



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**  
**SEDE GUAYAQUIL**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**DETECCIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN USUARIOS/AS DE UN  
CENTRO DE SALUD PÚBLICO EN DURÁN DEL PERIODO 2023**

Trabajo de titulación previo a la obtención del  
Título de **Licenciado/a en Psicología**

AUTORES:

**LUIS DAVID ARIAS CEVALLOS**

**ROSA SHARON ROVIRA OJEDA**

TUTORA:

**PSIC. CL. CINTHYA BEATRIZ SESME CAJO, MGTR.**

**Guayaquil-Ecuador**

**2024**


**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN**

Nosotros/as, **Luis David Arias Cevallos** con documento de identificación N°  
**0929629681** y **Rosa Sharon Rovira Ojeda** con documento de identificación N°  
**0953811668**; manifestamos que:

Somos los autores y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de  
lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de  
manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

**Guayaquil, 01 de marzo del año 2024**

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
**Luis David Arias Cevallos**  
**0929629681**

  
\_\_\_\_\_  
**Rosa Sharon Rovira Ojeda**  
**0953811668**

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotros/as, **Luis David Arias Cevallos** con documento de identificación No. **0929629681** y **Rosa Sharon Rovira Ojeda** con documento de identificación No. **0953811668**, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la **Universidad Politécnica Salesiana** la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autores de la **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención: "Detección de discapacidad intelectual en usuarios/as de un Centro De Salud público en Durán del periodo 2023"**, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciado/a en Psicología**, en la **Universidad Politécnica Salesiana**, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la **Universidad Politécnica Salesiana**.

**Guayaquil, 01 de marzo del año 2024**

Atentamente,



**Luis David Arias Cevallos**  
0929629681



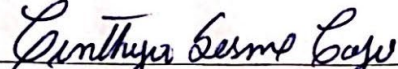
**Rosa Sharon Rovira Ojeda**  
0953811668

## CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, **Cintha Beatriz Sesme Cajo** con documento de identificación N° **0924194889** docente de la **Universidad Politécnica Salesiana**, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: **DETECCIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN USUARIOS/AS DE UN CENTRO DE SALUD PÚBLICO EN DURÁN DEL PERIODO 2023**, realizado por **Rosa Sharon Rovira Ojeda** con documento de identificación N° **0953811668** y por **Luis David Arias Cevallos** con documento de identificación N° **0929629681**, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción **Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención** que cumple con todos los requisitos determinados por la **Universidad Politécnica Salesiana**.

Guayaquil, 01 de marzo del año 2024

Atentamente,

  
Psic. Cintha Sesme Cajo, MGTR.



## DEDICATORIA.

Para mi familia:

Por mostrarme su apoyo incondicional en todas las circunstancias y caminos de la vida, en especial mi madre María Isabel Cevallos, quien fue testigo de cada uno de los obstáculos que se atravesaron durante este arduo camino y nunca dejó de alentarme; y a mi Padre Luis Arias Pozo, que con su historia de vida y sacrificio diario ha sabido ser un pilar fundamental en la lucha diaria que es la vida.

“El éxito es fácil de obtener. Lo difícil es merecerlo”.

– Albert Camus.

*Luis David Arias Cevallos.*

Este trabajo va en primer lugar dedicado a DIOS porque sin el nada de esto sería posible. A mis padres en especial a mi madre porque siempre ha luchado como una guerrera para que nunca nos falte nada, apoyando y dándome las fuerzas para nunca rendirme, siempre ha estado presente en cada uno mis logros. A mi hijo Elías que me ha acompañado en este proceso desde que estaba en mi vientre. Porque he podido demostrar que tener un hijo nunca es un impedimento para rendirte, más bien es una lucha constante para salir adelante. Y a mi esposo Israel que siempre me ha apoyado porque sin él no estaría terminando esta carrera.

“Ponte objetivos arduos y no pares hasta llegar ahí”.

-Bo Jackson.

Rosa Sharon Rovira Ojeda

### **AGRADECIMIENTO:**

Agradezco enormemente a cada una de las personas que de alguna u otra forma dejaron una enseñanza en mí, a los docentes de la Universidad Politécnica Salesiana, que con su entrega dieron lo mejor de sí para conformar excelentes profesionales de salud mental, a mis amigos y amigas, tanto los que están como los que ya no, por haber sido parte de mi vida, a mi amiga y dupla Sharon Rovira, por su notable esfuerzo y empeño, a mi familia por ser fuente constante de motivación y superación, a nuestra tutora, la Mgtr Cinthya Sesme Cajo por su eterna paciencia y dedicación, finalmente, a mí mismo por haber sabido demostrar aguante y pujanza sin nunca decaer pese a las dificultades tanto externas como internas.

*Luis David Arias Cevallos.*

Agradezco a cada una de las personas que me han acompañado en este proceso, a mi familia a mis amigos de la universidad la cual pude tener el agrado de compartir estos cuatro años junto a ellos. A los profesores salesianos los cuales nos enseñaron he impartieron sus conocimientos con nosotros, para formarnos buenos profesionales. agradezco a mi tutora Cinthya Sesme que ha sido un factor muy importante en todo este proceso. Porque ha tenido paciencia y dedicación y profesionalismo para con nosotros. A mi amigo de sistematización Luis Arias lo admiro mucho porque es una persona muy inteligente el cual siempre ha estado apoyándome en cada proceso de este trabajo.

*Rosa Sharon Rovira.*

**RESUMEN.**

En la presente sistematización de experiencias se reseña la vivencia de la práctica en un centro de salud público de Durán, en el que, dentro de las actividades realizadas, se destaca la detección de discapacidad intelectual a usuarios/as de entre 3 a 22 años, del mismo, proceso que se llevó a cabo mediante el uso de instrumentos psicométricos especializados para la medición del Cociente intelectual de los evaluados, tales como el test de Raven, test de Denver, test de Bender y el test de Mayo, concluyendo con una etapa de devolución. Por el cual se identificó la presencia de diagnósticos Inferior al término medio (rango IV+); inferior al término medio (rango IV); término medio (rango III-). Deficiente (rango V) con un valor del percentil de 3, correspondiente a un C.I. de 70; inferior al término medio, con un valor del percentil de 6, correspondiente a un C.I. de 75 (rango IV); inferior al término medio, con un valor del percentil de 25, correspondiente a un C.I. de 88 (rango IV), retrasos en el área visomotora, del lenguaje y social. Sin embargo, se presenciaron variadas anomalías en cuanto a la disposición de recursos que representaron una limitante de la práctica.

**PALABRAS CLAVE.**

Discapacidad intelectual, evaluación, detección, inteligencia, desarrollo, centro de salud público, Durán.

**ABSTRACT.**

In this systematization of experiences, the experience of practice in a public health center in Durán is outlined, in which, among the activities carried out, the detection of intellectual disability in users between 3 and 22 years of age stands out. of the same, a process that was carried out through the use of specialized psychometric instruments for measuring the IQ of those evaluated, such as the Raven test, Denver test, Bender test and the Mayo test, concluding with a stage of return. For which the presence of diagnoses lower than the average term (IV+ range) was identified; lower than average (rank IV); medium term (range III-). Deficient (range V) with a percentile value of 3, corresponding to an IQ of 70; lower than the average, with a percentile value of 6, corresponding to an IQ of 75 (range IV); lower than the average, with a percentile value of 25, corresponding to an IQ of 88 (range IV), delays in the visual-motor, language and social areas. However, various anomalies were witnessed regarding the provision of resources that represented a limitation of the practice.

**KEYWORDS.**

Intellectual disability, evaluation, detection, intelligence, development, public health center, Durán.

