades realizadas.

Queremos agradecer a Dios que nos ha guiado en cada paso que hemos dado para llegar a culminar con éxito nuestra carrera universitaria, también a todos y a cada uno de nuestros profesores por habernos transmitido sus conocimientos y de manera especial al Dr. Jorge Ipiales por ser una valiosa guía para la realización de este trabajo.

Finalmente queremos agradecer con el más profundo de los afectos a nuestras compañeras de aula, ya que juntos hemos sabido salir adelante ante cada situación que nos a tocado afrontar, a todos ellos nuestros más grandes deseos de éxito para el futuro.

**Diana y Jessie**





## DEDICATORIA

Dedicamos este presente trabajo a todos los niños de los centros, ustedes y su bienestar son el fin que perseguimos.

Dedico este trabajo a mis Padres por su gran sacrificio y apoyo que me han sabido dar durante mi carrera universitaria, del mismo modo a mi esposo y a mis hermanos ya que en la unidad de mi familia he encontrado las fuerzas para salir adelante en los momentos que más lo he necesitado.

**Diana**



## DEDICATORIA

“La maravilla de la vida es saber, es saber apreciar lo hermoso del universo.”

El presente trabajo va con mucha inspiración dedicado hacia mi más grande tesoro, mi hijo; a mis padres por todo el apoyo, esfuerzo y paciencia en mi vida estudiantil, a mis hermanos y a mi abuelita; con mucho cariño y afecto va dedicado este estudio a mi gran familia por la lucha en mi carrera universitaria.

**Jessie.**



## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo integral del individuo es conceptualizado como la adquisición sustantiva y sostenible de capacidades funcionales en los procesos: evolutivo, sensorial, afectivo- conductual, sexual, social, que posibiliten, al final, una equilibrada interacción con el mundo circundante; pero también es importante anotar que la evolución del desarrollo requiere de la maduración del sistema nervioso, de una acorde estructura genética y la satisfacción integral de las necesidades (educación, vivienda, alimentación, diversión, familia, amor, solidaridad, generosidad), capacidades, aspiraciones (1, 2,3).

Lastimosamente las precarias condiciones socioeconómicas en las que se debaten los marginados, las injustas políticas sociales aplicadas por nuestros gobernantes han permitido la gestación de adversas circunstancias que hacen que aquel desarrollo armónico que anhelamos no pueda constituirse en norma, en diaria práctica: por doquier observamos aún instalados factores de riesgo como la desnutrición, las enfermedades infecciosas - incluidas las del sistema nervioso central-, la inadecuada atención durante el embarazo, el parto, el período neonatal y los primeros años de vida que exponen a los niños de riesgo a una vulnerabilidad para que induzcan daños del sistema nervioso; a este cuadro por sí ya preocupante debemos agregar los nocivos efectos de una incontrolable migración que genera nuevas dinámicas familiares con un nuevo prototipo de cuidadores que probablemente tienen influencia en la evolución del desarrollo infantil.

Los retrasos del desarrollo con discapacidades o sin ellas, no son sino el fruto de la sumatoria de estos factores de riesgo social, ambiental y biológicos (4,5,6), por lo que el diagnóstico y la intervención temprana, por la plasticidad del Sistema Nervioso Central, hace que la evolución y el pronóstico sean más favorables o

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



que causen menos complicaciones, lo que conlleva a afirmar que una apropiada atención determina una favorable calidad de vida en aquellos grupos infantiles.

El presente trabajo pretende hacer visible un problema que de todas maneras existe y que debe constituir materia de inmediata, honda e irreversible preocupación ciudadana y del Estado para lo que se ha procurado un análisis de varios estadios del individuo, a saber su crecimiento, los trastornos del desarrollo, la familia, la necesidad de una atención temprana, para lo que se realizó una serie de actividades sistemáticas de investigación bibliográfica y de campo bibliográfico, en las que se incluyen consultas interpersonales, diálogos con actores sociales, directivos institucionales y otros mecanismos que nos permitan consolidar ideas y acciones.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al no haber existido una dinámica fuerte, vigorosa, inclusiva, es de advertir con facilidad que esos sectores marginales y marginados, se producen la mayor cantidad de trastornos del desarrollo entre sus miembros; en consecuencia pareciera ser que existe una perfecta simbiosis entre la pobreza y el retraso o alteración de las funciones en quienes la viven, escenario en el que, por añadidura y para agravar aún más la crisis, las familias tienen escaso o ningún nivel de preparación o, en muchos casos imperan los vicios, la destrucción de la unidad y más.

Y este tema, por los estudios que existen, no son un “privilegio” de los ecuatorianos; en otras latitudes de América Latina el cuadro se repite con más o menos dramatismo, pero la constante es aquella relación entre condiciones socioeconómicas lamentables y bajos nivel de desarrollo psicomotriz, intelectual, físico.(7).

Lastimosamente, y hay que reconocerlo, en nuestro no existes estudios sobre la prevalencia de los retrasos del desarrollo; incluso fuentes que deben generar información como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la DINAPEN y el Sistema de Información Para la Infancia, tampoco disponen de registros suficientes en relación a este delicado tema; únicamente la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO, da fe que en el país hay 989 instituciones que trabajan con niños, niñas y adolescentes con capacidades especiales desconociéndose el número de personas atendidas.

En el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC) en el año 2002, se realizó una evaluación interdisciplinaria para la determinación de la frecuencia de los trastornos del desarrollo en los niños y niñas de 0 a 6 años de edad que asistieron a consulta a ese centro, determinando que de un total de 284 niños y niñas, el 75% tuvieron un desarrollo normal y el 24.3% presentaron retraso

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



del desarrollo psicomotor, las causas más frecuentes fueron: Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, retardo mental e hipoacusia. (8)

Según el Consejo Nacional de Discapacidades, CONADIS el 12,14% del total de la población son personas con discapacidad y de estos el 1,7% son niños o niñas (9), 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 situación que, además, refleja una reacción cultural al cree que el infante con trastornos en su desarrollo o con una marcada discapacidad constituye una especie de vergüenza para la familia que tampoco entiende que, más allá de sus dificultades, es un ser humano que merece una oportunidad.

El Instituto del Niño y la Familia, INFA, tiene como sus objetivos procurar el desarrollo infantil en todas sus manifestaciones, buscar siempre la protección especial, generar ciudadanía como un elemento vital para el empoderamiento de la problemática social, y atender riesgos y emergencias que amenacen a las familias. Sobre estas líneas de acción, el Instituto debe brindar servicios de calidad de manera especial a los sectores más desprotegidos de la sociedad en coordinación con Ministerios, Gobiernos Autónomos y organizaciones privadas para lo que, es obvio suponer que contará con el personal idóneo y los recursos económicos suficientes ya que su delicada tarea así lo exige. Y, de alguna manera, cumple su encomiable tarea aunque aún tenga múltiples dificultades que enfrentar y superar.

Por su parte el Gobierno Nacional con la participación organizada de familias y grupos sociales, ha impulsado la construcción de la “Agenda Social por la Niñez y Adolescencia -2010 “Juntos por la equidad desde el principio de la vida”, con el fin de mejorar el desarrollo integral y la necesidad de brindar protección especial, a aquellos que viven en situaciones precarias y con sus derechos violentados.

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



Sin embargo de ciertos esfuerzos, existe un largo camino que recorrer para tener éxito en la lucha contra el discrimen; pero, al no existir estudios detenidos, profundos y objetivos, los problemas del trastorno del desarrollo seguirán ocultos lo que no permite evidenciarlos 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 preterida que no cuenta todavía con programas efectivos que contemplen la prevención, la detección precoz y la capacitación de los diferentes actores en esta temática.

Se torna, entonces, un imperativo el investigar a profundidad el tema a fin de encontrar soluciones a una histórica problemática cuya solución debe convertirse en política de estado con el necesario aporte de una colectividad que debe romper los viejos paradigmas del quietismo y la falta de compromiso: solo identificando y registrando a los niños, niñas y jóvenes con retrasos en el desarrollo y cambiando de actitud podremos planificar programas oportunos para lograr una adecuada atención.



### 3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de prevalencia, a más de cumplir con un requisito vital dentro de la formación académica, pretende determinar en los niños y niñas de 0 a 5 años de edad que asisten a los Centros de desarrollo Infantil del INFA de la ciudad de Cuenca, la frecuencia de retrasos del desarrollo y su relación con los siguientes factores de riesgo: desnutrición, perímetro cefálico anormal, tipo de familia (mono parental, nuclear, extendida), migración de los padres y tipo de cuidador.

Los resultados de la investigación fueron difundidos a los responsables directos e indirectos de los niños y niñas y a las instituciones responsables de instrumentar políticas de cambio que vayan más allá del simple asistencialismo sino que posibilite la destrucción de las injustas estructuras sociales que nos gobiernan y someten a los sectores marginales a vivir en el submundo de la desesperación y el olvido.

Todo lo investigado se transmitió a la comunidad y a las autoridades en la exigibilidad del cumplimiento de la atención de estos grupos y será la base para la intervención planificada en el programa antes mencionado cuya finalidad es el mejoramiento de la Calidad de Atención.





## CAPÍTULO II

### 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 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 físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, ambientales son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrán expresarse en forma completa, caso contrario se verán limitados 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.

Conceptualmente el **crecimiento** es el incremento de la masa corporal del ser vivo que se evalúa con el peso, talla, perímetro cefálico, examen físico y es la característica más importante de las primeras épocas de la vida y tiene como principales alteraciones la desnutrición, el sobrepeso, macro y microcefalia, malformaciones congénitas y los problemas sicosociales y emocionales que influyen directamente en el desarrollo (10,11).

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



1. Desnutrición Global: cuando el peso para la edad está bajo las dos desviaciones estándares 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 estándares en las tablas de talla de la NCHS;
3. Microcefalia: cuando el perímetro cefálico/edad está por debajo de 3 desviaciones estándares; y
4. Macrocefalia cuando está sobre 3 desviaciones estándares en tablas propias para la edad y sexo (12).

Numerosos estudios han demostrado el impacto de la desnutrición en 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 (13, 14, 15). 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 (16), déficits en la cantidad de ADN, fosfolípidos, esfingomielina, proteínas nucleares y en algunos neurotransmisores (17), el músculo y el desarrollo locomotor también presentan alteraciones secundarias, problemas visuales, déficits atencionales y de la memoria (18).

Según un artículo de la revista 'The Lancet', publicada el 05/01/2007, más de 200 millones de niños menores de cinco años no consiguen alcanzar el pleno desarrollo de su potencial cognitivo a causa de la pobreza, la escasa salud, la desnutrición y el deficiente cuidado. La mayoría de estos niños (89 millones) viven en el sur de Asia, y es 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 desfavorecidos en los países en desarrollo. Según esta misma fuente de información, las principales causas del bajo desarrollo infantil son atribuidos a: retraso en el



crecimiento, deficiencias de yodo y hierro y una inadecuada estimulación social, cognitiva y emocional (19).

Investigaciones en América Latina, África y Estados Unidos han demostrado que los niños desnutridos tienen un menor coeficiente intelectual que niños normales del mismo nivel socio económico (20); un estudio hondureño ha reportado alteraciones vasomotoras (21) mientras que en Filipinas se mostró puntajes inferiores en desnutridos en tareas motoras y preceptuales (22) y en la India, un estudio utilizando tareas de desarrollo cognitivo, reveló un rendimiento más bajo en niños desnutridos (22).

Las mediciones del perímetro cefálico son útiles en todas las edades porque su disminución, bajo 3 desviaciones estándares, no solo está relacionada con desnutrición sino con elementos hereditarios, congénitos, 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 Sistema Nervioso Central, SNC, pertenecen también a esta categoría (23).

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 ( $r = 0.27$ ;  $p 0.05$ ) (24,25).

La macrocefalia puede ser una condición genéticamente determinada sin significado patológico o puede ser un signo acompañante de hidrocefalia, hidrancia, mucopolisacaridosis, lipidosis, lo que están acompañado de trastornos del desarrollo psicomotor (26).

En lo relativo al **desarrollo** diremos que éste 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; y,
- 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 no son estáticos, sino tendientes a transformarse, hasta alcanzar la forma definitiva del equilibrio y madurez.

Esta evolución está estrechamente ligada a la estructura genética, al proceso de maduración del sistema nervioso, a la satisfacción de las necesidades básicas y al fortalecimiento de capacidades y aspiraciones; supone un enfoque holístico de las necesidades del niño en los temas de educación, vivienda, alimentación, diversión, familia, amor, solidaridad, generosidad, derechos, deberes, y cuya meta es mejorar la calidad de su vida y posibilitar su incorporación adecuada a un mundo pleno de exigencias, sueños y desafíos (1,2,3).

El Sistema Nervioso, en la primera infancia, se encuentra en una etapa de maduración y de importante plasticidad; la situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a circunstancias 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, así mismo, 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 afortunadamente existen numerosas guías para evaluar el desarrollo evolutivo y que identifican los niños y niñas con retrasos en su desarrollo. Lo importante al usar las guías es identificar su validación científica e incluirlas en las concepciones teóricas del desarrollo.

Con los niños y niñas se debe realizar una confirmación del retraso del desarrollo y la averiguación de la existencia o no de discapacidad para prescribir finalmente los planes de diagnóstico e intervención más convenientes al caso (6).

## 4.2 Trastornos del desarrollo

Un Trastorno del Desarrollo es “un retraso o alteración en la adquisición de las funciones de alguna o de todas las áreas del desarrollo, de acuerdo a la edad y sexo y que pueden o no causar discapacidad.

Se considera retraso cuando el niño o niña no cumple con las destrezas en una o en todas las áreas de la edad anterior señaladas en los cuadros del desarrollo evolutivo; en cambio la alteración se manifiesta cuando no hay retraso pero existe una distorsión en la calidad de la destreza adquirida o ésta no es la adecuada.

En los trastornos temporales del desarrollo existen características que se ubican en un continuo, entre lo normal y lo anormal, o algún retraso que puede compensarse o neutralizarse de forma espontánea (6).

Los trastornos del desarrollo se manifiestan en el período neonatal y lactante como (3):



- Retrasos del desarrollo globales;
- Retrasos del desarrollo específicos;
- Trastornos neuromotores: Parálisis Cerebral Infantil o Invalidez Cerebral Mínima. Síndrome del niño hipotónico;
- Discapacidades sensoriales: visuales y auditivas;
- Trastorno del espectro autista: se manifiestan los síntomas iniciales; y,
- Síntomas depresivos tempranos por separación o atención limitada (depresión anaclítica).

En el período preescolar, de 2- 5 años:

- Retrasos específicos;
- Retrasos globales leves;
- 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); y,
- 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, leucomalasia periventricular;

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



- Malformaciones del Sistema Nervioso Central;
- Infecciones del Sistema Nervioso Central;
- Enfermedades neurodegenerativas;
- Enfermedades tóxicas: plomo y otros;
- Condiciones sociales, culturales y ambientales: abanico de factores ubicados entre el maltrato y la sobreprotección; y,
- Otros

## 4.3 Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la **Deficiencia** como toda pérdida o anormalidad de una función psicológica, fisiológica o anatómica.

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

**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 estos niños y niñas con limitaciones adaptarse mejor, entendiéndose por adaptación o habilidades



adaptativas “el repertorio de habilidades conceptuales que han sido aprendidas por el ser humano para funcionar en su vida cotidiana”.

Por su parte el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), define a la **discapacidad** como la limitación en la actividad y restricción en la participación originada por un trastorno que afecta en forma permanente.

La concepción social de la **discapacidad**, explicitado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, CIF, (2001), busca la integración de los modelos conceptuales médico y social, y se propone incluir la multidimensionalidad 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” (9,27).