## ÍNDICE DE CONTENIDO.

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO: .....	6
RESUMEN.....	7
PALABRAS CLAVE.....	7
ABSTRACT.....	8
KEYWORDS.....	8
I. DATOS INFORMATIVOS DEL PROYECTO.....	11
• Nombre de la práctica de intervención o investigación.....	11
• Nombre de la institución o grupo de investigación.....	11
• Tema que aborda la experiencia.....	11
• Localización.....	12
II. OBJETIVO.....	13
III. EJE DE LA INTERVENCIÓN O INVESTIGACIÓN.....	13
• Discapacidad.....	13
• Tipos o clasificación de discapacidad.....	14
• Persona con discapacidad.....	15
• Discapacidad intelectual.....	15
• Clasificación de la discapacidad intelectual.....	16
• Detección de discapacidad intelectual.....	17
• Test.....	18
• Test psicométricos.....	18
• Test de inteligencia.....	18
IV. OBJETO DE LA INTERVENCIÓN O DE LA PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN.....	19
V. METODOLOGÍA.....	19
• Formato de registro semanal.....	19
• Ficha técnica de recuperación de aprendizaje.....	20
VI. PREGUNTAS CLAVES.....	20
• Preguntas de inicio.....	20
• Preguntas interpretativas.....	21
• Preguntas de cierre.....	21
VII. ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	21
• Fase de detección.....	22
• Primera entrevista.....	22
• Administración de pruebas.....	25

• Test de Raven.....	25
• Test de Denver. ....	28
• Test de Bender. ....	30
• Test de Mayo.....	31
• Etapa de exploración de antecedentes. ....	32
• Devolución.....	35
VIII. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. ....	36
• Resultados de los instrumentos aplicados. ....	36
Tabla 1: Tabla de resultados y análisis de los test. ....	36
Tabla 2: Formato de registro semanal. ....	39
Tabla 3: Ficha de recuperación de aprendizajes. ....	43
IX. JUSTIFICACIÓN. ....	46
X. CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS.....	46
XI. INTERPRETACIÓN. ....	47
XIII. CONCLUSIONES .....	55
XIV. RECOMENDACIONES.....	55
ANEXOS.....	60

## **I. DATOS INFORMATIVOS DEL PROYECTO.**

- **Nombre de la práctica de intervención o investigación.**

Detección de discapacidad intelectual en usuarios/as de un centro de salud público en Durán del periodo 2023.

- **Nombre de la institución o grupo de investigación.**

Para el desarrollo del presente trabajo contamos con la aprobación de una institución de salud pública tipo A ubicado en Durán, el mismo que nos ha permitido poder desarrollar y recolectar información pertinente con respecto a la detección de discapacidad intelectual. Este centro de salud, nace debido la presencia de muchas enfermedades en la comunidad, por lo cual no tenían a dónde acudir, por ello, los moradores realizaron una petición a la directora provincial de salud la creación de este establecimiento.

La institución receptora llega a tener un promedio de 80 atenciones diarias, a familias de la misma zona del centro de salud y lugares aledaños que se encuentren dentro del territorio de atención de este. Su atención está dirigida a mujeres, hombres y niños de cualquier edad, sin importar su nivel de ingresos o estado civil, ofreciendo servicios de medicina general, también de psicología, odontología, medicina familiar, vacunación y obstetricia, contando también con un área de farmacia, en donde se abastece a los usuarios de los medicamentos que requieran.

- **Tema que aborda la experiencia.**

El tema que aborda la presente sistematización de experiencias se caracteriza por demarcar los obstáculos que se encuentran presentes en la vida de aquellos que poseen una discapacidad intelectual, pues dicho fenómeno representa un estigma que contraría la calidad de vida de los mismos, de igual forma, afectando



significativamente sus autonomías. De manera que, es primordial brindar atención a esta realidad, tomando en cuenta los factores que influyen en el deterioro de la calidad de vida.

La identificación de un aumento de discapacidad intelectual en el área de salud de este cantón revela una falta de atención a este problema, lo cual tiene implicaciones negativas para la comunidad al reflejar una atención inadecuada a dicho fenómeno. Es por ello, que, gracias a este contexto, podemos entrever la importancia de dar luz a las personas que padecen una discapacidad intelectual, para entender sus necesidades individuales.

- **Localización.**

La institución receptora se encuentra ubicada estratégicamente en el corazón de la CDLA. Ana María de Olmedo. Atiende en un horario de 8 Con coordenadas: 2°09'21.3"S 79°49'48.8"W. Dicha institución limita al norte con la cdla. Héctor Cobos, al sur con la cdla. El paraíso, al este con la coop. 16 de Octubre y al oeste con la cdla. Bella vista.



## **II. OBJETIVO.**

La presente sistematización de experiencia tiene como objetivo caracterizar los logros y desafíos en el proceso de detección de discapacidad intelectual en usuarios/as de un centro de salud, para futuras intervenciones por parte de nuevos practicantes.

## **III. EJE DE LA INTERVENCIÓN O INVESTIGACIÓN.**

El eje de la sistematización de experiencia es ¿Cómo mejorar la participación de los practicantes en la detección de la discapacidad intelectual en centros de salud pública?, es importante señalar que el presente trabajo permitirá potencialización y mejora de los procesos de detección de discapacidad intelectual en ambientes públicos.

El abordaje de las categorías descritas en el eje de la sistematización se desarrolló desde un enfoque cognitivo-conductual es un tipo de terapia que se centra en cómo las personas piensan, se sienten y reaccionan en función de su entorno y experiencias. Este enfoque se basa en la idea de que los problemas emocionales y de conducta no son causados directamente por las situaciones objetivas, sino por la forma en que las personas interpretan y reaccionan ante ellas. En la terapia cognitivo-conductual, se trabajan sobre las creencias irracionales y se enseñan a los pacientes recursos y estrategias para enfrentarse y superar sus miedos y emociones negativas, con el objetivo de desarrollar comportamientos más constructivos y pensamientos enfrentándose y superando sus miedos y emociones negativas (Viteri, 2021).

- **Discapacidad.**

A la discapacidad se la considera como “un fenómeno dinámico, fruto de la interacción entre los sistemas fisiológicos y en las estructuras anatómicas, y en estados de salud y los factores contextuales” (Ayuso-Mateos, 2006, pág. 2 ). Condición que restringe al sujeto de manera física o mental, en cuanto a su movilidad y/o desempeño cognitivo, lo que

repercute en diversas áreas de la persona que la experimenta, limitando su participación a nivel social, familiar e incluso, personal, lo que trae consigo una serie de estigmas, mias que provocan marginación y exclusión. En primer lugar, porque al individuo se le dificulta conservar su autonomía, requiriendo por ello del sostén de su familia, amigos, instrumentos de apoyo, de la comunidad etc. (Fergusson, 2006).

Es por ello, que uno de los factores directamente influenciados por esta condición, es el estado de bienestar del individuo, puesto que en muchos de los casos se ve afectada la salud de estos. Ello provoca que el autoconcepto de las personas con discapacidad se vea comprometido, denotándose prioritariamente atributos negativos de la propia persona, mermándose así la motivación para desempeñar actos de superación, de aprendizaje, etc. Perpetuándose un estado de pasividad, mismo que resulta ser un catalizador de anomalías a nivel psicológico, como lo es la ansiedad e incluso la depresión (Fergusson, 2006).

- **Tipos o clasificación de discapacidad.**

En primer lugar, La OMS pone de manifiesto que la discapacidad no se limita a regiones, culturas, etnias ni estratos sociales en específico, pues es una condición que acompaña a la humanidad sin estos miramientos, secundando, ha de aclararse que la discapacidad no es una experiencia universal, por el contrario, se la vive de manera subjetiva, en la que intervienen elementos contextuales, psicológicos y personológicos, siendo de esta manera difícil estructurar un elemento totalitario que abarque la complejidad de la diversidad de cada una de las discapacidades, puesto que se requeriría considerar los factores culturales en los que se hace presente. (García, 2001).

A pesar de ello, el modelo biomédico expresa la intransigente necesidad de la construcción de elementos clasificatorios que delimiten tanto las sintomatologías y los factores asociados de las diferentes discapacidades, tarea titánica que fue asumida por instancias biopsicosociales y burocráticas (García, 2001). Resultado de ello, es lo constatado

en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), ya que finalmente esta refiere que la discapacidad puede presentarse de forma física o motora, sensorial, intelectual y psíquica (CIF, 2001).

- **Persona con discapacidad.**

En consideración a lo anteriormente descrito, se añade el hecho de que hay que tener en cuenta que una persona que cuente con una discapacidad no basa y no limita su identidad, individualidad, ni sus garantías en derecho con base a su condición, más bien lo hace de acuerdo a la construcción interna de su persona, lo que lo ubica como un sujeto de derecho con amparos legales que no menoscaban su participación ciudadana debido a sus limitaciones producto de una discapacidad (Seoane, 2011).

Garantizando como primera medida, su autonomía en referencia a sus elecciones civiles y democráticas. Cave recalcar que ello no implica que sus derechos constitucionales le proporcionan la condición de sujeto, su individualidad ni personalidad, pues estos son componentes adheridos a este, por lo que, el derecho funge más bien como ente atestigüador de las mismas, que se encarga de prevalecerlas y salvaguardarlas, en relevancia con sus necesidades específicas y diversidades (Seoane, 2011).

- **Discapacidad intelectual.**

Para Galí, D. (2018), el concepto de discapacidad intelectual ha evolucionado en aspectos terminológicos y definatorios. Reemplazando la noción de "retraso mental" por "discapacidad intelectual", se busca comunicar dignidad y respeto, evitando la devaluación de estas personas. Esta concepción implica un constructo multidimensional que aborda aspectos biológicos y sociales. Definida como limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y conducta adaptativa, la discapacidad intelectual se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas antes de los 18 años.

La discapacidad en esta área se hace presente debido a las complicaciones y limitaciones en cuanto a la aptitud en los procesos de aprendizaje, mismas que necesarias en el contexto cotidiano, implicando que dicha condición dificulta no tan solo el proceso de aprendizaje y comprensión, sino también en las funciones comunicativas. Esta condición, se caracteriza también por acompañar al sujeto que la experimenta a lo largo de toda su vida, ya que la misma es irreversible (UNICEF, 2014).

- **Clasificación de la discapacidad intelectual.**

Como primer punto en cuanto a este apartado, se logró recuperar que el establecimiento de una clasificación en cuanto a la discapacidad intelectual, permitiría obtener una mayor cercanía sobre las especificaciones de cada una, de este modo pudiéndose abordarlas de manera óptima, sobre todo aquellas que repercuten sobre el desempeño académico, laboral y psico-afectivo del individuo. Para ello, se necesita llevarlo a cabo con suma cautela, pues de acuerdo a la fidelidad de los resultados, se elaborará el conocimiento teórico que será empleado en la atención, cuidado, detección, diagnóstico y rehabilitación de la discapacidad intelectual (Navas, 2008).

Por lo que es claro suponer que dicho proceso contará con aspectos no tan favorables, como por ejemplo la falta de flexibilidad en el modo de percibir a este fenómeno, sumado a los tratos peyorativos y estigmas que pueden asociarse con diagnósticos de discapacidad intelectual, siendo que actúan sobre el bienestar emocional del individuo con esta condición, aunque es válido denotar, que esta última problemática no está ligada inherentemente a la clasificación como tal, pues más bien sería el resultado de una falta de conocimiento y sensibilización sobre aquello de parte de la comunidad en general (Navas, 2008).

Acentuado aquello, es preciso entonces declarar que dentro del proceso clínico se toma en cuenta tres elementos como parte del criterio diagnóstico, siendo las “limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, limitaciones significativas en la conducta

adaptativa y que tengan comienzo antes de los 18 años” (Navas, 2008, pág. 4). Con esta información en mano, se podrá dar comienzo a la determinación del estado de la discapacidad intelectual, para cual se hace uso de la herramienta diagnóstica CIE 10, misma que cuenta en su haber con la siguiente clasificación, señalando que dicha literatura en esta versión, emplea el término “retraso mental”: F70 Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.); F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.); F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.); F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.); F78 Otro retraso mental; F79 Retraso mental sin especificación (Salud, 2008).

- **Detección de discapacidad intelectual.**

Este proceso se ubica como uno de los puntos superlativos dentro de lo concerniente a la discapacidad intelectual, pues por medio del mismo se obtiene no tan solo un criterio diagnóstico, sino también información clave que permite explorar y conocer los factores en la vida del individuo que se encuentran asociados a este fenómeno, dicho accionar da pie al abordaje explicativo del mismo en cuanto a su aparición y permanencia, generalmente estando involucradas las áreas psicosociales y de madurez fisiológica, en edades tempranas del individuo (Dosen, 2010).

Para lo cual se hace uso de instrumentos psicométricos especializados para esta tarea, sin embargo, para una exploración ideal, no se trae a colación únicamente el desempeño intelectual del evaluado, sino también se pone bajo observación el nivel de participación e interacción que cuenta con su entorno, su adaptabilidad con el mismo e incluso el nivel de autonomía que presenta. Por ello, ha de remarcarse que el proceso de detección discapacidad cuenta con la tarea y la responsabilidad de identificar los requerimientos específicos y las falencias a nivel cognitivo de los evaluados (Dosen, 2010).

- **Test.**

Este concepto corresponde a una herramienta de evaluación, dentro de las variables que explora están las capacidades, recursos personológicos y psicológicas, tales como el estado emocional, psicológico y cognitivo del individuo y/o grupo, así mismo como las aptitudes y habilidades con las que se cuenta en relación a la realización de una tarea o función. La utilidad de la información proporcionada por estos instrumentos puede variar desde la investigación académica, la evaluación psicológica, académica y laboral, la cual se puede llevar a cabo mediante pruebas proyectivas y/o psicométricas, proceso encarado por un profesional especializado en esta área, el cual tomará en estricta consideración los aspectos técnicos y éticos que ello conlleva (Muñiz, 2025).

- **Test psicométricos.**

Los test psicométricos registran sus inicios en 1870, puesto que el autor James McKeen Cattell fue el primero en emplear dicho concepto, a partir de aquello, este instrumento utilizado por la psicometría, rama de la psicología, ha ido desarrollando y adecuando sus variables de acuerdo a las normas epistemológicas y éticas, empleado principalmente en la “creación, desarrollo y puesta en vigor de diversos instrumentos orientados a identificar, medir y evaluar las características intelectuales, axiológicas, de habilidades y de personalidad de los individuos, y de la misma persona en diversas circunstancias” (Trujillo, 2012, pág. 1).

- **Test de inteligencia.**

Estas, como su nombre lo indica, son instrumentos evaluativos que se enfocan en la exploración del desempeño cognitivo del paciente, para lo cual hacen uso de la medición del Facto G., dícese los recursos personales con los que se cuenta para la resolución en problemas, de acuerdo a esta variable se obtiene una ponderación que indica el Cociente intelectual del mismo (IQ) (Trujillo, 2012).



#### **IV. OBJETO DE LA INTERVENCIÓN O DE LA PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN.**

El objeto del presente trabajo de sistematización de experiencia es el proceso de detección de la discapacidad intelectual.

#### **V. METODOLOGÍA.**

El presente trabajo de sistematización ha sido diseñado desde una metodología cualitativa de tipo descriptiva. Es importante destacar que la investigación cualitativa se caracteriza por reunir y examinar información no numérica con el fin de comprender ideas, puntos de vista o vivencias (Universidades, 2021).

Este enfoque se encarga de generar datos descriptivos, los cuales incluyen las expresiones verbales y escritas de las personas, así como también sus comportamientos observables (Taylor, 1987).

Para Jara (2018) la sistematización de experiencias es una herramienta que permite a la persona extraer, interpretar y analizar la información de forma ordenada sobre las experiencias vividas durante una intervención, permitiendo unir la teoría con la práctica, presentando los hechos, como se actuó y como se relacionan los acontecimientos entre sí. La sistematización implica analizar de manera crítica una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado y porqué lo han hecho de ese modo (Jara, 2018).

- **Formato de registro semanal.**

Este formato está diseñado para ser llenado en equipo semanalmente, a partir de los registros individuales de cada una de los integrantes. Se podría realizar esta tarea en una reunión breve en la que se socializaría lo realizado y se compartirían las percepciones

diversas, dicho formato nos permitió recabar información que describe los logros y aprendizaje. Para nuestro trabajo este formato fue sumamente eficaz ya que posibilitó la meticulosa organización de la información sobre las sesiones realizadas en el centro de salud, de la misma manera nos sirvió para poder clasificar los objetivos específicos proporcionando una estructura que favoreció el seguimiento de cada actividad detallando de los resultados obtenidos, los cuales nos permitió establecer una mejoría en las intervenciones en sesiones futuras.

- **Ficha técnica de recuperación de aprendizaje.**

Sirve para la recuperar lecciones de momentos significativos para ir conformando un banco de información de aprendizajes, que pueda usarse en la sistematización y pueda ser compartido con otras personas interesadas en las experiencias que realizamos, dicha ficha nos permitió identificar los logros y aprendizajes.

Este formato resultó esencial, ya que nos posibilitó documentar situaciones de notable impacto experimentadas por los pacientes durante las sesiones en el centro de salud. Y los resultados obtenidos fueron instrumentalizados de una manera integral, destacando las situaciones impactantes y generando recomendaciones significativas que no solo nos pueden beneficiar a nosotros, sino que también represente un aporte muy valioso para todas las personas interesadas en realizar nuevas investigaciones dentro del ámbito del centro de salud.

## **VI. PREGUNTAS CLAVES.**

- **Preguntas de inicio.**

¿Por qué se deseó sistematizar la experiencia sobre la detección de discapacidad intelectual?