La Asociación Americana de Retardo Mental, AARM, en el 2002 incluye en la definición cuatro dimensiones, entre ellas está la conducta adaptativa (28); por su lado 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 (29). 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; y,
- j. Trabajo

Y la AAMR añade otras dimensiones relevantes en las vidas de las personas y están relacionadas a estos aspectos:

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

Es importante incluir en este trabajo, aunque sin mayor profundidad, las definiciones de las Orientaciones de Calidad, en estos términos:

- 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, tanto en situaciones rutinarias 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, la seguridad, el mantenimiento de los bienes personales y de los otros, comportamiento en el hogar y en el vecindario.
- e. **Habilidades escolares funcionales:** capacidades cognitivas y habilidades relativas al aprendizaje escolares que tengan una aplicación directa en la propia vida que les permita llevar una vida independiente.
- f. **Habilidades Sociales:** son las relativas a los intercambios sociales con otras personas que incluyen comunicación, regulación de la propia conducta, afrontar las demandas propias y la de los demás, cumplir las normas de convivencia, mostrar un adecuado comportamiento socio- sexual.
- g. **Salud y Seguridad:** habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud en aspectos tales como: la alimentación, la sexualidad, la prevención, identificación y tratamiento de la enfermedad. Autoprotección, mantenimiento de un buen estado físico.
- h. **Utilización de la comunidad:** habilidades relacionadas con la adecuada utilización de los recursos de la comunidad tales como: viajar, uso de los servicios de la comunidad: tiendas, gasolineras, dispensarios y otros. Así como buenas habilidades sociales.



- i. **Ocio:** hace referencia al desarrollo de intereses relacionados con el ocio y el entretenimiento que reflejan las preferencias y las elecciones personales, si la actividad se lleva a cabo en público, si son adecuadas a la edad y si están dentro de las normas culturales.
- j. **Trabajo:** habilidades relacionadas con mantener un trabajo en la comunidad ya sea a tiempo parcial o total; en lo referente a habilidades del trabajo concreto, a tener una conducta social adecuada y habilidades laborales relacionadas.
- k. **Dimensiones psicológicas emocionales:** son las habilidades de comportamiento, sentimientos, reacciones frente al ambiente que en las personas con discapacidad pueden depender de:
- El perfil que posean: estilo y modos personales de expresión;
  - Estilo social: acercamiento e interacción social;
  - Estilo sensorial: la respuesta ante estímulos determinados;
  - La existencia de conductas desafiantes como autoagresión, destrucción de objetos y conductas restrictivas (exclusión social, limitación en la participación); y,
  - La existencia de trastornos mentales: existentes en 1 de cada 3 personas con Déficit Cognitivo.
- 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, especificando atenciones para cada síndrome o etiología. Hay que realizar todo el proceso diagnóstico, de tratamiento y de fortalecimiento de hábitos de vida saludables, siendo importante determinar la comorbilidad (epilepsia, problemas visuales, auditivos, otros) y 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 (29).

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 BV

#### **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, siendo para unos el riesgo mayor que para otros, lo que establece un distinto grado de necesidades que debe identificar para iniciar programas de salud en el nivel primario, secundario y terciario y 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 da resultados positivos, sus problemas no se clasifican con facilidad pero sí es importante determinar el diagnóstico funcional, el pronóstico (estacionario, no progresivo o progresivo) y los factores de riesgo y protectores por ser los cimientos para la intervención- integración.

El factor de riesgo, según la Organización Panamericana de la Salud, 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 (30).



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 éstos y la intervención en forma rápida pueden evitar un daño o el agravamiento de un problema.

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 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 (31).

En esta investigación se estudiará la relación de los retrasos del desarrollo con los factores de riesgo: 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 (6).

**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 que se establece pautas de crianza específicas, enmarcadas en una forma concreta de interacción.



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

En los últimos decenios las estructuras familiares se han modificado por diferentes causas como la participación de la mujer en el campo laboral, migración, divorcio, nuevas concepciones de convivencia y otras, 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 (32). La pregunta que surge de inmediato es ¿cómo este nuevo tipo de relaciones influyen en el desarrollo de los niños y niñas? De ahí la necesidad de estudiar este tema.

La literatura narra algunos tipos de familia entre los que están las que consideraremos para esta investigación, a fin de poder describir su relación 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 y alejamiento por motivos forzosos como trabajo, cárcel, migración.

**Familia Biparental:** por lo general es la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos), unida por lazos consanguíneos imperecederos, establece vínculos tanto verticales (multigeneracionales), como horizontales (fraternos) que, psicológicamente, suelen ser 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 y 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 (33).

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 y el nivel socioeconómico de pobreza (34).

Otro de los factores de riesgo en relación con el tipo de familia y desarrollo es la **migración**, definida como el desplazamiento forzado de uno o ambos padres, a una distancia que genera dificultades en la comunicación, dentro 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 (35).

Un **cuidador** es la persona que siempre está suministrando al niño o niña el cuidado, la satisfacción de las necesidades de alimentación, vestuario, educación, recreación, participación, afecto y que tiene influencia en la formación de la personalidad, identidad, autoestima del niño o niña (36).



## 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 actúa sin jerarquía para obtener una visión integral de la persona y potenciar la capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Son objetivos de la Atención Temprana:

- 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 (6, 29).

## **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 han seleccionado diversos instrumentos como el Test Brunet Lezine; la Escala de Valoración Específica de Dependencia (EVE) para la identificación de discapacidades, para niños y niñas menores de 3 años 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 que fue sometido a 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 y está basada en los trabajos de Gesell. Esta herramienta tiene como ventajas la reducción de la variabilidad de ítems en las distintas edades-claves, presentando 10 ítems por edad y recoge las pruebas más significativas y presenta una variación 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 (parcial y global) concediendo un valor en días:  $CD = \text{edad de desarrollo} / \text{edad cronológica}$ . Es una prueba llana que toma entre 25 y 60 minutos aunque la duración depende de los intereses del niño y la disponibilidad, no existiendo tiempo límite para la prueba, pero, por supuesto, requiere la participación de los padres, la observación del niño o niña. Solo un cociente por debajo de 70 se considera como signo de retraso y se requiere de una interpretación dentro de los fundamentos teóricos del desarrollo, el análisis de la historia clínica (anamnesis y examen físico) (37).

#### 4.6.1.1 Interpretación de los resultados de la valoración del test Brunet Lezine (Coeficiente del desarrollo).

##### Clasificación Pedagógica

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

#### 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 de discapacidad, valorando las habilidades adaptativas. Es un baremo ajustado a la legislación española y que se utiliza para garantizar los derechos en la atención y protección del niño, niña y su familia que establece normas para la valoración de la situación de dependencia y la determinación de su severidad, teniendo como referente la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud; además considera determinadas variables de desarrollo agrupadas en funciones y actividades en el área motora y/o en el área adaptativa, así como las necesidades de medidas de apoyo, derivadas de una condición de salud (peso al nacimiento, medidas de soporte para funciones vitales, medidas para la movilidad).

La EVE permite establecer tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, que 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 niños 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 (38).

#### **4.6.3 Baremo de la Situación de Dependencia para niños de 3 años y más (BVD):**

Al igual que 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 para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

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

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional calificado 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 sordoceguera y el daño cerebral, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de la persona que conozca debidamente la situación del solicitante.

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

El BVD clasifica la dependencia en:

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



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

**Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos (39).

## 4.7 Centros de Desarrollo Infantil; INFA

El INFA es un organismo, cuya misión es proponer, apoyar y ejecutar soluciones innovadoras a los problemas de niños, adolescentes y familias ecuatorianas, en especial los grupos vulnerables y, en la práctica, excluidos de derechos, con la participación de ellos y la corresponsabilidad del estado, gobiernos seccionales, sociedad civil y comunidad.

El INFA atiende a través de cuatro líneas de acción:

- Desarrollo Infantil
- Protección Especial
- Participación y Ciudadanía
- Atención en Riesgos y Emergencias



La gestión del INFA se caracteriza por:

- Trabajar con métodos participativos sobre la base de un enfoque de universalidad de derechos e integralidad;
- Brindar servicios de calidad que respondan a las demandas de la sociedad, en especial de los grupos más vulnerables y excluidos de derechos;
- Coordinar con aliados la formulación de políticas de desarrollo para la niñez, adolescencia y las familias ecuatorianas;
- Ser parte del Sistema Nacional descentralizado de Protección integral;
- Liderar y promover la conformación de redes sociales;
- Ampliar cobertura con otros actores desde la demanda local y con equidad territorial;
- Gestionar recursos nacionales y extranjeros;
- Sistematizar sus procesos y apoyar iniciativas;
- Compartir sus modelos y metodologías de atención integral validados; y,
- Rendir y exigir cuentas.

Los centros de desarrollo infantil del INFA, brindan atención a niñas y niños de 6 meses a 5 años de edad y que pertenezcan a familias se encuentran en situación de pobreza. Los pequeños son atendidos en nutrición, salud y educación inicial.

## **Modalidades de atención:**

- Centro de Desarrollo Infantil, CDI,
- Creciendo con Nuestros Hijos, CNH,
- Wawa Kamayuk Wasi, WKW, y
- Otras modalidades alternativas



## **Modalidades alternativas:**

Son las formas de atención integral, oportuna y pertinente, abarca desde el nacimiento hasta los primeros cinco años de vida; se pueden desarrollar a través de diversas maneras, desde aquella que potencia la labor formativa de la familia en sus escenarios cotidianos, como la casa, el hogar, el barrio, hasta aquellas modalidades en ambientes educativos especialmente organizados para el aprendizaje de los niños (40).

- Correo Familiar. (información a la madre)
- Unidades de Estimulación Temprana.
- Jardines Integrados de Desarrollo Infantil.



## CAPITULO III

### 5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

**5.1. Hipótesis alternativa:** la frecuencia de los retrasos del desarrollo es alta en los niños y niñas menores de cinco años que asistieron a los Centros de Desarrollo Infantil, INFA, de la ciudad de Cuenca y se incrementa su frecuencia con los factores de riesgo en estudio.

#### 5.2. Objetivos

**5.2.1. Objetivo general:** Determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo con discapacidad o sin ella y describir los factores asociados a los trastornos del desarrollo en niños y niñas de cero a cinco años de vida que asisten a las Centros de Desarrollo Infantil INFA de Cuenca durante el periodo Enero - Junio de 2009.

#### 5.2.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de los trastornos del desarrollo (retraso, discapacidad) en niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil del INFA de la ciudad de Cuenca, según las variables de edad, sexo y medidas antropométricas.
- Determinar la asociación entre las variables condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia, cuidador familiar y migración de los padres como factores de riesgo de los retrasos del desarrollo con discapacidad o sin ella en los niños y niñas de cero a cinco años de edad que asisten a los Centros de Desarrollo infantil del INFA de Cuenca.
- Difundir los resultados a las instituciones participantes.





## 6. DISEÑO Y METODOLOGÍA

### 6.1. Tipo de estudio

Estudio de corte Transversal, de Prevalencia, que nos permitió conocer la frecuencia de retrasos del desarrollo en los niños y niñas de 0 a 5 años de los centros de desarrollo infantil del INFA en la ciudad de Cuenca que permitió, en primera instancia, separar a la población en 3 grupos: sin retraso, retraso sin discapacidad, retraso con discapacidad. Para alcanzar este propósito se utilizó estas herramientas: el test Brunet Lezine para retraso, el EVE y BVD para menores y mayores de 3 años respectivamente para discapacidad, luego mediante el análisis del chi cuadrado, se determinó la asociación o no de los factores de riesgo en estudio con los grupos anteriormente mencionados.

### 6.2. Universo y muestra

El universo estuvo representado por 257 niños y niñas menores de 5 años de los Centros de Desarrollo Infantil del INFA de la ciudad de Cuenca: San Francisco 58 Polluelitos 49, Nuestro Hogar 53, Virgen de Guadalupe 57y Virgen de la Merced. 40, Se consiguió una muestra constituida por 105 niños y niñas.

### 6.3. Criterios de inclusión

Niños y niñas de un día a cuatro años, 11 meses y 29 días de edad posnatal que asistieron a los centros de Desarrollo Infantil INFA - Cuenca durante el periodo Enero-Junio de 2009 y que la madre o un familiar como representante Legal, otorgó el certificado con el consentimiento informado.



## 6.4. Criterios de exclusión

- Los niños y niñas cuyos familiares no aceptaron la participación en el estudio.
- Niños y niñas mayores de cinco años
- Niños y niñas que no asistieron regularmente a los centros de desarrollo Infantil INFA – Cuenca durante el periodo del estudio
- Actitud persistente de no colaboración del niño o niña.
- Niños cuyos padres o representantes legales no firmaron el consentimiento informado.

## 6.5. Definición operacional de las variables

**6.5.1. Edad posnatal:** medida de duración del vivir, lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se realizó la evaluación del niño o niña. Fue calculada por el examinador que consideró meses completos y días. Incertidumbre del instrumento 0.5 días.

**6.5.2. Sexo:** diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.

**6.5.3. Peso:** medida de la fuerza gravitatoria ejercida en un cuerpo, expresada en kilogramos y sus fracciones y calculada en la balanza de marca Seca. Es normal entre los percentiles 5-95 de las tablas de la NCHS; desnutrición, bajo el percentil 5 de las tablas de la NCHS y sobrepeso sobre el percentil 95 de las tablas de la NCHS. Incertidumbre del instrumento 0.10 g.

**6.5.4. Talla:** extensión longitudinal en centímetros del niño y niña. En los menores de dos años se determinó en decúbito dorsal medido en un paidómetro: la cabeza apoyada en el dique fijo, las caderas contra la superficie y el dique móvil se



desplaza contra la placa de los pies, mediante el uso del paidómetro de la Seca. En los niños y niñas mayores de dos años se determinó en bípeda estación, el niño y niña debe mantenerse con los pies juntos; la cabeza, la espalda y los pies apoyados contra el tallímetro y la vista fija hacia delante; se baja en ángulo recto la barra móvil del tallímetro, que se detiene al tomar contacto con la cabeza, en ese punto se lee la escala del tallímetro con estas variables: Normal, entre los percentiles 5-95 de las tablas de la NCHS, Talla baja: bajo el percentil 5 de las tablas de la NCHS. Incertidumbre del instrumento 0.5 cm.

**6.5.5. Desnutrición:** condición nutricional deficiente del niño o niña en relación a su edad. Se considera de tipo global y crónica.

- Desnutrición global: disminución del peso para la edad. Peso para la edad menor al percentil 5 en la tabla de la NCHS o de bajo los dos desvíos estándar en la tabla de la NCSH.
- Desnutrición crónica: disminución de la talla para la edad. Peso para la edad menor al percentil 5 en la tabla de la NCHS o de bajo los dos desvíos estándar en la tabla de la NCSH.

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

Normal: entre los percentiles 5 y 95 en la tabla de la NCHS. Microcefalia menor al percentil 5, macrocefalia mayor al percentil 95.

**6.5.7. Retraso del desarrollo psicomotor:** no alcanzar los hitos del desarrollo en la edad correspondiente de acuerdo a la valoración del test de Brunet Lezine (anexo 4); éste se aplicó y se calificó de acuerdo al instructivo y escala de calificación de la prueba (anexo9). La incertidumbre del instrumento es 0.5.



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

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

**6.5.9. Tipo de familia:** la familia es la institución social cuyos miembros están unidos por lazos de consanguinidad

- 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.
- 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.



- Familia extendida: Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar.

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

**6.5.11. Migración de los padres:** desplazamiento del padre, la madre o los dos a una distancia significativa que impida una real comunicación y cuidado del niño o la niña.

## **6.6. Identificación de las variables**

**6.6.1. Variable dependiente.** Retraso del Desarrollo que puede ser a) sin discapacidad y b) con discapacidad.

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

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

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

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



- Pilotaje, los 10 niños de todos los centros no formaron parte del estudio, sino, que se eligieron otros niños para el estudio.

**6.7.2. Descripción del proceso de valoración:** Los niños y niñas fueron seleccionados para el estudio según muestreo probabilístico entre los niños y niñas que asistieron a los Centros de Desarrollo del INFA de Cuenca, que cumplieron con los criterios de inclusión y los familiares que aceptaron la participación. En el formulario previamente diseñado se recolectó 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, a los niños o niñas que presenten retraso del desarrollo se les aplicó el EVE en menores de 3 años y el BVD de 3 a 5 años de edad para diagnosticar discapacidad.

**6.7.3. Control de calidad:** para confirmar la certeza de la información, se aplicó una nueva evaluación al 5% de los niños y niñas que conformaron la muestra, 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. El equipo investigador, al iniciar la investigación, contó con un listado de números que correspondieron a niños y niñas que debieron ser reevaluados según el número que les fue asignado al niño y niña al momento de la atención. La reevaluación se realizó con el consentimiento de la madre o familiar que esté cuidando del niño o niña.

**6.7.4. Tiempo asignado:** se requirió alrededor de 30 minutos para contactar a los padres de los niños y niñas y solicitar que autoricen la participación del niño o niña. El tiempo que se tomó las medidas antropométricas fue de unos 10 minutos; el calculado para la evaluación y llenado de datos de cada niño y niña con el test de Brunet Lezine fue de aproximadamente una hora; para aplicar el test sobre discapacidad, se ocupó de 25 hasta 60 minutos, y el destinado para el ingreso de



la información de cada de cada niño y niña al sistema de cómputo fue de unos 15 minutos.

## 6.8. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad posnatal	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que se realiza la evaluación del niño/a	Tiempo de vida	Meses	00-12 meses 13 – 24 meses 25-36 meses 37- 48 meses 49-60 meses
Sexo	Diferencia biológica que distingue a los organismos individuales	Biológica	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino
Condición antropométrica posnatal	Conjunto de medidas de peso, talla, perímetro cefálico que determinan la condición nutricional del niño/a	Peso	DS.	-2DS desnutrición -2DS+2DNormal +2DS Sobrepeso
		Perímetro cefálico	DS.	-2DS microcefalia -2DS y 2DS Normocefalia + 2DS macrocefalia
		Talla	DS.	-2DS talla baja -2DS y 2DS talla normal +2DS talla alta
Desnutrición	Condición nutricional deficiente del niño/a en relación a su edad. Se valora la desnutrición global y la desnutrición crónica	Desnutrición global	Relación peso/edad	1. No 2. Si
		Desnutrición crónica	Relación talla/edad	1. No 2. Si
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	Dependencia en menores de 3 años (hasta 2*11m29d): puntajes en EVE de 1 a 3.	Prueba de EVE. Anexo 4.	1. Si 2. No



motriz y adaptativa) y necesidad de medidas de soporte para funciones vitales. Y en mayores de 3 años se valora por: comer y beber, micción y defecación, lavarse, transferencias corporales, tomar decisiones.	No Dependencia en menores de 3 años (hasta 2 <sup>a</sup> 11m29d):: puntaje en EVE de 0	Prueba de EVE. Anexo 4.	1. Si 2. No
	Dependencia en niños de 3 a 5 años: puntaje en BVD de 25 o más	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No
	No Dependencia en niños y niñas de 3 a 5 años: puntaje en BVD de menos de 25	Prueba de BVD. Anexo 5	1. Si 2. No

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

**6.9. Duración del período de evaluación:** la recolección de la información y la valoración de cada niño, en promedio, tomó alrededor de una hora sumado al tiempo para desplazamiento hacia los diferentes centros.





## 6.10. Descripción de la intervención

- Una vez seleccionados los niños por sorteo se convocó a las madres y/o familiares a una reunión, en donde se les dio información sobre la investigación y se les solicitó su participación.
- A cada niño y niña seleccionada se realizó una evaluación antropométrica y del desarrollo; por razones de tiempo, disposición o colaboración del niño o niña, no fue posible terminar la valoración, se estableció una segunda cita que fue la semana siguiente de la primera evaluación.
- La información de cada niño o niña fue registrada en cada ficha individual.
- En los niños y niñas que nacieron pretérmino y tuvieron menos de un año, se realizó la corrección en la evaluación antropométrica y del desarrollo según la edad gestacional con la que nació el niño o niña.
- En los niños en los que se detectó retrasos del desarrollo con o sin discapacidad, se comunicó a los padres y se les sugirió la inclusión a programas de estimulación y/o fisioterapia.
- Los formularios a utilizarse fueron diseñados previamente y sometidos a prueba; cada parámetro fue debidamente codificado para facilitar el ingreso de datos al sistema estadístico y el análisis.

## 6.11. ASPECTOS ÉTICOS:

### 6.11.1. 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 garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para la presente investigación.
- La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.
- Los resultados de la investigación se entregaron a los centros participantes.
- Los datos recogidos de campo se registraron en la ficha individual del niño o niña, luego se procedió a informar a los padres sobre la condición del niño o niña; se evitó todo tipo de comentarios no pertinentes frente a los padres, personal de los centros u otras personas, así como no hacer comparaciones con respecto a otros niños o niñas.

## **6.11.2. Información que se proporcionó a los padres y/o familiares de los niños y niñas que asistieron a los centros de desarrollo infantil del INFA, invitándoles a participar en el trabajo de investigación y otorgando así el consentimiento informado.**

- Se informó, que se trató de un estudio que buscó determinar la frecuencia de trastornos del desarrollo psicomotor en niños y niñas de cero a cinco años que asistieron a los Centros de Desarrollo Infantil INFA de Cuenca, así como la frecuencia con la que se presentó discapacidad en esos niños y niñas y los factores que estuvieron asociados a esas alteraciones del desarrollo.
- A los niños y niñas que aceptaron la participación, se les indicó que se realizó una evaluación de su peso, talla, perímetro cefálico y desarrollo de las habilidades.
- La aceptación a participar fue voluntaria, pudiendo así retirarse el momento que deseen.
- Todas las evaluaciones fueron realizadas por las responsables de la tesis, siempre apoyadas por el Director del trabajo.



- El consentimiento informado (anexo 6) fue firmado por la madre y/o el padre o por un familiar que estuvo a cargo del niño niña.

**6.11.3. Personal que tuvo acceso a los datos:** el acceso a todos los datos tuvo el equipo investigador, centros participantes y responsables del programa “Para el Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana de Niños y Niñas de 0 a 5 años de edad con Retrasos del Desarrollo”.

**6.11.4. Acontecimientos adversos:** en el estudio no se esperó acontecimientos adversos por ser un estudio observacional.

## 7. PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

**7.1. Manejo de los datos:** los datos precodificados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS y el análisis estadístico se realizó en ese mismo sistema.

**7.2. Presentación de los resultados:** los resultados del estudio fueron presentados en una tabla basal que mostró las características generales del grupo de estudio. Además de gráficos que mejoraron la comprensión de las tablas.

**7.3. Análisis de los resultados:** La interpretación de los datos se realizó por el director, por el asesor estadístico de la tesis en el sistema SPSS en conjunto con las tesis, mediante el análisis del chi cuadrado; se determinó la asociación o no de los factores de riesgo en estudio con los grupos anteriormente mencionados, para su posterior discusión, del cual se elaboraron las respectivas conclusiones y recomendaciones.



## CAPITULO IV

### 8. RESULTADOS

#### 8.1 RESULTADOS GENERALES

##### 8.1.1 EDAD

Tabla 1. Distribución de individuos según edad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

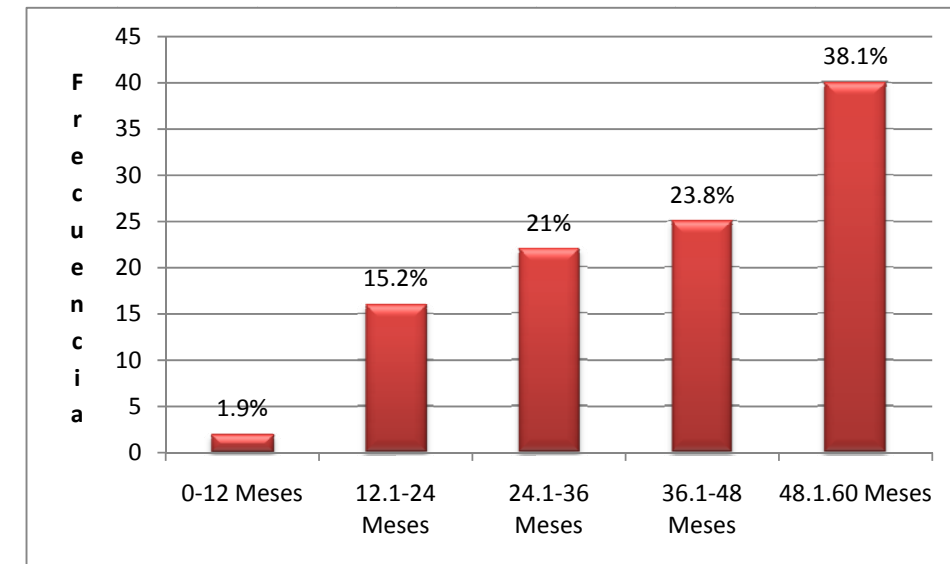
EDAD		Frecuencia	Porcentaje
0-12	Meses	2	1,9%
12,1-24	Meses	16	15,2%
24,1-36	Meses	22	21,0%
36,1-48	Meses	25	23,8%
48,1-60	Meses	40	38,1%
Total		105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico 1. Distribución de individuos según edad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 1

Análisis e interpretación: Del 100% de niños y niñas estudiado, el 1,9% están entre las edades de 0 a 12 meses, el 15,2% entre 12.1 a 24 meses, 21% entre 24.1 a 36 meses, 23,8% entre 36.1 a 48 meses 38,1% entre 48.1a 60 meses. la media de edad es 40,81.



## 8.1.2 Sexo

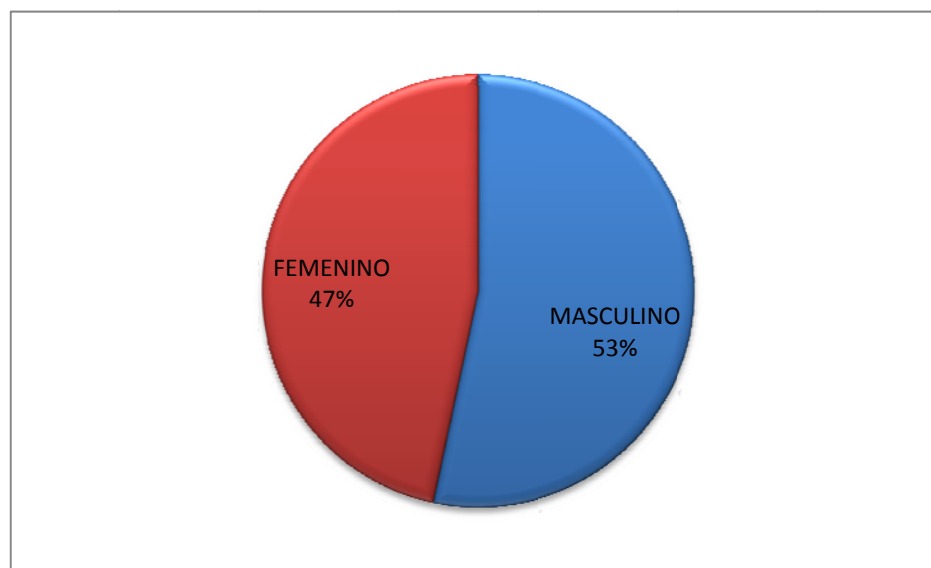
Tabla 2. Distribución de individuos según sexo. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	56	53,3%
FEMENINO	49	46,7%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 2. Distribución de individuos según sexo. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 2

Análisis e interpretación: Del 100% de niños y niñas, el 53,3% son varones y 46,7% son mujeres lo que demuestra un discreto mayoría porcentual en varones en comparación con las mujeres.

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## 8.1.3 Peso en DS.

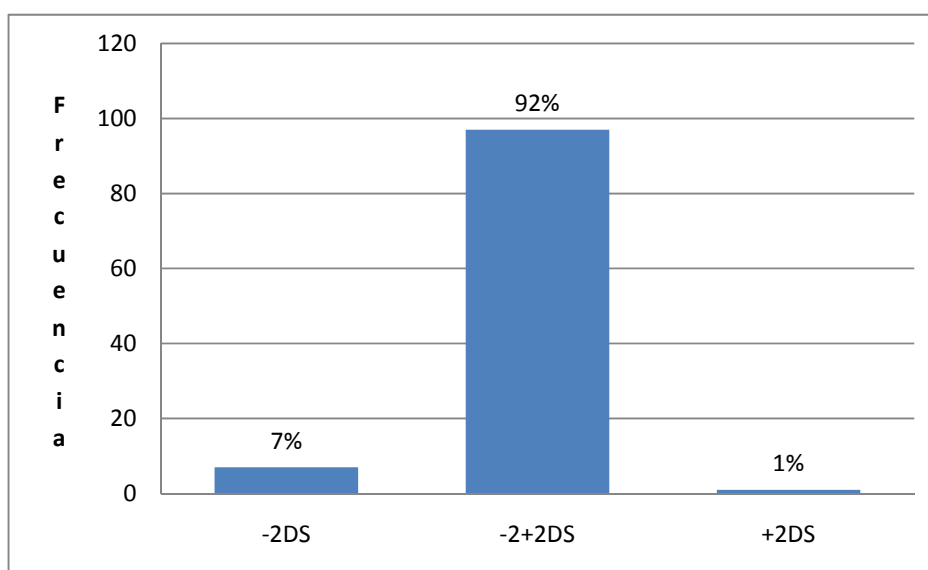
Tabla 3. Distribución de los individuos según peso en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

PESO EN DS	Frecuencia	Porcentaje
-2DS	7	6,7%
-2+2DS	97	92,3%
+2DS	1	1,0%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 3. Distribución de los individuos según peso en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 3

**Análisis e interpretación:** Se observa que del 100% de niños y niñas, el 6,7% se encuentran en -2DS, lo que indica que este porcentaje de niños se encuentra con desnutrición, el 92,4% se encuentra con un peso apropiado para su edad, el 1,0% se encuentra en +2DS lo que indica que este porcentaje de niños se encuentra con sobrepeso. la media en peso es 14,34.



## 8.1.4 Talla en DS.

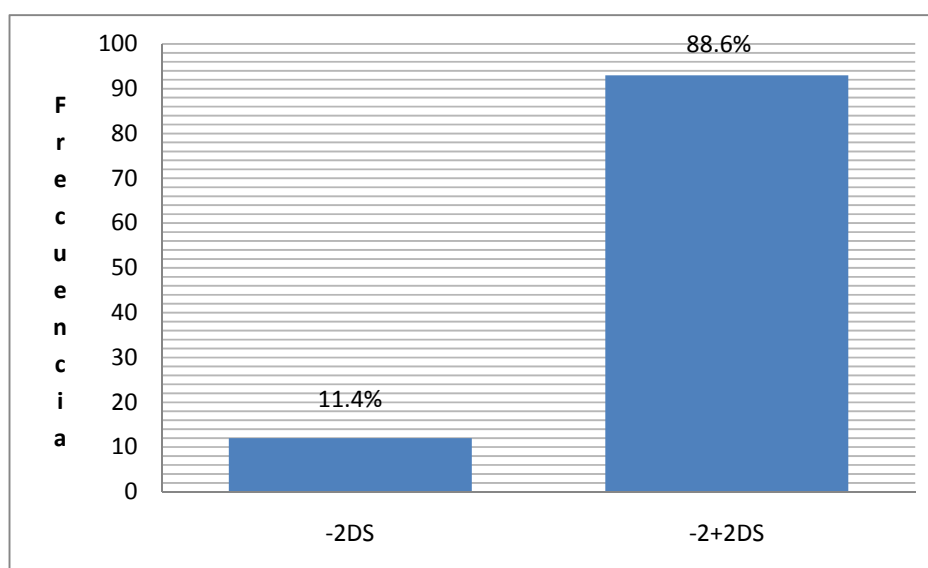
Tabla 4.- Distribución de los individuos según talla en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

TALLA EN DS.		Frecuencia	Porcentaje
	-2DS	12	11,4%
	-2+2DS	93	88,6%
	Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico4.- Distribución de los individuos según talla en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 4

Análisis e interpretación: Se observa que del 100% de niños y niñas el 11,4% se encuentra en -2DS lo que indica que este porcentaje de niños de encuentra con talla baja, el 88,6% se encuentra en -2+2DS lo que indica que la talla es apropiada para su edad.