¿Cuál es el propósito de sistematizar la experiencia sobre la detección de discapacidad intelectual?

¿Cuál es el objetivo de sistematizar esta experiencia?

¿A quiénes se dirige esta sistematización de experiencia?

- **Preguntas interpretativas.**

¿Por qué es importante la detección de la discapacidad intelectual?

¿Cuáles fueron los resultados de la intervención en el centro de salud?

¿Cuáles fueron las dificultades en la detección de discapacidad intelectual?

¿Cuáles fueron los logros y desafíos en el proceso de la detección de la discapacidad intelectual?

¿Qué aspectos se podrían mejorar en la intervención sobre la discapacidad intelectual?

- **Preguntas de cierre**

¿Qué aprendizajes se pueden extraer de esta sistematización?

¿De qué maneras esta sistematización puede contribuir a futuras investigaciones?

¿Cómo se puede mejorar la detección de la discapacidad intelectual?

¿Qué impacto tuvo la intervención en la detección de la discapacidad intelectual?

## **VII. ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.**

La información recopilada durante la experiencia que surge desde el programa de salud pública denominada Proyecto de Fortalecimiento de la atención integral, detección, prevención, rehabilitación y habilitación de personas con discapacidad. Es importante destacar que el ordenamiento de la información surge de la fase de detección la misma que comprende: primera entrevista, administración de pruebas, exploración de antecedentes y devolución.

Es importante señalar que la descripción de la fase antes mencionada se efectuó de junio del 2023 a septiembre del 2023.

- **Fase de detección.**
- **Primera entrevista.**

En esta primera etapa se recibió a los usuarios que habían solicitado cita por primera vez en el área de psicología, al tratarse del primer encuentro era indispensable que previamente se coordine mediante el servicio de call center, en la que se les proporcionaba una fecha y hora específica dentro del horario de las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde de lunes a viernes, considerando la disponibilidad tanto del departamento de psicología como de los usuarios. Una vez agendada la visita, el usuario acudía al subcentro, en donde atravesaba un periodo de espera, pasado un lapso de tiempo significativo, era designado al área de triaje, en donde la enfermera tomaba sus signos vitales, tales como la presión sanguínea, peso y talla, seguido, se lo dirigía al área de estadística, departamento en donde se corroboraba la existencia de su cita mediante la toma de datos personales, es decir el número de cédula, nombres y apellidos. Esta información era registrada en tarjetas elaboradas en cajas vacías de cartón de los medicamentos almacenados en el subcentro, las cuales eran, posterior a su completo llenado, entregadas al departamento de psicología, información que permitía acceder al historial de atenciones del usuario en los distintos centros de salud públicos del país, incluyendo el área de salud mental, puesto que aquello se encontraba disponible en el PRAS, esta “es una herramienta informática que permite la recolección lógica y ordenada de datos en la atención integral de salud” (MSP, 2017, pág. 3).

En caso de existir previas atenciones en psicología, se revisaba exhaustivamente tanto los motivos de consulta, la sintomatología y el diagnóstico, de no haberlas, se desistía del uso de este recurso. Para esta instancia, era considerado pertinente empezar la atención, para ello se requería trasladarse del consultorio hacia el área de sala de espera y llamar por sus apellidos al paciente en voz alta, al tratarse de un espacio físico reducido, esta acción resultaba útil, sin embargo, por este mismo motivo, ciertos usuarios esperaban su cita en los

exteriores del centro de salud, en cuyos casos el guardia de seguridad brindaba su ayuda para localizarlos en las afueras de las instalaciones, rescatando que dentro de lo presenciado, se encontraron casos en los que estos no acudieron a sus citas. Dentro del proceso de la primera entrevista, se denotó que todos los pacientes acudieron en compañía de uno de sus padres, incluyendo aquellos que alcanzaban la mayoría de edad. Dando comienzo se invitaba a tomar asiento a los asistentes, sin embargo, la puerta del consultorio permanecía abierta, previo a empezar con las preguntas exploratorias se establecía rapport con cada uno de ellos, pretendiendo instaurar un entorno de confianza y seguridad, aun dentro de las limitaciones en privacidad. Llevado a cabo ello, se indagaba sobre los motivos de consulta, para lo cual se manifestaba, en caso de los infantes, presentar problemas en el rendimiento académico, las asignaturas mayormente involucradas eran Matemáticas e Inglés, sumado a dificultades en la toma de dictado y en la lecto-escritura, motivo por el cual los departamentos del DECE de los planteles educativos socializaron con los padres de familia de estos, la necesidad de someter a los niños a un proceso evaluativo con referencia a estas falencias cognitivas, en las que les señalaron los posibles motivos. En el caso de los adolescentes y adultos, en muchos de los casos acudían debido a preocupaciones de los familiares, ya que notaban que la habilidad de retener y entender cualquier tipo de información de estos, era bastante limitada, puesto que llegaron a referir que estos eran incapaces realizar actividades rutinarias, tales como trasladarse en buses o por la ciudad sin compañía, pues en las ocasiones que lo hicieron, se perdieron, además comentaron que al brindárseles directrices simples, tanto en contextos educativos, como en el hogar, no lograban comprenderlas o directamente las olvidaban casi inmediatamente.

En esta etapa se atendió a alrededor de 20 pacientes, en la que se abordó aparte del motivo de consulta, su estado actual y la sintomatología, su realidad familiar, económica, social y académica en caso de existir, con el fin de obtener referentes acerca del estado

integral de la vida del usuario para determinar el rango de alcance del malestar en la vida cotidiana de los pacientes, estos provenían de diversas ubicaciones, mismas que debían encontrarse dentro de la jurisdicción del centro de salud, en la cual se abarcaba tanto localidades urbanas aledañas, como sectores sub urbanos y de naturaleza agrícola, en cuanto a lo étnico, estos fueron predominantemente mestizos, con realidades socioeconómicas ubicadas dentro de la clase media baja y pobreza, durante esta fase se pudo observar que la población de pacientes que acudían al centro de salud exhibían una variabilidad significativa en cuanto a sus edades, constando aquellos que se ubicaban dentro de la primera infancia, es decir en edades comprendientes desde los 3 años y la población adulta abarcó un rango de edad que oscilaba entre los 20-22 años. Dentro de los procesos evaluativos se constató la existencia manifestaciones de resistencias, especialmente en los casos de los adultos, puesto que argumentaban la falta de necesidad de sus presencias en el centro de salud, especialmente con lo referente a anomalías cognitivas, ya que consideraban no experimentar mayores problemas con respecto a ello, sumado a que sus acompañantes aprovechaban la oportunidad para expresar sus inconformidades con relación a las conductas de estos, destacando episodios agresivos y de impertinencia.

Mediante la información obtenida durante esta primera fase, se le ponía de manifiesto tanto al usuario, como a su acompañante, la necesidad de emprender el proceso de detección de discapacidad intelectual, en donde se les explicó que se llevaría a cabo mediante una serie de pruebas que serían aplicadas a lo largo de varias sesiones más, para lo cual se certificaba la total comprensión de ello, de cada uno de los presentes, al finalizar la consulta, se le agendaba al paciente una nueva fecha de atención, mismas que se dieron lugar en un lapso de una a dos semanas, dependiendo de la disponibilidad en los horarios, reiterándole que estarán destinadas a la ejecución de test psicológicos dependiendo de cada problemática. Al finalizar cada entrevista, se llevaba a cabo el registro en el programa PRAS, detallándose todas las

observaciones derivadas de la entrevista.

- **Administración de pruebas.**
- **Test de Raven.**

Después de haber culminado con la primera entrevista, los pacientes eran citados nuevamente al centro de salud, en donde se daba de nueva cuenta el proceso de logística previo a la atención, habiendo atravesado ello, el paciente acudía al consultorio, por lo que se iniciaba el proceso de rapport con el mismo, inmediatamente después se les proporcionaba una explicación detallada sobre el test, indicándoles las directrices, mismas que se brindaron de manera ilustrativa para que el usuario logre asimilarlas de forma óptima, pese a ello, siempre se recurrió a la reiteración de las mismas para garantizar una mejor comprensión, también se solicitaba al usuario que exprese de forma sincera si necesitaba una nueva explicación, a su vez que se lo invitaba a comentar cualquier inquietud o duda antes de que inicie la prueba, puesto que una vez puesta en marcha, no habría cabida para más aclaraciones, recurso aprovechado por casi todos, para la realización de la prueba, el centro de salud suministraba los materiales necesarios, tales como lápiz, borrador, y hojas de papel bond A4. Durante esta segunda sesión el test a emplearse fue el Raven, este “permitió medir habilidades del pensamiento abstracto, habilidad para resolver nuevos problemas, capacidad de observación, razonamiento y analogías” (Valcárcel, 2000, pág. 2) en donde se le solicitó al evaluado “que analice la serie que se le presenta y que, siguiendo la secuencia horizontal y vertical, escoja uno de los ocho trazos: el que encaje perfectamente en ambos sentidos” (RAVEN, 1939, pág. 2). Mediante la presentación de cartillas en donde se mostró figuras en patrones, las cuales se encuentran incompletas, siendo la tarea de determinar qué figura corresponde en relación al patrón mostrado, se observaron numerosas limitaciones durante la resolución de la prueba, ya que se le resultaba complicado poder memorizar, organizar las



figuras de manera efectiva. Para la aplicación de la misma, fue crucial tener en cuenta la edad de los evaluados, pues la misma consta tanto con una versión para niños en las que se incluyen a sujetos en rangos de edad desde los 5 hasta los 11 años de edad, como una versión para adultos, en las que se incluye a individuos que cuenten con 12 años en adelante.

Vale destacar que la prueba requiere que el evaluado escriba por cuenta propia sus respuestas expresadas en valores numéricos en la hoja entregada y designada para ello, por lo que se realizó una breve evaluación para certificar que estén presentes las capacidades de leer y escribir números, Con respecto a los 10 casos de los evaluados con edades correspondientes entre los 5 a los 11 años, estos en su mayoría fueron capaces de lograrlo, sin embargo, estuvieron presentes situaciones en las que a pesar de existir dichas habilidades, el evaluado no mostraba disposición para hacerlo, por lo que se recurrió a que el evaluador lo haga, establecido ello, en cuanto a la ejecución se demarca que estos se mostraron dispuestos y colaborativos en su mayoría, mientras que otros mostraban señales de decaimiento físico y/o emocional, puesto que se recostaron sobre el escritorio mientras plasmaban sus respuestas, a su vez que sus expresiones faciales indicaban ello, por lo que el evaluador, sin interrumpir el proceso evaluativo, les solicitó corregir la postura y focalizar la atención al test, otro de los elementos distintivos fueron las velocidades de las respuestas, ya que unos lo hicieron en un corto plazo de tiempo, mientras que otros requirieron un plazo de tiempo mayor, pero, en general se pudieron completar las pruebas dentro del tiempo establecido, es decir 45 minutos, una vez terminada la evaluación se procedía a proporcionar comentarios alentadores a los evaluados con relación a su desempeño, a su vez que se exploraba la percepción de los mismos con relación al nivel de complejidad que representó y si se gustó de hacerla o no, para lo cual se preguntaron los motivos de ambos casos, así como la exploración más completa sobre sus estados emocionales. En cuanto ello, ciertos infantes comunicaron no haber tenido dificultades con la realización de la prueba, mientras que otros indicaron que la

misma resultó relativamente compleja, concerniente a los aspectos emocionales, otorgaron los motivos de dicha expresión únicamente a un cansancio físico debido a que según explicaron, tuvieron que estar desde muy temprano en el sub centro de salud. Por otro lado, dentro de los resultados obtenidos, se encontraron los siguientes diagnósticos: Inferior al término medio (IV+); inferior al término medio (IV); término medio (III-), estos valores pudieron ser obtenidos por medio de parámetros numéricos establecidos por el cuadernillo de calificación que posibilitaron la ponderación del coeficiente intelectual del evaluado.

Como se mencionó, este test fue también aplicado a adultos y adolescentes, proceso en el que se incluyeron a 7 pacientes con edades de entre los 12 hasta los 22 años. En cuanto a la etapa de explicación, al igual que con los infantes, se procedió a brindar las directrices con el uso de recursos ilustrativos, se reiteraban las indicaciones las veces necesarias, se receptaron cualquier tipo de dudas, esto fue aprovechado por los algunos de ellos, ya que solicitaban reiteradamente las explicaciones y expresaron continuamente dudas, en ciertos casos, se resistían a hacerlo, pero sus gesticulaciones indicaban incompreensión, notando ello, se les comunicó que manifiesten sus dudas de manera abierta y que continúen haciéndolo las veces que lo necesiten, con la condición de que se lo haga antes de dar inicio a la prueba, para lo cual recurrieron a hacerlo. Establecido esto, se corroboró si estos contaban con las capacidades de lecto-escritura de números, con referente a esto, pese a que los evaluados contaban con etapas madurativas más avanzadas, algunos de ellos refirieron preferir que el evaluador plasme las respuestas en la hoja por ellos, al tratar de indagar los motivos de esa decisión, se limitaron a mencionar que así lo preferían, en cuanto a lo conductual, también se pudieron observar algunas manifestaciones de cansancio físico y mal estar emocional, presentados por medio de bostezos, se recostaron sobre el escritorio y sus expresiones faciales denotaban signos de anomalías anímicas, de igual forma, el evaluador procedió a corregir dichas posturas, en cuanto al nivel de desempeño, se logró identificar que en su

mayoría lograban dar respuestas en un plazo de tiempo largo, a pesar de ello, cumpliendo con el tiempo establecido, lo cual también fueron 45 minutos, resaltando un caso en el que se llegó a utilizar una hora y media. Al finalizar la prueba, se exploró sobre el estado emocional de los mismos, la dificultad que representó el test para ellos y acerca de las percepciones generales sobre el mismo, a lo cual, gran parte de ellos refería no haber tenido mayores complicaciones, mientras que acerca de lo emocional y/o el cansancio existieron resistencias para dar explicaciones de ello, indicando únicamente que se encontraban con sueño.

Relevante a los resultados, se hallaron diagnósticos correspondientes a: Deficiente (rango V) con un valor del percentil de 3, correspondiente a un C.I.de 70; inferior al término medio, con un valor del percentil de 6, correspondiente a un C.I.de 75 (IV); inferior al término medio, con un valor del percentil de 25, correspondiente a un C.I.de 88 (IV), de igual forma, estos valores pudieron ser obtenidos por medio de parámetros numéricos establecidos por el cuadernillo de calificación que posibilitaron la ponderación del coeficiente intelectual del evaluado.

- **Test de Denver.**

Por otro lado, en caso de tratarse de infantes con edades de 6 años 0 meses o menores a esta, que presentaban anomalías en las áreas del desarrollo que asistían el centro de salud, la prueba a realizar era el test de Denver, el cual posibilitaba la obtención de información en cuanto a la presencia de un retraso en dicho campo, estando clasificadas en cuatro áreas; personal-social, motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje, por medio de una serie de actividades en las que el evaluador le pidió al infante que las realice, también el evaluador las realizó y le pidió al niño que las imite. En semanas posteriores se presentaron al centro de salud 3 casos de infantes con edades de entre 3-4 años de edad, los cuales habían culminado la primera entrevista en sesiones previas con ayuda la información referida por uno de los padres. Dentro del proceso de evaluación se encontró con diferentes anomalías,

principalmente por las características comportamentales y de atención de estos, ya que se hicieron presente acciones como berrinches, llantos o incluso resistencias a realizar las acciones señaladas, por ello, se requirió la presencia y ayuda de algún tutor o familiar que persuada al infante a ejecutarlas, a pesar de ello, se presenciaron casos en los que existieron negativas a todo tipo de instrucciones y una total falta de entendimiento a las directrices, motivo por el cual se procedía a finalizar la evaluación, esto siendo lo establecido por el protocolo, sin embargo, en casos más moderados, las complicaciones fueron mínimamente significativas, en las que solo se necesitó reiterar la orden más de una vez debido a una falta de entendimiento de la misma de parte del evaluado. Vale destacar, que se pudo observar que el foco principal era el problema de lenguaje, especialmente en la expresión de ciertos fonemas, o directamente la nula expresión verbal, sumado a la falta de habilidades adaptativas, en cuyos casos se establecieron rutas y protocolos de acción, en las que se incluyeron técnicas y estrategias de crianzas, incluyendo derivaciones a las áreas de medicina general y terapia del lenguaje, con relación a ello, se debe destacar que varios de los evaluados sumado a lo recientemente señalado, también mostraron comportamientos asociados con el trastorno del espectro autista (TEA), tales como aleteos, intolerancia al ruido o sonidos estruendosos, la ausencia de contacto visual, el no responder a su nombre, el caminar en puntillas y la dificultad para interactuar con sus pares, por lo cual incrementaron los esfuerzos por captar la atención del infante y direccionarla hacia la realización de las actividades, mismos los que en ocasiones resultaban infructíferos. Aunque estos signos estuvieron presentes, el diagnóstico no estuvo sujeto a esta consideración, pues pareció pertinente y prudente evitarlo debido a la temprana etapa madurativa de los usuarios, sin dejar de lado que no se contaba con análisis médicos que pudieran explicar los posibles motivos fisiológicos que pudieran influenciar en la presencia de dichas conductas.