## 8.1.5 Perímetro cefálico en DS.

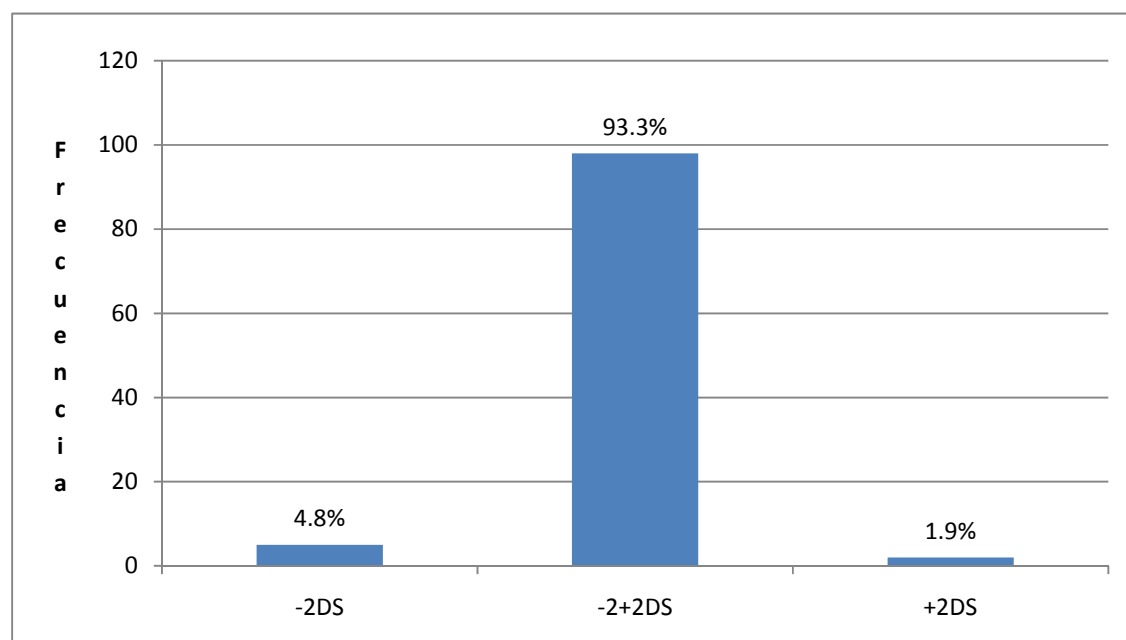
Tabla 5. Distribución de individuos según perímetro cefálico en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

PERIMETRO CEFALICO EN DS		Frecuencia	Porcentaje
	-2DS	5	4,8%
	-2+2DS	98	93,3%
	+2DS	2	1,9%
	Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico5. Distribución de individuos según perímetro cefálico en DS. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 5

**Análisis e Interpretación:** Se observa que del 100% , el 4.8% de niños y niñas se encuentra en -2DS lo que indica que tiene microcefalia, el 93% se encuentra - 2+2DS lo que indica que tienen normo cefalia y 1,9% se encuentran +2DS lo que indica que tienen macrocefalia.



## 8.1.6.- Estado nutricional

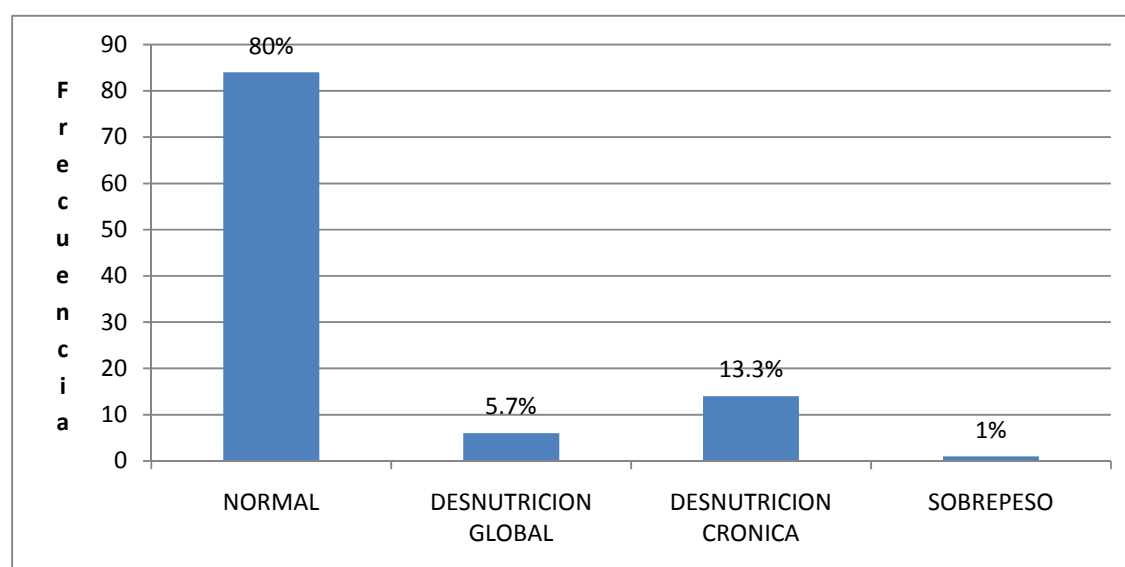
Tabla 6.- Distribución de individuos según estado nutricional. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

ESTADO NUTRICIONAL		Frecuencia	Porcentaje
	NORMAL	84	80 %
	DESNUTRICION GLOBAL	6	5,7%
	DESNUTRICION CRONICA	14	13,3%
	SOBREPESO	1	1,0%
	Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 6.- Distribución de individuos según estado nutricional. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 6

**Análisis e interpretación:** Del 100% de niños y niñas, el 80% se encuentra con un estado nutricional normal, el 5,7% se encontraron con desnutrición global, el 13,3% se encontraron con desnutrición crónica, el 1% se encontraron con sobrepeso.



## 8.1.7 Tipo de familia

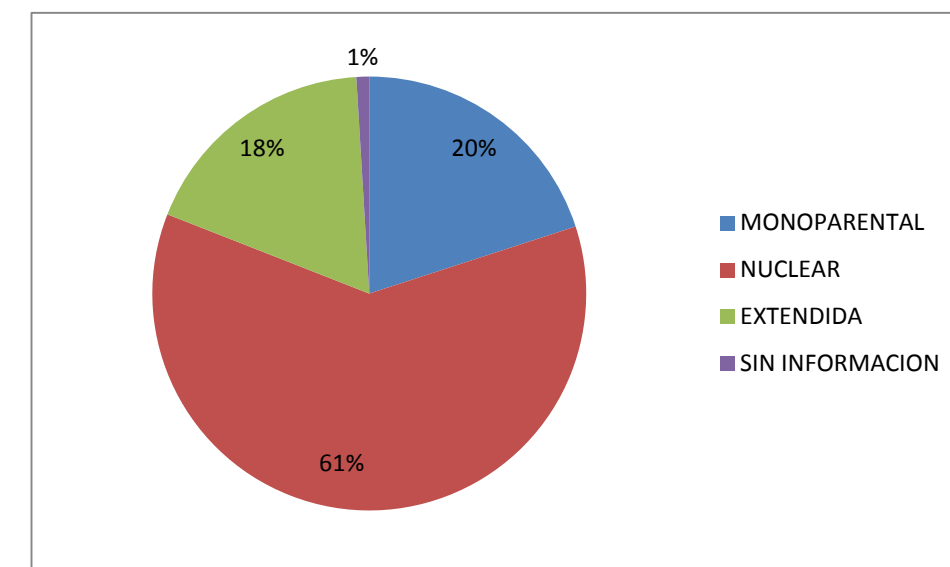
Tabla 7.- Distribución de individuos según tipo de familia. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009

TIPO DE FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
MONOPARENTAL	21	20%
NUCLEAR	64	61%
EXTENDIDA	19	18,1%
SIN INFORMACION	1	1,0%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 7.- Distribución de individuos según tipo de familia. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 7

**Análisis e interpretación:** Se observa que del 100% de niños y niñas, el 20% presentaron una familia mono parental, el 61% una familia nuclear, 18,1% una familia extendida, y el 1% no se proporcionó información.

**Autoras:**

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## 8.1.8 Migración de los padres

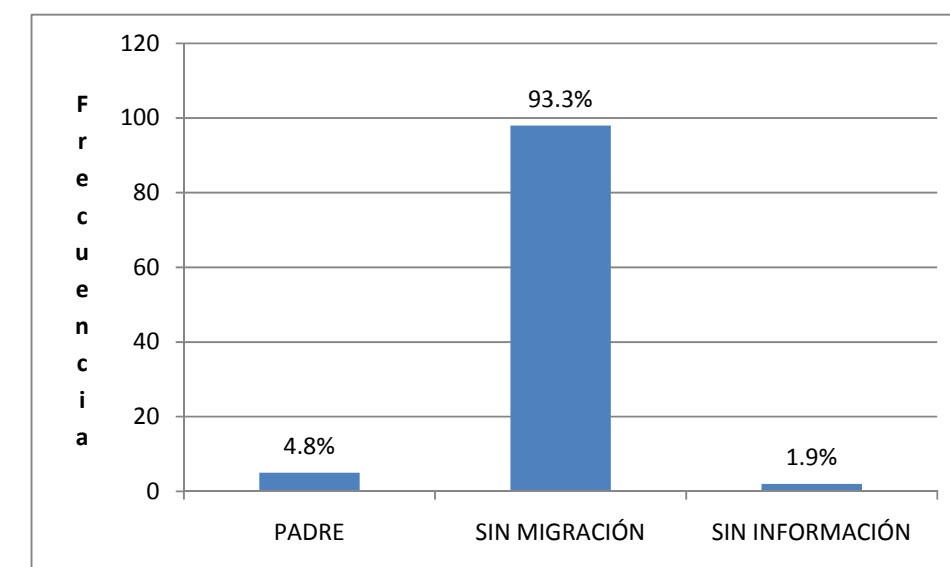
Tabla 8. Distribución de individuos según migración de los padres. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009

MIGRACION DE LOS PADRES	Frecuencia	Porcentaje
PADRE	5	4,8%
NO MIGRACIÓN	98	93,3%
SIN INFORMACIÓN	2	1,9%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 8. Distribución de individuos según migración de los padres. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 8

**Análisis e Interpretación:** Del 100% de niños y niñas, el 4.8% el padre ha migrado, el 93,3% no migra y 1,9% no se proporciono información.



## 8.1.9 Cuidador familiar

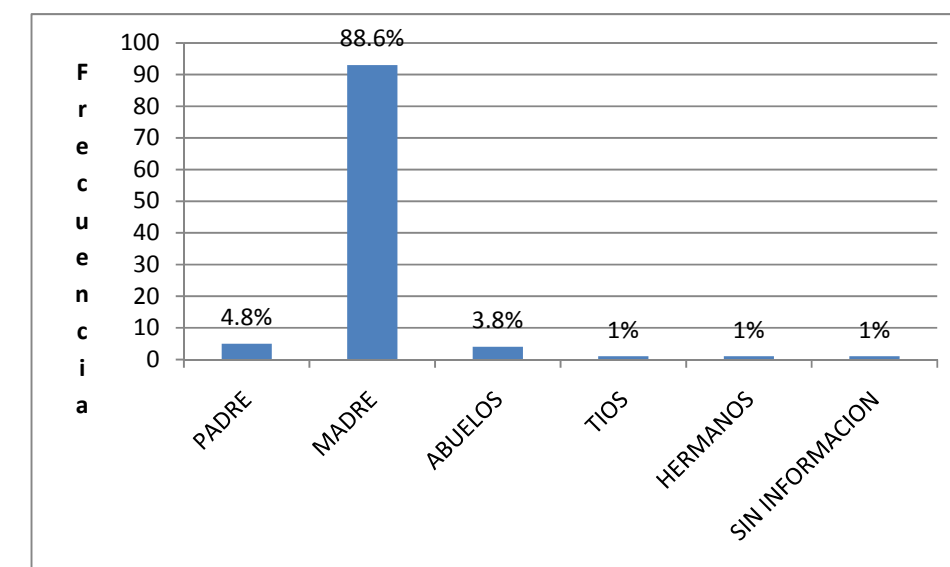
Tabla 9. Distribución de individuos según cuidador familiar. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009

CUIDADOR FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
PADRE	5	4,8%
MADRE	93	88,6%
ABUELOS	4	3,8%
TIOS	1	1%
HERMANOS	1	1%
SIN INFORMACION	1	1%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.

Gráfico 9. Distribución de individuos según cuidador familiar. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 9

Análisis e Interpretación: del 100% de niños y niñas, el 4,8% son cuidados por sus padres, el 88,6% por sus madres, el 3,8% por sus abuelos, el 1% por sus tíos, el 1% por sus hermanos y el 1% no proporciono información.

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## 8.1.10 Retraso del desarrollo con o sin discapacidad

Tabla 10. Distribución de individuos según retraso del desarrollo con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

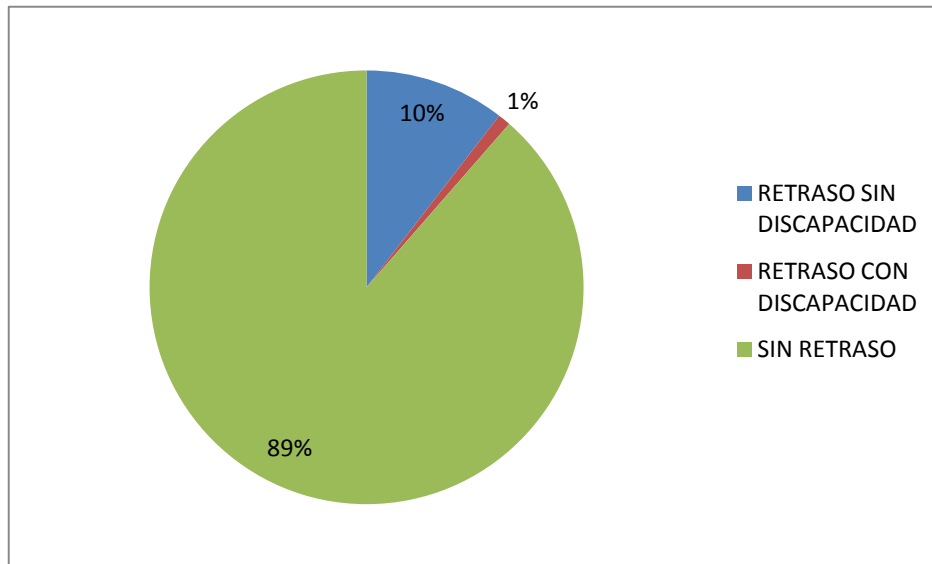
RETRASO DEL DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD	Frecuencia	Porcentaje
RETRASO SIN DISCAPACIDAD	11	10,50%
RETRASO CON DISCAPACIDAD	1	1,0%
SIN RETRASO	93	88,6%
Total	105	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico 10. Distribución de individuos según retraso del desarrollo con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



Realizado por: Las autoras  
Fuente: Tabla 10

Análisis e Interpretación: Del 100% de niños y niñas, el 10,5 % presentaron retraso sin discapacidad, 1% presentaron retraso con discapacidad, y el 88,6% no presentaron retraso.



## 8.1.11. BENEFICIO DE LA ATENCION

Tabla 11. Distribución de individuos según si recibieron beneficio de la atención temprana.

Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

RETRASO DEL DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD	SI	%	NO	%	TOTAL	%
BENEFICIO DE ATENCION	0	0%	12	100%	12	100%
FUE DETECTADO	1	8,33%	11	91,66%	12	100%
FUE DERIVADO	0	0%	12	100%	12	100%
ESTA EN UN CENTRO DE ATENCION TEMPRANA	0	0%	12	100%	12	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

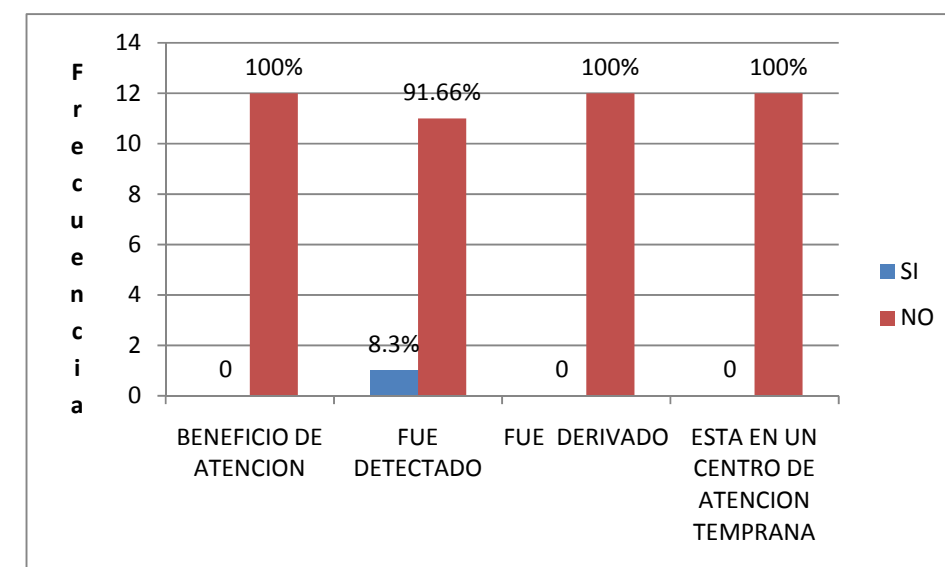
**Responsables:** Las autoras.





Gráfico 11. Distribución de individuos según si recibieron beneficio de la atención temprana.

Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 11

Análisis e Interpretación: Del 100% de niños y niñas no se benefician de la atención temprana, el 8,33% fue detectado, y el 91,66% no fue detectado, el 100% no fueron derivados.



## 8.2.- FACTORES DE RIESGO

### Edad y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla12. Individuos según relación entre edad y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

EDAD EN MESES agrupada		RETRASO CON O SIN DISCAPACIDAD			Total
		RETRASO SIN DISCAPA CIDAD	RETRASO CON DISCAPA CIDAD	SIN RETRASO	
0-12	Recuento	0	1	1	2
		0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
12.1-24	Recuento	1	0	15	16
		6,3%	,0%	93,8%	100,0%
24.1-36	Recuento	5	0	17	22
		22,7%	,0%	77,3%	100,0%
36.1-48	Recuento	1	0	24	25
		4,0%	,0%	96,0%	100,0%
48.1-60	Recuento	4	0	36	40
		10,0%	,0%	90,0%	100,0%
Total		11	1	93	105
		10,5%	1,0%	88,6%	100,0%

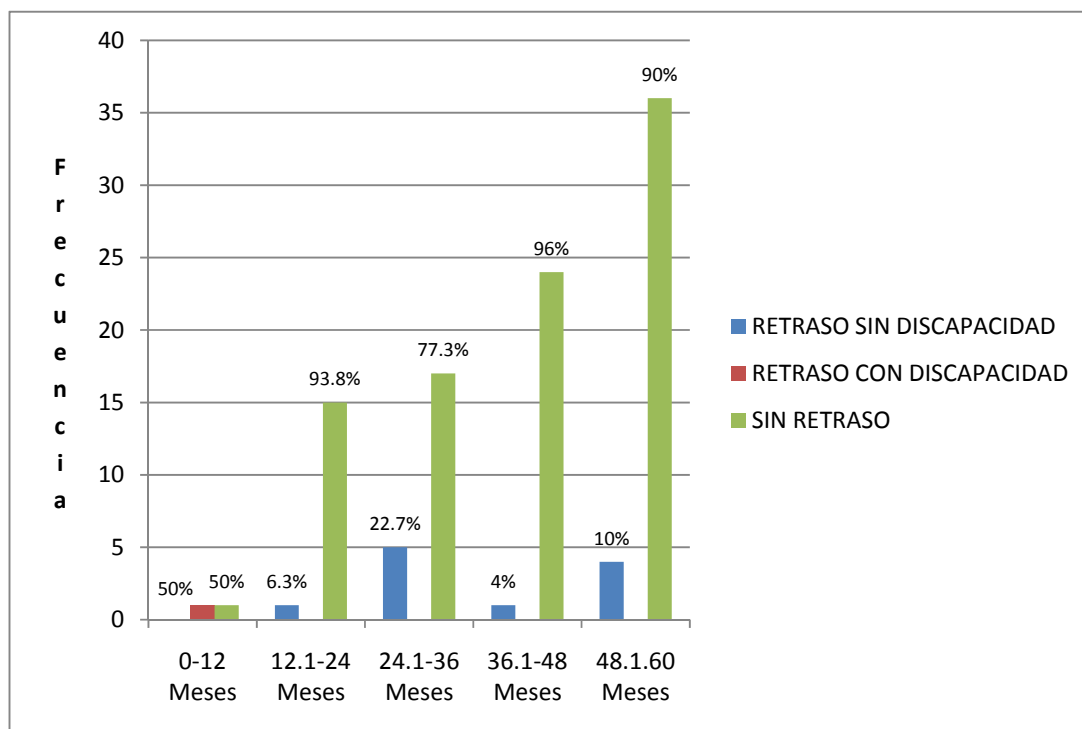
Chi cuadrado 57,010      p=0,000

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico12. Individuos según relación entre edad y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras  
**Fuente:** Tabla 12

Análisis e Interpretación. De los 2 niños y niñas que representan el 100% entre las edades de 0 a 12 meses el 50% presentaron retraso con discapacidad y el 50% restante sin retraso. De los 16 niños y niñas que representan el 100% de entre las edades 12.1 a 24 meses el 6.3% presentaron retraso sin discapacidad y el 93,8% sin retraso. De los 22 niños y niñas que representan 100% entre las edades 24.1 a 36 meses 22,7% presentaron retraso sin discapacidad y el 77,3% sin retraso. De los 25 niños y niñas que representan el 100% entre las edades de 36.1 a 48 meses 4,0% presentaron retraso sin discapacidad y 96% sin retraso. De los 40 niños y niñas que representan el 100% d entre las edades 48.1 a 60 meses el 10,5% presentaron retraso sin discapacidad, el 1% retraso con discapacidad y el 88,6% sin retraso. chi cuadrado fue 57.010 lo que indica que hay asociación entre estas variables.  $p=0,000$



## 8.2.1 Condición nutricional y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla 13. Individuos según relación entre Condición nutricional y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca2008-2009.

Condición nutricional	SIN RETRASO		CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	77	82,79%	7	63,63%	0	0%
Desnutrición global	4	4,3%	2	18,18%	0	0%
Desnutrición crónica	11	11,82%	2	18,18%	1	100%
Sobrepeso	1	1,07%	0	0%	0	0%
Total	93	100%	11	100%	1	100%

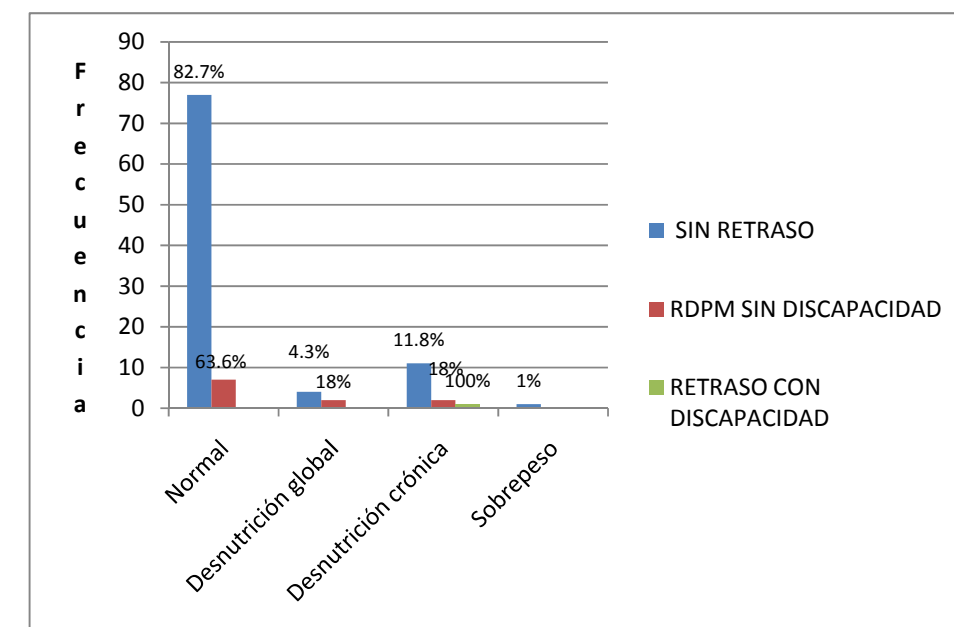
**Chi cuadrado 10,748      p=0,096**

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico 13. Individuos según relación entre Condición nutricional y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras

**Fuente:** Tabla 13

**Análisis e Interpretación:** Del 100% de niños y niñas sin retraso, el 82,79% es normal, el 4,30% presentaron desnutrición global, el 11,82% desnutrición crónica y el 1,07 presentaron sobrepeso. Del 100% de niños y niñas con RDPM sin discapacidad el 63,63% es normal, el 18,18% presentaron desnutrición global, el 18,18% desnutrición crónica. De los niños y niñas con retraso con discapacidad el 100% presento desnutrición crónica. chi cuadrado fue 10,748 lo que indica que no asociación entre estas variables.  $P= 0,096$ .

**Autoras:**

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## 8.2.2. Perímetro cefálico y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla14. Individuos según relación entre perímetro cefálico y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

Perímetro cefálico	SIN RETRASO		CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	91	97,84%	10	90,9%	1	100%
Microcefalia	1	1,07%	1	9,09%	0	0,00%
Macrocefalia	1	1,07%	0	0%	0	0,00%
Total	93	100%	11	100%	1	100%

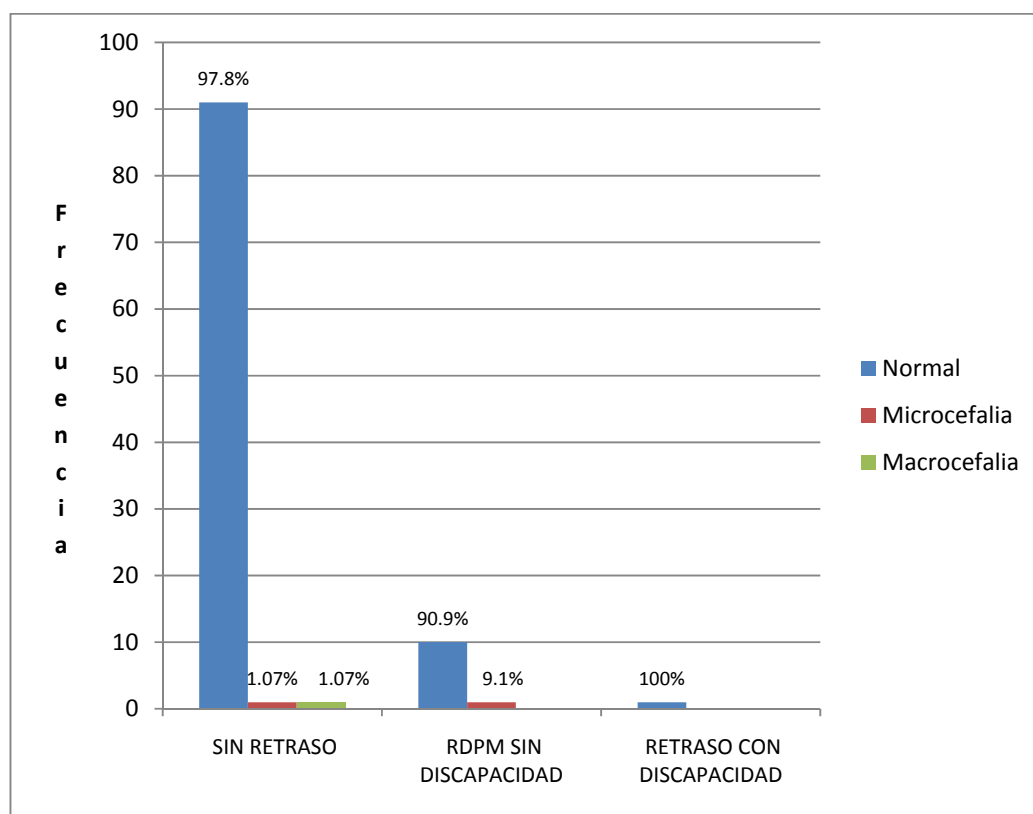
Chi cuadrado 3,516      p=0,475

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico14. Individuos según relación entre perímetro cefálico y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



Realizado por: Las autoras  
Fuente: Tabla 14

Análisis e interpretación: Del 100% de niños y niñas sin retraso, el 97,84% presentaron un perímetro cefálico normal, el 1,07% presentaron microcefalia, 1,07% macrocefalia. Del 100% de niños y niñas con RDPM sin discapacidad el 90,90% presentaron un perímetro cefálico normal, 9,09% presentaron microcefalia. Los niños y niñas con retraso con discapacidad el 100% presentaron un perímetro cefálico normal. chi cuadrado fue 3,516 lo que indica que no asociación entre estas variables.  $P= 0,475$



## 8.2.3 Tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla 15. Individuos según relación entre tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

Tipo de familia	SIN RETRASO		CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Monoparental	16	17,2%	5	45,45%	0	0%
Nuclear	57	61,29%	6	54,54%	1	100%
Extendida	19	20,43%	0	0%	0	0%
Sin información	1	1,07%	0	0%	0	0%
Total	93	100%	11	100%	1	100%

Chi cuadrado 7,034  $p=0,3177$

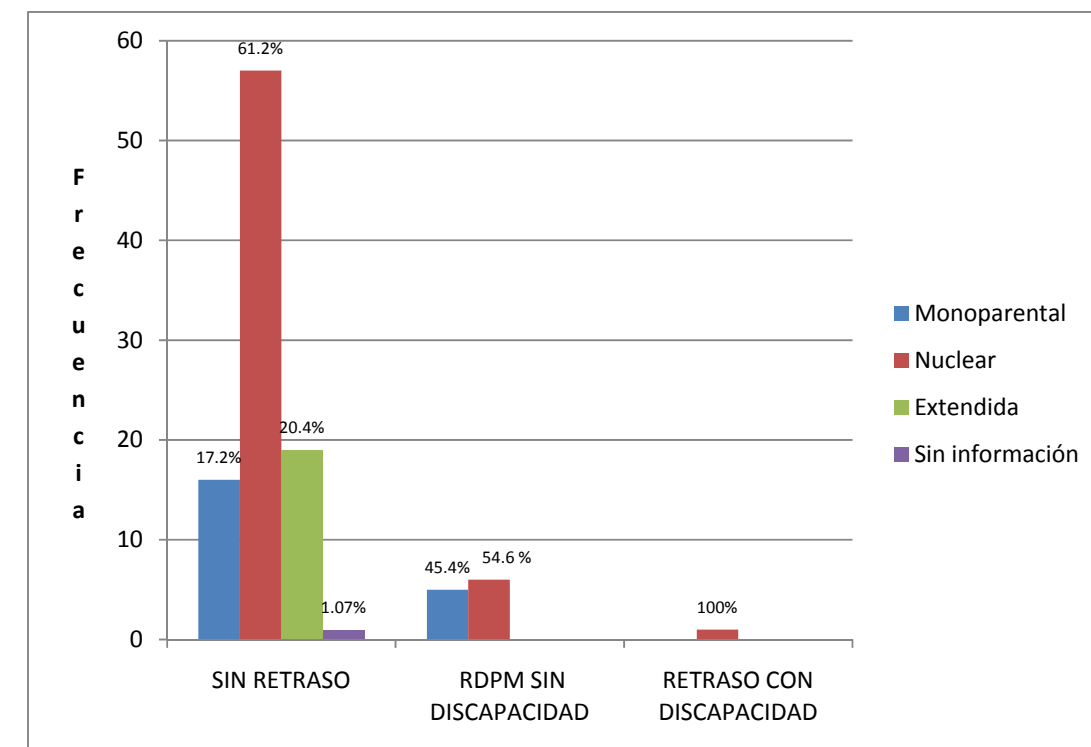
**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.