- **Test de Bender.**

En sesiones futuras y de acuerdo a la necesidad de cada paciente que asistía, se ponía en uso el test de Bender, puesto que de los 10 pacientes que se encontraban entre las edades de 5 a 11 años, 4 fueron evaluados mediante esta prueba, debido a anomalías en la capacidad de lecto-escritura, al igual que en la toma de dictado, puesto que la misma permite determinar el funcionamiento psicomotor, madurez visual y la edad mental en niños de este rango de edad. La instrucción para esta prueba consistió en entregarle al evaluado dos hojas en blancas tamaño A4, un lápiz y un borrador, seguido se le indicó que se le mostraría 8 tarjetas que contienen diferentes gráficos de una en una, la tarea de estos su consistió en observarlas y copiarlas lo más parecido posible en las hojas otorgadas. El resultado de esta prueba nos indicó la existencia de un retraso en el área psicomotora, madurez visual, así como la existencia de un retraso de la edad mental en relación con la edad cronológica, también se consideró un apartado que valoró el aspecto emocional, debido a la interpretación proyectiva de la naturaleza de los trazos.

Durante el proceso se notó la colaboración de parte de los tutores/padres para con la necesidad de mantener un ambiente aislado entre el evaluador y los evaluados, con respecto a la conducta de la mayoría de estos últimos, se puede mencionar que existió una visible disponibilidad a la realización de las actividades, en las que mostraron naturalidad al momento de ejecutarlas, con un óptimo rapport, sin dejar de lado que no mostraron señales de perturbación emocional debido a la separación momentánea con sus padres/tutores, por otro lado, en cuanto a los casos aislados en los que las conductas de los infantes mostraron notorias irregularidades, se resalta la presencia de uno de los padres durante la ejecución de la prueba, puesto que se hicieron presentes comportamientos disruptivos, como la dificultad para permanecer sentado, focalizar la atención en las directrices, rasgos impulsivos y de agresividad, esto último plasmado en la destrucción de uno de los implementos requeridos

para la realización de la prueba (un lápiz), mientras que dentro de las singularidades más llamativas, fue en primera instancia la inexistencia de la expresión verbal, sumado a la total falta de entendimiento hacia las directrices, por ende, no se presentó ningún accionar dirigido hacia lo solicitado, impidiéndose de esta forma el proceso evaluativo, por lo que se requirió derivación a especialidades médicas que ahonden en los posibles motivos de estas características. En cuanto los resultados obtenidos, se pudo constatar la presencia de retrasos en el desarrollo visomotor, al igual que una incoherencia entre la edad mental y la edad cronológica en la mayoría de los casos.

- **Test de Mayo.**

En próximas sesiones se dio inicio la última etapa del proceso de detección de discapacidad intelectual, en la que se hizo uso del test de mayo, sin embargo, solo fue aplicado en aquellos casos en los que los que el deterioro cognitivo, la desmejora en la orientación de tiempo-espacio y la disminución de la capacidad intelectual estaban muy presentes, puesto que este se encuentra directamente relacionado con la identificación de la morbilidad de la discapacidad intelectual, por lo que se reservó para usuarios que contaban con C.I. significativamente bajos, que contaban con 12 años en adelante, sumado a la consideración de otros aspectos, como la calidad de sus expresiones verbales, nivel de razonamiento e incluso lo referido por familiares e instituciones educativas, siendo los considerados un total de 4 usuarios

Entre los elementos a evaluar se encontró la orientación en tiempo y espacio; atención; aprendizaje - fijación; cálculo; abstracción; información (de cultura general y local). En la evaluación del Test de Mayo. Para su ejecución se requirió la única presencia del evaluado y el evaluador, esto siendo fácilmente aceptado por los usuarios y los familiares con quienes acudían a la institución receptora, durante el proceso, algunos de ellos mostraron retraimiento e inhibición con referente a la comunicación, sumado a que se presenci

dificultades en el lenguaje, para lo que se necesitó aumentar los esfuerzos en el establecimiento del rapport, logrado ello, se iniciaba con la prueba, misma a la que gran parte de ellos, contestaron de manera insatisfactoria a la mayoría de los ítems, mostraban concentración al intentar dar una respuesta, sin embargo también denotaban confusión y lentitud para hacerlo. Finalizado el test, se intentó de nueva cuenta establecer comunicación, sin embargo, estos fueron infructíferos. Posterior a la calificación de los mismos, se encontró la presencia de deterioro mental grave, deterioro mental leve y deterioro mental límite.

Una vez aplicado el último de los test requeridos dentro del proceso de detección de discapacidad intelectual, se procedía a agendar una cita únicamente con la madre, el padre o a la persona que conviva con el evaluado, esto se realizaba posterior a la inmediata culminación de la prueba de parte del usuario, dentro de la misma sesión.

- **Etapa de exploración de antecedentes.**

En una siguiente visita, el familiar o tutor de mayor cercanía acudía al centro de salud para poder realizar la exploración de los antecedentes personales y familiares. Este proceso se realizaba mediante la realización de preguntas acerca del proceso de gestación y de la nacimiento del evaluado, esperando que se detalle todo acerca del embarazo, o si ella sufrió agresiones físicas, sexuales o psicológicas durante este periodo, al igual que si existió o no un retraso en el desarrollo en la infancia, si estuvo presente el gateo o no, si la madre padeció enfermedades en el periodo de gestación o no, si consumió o no medicamentos y/o drogas, lo mismo con respecto al usuario, las enfermedades, medicinas y/o drogas que haya consumido o no, en cuanto a las novedades en este aspecto, se destaca el nulo control médico durante la gestación, mala alimentación de la madre, estados emocionales depresivos, mientras que con el desarrollo infantil se presentaron retrasos en el habla, así como la inexistencia del gateo, agregado a esto, se consultó si el evaluado contaba con algún defecto congénito, es decir, si le faltaba algún miembro del cuerpo, extremidad y órgano, padecimiento genético, etc. Para lo



cual se requería ser cauteloso y meticuloso para no desestimar información relevante y discriminar aquello que no aporte a la indagación, por otro lado, también se pretendía ser lo más claro y reiterativo en cuanto a preguntas de este tipo, pues en ocasiones, los padres llegaban a confirmar la inexistencia de una de estas características, para luego, mediante la socialización de otras áreas, revelaban la presencia de la misma, sin embargo, no se debía a una falta de la colaboración o resistencia ante ser sinceros, sino por falta de conocimiento y entendimiento hacia lo referido.

De igual forma se exploró antecedentes de consumo de alcohol tanto de la madre, como del evaluado, sobre los precedentes en actividad física de este, sobre su alimentación, sus hábitos de higiene en el desarrollo de la infancia y en el momento actual, calidad de sueño o problemas relacionados al mismo en el pasado o actualmente, también se realizaba el tamizaje de violencia, esto implicaba explorar si el paciente había sido víctima de violencia sexual, física o psicológica, destacándose que ninguno de los casos evaluados experimentó lo dicho, por otro lado, se buscó indagar sobre posibles disfunciones orgánicas, como males digestivos, visuales, etc., sobre si el paciente sufrió en algún momento algún accidente, si fue hospitalizado o no, si sufrió alguna vez alguna intoxicación, alergias, en cuanto a estos dos últimos elementos, estuvieron presentes dos casos en los que se constató una intoxicación y una alergia, por otro lado se consultó sobre problemas legales del evaluado o de la madre, en dicho caso, se obtuvo información en la que la madre refirió haber estado privada de la libertad.