Gráfico 15. Individuos según relación entre tipo de familia y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



Realizado por: Las autoras  
Fuente: Tabla 15

Análisis e Interpretación del 100% de niños y niñas sin retraso, el 17,20% presento una familia mono parental, el 61,29% una familia nuclear, 20,43% una familia extendida y el 1,07% no se proporciono información. Del 100% de niños y niñas con RDPM sin discapacidad el 45,45% presento una familia mono parental, el 54,54% una familia nuclear. Los niños y niñas con retraso con discapacidad el 100% presento una familia nuclear. chi cuadrado fue 7,034 lo que indica que no hay asociación entre estas variables.  $p=0,3177$



## 8.2.4. Cuidador familiar y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla16. Individuos según relación entre cuidador familiar y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

Cuidador familiar	SIN RETRASO		CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Padre	3	3,22%	2	18,18%	0	0%
Madre	83	89,24%	9	81,81%	1	100%
Abuelos	4	4,3%	0	0%	0	0%
Tíos	1	1,07%	0	0%	0	0%
Hermanos	1	1,07%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
Sin información	1	1,07%	0	0%	0	0%
Total	93	100%	11	100%	1	100%

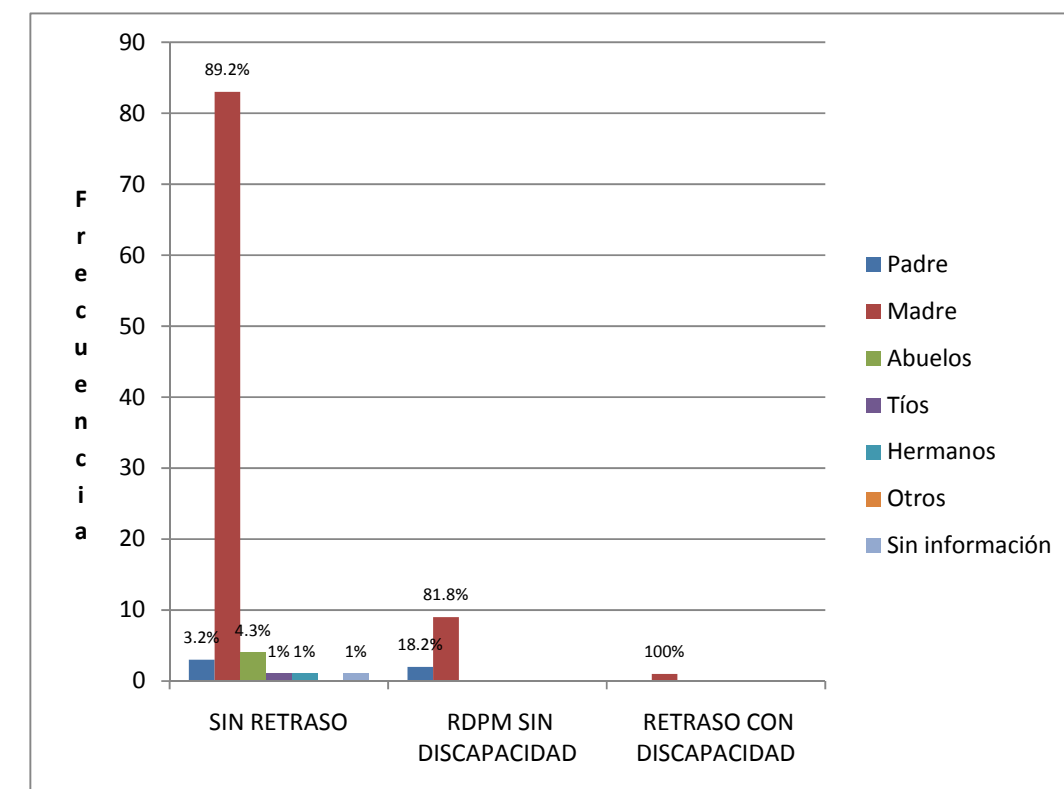
Chi cuadrado= 5,648 p=0,844

Fuente: Formulario de recolección de los datos.

Responsables: Las autoras.



Gráfico16. Individuos según relación entre cuidador familiar y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras  
**Fuente:** Tabla 16

Análisis e Interpretación del 100% de niños y niñas sin retraso el 3,22% son cuidados por sus padres, el 89,24% son cuidados por su madre, 4,30% por sus abuelos, el 1,07 por sus tíos, 1,07% por sus hermanos y el 1,07% no proporcionaron información. Del 100% de niños y niñas con RDPM sin discapacidad el 18,18% son cuidados por sus padres y el 81,81% por sus madres. Los niños y niñas con retraso con discapacidad el 100% son cuidados por su madre. chi cuadrado fue 5,648 lo que indica que no hay asociación entre estas variables.  $p=0,844$



## 8.2.5. Migración de los padres y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad.

Tabla 17. Individuos según relación entre migración de los padres y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.

Migración de los padres	SIN RETRASO		CON RDPM SIN DISCAPACIDAD		CON RETRASO CON DISCAPACIDAD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No migración	86	92,47%	0	0%	0	0%
Padre	5	5,37%	11	100%	1	100%
Padre y madre	0	0%	0	0%	0	0%
Sin información	2	2,15%	0	0%	0	0%
Total	93	100%	11	100%	1	100%

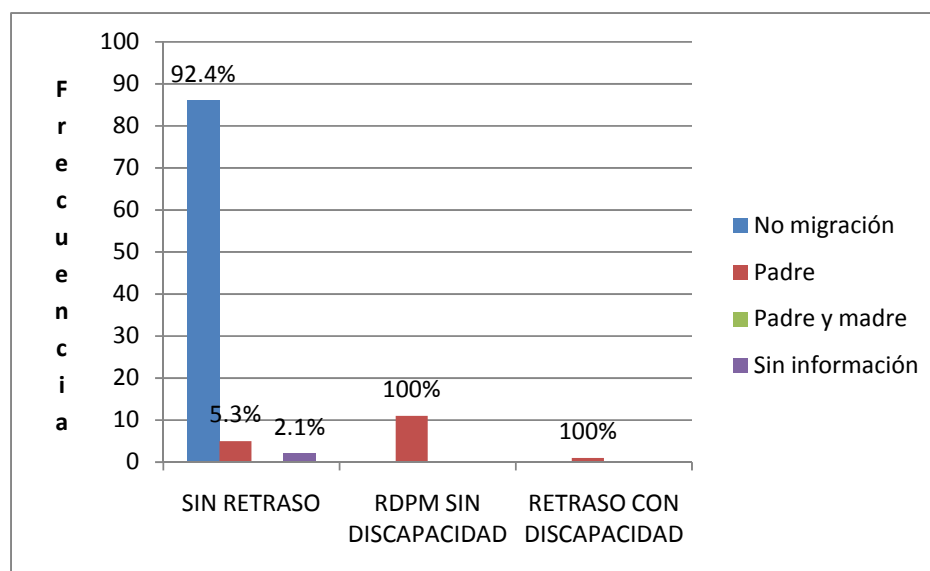
**Chi cuadrado=70,13 p=0,000**

**Fuente:** Formulario de recolección de los datos.

**Responsables:** Las autoras.



Gráfico 17. Individuos según relación entre migración de los padres y retraso del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad. Prevalencia de los retrasos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niñas de 0 a 5 años de edad. INFA. Cuenca 2008-2009.



**Realizado por:** Las autoras  
**Fuente:** Tabla 17

Análisis e Interpretación: Del 100% de niños y niñas sin retraso, el 92,47% no presentaron migración de sus padres, el 5,37% migración de su padre, y el 2,15% no proporcionaron información. De los niños y niñas con RDPM sin discapacidad el 100% presento migración de su padre. De los niños y niñas con retraso con discapacidad el 100% también presento migración de su padre.

chi cuadrado fue 70,13 lo que indica que hay asociación entre estas variables.  $p=0,000$



## CAPITULO V

### 9. DISCUSIÓN

La prevalencia de los trastornos del desarrollo y discapacidades es mayor que cualquier otro proceso pediátrico de carácter permanente y de sinónima severidad. Es de suma importancia establecer los programas adecuados para su prevención, atención y tratamiento.

Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999 (50), el 2,24 % de la población entre 0-6 años tiene algún tipo de deficiencia y de éstas, la mitad aproximadamente son de origen congénito. El Plan de Acción para Personas con Discapacidad (1997- 2002) estima que en nuestro País, entre el 2 y el 3 % de los niños y niñas presentan deficiencias tras el nacimiento y entre el 6 y el 8 % de los niños y niñas menores de 6 años manifiestan problemas en su desarrollo.

Realizando un estudio comparativo, entre investigaciones realizadas, con el presente estudio, se puede observar datos sobre la prevalencia de trastornos del desarrollo, los mismos que se realizaron en 5 centros infantiles del INFA, del 100% de niños y niñas el 10,5 % presentaron retraso sin discapacidad, 1% presentaron retraso con discapacidad, y el 88,6% no presentaron retraso; estos datos nos dan a conocer porcentajes más claros de los trastornos o alteraciones de los niños en su etapa de vida. Se observa que los datos obtenidos superan lo mencionado en el párrafo anterior.

Dentro de todo este proceso se presentan factores que afectan la vida infantil del niño, como es el estado nutricional es un factor importante dentro del desarrollo evolutivo de los niños, en esta investigación, se notó que el 80% de niños y niñas se encuentra con un estado nutricional normal, el 5,7% se encontraron con desnutrición global, el 13,3% se encontraron con desnutrición crónica, el 1% se encontraron con sobrepeso; estos valores solo nos muestran resultados de 5 centros infantiles del INFA; mientras que a nivel general en nuestro país la desnutrición crónica aumenta con la edad del niño.



Únicamente el 3% de los niños menores de cinco meses tienen desnutrición crónica, pero ésta se eleva a casi el 10% en el grupo de 6 a 11 meses y se eleva hasta el 28% para niños de entre 12 y 23 meses de edad (44). Una pauta similar se observa en el caso de la desnutrición crónica extrema, con tasas del 0,1%, 2,6% y 7,5%, respectivamente para estos tres rangos de edad. De ahí en adelante, en la vida de un niño, el nivel de desnutrición crónica y desnutrición crónica extrema se mantiene en su mayor parte estable, de acuerdo a como responda el niño o niña en su etapa de desarrollo. Esto evidencia los altos porcentajes de desnutrición que existe tanto a nivel nacional y reflejado también en nuestro estudio aunque en menor intensidad.

De acuerdo un estudio realizado, la evaluación del perímetro cefálico (PC) constituye una valiosa herramienta que alerta sobre alteraciones del desarrollo del lactante. Es por esto que es necesario conocer la situación de medición del PC en los controles de salud (43). El método utilizado fue a través de una revisión retrospectiva de todos los registros de PC en los controles de niños de 18 a 24 meses de edad, de julio de 2002 a la fecha, atendidos en dos centros de salud de Colina, consignando el PC, el diagnóstico y las indicaciones y reclasificándolo (NCHS) para diagnóstico comparativo. Los Resultados obtenidos: Se revisaron 424 controles de salud contenidos en 58 fichas, de los cuales 85,3% tenían registro del PC. De ellos el 17.7% tenía consignado el diagnóstico. Al clasificar nuevamente los diagnósticos encontrados según las curvas del NCHS, se encontró que 14% de los registros correspondía a un PC fuera del rango normal y no tenía diagnóstico registrado, el único caso en que se registró diagnóstico de alteración del PC no se registró la conducta tomada. Un 92.2% de los diagnósticos fueron catalogados concordante con el equipo investigador. Las conclusiones que se llegó fue; que la medición del PC se realiza en la mayoría de los controles, pero no conduce a un diagnóstico y manejo terapéutico. Falta reforzar la importancia y utilidad de esta herramienta antropométrica para un adecuado diagnóstico y una derivación oportuna a especialista.

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



En nuestro estudio se observó que del 100% el 4.8% de niños y niñas se encuentra en  $-2DS$  lo que indica que tiene microcefalia, el 93% se encuentra  $-2+2DS$  lo que indica que tienen normocefalia y 1,9% se encuentran  $+2DS$  lo que indica que tienen macrocefalia. Estos datos nos indican que en los centros analizados la mayoría de niños, se encuentra en valores normales.

La diversidad geográfica del Ecuador es casi comparable a los varios modelos migratorios que tiene este mismo país. A pesar de su tamaño, este pequeño país andino de aproximadamente 13,3 millones de habitantes tiene un gran porcentaje de emigrantes. En efecto, los ecuatorianos constituyen uno de los grupos migratorios más grandes localizado en la ciudad de Nueva York y el segundo más grande en España (42).

En los últimos 25 años, Ecuador ha experimentado sus dos mayores olas migratorias. Entre 10 a 15 por ciento de ecuatorianos ha salido de su país con dirección, la mayoría de ellos, a España, los Estados Unidos, Italia, Venezuela y aún, un pequeño grupo que crece cada vez más, hacia Chile.

En nuestro estudio, se puede notar que el proceso de migración como factor de riesgo está presente en un 4.8%, siendo su minoría. Estos datos nos mencionan que en los centros analizados, la mayoría de niños tienen a su lado a sus padres.

La familia es la unidad básica de la sociedad, que agrupa a los individuos en grupos en torno al parentesco, aunque las formas familiares varían considerablemente entre distintas culturas a lo largo del tiempo.

En una investigación realizada en Honduras (41), el tema de la familia ha estado presente para análisis, sin embargo, otros temas como la problemática de la mujer y otros grupos vulnerables han llevado en algunos momentos a su relegación al limitarse a estudiar algunas categorías de miembros y no al conjunto de ellos conformado como grupos familiares o no familiares.

La tasa de crecimiento en los hogares en el periodo 1998-2001 es de 3.6% anual, superior a la tasa de crecimiento de la población de esos mismos hogares, que es de 2,7% en ese mismo periodo.



# UNIVERSIDAD DE CUENCA



El promedio de personas por hogar ha descendido levemente de 5,5 a 5,0, pero ha sido más notorio en los hogares familiares, principalmente los nucleares y extendidos.

Los hogares que predominan en Honduras son los familiares entre los que se mencionan: nucleares, extendidos y compuestos; que son aquellos donde están presentes relaciones de parentesco entre sus miembros, estos hogares representan el 94.8% y 94.2% de los hogares en 1988 y 2001 y vive en ellos casi la totalidad de la población del país. Los hogares no familiares entre los que se encuentran los unipersonales y otros no familiares, son aquellos donde no hay lazos de parentesco entre sus miembros, representan el 5.2% y 5.8% del total de hogares en 1988 y 2001 y absorben alrededor del 1% de la población total del país en el período.

En suma, el predominio de los hogares familiares sigue vigente, en los últimos trece años su peso del total de hogares casi se mantuvo igual, sin embargo, los hogares que más crecen son los no familiares a razón de 4.3% anual.

Los hogares tanto familiares y no familiares que son mayoría en Honduras son los nucleares en un 51%. El predominio de la familia nuclear también se presenta en otros países de Latinoamérica.

Dentro de nuestro trabajo investigativo, se observó que del 100% de niños y niñas el 20% presentaron una familia monoparental, el 61% una familia nuclear, 18,1% una familia extendida, y el 1% no se proporcionó información.

Estos datos nos indican que hay relación con el estudio de Honduras, en donde predomina la familia nuclear, pero en nuestro país con más alto porcentaje.

Los niños y niñas merecen un buen cuidado, ya que de esto depende un buen desarrollo en todas sus capacidades, en el presente estudio investigativo se puede constatar que en su mayoría las madres son las que están al frente de sus hijos en su cuidado y bienestar con un 88,6%, en cambio el 4,8 % están a cargo de los padres, además también los abuelitos cuidan a sus nietos 3,8%, pero también al cuidado de los pequeños también están hermanos en 1% y el 1% que no se consiguió información. De acuerdo al trato de cada persona hacia el niño, dependerá su buen desarrollo emocional, afectivo, social, intelectual.

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



No se puede realizar una comparación con otras investigaciones, ya que no se encuentra datos actuales sobre el tema.

En nuestro estudio los factores de riesgo (edad y migración) reportan en distinto grado relación con el retraso del desarrollo psicomotor; los demás factores estudiados (condición nutricional, perímetro cefálico, tipo de familia y cuidador familiar) no los consideramos estadísticamente factores de riesgo.



## 10. CONCLUSIONES

1. En nuestra investigación se realizó las respectivas valoraciones a cinco centros infantiles del INFA-Cuenca, los que mencionamos; San Francisco, Polluelitos, Nuestro Hogar, Virgen de Guadalupe y Virgen de la Merced, con una muestra de 105 niños y niñas; de acuerdo a esta investigación realizada se alcanzó a determinar la prevalencia de los retrasos del desarrollo psicomotor con o sin discapacidad de los niños y niñas de 0 a 5 años de vida, que asistieron a los determinados centros ya mencionados para la respectiva evaluación, describiendo así también los factores asociados o no a los trastornos del desarrollo.

2. Después de haber realizado las evaluaciones en cada centro ya mencionado, del 100% de niños y niñas el 10,5 % presentaron retraso sin discapacidad, 1% presentaron retraso con discapacidad, y el 88,6% no presentaron retraso; el 53,3% fueron de género masculino y el 46,7% de género femenino.

3. Las edades en las que se encontró los retrasos del desarrollo psicomotor, fueron: de 0 a 12 meses el 50% presentaron retraso con discapacidad y el 50% restante sin retraso; de 12.1 a 24 meses el 6.3% presentaron retraso sin discapacidad y el 93,8% sin retraso. Entre las edades de 24,1 a 36 meses 22,7% presentaron retraso sin discapacidad y el 77,3% sin retraso y sin discapacidad; de 36.1 a 48 meses 4,0% presentaron retraso sin discapacidad y 96% sin retraso y sin discapacidad; entre las edades 48.1 a 60 meses el 10,5% presentaron retraso sin discapacidad, el 1% retraso con discapacidad y el 88,6% sin retraso.

4. De acuerdo a las valoraciones aplicadas a los 105 niños y niñas evaluadas se observó que en relación al peso el 92,4%, en relación a la talla el 88,6% y en relación al perímetro cefálico el 93%, se encuentran bajo los parámetros normales dentro del desarrollo evolutivo de los niños y niñas.



5. En este estudio se encontró, que la mayoría de niños y niñas vienen de familias de tipo Nuclear 61%, siendo sus cuidadoras sus madres 88,6%; además se observó que únicamente el 4.8% migran y el 93,3% no migran.

6. Dentro de los factores de riesgo de la investigación, mencionamos que la Edad (chi cuadrado 57.010  $p=0,000$ ) y Migración(chi cuadrado 70,13  $p=0,000$ ) de los Padres, si tuvieron influencia con el Retraso del Desarrollo Psicomotor con o sin Discapacidad; mientras que la Condición Nutricional (chi cuadrado 10,748  $p=0,096$ ), Perímetro Cefálico(chi cuadrado 3,516  $p=0,475$ ), Tipo de Familia(chi cuadrado 7,034  $p=0,3177$ ) y Cuidador Familiar(chi cuadrado 5,648  $p=0,844$ ) no tuvieron ninguna influencia; así lo indica el análisis demostrado mediante el Chi cuadrado, de acuerdo a los porcentajes obtenidos.

7. Luego de haber realizado el presente estudio, se llegó a la conclusión, que los niños necesitan un mejor nivel de atención temprana en los diferentes centros que ese realizó el estudio, así mismo con una mejor capacitación de las personas que atienden a los niños y niñas.

De acuerdo a las conclusiones podemos mencionar a la Atención Temprana, cuyos beneficios son: que todos los niños y niñas que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa y posible su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”.

Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en Atención Temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno”.



## 11. RECOMENDACIONES

1. Capacitar y Orientar al personal que trabajan en instituciones con niños menores de 5 años, preparándoles en el manejo y trato en los diferentes problemas del desarrollo infantil.
2. Instruir y educar a la familia de los niños y niñas que padecen de los trastornos, acerca de cómo ser tratados y estimulados oportunamente.
3. Concientizar a la población sobre las causas y consecuencias de los trastornos del desarrollo y la importancia del tratamiento oportuno, para así evitar complicaciones mayores.
4. Impulsar a los estudiantes de Estimulación Temprana para que realicen campañas de prácticas de prevención sobre el cuidado y protección infantil, a través de charlas y talleres en las diferentes comunidades.
5. Realizar controles de salud a los niños, para detectar a tiempo los factores de riesgo evitando así posibles Retrasos del Desarrollo Psicomotor.
6. Involucrar a los niños de familias migrantes en programas de protección infantil.
7. Establecer programas de alimentación eficiente y eficaz para las familias de los niños, controlando así la condición nutricional de los niños y del centro.
8. Instruir a las familias y a los cuidadores de los niños y niñas que asisten a los centros infantiles del INFA, sobre el cuidado y protección del niño dentro y fuera de sus hogares, con el respectivo control de la institución.



## 1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo M, Posada A, Ramirez A. Crecimiento y Desarrollo. En: Correa A. Fundamentos de Pediatría Tomo I. Medellín. Corporación para investigaciones Biológicas. 1998: 30 - 55.
2. Cuminsky M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington DCE. Organización Panamericana de la Salud. Colección Paltex. 1986:1 - 97.
3. Culbertson J, Newman E, Willis D. "Desarrollo psicológico en la niñez y la adolescencia". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2003; 4: 721-796
4. Observatorio Social del Ecuador, UNICEF. Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2005. Quito. UNICEF. 2006.
5. UNICEF. (Programa de Computadora). Supervivencia Infantil en el Ecuador: avances y desafíos. 2008. (1 disco compacto). 2008.
6. 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.
7. 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.
8. Huiracocha L. "Frecuencia del retraso del Desarrollo Psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del CEDIUC de la Universidad de Cuenca. 2002". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2004; 26: 53-58.
9. 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.
10. Needlman R. Crecimiento y Desarrollo.. En Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Tratado de Pediatría de Nelson. 15°. Edición. Interamericana. México. 1997: 35-68.



11. Instituto de la Niñez y la Familia INFA, Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. Manual de desarrollo Infantil. INFA. Quito. 2008.
12. Quito B, Quizhpe A. Desnutrición Infantil: Diagnóstico y Tratamiento. Universidad de Cuenca. 2001: 3- 6.
13. Perales C, Heresi E, Pizarro F, Colombo M. Las nociones cognitivas en niños con CI normal y grave desnutrición. Arch Latinoam Nutr. 1996 Dec;46(4):282-6.
14. Agarwal DK, Upadhyay SK, Agarwal K. Influencia de la malnutrición en el desarrollo cognitive. Acta Paediatr Scand. 1989 Jan;78(1):115-22.
15. Chopra J, Sharma A. Protein energu malnutrition and nervus system. J Neurol Sci 1992. 110 ( 1-2): 8-20
16. Wiggins R. Myelin development and nutritional insufficiency. Brain Research Reviews. 1982. 4:151-75.
17. Altnam J. Morphological and behavioral markers of environmentally induced retardation of brain developmente: an model. Environ Health Perspect. 1987. 74: 153-68.
18. 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.
19. 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.
20. Brown J, Pollit E. Malnutrition, poverty and intellectual development. Scientific American Feb. 1996: 26-31.
21. Hesse H, Rivera M, Ochoa M, et al. Efecto de la desnutrición crónica en el tiempo de reacción viso motor de niños escolares. Memoria de la X Semana Científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1998: 25.
22. Reyes M, Valdecanas C, Reyes O, et al. The effects of malnutrition on the motor, perceptual and cognitive functions of Filipino children. Int Disabil Stud.1990 12(4): 131-6.
23. Gahagan S, Holmes R. Método para evaluar la desnutrición y el desmedro.



- Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1998. 1: 161-167.
24. Upadhyay S, Agarwal D, Agarwal K. Influence of malnutrition on intellectual development. *Indian J Med Res.* 1989 Dec; 90:430-41.
25. 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.
26. Fejerman N, Fernández E. *Neurología Pediátrica.* 2ª. Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1998: 4-10.
27. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.* Madrid. Editorial Grafo. 2001.
28. FASINARM.CONADIS: *Guía de Apoyo Pedagógico para la Inclusión de niños con Discapacidad Intelectual en Escuelas Regulares.* Guayaquil. 2003.
29. FEAPS. *Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad.* FEAPS. Madrid. 1999.
30. Cuminsky M. *Manual de Crecimiento y Desarrollo.* Tercera Edición. Ed. Organización Panamericana de la Salud. México. 2001:3,6-18.
31. Posada A. Gómez J. Ramírez H. *El niño sano.* Editorial panamericana. Tercera edición. Febrero. 2005. p. 357, 356.
32. 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.
33. Quintero Ángela. *Diccionario Especializado en Familia y Género.* 1ª edición. Buenos Aires, lumen, 2007. p.65.
34. 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





35. 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.
36. 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.
37. SCRIBD. Evaluación del Desarrollo psicomotor. Brunet Lezine. Disponible en <http://scribd.com/doc/4446861/evaluacion> .
38. Gobierno de España. Ministerio de Educación, Política y Deporte. Manual para el uso de la Escala Específica de dependencia para personas menores de 3 años de edad EVE.(SID, Servicio de información para Discapacidad). Disponible en <http://sid.usual.es/mostrarficha.asp?ID=19027&fichero=8.4.1>. Acceso el 17 de Febrero de 2009.
39. 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 2009.
40. Página web del INFA: [www.infa.gov.ec](http://www.infa.gov.ec)
41. Flores Fonseca, Manuel Antonio, Hogares y Familias en Honduras "Tipo, Composición, Completad, Ciclo Vital y Otras Características" Tesis de Maestría en Población y Desarrollo, UNAH-IIES, 2003.
42. "Ecuador: Las cifras de la migración nacional." UNFPA and FLACSO, Quito, Ecuador, December, 2006.
43. GAROFALO GOMEZ, Nicolás et al. Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiátrica de niños y adolescentes. Rev Cubana Pediatr, Ciudad de la Habana, v. 81, n. 2, jun. 2009. Disponible en <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312009000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000200008&lng=es&nrm=iso)>.

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



44. CHÁVEZ ANDREA, Banco Mundial. Insuficiencia Nutricional en Ecuador, Quito: Banco Mundial; 2007. Página web Nutrinet.org.

45. RUIZ EXTREMERA A., ROBLES C.:” Niños de riesgo. Programas de Atención Temprana.” Ed. Norma-Capitel. Madrid. 2004



## ANEXO 1

### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON O SIN DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE CERO A CINCO AÑOS DE VIDA QUE ASISTEN A LAS INSTITUCIONES INFANTILES DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA. UNIVERSIDAD DE CUENCA. CUENCA. 2008.

#### 1. DATOS DE FILIACIÓN

Fecha: / /  (día, mes, año)

Cuestionario N°

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

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

1.1 Sexo: 1. M

2. F

#### Información para localización

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### 2. INFORMACIÓN GENERAL

Semanas de gestación

2.1 Edad  meses  días

2.2 Peso     Kg

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.3 Perímetro cefálico  cm

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.4 Talla  cm

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

#### En el recién nacido pretérmino

2.5 Edad corregida  meses  días

2.6 Peso corregido

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.7 Perímetro cefálico corregido

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

2.8 Talla corregida

1.  < Percentil 5

2.  Percentil 5-95

3.  > Percentil 95

#### 3. FACTORES DE RIESGO

3.1 Estado Nutricional

1.  Normal

2.  Desnutrición global

3.  Desnutrición crónica

3.2 Perímetro Cefálico

1.  Normal

2.  Microcefalia

3.  Macrocefalia

3.4 Migración de los padres

1.  Padre

2.  Madre

3.  Padre y madre

3.5 Cuidador familiar

1.  Padre

2.  Madre

3.  Abuelos

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



### 3.3 Tipo de familia

1.  Monoparental  
2.  Nucle  
3.  Extendida

4.  Tíos  
5.  Hermanos  
6.  Otros

## 4. EVALUACIÓN DE APTITUDES DEL DESARROLLO (EAD)

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

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

### 4.2 Observaciones \_\_\_\_\_

## 5. DESARROLLO PSICOMOTOR

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

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

### 5.2 Observaciones \_\_\_\_\_

## 6. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

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

Puntaje

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

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

Puntaje

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

## 7. OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Evaluador

Fecha: // (día, mes, año)

\_\_\_\_\_  
Revisor de la información

Fecha: // (día, mes, año)

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## ANEXO 2

### TEST DE BRUNET LEZINE (<2 años)

#### Nombre y apellidos

N orden	Ítem	1 Mes	41	P1	5 Meses
1	P1	Sentado, levanta la cabeza de vez en cuando vacilando.	41	P1	Se mantiene sentado con ligero apoyo.
2	P2	Boca abajo, levanta la cabeza vacilando.	42	P2	Hace movimientos para quitarse el pañuelo que se le ha colocado sobre la cara.
3	P3	Boca abajo, mantiene las piernas flexionadas y hace movimientos de reptación.	43	C3	Coge un cubo al contacto.
4	C4	Reacciona al ruido de una campanilla.	44	C4	Mantiene un cubo en la mano y mira al segundo.
5	C5	Sigue momentáneamente al movimiento de los aros hasta los 90°	45	C5	Tiende la mano hacia el objeto que se le ofrece.
6	S6	Fija la mirada en el rostro del examinador.	46	S6	Sonríe ante el espejo.
7	P7	<b>PREGUNTAS</b>	47	P7	<b>PREGUNTAS</b>
8	L8	Aprieta el dedo colocado en su mano.	48	L8	Coge el sonajero que está al alcance de su mano.
9	S9	Emite pequeños sonidos guturales.	49	S9	Da gritos de alegría.
10	S10	Deja de llorar al aproximarnos a él o al hablarle. Reacciona con movimientos de succión antes de darle el pecho o el biberón.	50	S10	Se destapa mediante movimientos de pateo, se coge las piernas o la rodilla. Ríe y vocaliza al manipular sus juguetes.
11	P1	<b>2 Meses</b> Sentado, mantiene la cabeza derecha durante un momento.	51	P1	<b>6 Meses</b> 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	<b>PREGUNTAS</b>
18	L8	Si se le deja de lado, la madre lo encuentra boca arriba.	58	L8	Permanece sentado bastante tiempo con apoyo.
19	S9	Emite varias vocalizaciones.	59	S9	Hace gorgoritos.
20	S10	Se inmoviliza o vuelve la cabeza cuando se le habla. Sonríe a los rostros conocidos.	60	S10	Se golpea los pies con las manos. Distingue las caras conocidas de las desconocidas.
21	P1	<b>3 Meses</b> Sentado mantiene la cabeza derecha.	61	P1	<b>7 Meses</b> 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	<b>PREGUNTAS</b>
28	L8	Coge y atrae hacia sí su sábana.	68	L8	Se pasa los juguetes de una mano a otra.
29	S9	Balbucea con vocalización prolongada.	69	S9	Vocaliza varias sílabas, bien definidas.
30	S10	Se pone contento cuando ve el biberón o le van a dar el pecho. Juega con sus manos, se las mira.	70	S10	Se lleva los pies a la boca. Puede comer una papilla espesa con una cuchara.
31	P1	<b>4 Meses</b> Boca abajo mantiene las piernas extendidas.	71	P1	<b>8 Meses</b> Se incorpora hasta quedar sentado con una ligera tracción sobre los antebrazos.
32	P2	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	Boca arriba sostiene la cabeza cuando se le sienta, mediante tracción sobre los antebrazos.	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	<b>PREGUNTAS</b>
38	L8	Se cubre la cara con una sabanita.	78	L8	Estando boca arriba, se vuelve boca abajo.
39	S9	Vocaliza cuando se le habla.	79	S9	Juega al "escondite".
40	S10	Ríe a carcajadas. Vuelve la cabeza inmediatamente hacia la persona que lo llama.	80	S10	Juega a tirar sus juguetes al suelo. Juega a golpear dos objetos uno con otro.