Otro de los elementos en consideración fue la duración del embarazo, con respecto a ello, todos los evaluados estuvieron dentro del rango típico de gestación, a las madres se les preguntó cuáles habían sido sus reacciones ante el descubrir que se encontraban embarazadas, varias de ellas manifestaron haber experimentado sorpresa, alegría, mientras que otras cuantas inquietud, destacándose un caso en el que se manifestó extrema preocupación,

sumado a un estado depresivo, ello, debido a que en aquel momento no contaba con la mayoría de edad y su pareja, que si la tenía, había decidido desentenderse de la situación, incluso no estuvo presente en la crianza en ninguna de las etapas de del desarrollo del evaluado. Continuando con este aspecto, se les invitó a que indiquen que tipo de embarazo y parto tuvieron, que anomalías experimentaron durante este, en lo que se señaló prioritariamente partos naturales y tan solo uno por medio de cesárea. Las vacunas que recibieron tanto la madre como el evaluado, durante y después del periodo de gestación, el color de nacimiento, con lo que se recolectó que la mayoría de ellos presentaron tonos sonrosados, mientras que uno de ellos presentó tonos amarillos en la tonalidad de su piel. El registro de lo acontecido con la lactancia también fue incluido, para esto, se encontró que uno de los pacientes prolongo esta etapa hasta la edad de un año y medio, mientras que uno de ellos usó pañales hasta los 3 años de vida.

Continuando con la exploración, se hizo incapacit  en el historial médico de parientes del evaluado, en el que se incluyó a tíos, primos, hermanos, abuelos y todo individuo que compartí lazo sanguíneo con él, para poder descubrir si alguno de ellos sufrieron golpes significativos en la cabeza, enfermedades tiroideas, VIH, cáncer, hipertensión, diabetes, uso y abuso de alcohol, drogas, en condición de privados de la libertad, así como los motivos, familiares muertos y sus causas, problemas de sobrepeso, tratamientos para padecimientos mentales como esquizofrenia, alzheimer, discapacidades tanto físicas como intelectuales, problemas emocionales dentro del círculo familiar, depresión y/o suicidios, ansiedad, problemas de aprendizaje y la condición económica de estos. Con lo que se pudo descubrir que parientes de tres generaciones atrás de los evaluados habían padecido y muerto a casusa de diabetes, la presencia discapacidad intelectual de parte de otros, casos de abuso de alcohol y drogas, privados de la libertad y problemas de aprendizaje. Concluido este procedimiento, se agendaba una nueva visita, de igual forma, únicamente con uno de los padres o miembro

de mayor cercanía del paciente.

- **Devolución.**

Días previos a la atención, se revisaban cada una de las pruebas junto a lo recolectado en las entrevistas y la búsqueda de antecedentes personales y familiares para realizar la triangulación de la información. Pasados unos días, no mayor a una semana, entraba en ejecución la fase final, dicha comprendió en citar únicamente al representante del paciente para proporcionarle la información y los resultados obtenidos de todas las pruebas aplicadas durante el transcurso del proceso evaluativo. Una vez establecida la consulta se procedía a informar los resultados de las pruebas realizadas, así como sus respectivas interpretaciones. En cuanto a la reacción de los representantes ante aquello, se destaca que en la mayoría de los casos primó la serenidad, principalmente porque comprendían desde un inicio cuales serían los posibles hallazgos, esto debido a haber sido informados previamente sobre ello desde las instituciones educativas de las cuales fueron referidos, o también debido a las notorias deficiencias cognitivas que eran evidenciadas por parte del grupo familiar de los usuarios.

Por otro lado, se presenciaron casos en donde el familiar y/o tutor mostró signos de preocupación, expresados por medio de gesticulaciones, suspiros o directamente la manifestación verbal de lo dicho, para lo cual se brindó orientación y consuelo con respecto a la condición del usuario evaluado, en donde se señaló la importancia del establecimiento de redes de apoyo que involucren participación de familiares, instituciones gubernamentales y de salud especializadas el tema de discapacidades, así como de los planteles educativos en caso de encontrarse escolarizados. Es importante destacar que las pruebas no pudieron ser entregadas a los representantes para que puedan llevárselas a sus respectivos hogares, pues tan solo tenían acceso a las pruebas con sus respectivos resultados en el preciso momento de la devolución, en donde pudieron revisarlas, sin embargo, se les permitió sacarles copia en caso de así requerirlo, opción que fue tomado tan solo por uno de los representantes ya que

dos de sus hijos mellizos atravesaron este proceso. Mientras que toda la documentación física utilizada en el proceso de detección de discapacidad intelectual se quedó dentro de los registros del área de psicología del sub centro, a su vez, los diagnósticos fueron agregados en la plataforma PRAS, misma a la que todos los profesionales de la salud activos de los centros de salud públicos tienen acceso, así como a todo lo documentado allí, indistintamente sus especialidades y ubicación geográfica para que dicha información permita una atención integral en la que se involucren otras especialidades que permitan brindarle un mejor desarrollo y rehabilitación al usuario con respecto a su condición. Pese a lo mencionado, este proceso de devolución se daba en un rango de tiempo relativamente corto, en la que no se extendía a más de diez minutos.

## VIII. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

- **Resultados de los instrumentos aplicados.**

**Tabla 1: Tabla de resultados y análisis de los test.**

INSTRUMENTOS.	OBJETIVOS.	RESULTADOS.	ANÁLISIS.
Entrevista.	Conocer los motivos de consulta, el estado actual y la sintomatología del paciente.	Se hallaron anomalías con respecto al desempeño académico, debido a disfunciones en el área cognitiva, sumado a ello, se presentaron casos en los que dicha problemática afectó de manera significativa en la vida rutinaria de los pacientes.	Mediante esta información se evaluó la necesidad de dar inicio al proceso de detección de discapacidad mediante el uso de pruebas estandarizadas, puesto que se evidenció la presencia de anomalías en el área cognitiva mediante el análisis de lenguaje verbal, lo referido por los

---

			acompañantes del usuario y lo referido por las instituciones educativas, en el caso de quienes estaban dentro del proceso de escolarización.
Test de Raven	Conocer el nivel de razonamiento abstractos de los evaluados, así como el C.I. de los mismos para conocer el estado cognitivo de los mismos.	Dentro de los 17 casos evaluados con esta herramienta, en la que se consideró a sujetos de 5 a 11 años y de 12 años en adelante, se constató los siguientes resultados: Inferior al término medio (rango IV+); inferior al término medio (rango IV); término medio (rango III-). Deficiente (rango V) con un valor del percentil de 3, correspondiente a un C.I.de 70; inferior al término medio, con un valor del percentil de 6, correspondiente a un C.I.de 75 (rango IV); inferior al término medio, con un valor del percentil de 25, correspondiente a un C.I.de 88 (rango IV).	Estos resultados corroboraron la presencia de problemas del desarrollo intelectual, pues se evidenciaron falencias con respecto al razonamiento abstracto, así como C.I. bajos en relación a la medida estándar.
Test de Denver.	Explorar el estado y un posible retraso en el desarrollo personal-social, motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje en pacientes de 0 a 6 años de edad.	La ejecución de la prueba a 3 infantes, permitió observar resultados en los que se señalaba retrasos en el desarrollo personal-social y lenguaje.	Esto fue corroborado debido a la poca adaptabilidad de los usuarios, ya que mostraron comportamientos disruptivos, sumado a lo mencionado de sus padres,

---

confirmando la presencia de dichas conductas en diversos entornos y contextos, además, el área del lenguaje contaba con visibles falencias, en las que no se reconocían vocablo o directamente la inexistencia de los mismos a pesar de encontrarse en etapas madurativas en las que ya debían estar presentes.

Test de Bender.	Mediante este se buscó valorar la madurez visomotora de los evaluados, al igual que la edad mental, para explorar si esta era equiparada con la edad cronológica, aplicada a pacientes de entre 5 a 11 años.	Los resultados de los 4 casos evaluados, mostraron retrasos en esta área, distinguiéndose incongruencias en relación a la edad cronológica con la edad mental.	Esto fue confirmado debido a que la prueba consta con una serie gráficos que el niño debe replicar de forma casi exacta, puesto que considerando la edad de los evaluados, deberían poderlo realizar sin anomalías, no siendo este el caso.
Test de Mayo.	La aplicación de esta prueba permitió explorar la morbilidad de las deficiencias cognitivas, ya que es un test especializado para discapacidad intelectual, lo que permitió conocer si se trató de casos leves, moderados o profundos.	Los resultados encontrados a los 6 pacientes evaluados, fueron deterioro mental grave, deterioro mental leve y deterioro mental límite.	Lo dicho nos permitió identificar la presencia de discapacidad intelectual grave, mientras que existieron otros que se encontraron dentro de lo limítrofe o con presencia leves, sin embargo, estos fueron visibles debido al nivel de razonamiento, comprensión y

---

lenguaje, información obtenida mediante uso de las otras pruebas señaladas. las pruebas no pudieron ser entregadas a los representantes para que puedan llevárselas a sus respectivos hogares, pues tan solo tenían acceso a las pruebas con sus respectivos resultados en el preciso momento de la devolución

---

Elaborado por Luis David Arias & Sharon Rovira.