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



<u>9 MESES</u>			<u>18 Meses</u>		
81	P1	Se sostiene de pie con apoyo.	121	P1	Empuja la pelota con el pie.
82	P2	Sentado sin apoyo, se quita el pañuelo que le cubre la cabeza.	122	C2	Construye una torre con tres cubos.
83	C3	Levanta la taza colocada boca abajo y coge el cubo escondido debajo.	123	C3	Pasa las páginas de un libro.
84	C4	Coge la pastilla utilizando el pulgar y el índice.	124	C4	Saca la pastilla del frasco.
85	C5	Acerca el aro hacia sí tirando el cordón.	125	C5	Coloca la pieza circular después de girarle el tablero.
86	C6	Hace sonar la campanilla	126	L6	Nombra uno, o señala dos dibujos.
<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.
<u>10 Meses</u>			<u>21 Meses</u>		
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.
<u>12 Meses</u>			<u>24 Meses</u>		
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.
<u>15 Meses</u>			<u>30 Meses</u>		
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

### TEST DE 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>
	Nivel de base a partir del cual se puede aplicar la escala de 2 a 6 años, si el niño ha alcanzado el nivel de 2 años si no lo ha alcanzado se aplicará la escala del Baby – test. Hojas E.III		
C2	Construye una torre con seis cubos.		
C4	Imita un trazo sin dirección determinada.		
C5	Coloca las tres piezas de madera en el tablero.		
L6	Nombra 5 o señala 7 dibujos.		
	<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 (con 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 si mismo	7	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
7. Se mantiene sentado sin apoyo	9	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
8. Sentado sin apoyo , se quita un pañuelo de la cara	10	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
9. Pasa de tumbado a sentado	11	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
10. Se pone de pie con apoyo	12	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
11. Da pasos con apoyo	13	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
12. Se mantiene de pie sin apoyo	15	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
13. Anda solo	18	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
14. Sube las escaleras sin ayuda	20	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
15. Empuja una pelota con los pies	24	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
16. Baja escaleras sin ayuda	27	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
17. Traslada recipientes con contenido	30	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
18. Anda sorteando obstáculos	32	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No

##### A.2 ACTIVIDAD ADPTATIVA

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## 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

Grado

Puntaje       1.  Si      2.  No

1.
2.
3.

Evaluador \_\_\_\_\_

Fecha: // (día, mes, año)

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## 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

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

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

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

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



**DEPENDENCIA**

1.  Si    2.  No

Grado

1.   
2.   
3.

Evaluador \_\_\_\_\_

Fecha: / /  (día, mes, año)

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



## ANEXO 6

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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio

**“Prevalencia de los trastornos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños y niña de cero a cinco años de vida que asisten a instituciones infantiles del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2008”.**

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

\_\_\_\_\_ en el estudio “Prevalencia de los trastornos del desarrollo con o sin discapacidad y los factores asociados en niños/as menores de cinco años de vida que asisten a los centros de cuidado diario del área urbana del Cantón Cuenca. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2008-2009”.

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

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

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

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

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

# UNIVERSIDAD DE CUENCA



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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

CI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

CI \_\_\_\_\_

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández





## 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, al aplicarlos, podrá variar si es necesario. La escala consta de dos partes:

- Una experimental por medio de la cual el examinador aplica las pruebas al niño, y
- 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 prolongará 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.) .

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



3. Al final del examen se harán las preguntas destinadas a la madre y que 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 consideradas 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 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 terminará 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 como realizarlo.

## Normas para la calificación:

Para simplificar se expresa en puntos el valor en días a cada ítem. Un punto vale 3 días. Hasta los dos años, cada mes equivale a 10 puntos, por lo tanto se debe obtener 240 puntos 24 meses. Como los niveles se distancian más y más a medida que la edad aumenta, los 10 ítems de nivel, valen sucesivamente 10, 20 y 30 puntos lo que equivale a 1, 2 y 3 meses de intervalo entre niveles sucesivos (1 punto = 3 días), dividiendo por 10 la suma total de puntos así obtenida obtendremos la edad de desarrollo.

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

Tenemos pues:

- 1 punto (ó 3 días) por ítem de 1 a 10 meses.
- 2 puntos (ó 6 días) por ítem de 12 meses.
- 3 puntos (ó 9 días) por ítem de 15 a 24 meses
- 6 puntos por ítem de 30 meses.

Si observamos la misma progresión, debemos asignar 6 puntos ó 18 días a cada ítem de los 30 meses; pero se puede observar así que el valor de un ítem, aumenta considerablemente por el simple hecho de que el intervalo entre dos niveles, pasa bruscamente de 3 a 6 meses. Es frecuente en estas condiciones, obtener una dispersión de los resultados tan importantes que los

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



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 la 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 observar 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 tests de 30 meses.

### PRUEBAS

#### 24 MESES

- P1 Da una patada a la pelota cuando se le ordena
- C2 Construye una torre con seis cubos
- C3 Intenta doblar el papel en dos
- C4 Imita un trazo
- C5 Coloca las tres piezas de madera en el tablero
- L6 Nombra dos o señala 4 imágenes

#### 30 MESES

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

#### 3 AÑOS

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

#### 4 AÑOS

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

#### 5 AÑOS

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

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



**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. Así 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 puntuará como una prueba de 3 años, en la que un punto equivale a 1 mes y 15 días, y no se le considera un valor más alto hasta que no aparezca como suplementaria del nivel de 3 años, en el cual un punto equivale a 3 meses.

## ITEMS (forma nueva)

### 30 MESES

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

### 3 AÑOS

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

### 4 AÑOS

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

### 5 AÑOS

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

### 6 AÑOS

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



## ANOTACION Y PERFIL

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad Real:

MESES	P		C		L		S	
	Pts	items	Pts	items	Pts	items	Pts	items
30'	71		116 110 104		51 45		62	
	65		98				56	
24'	59		92 89 86 83		39 36		50	
	56				33			
21'	53		80 77 74		30 27 24		47	
	50						44	
18'	47		71 68 65 62		21 18		41	
	44						38	
15'	41		59 56 53 50 47		15		35	
	38						32	
12'	35		44 42 40 38 36		12		29	
	33						27	
10'	31		34 33 32 31 30		10		25	
	30						24	
9'	29		29 28 27 26		9		23	
	28 27						22	
8'	26		25 24 23 22		8		21	
	25 24						20	
7'	23		21 20 19		7		19	
	22 21						18 17	
6'	20		18 17 16 15		6		16	
	19 18						15	
5'	17		14 13 12		5		14	
	16 15						13 12	
4'	14		11 10 9 8		4		11	
	13 12						10	
3'	11		7 6 5		3		9	
	10 9						8 7	
2'	8		4 3		2		6	
	7 6 5						5 4	
1	4		2 1		1		3	
	3 2 1						2 1	
<b>NUMERO DE PUNTOS</b>			<b>ED</b>			<b>CD</b>		
<b>P</b>								
<b>C</b>								

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández



L			
GENIALIDAD POTENCIAL		180 ó más	
MUY SOBRESALIENTE – MUY SUPERIOR		140 - 179	
SOBRESALIENTE – SUPERIOR		120 - 139	
MUY BUENA – NORMAL SUPERIOR – MEDIANO SUPERIOR		110 - 119	
BUENO – NORMAL – MEDIANO		90 - 109	
NORMAL INFERIOR		85 - 89	
FRONTERIZO		70 – 84 (lento)	
LEVE		55 – 69 (susept)	
MODERADO		40 - 54	
GRAVE		25 - 39	
PROFUNDO		24 - 0	
S			
TOTAL			



## 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 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 cuál sea la ayuda que habitualmente recibe. Por ejemplo el hito 12 de actividad adaptativa valora que "bebe solo". El valorador observará si puede hacerlo por sí mismo, aunque habitualmente el/la cuidador/a le dé a beber, sosteniéndole el vaso.

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

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





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

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

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

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

## VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE DESARROLLO

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

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

### ACTIVIDAD MOTRIZ

Se valoran funciones y actividades de movilidad.

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

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



## 1. Ajusta el tono muscular

TABLA DE ACTIVIDADES MOTRIZ					
HITOS		MESES	PUNTUACION		
			1	2	3
1.	Ajusta el tono muscular	0-1		X	
		2			X
2.	Mantiene una postura simétrica	0-1		X	
		2			X
3.	Tiene actividad espontanea	0-1	X		
		2-3		X	
		4			X
4.	Sujeta la cabeza	4	X		
		5		X	
		6			X
5.	Se siente con apoyo gira sobre si mismo	5	X		
		6		X	
		7			X
6.	Gira sobre si mismo	7-8	X		
		9-10		X	
		11			X
7.	Se mantiene sentado sin apoyo	9-10	X		
		11-12		X	
		13			X
8.	Sentado sin apoyo se quita un pañuelo de la cara	10-11	X		
		12-13		X	
		14			X
9.	Pasa de tumbado a sentado	11-12	X		
		13-14		X	
		15			X
10.	Se pone de pie con apoyo	12	X		
		13-14		X	
		15			X
11.	Da pasos con apoyo	13-14	X		
		15-16		X	
		17			X
12.	Se mantiene de pie sin apoyo	15-16	X		
		17-18		X	
		19			X
13.	Anda solo	18-19	X		
		20-21		X	
		22			X
14.	Sube escaleras sin ayuda	20-21	X		
		20-23		X	
		24			X
15.	Empuja una pelota con los pies	24-25	X		
		26-27		X	
		28			X
16.	Baja escaleras sin ayuda	27-28	X		
		29-30		X	
		31			X
17.	Traslada recipientes con contenido	30-31	X		
		32-33		X	
		34-35			X
18.	Anda sorteando obstáculos	32-33	X		
		34-35		X	
19.	Se sostiene sobre un pie sin apoyo	33-34-35	X		



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

## TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO. GRADO EN DESARROLLO

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

**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 nasogástrica exclusiva	2
Parenteral exclusiva	3
Alimentación exclusiva por estoma	2
Sonda nasogástrica 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
<b>FUNCION ANTIALGICA</b>	
Bomba de perfusión analgésica continua	2
Catéter epidural permanente	2
<b>FUNCION INMUNOLOGICA</b>	
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 y se aplica desde los seis hasta los 36 meses.

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

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

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

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

## DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: movilidad

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

### TABLA DE MOVILIDAD

Medidas	Puntuación
Fijación vertebral externa	1
Fijación pelvipédica	2
Fijación de la cintura pélvica	1
Tracción esquelética continua	2
Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	1



Casco protector	1
Vendaje corporal	1
Protección lumínica permanente	1

Cuando una persona precisa 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:

**TABLA DE NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 0-6 MESES**

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

b) Personas desde 6 hasta 36 meses.

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

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

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

**TABLA DE DEPENDENCIA, GRADO DE DEPENDENCIA**

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

Autoras:

Jessie Alexandra Jiménez Ávila, Diana Raquel Neira Fernández





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 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 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
<p><b>TAREAS DOMÉSTICAS:</b> Agrupa las actividades siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar comidas: idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo.</li> <li>- 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.</li> <li>- Limpiar y cuidar de la vivienda: incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la frezona/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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><b>TOMAR DECISIONES.</b> Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Agrupa la toma de decisiones relativas a las actividades de auto-cuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público.</p>

## TABLA DE APLICABILIDAD DE TAREAS Y ACTIVIDADES DEL BVD

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

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

APLICABLES EN TODAS LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA	3 a 6 años
<b>COMER Y BEBER</b>	
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA
Abrir botellas y latas	NA
Cortar o partir la carne en trozos	NA
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	Sí
Sujetar el recipiente de bebida	Sí
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	Sí
Sorber las bebidas	Sí
<b>REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN</b>	
Acudir a un lugar adecuado	Sí
Manipular la ropa	Sí
Adoptar y abandonar la postura adecuada	Sí
Limpiarse	NA
Continencia micción	Sí
Continencia defecación	Sí
<b>LAVARSE</b>	
Lavarse las manos	Sí
Lavarse la cara	Sí
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA
<b>OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>	
Peinarse Cortarse las uñas	NA



Lavarse el pelo	NA
Lavarse los dientes	NA
Aplicables en todas las situaciones de dependencia	3 a 6 años
<b>VESTIRSE</b>	
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>	
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
<b>TRANSFERENCIAS CORPORALES</b>	
Sentarse	Sí
Tumbarse	Sí
Ponerse de pie	Sí
Transferir mientras sentado	Sí
Transferir mientras acostado	Sí
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>	
Desplazamientos vinculados al auto-cuidado	Sí
Desplazamientos no vinculados al auto-cuidado	Sí
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	Sí
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	Sí
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	
Acceso al exterior	NA
Desplazamiento alrededor del edificio	NA
Desplazamiento cercano	NA
Desplazamiento	NA
Utilización de medios transporte	NA
<b>REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS</b>	
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	SP	FP	FM	ES
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 MICCIÓN/ 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 CORPORALES	Peinarse		F	C	I		
	Cortarse las uñas		F	C	I		
	Lavarse el pelo		F	C	I		
	Lavarse los dientes		F	C	I		
VESTIRSE	Calzarse		F	C	I		
	Abrocharse botones		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	I		
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas		F	C	I		
	Evitar riesgos dentro del domicilio		F	C	I		
	Evitar riesgos fuera del domicilio		F	C	I		
	Pedir ayuda ante una urgencia		F	C	I		
TRANSFERENCIAS CORPORALES	Sentarse		F	C	I		
	Tumbarse		F	C	I		
	Ponerse de pie		F	C	I		
	Transferir mientras entado		F	C	I		
	Transferir mientras acostado		F	C	I		
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones		F	C	I		
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual		F	C	I		
DESPLAZARSE	Acceder al exterior del edificio		F	C	I		
	Desplazarse alrededor del		F	C	I		



FUERA DEL HOGAR	edificio						
	Realizar desplazamientos cercanos		F	C	I		
	Realizar desplazamientos lejanos		F	C	I		
	Utilizar medios de transporte		F	C	I		
TAREAS DOMESTICAS	Preparar comidas		F	C	I		
	Hacer la compra		F	C	I		
	Limpiar y cuidar la vivienda		F	C	I		
	Lavar y cuidar la ropa		F	C	I		
TOMAR DECISIONES	Actividades de autocuidado		F	C	I		
	Actividades de movilidad		F	C	I		
	Tareas domesticas		F	C	I		
	Relaciones interpersonales		F	C	I		
	Gestión del dinero		F	C	I		
	Uso de servicios a disposición del público		F	C	I		
<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:

	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS
<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 empleará, 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 sumará 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
<b>OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>	<b>NA</b>
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
<b>VESTIRSE</b>	<b>NA</b>
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro Del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD NA</b>	<b>NA</b>
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
<b>TRANSFERENCIAS CORPORALES</b>	<b>12,0</b>
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
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>	<b>20,2</b>
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA
Realizar desplazamientos cercanos	NA
Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	<b>NA</b>
Preparar comidas	NA
Hacer la compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
<b>TAREAS DOMÉSTICAS</b>	<b>NA</b>
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
<b>TOMAR DECISIONES</b>	<b>NA</b>



**TABLA ESPECÍFICA DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDADES / TAREAS</b>	<b>3-6 AÑOS</b>
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
<b>OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>	<b>NA</b>
Calzarse	NA
Abrocharse botones	NA
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA
<b>VESTIRSE</b>	<b>NA</b>
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA
Pedir ayuda ante una urgencia	NA
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>	<b>NA</b>
Sentarse	0,15
Tumbarse	0,10
Ponerse de pie	0,20
Transferir mientras sentado	0,25
Transferir mientras acostado	0,30
<b>TRANSFERENCIAS CORPORALES</b>	<b>3,70</b>
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
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>	<b>22,2</b>
Acceder al exterior del edificio	NA
Desplazarse alrededor del edificio	NA
Realizar desplazamientos cercanos	NA
Realizar desplazamientos lejanos	NA
Utilizar medios de transporte	NA
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>	<b>NA</b>
Preparar comidas	NA
Hacer la compra	NA
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA
Lavar y cuidar la ropa	NA
<b>TAREAS DOMÉSTICAS</b>	<b>NA</b>
Actividades de autocuidado	0,42
Actividades de movilidad	0,29
Tareas domésticas	NA
Relaciones interpersonales	0,29
Gestión del dinero	NA



Uso de servicios a disposición del público	NA
TOMAR DECISIONES	28,3

## TABLA DE COEFICIENTES DE GRADOS DE APOYO

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