**Tabla 2: Formato de registro semanal.**

Actividad desarrollada	Fecha	Objetivos	Responsable	Participantes	Resultados
Entrevistas iniciales.	De 3/07/2023 a 21/07/2023	Conocer los motivos de consulta, el estado actual y la sintomatología del paciente.	Practicante con supervisión del Psicólogo del centro de salud.	Usuarios del centro de salud público en edades de entre 03 a 22 años.	Familiares de los mismos refirieron que presentaban anomalías con respecto al desempeño académico, debido a disfunciones en el área cognitiva, sumado a ello, se presentaron casos en los que dicha problemática afectó de manera significativa en la vida rutinaria

---

---

					de los pacientes, afectando la autonomía de estos.
Aplicación de pruebas.	De 24/07/2023 a 11/08/2023	Explorar el estado cognitivo de los evaluados, para reconocer una posible discapacidad intelectual y su morbilidad o un retraso en el desarrollo en las áreas personal-social, motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje, la madurez visomotora, así como la valoración de la congruencia en cuanto a la edad mental con la cronológica, mediante la aplicación de los test de Raven, Bender, Denver y Mayo.	Practicante con supervisión del Psicólogo del centro de salud.	Usuarios del centro de salud público en edades de entre 03 a 22 años.	Dentro de los resultados observados se encontraron criterios diagnósticos en los que se ubicó a los evaluados como Inferior al término medio (rango IV+); inferior al término medio (rango IV); término medio (rango III-). Deficiente (rango V) con un valor del percentil de 3, correspondiente a un C.I.de 70; inferior al término medio, con un valor del percentil de 6, correspondiente a un C.I.de 75 (rango IV); inferior al término medio, con un valor del percentil de 25, correspondiente a un C.I.de 88 (rango IV). Al igual que retrasos en el desarrollo social y del habla, en el desarrollo viso motor,

---



---

					sumándose la determinación de incongruencias en cuanto a edad mental con edad cronológica.	
Exploraciones de los antecedentes personales y familiares.	De 14/08/23 a 25/08/2023	Identificar Factores biológicos, congénitos, crianza, socioeconómicos, emocionales, de salud que influyeron en el periodo de gestación, pre y postparto, con relación al correcto desarrollo del infante mediante una entrevista con las madres de los evaluados.	Practicante con supervisión del Psicólogo del centro de salud.	Familiares y/o tutores de los evaluados.	Se detectó la presencia de algunas anomalías en estas áreas, tales como problemas de salud mental, física, discapacidades intelectuales, consumos problemáticos de alcohol y drogas, conductas antisociales en individuos ligados de forma sanguínea a los evaluados, así como retrasos en el desarrollo en la etapa de la infancia de los mismos.	
Devoluciones.	De 28//08/2023 a 11/09/2023	Comunicar de forma clara y asertiva los resultados obtenidos, como respectivos diagnósticos de cada uno de los	de y los así los de los	Practicante con supervisión del Psicólogo del centro de salud.	Familiares y/o tutores de los evaluados.	Se pudo constatar reacciones pasivas ante la notificación de los distintos resultados, en los que efectivamente se hallaron

---

---

evaluados a sus familiares y/o tutores.	retraso mental F70-F79; trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje F80; trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar F81; trastorno específico del desarrollo psicomotor F82; trastorno específico del desarrollo mixto F83; trastornos generalizados del desarrollo F84, criterios usados por el CIE 10.
---	--

---

Elaborado por Luis David Arias & Sharon Rovira.

**Tabla 3: Ficha de recuperación de aprendizajes.**

<b>Formato de ficha.</b>
<p>Título: Proceso de detección de discapacidad intelectual.  Nombre: Luis David Arias y Sharon Rovira.  Institución: Un centro de salud público en Durán.</p> <p>a) Contexto de la situación: Proceso de detección de discapacidad intelectual en usuarios de un centro de salud público de Durán, llevado a cabo durante la prácticas preprofesionales durante el periodo de la 4ª semana de junio a la 2ª semana de septiembre del año 2023, como parte de la fase inicial del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilidad de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional.</p> <p>b) Relato de lo que ocurrió: Durante la realización de las prácticas pre profesionales en el área de Psicología, en un centro de salud público de Durán se llevaron a cabo procesos evaluativos a usuarios de la institución con el propósito de detectar la presencia de alguna anomalía en el área cognitiva de esto, en referencia a la discapacidad intelectual. Para lo cual, requirió en primera instancia, emprender una etapa de preparación, capacitación y ambientación en relación a la atención psicológica a pacientes, y por supuesto, con lo referente a los instrumentos psicométricos a emplearse, tarea realizada por medio de la participación del psicólogo de planta de la institución receptora hacia el practicante, dentro de los elementos abordados se encontró la metodología para establecer rapport, puesto que lo dicho permitió entablar comunicación con los usuarios de una manera más abierta y participativa, guiada desde la empatía.</p> <p>Comprendido aquello, se procedió a esclarecer todo con lo referente a la primera entrevista, para lo cual se necesitó que el practicante brinde acompañamiento al psicólogo de planta en este proceso durante la atención de usuarios del centro de salud, previo a esto, se procedía a presentar y a indicar el motivo de la presencia del practicante en la institución, seguido, se le solicitaba al usuario su consentimiento sobre la presencia de este, de este modo se garantizaba que dicha participación no aminoraría el nivel de participación del paciente, ni que genere un entorno tenso, destacándose que estos accedieron sin ningún inconveniente, salvo en casos de extrema discreción en donde el proceso terapéutico ya se encontraba establecido debido a problemáticas emocionales de significativa morbilidad. Retomando, este periodo de acompañamiento no se trató de una actividad pasiva, puesto que el practicante en todo momento se encontró realizando anotaciones de la información proporcionada tanto por el psicólogo, como por el paciente.</p> <p>Finalizadas las entrevistas, se procedía la elaboración del análisis de la información. Como proceso de aprendizaje se le pedía al practicante que refiera el motivo de consulta del paciente, basándose en lo expresado por este, por la información registrada y por el análisis de la misma, de igual mismo se le pedía el estado actual del paciente, la sintomatología, las hipótesis de las posibles causas y un diagnóstico presuntivo desde el la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). En cuanto a la información de cada uno de estos parámetros, referidos por el practicante, el psicólogo brindaba su retroalimentación, pues indicaba que elementos estaban correctamente determinados, mientras que de aquellos que no, brindaba la respectiva rectificación.</p>

El siguiente paso a realizar, fue el manejo de la plataforma PRAS, misma en donde se registraba de manera detallada todo lo obtenido durante la entrevista, así como la designación de hipótesis y diagnósticos presuntivos. Una vez que se identificó la habilidad del practicante por encarar esta etapa, se le dio la oportunidad de realizarla en solitario, sin embargo, el psicólogo de planta se mantendría fuera del consultorio atento a cualquier anomalía o requerimiento tanto del paciente, como del practicante, recurso utilizado en su totalidad en dos tipos de circunstancias, la primera se debía que en ocasiones los usuarios solicitaban un certificado que les permita presentar en sus trabajos, instituciones educativas, para justificar sus ausencias a dichos establecimientos, mientras que otras de las circunstancias, era en cuanto a agendar la próxima cita, acto realizado exclusivamente por el psicólogo, salvo en ocasiones que este por motivos de fuerza mayor tuvo que retirarse antes de su hora de salida.

Todo este periodo no representó mayores dificultades, se pudo realizar en un breve lapso de tiempo. Por ello y gracias a que se empezaron a evidenciar casos en donde la demanda estaba ubicada sobre la exploración de las anomalías cognitivas de los usuarios, la capacitación tomó otro rumbo, por ello, a media que se hacían presentes cada uno de ellos, el psicólogo brindaba información a los instrumentos psicométricos, de igual forma, durante la atención a los pacientes, ya que mientras lo hacía, les aplicaba las pruebas, acto observado y analizado por el practicante, posterior a cada una de las atenciones, se reforzaba lo visto con material teórico otorgado por los manuales de aplicación disponibles en el centro de salud, en el área de psicología. De igual forma que en las entrevistas, al detectarse el dominio de esta competencia, se lo designó al practicante la tarea por sí mismo, en la que tuvo que aplicar los test de Raven, Bender, Denver y Mayo en el contexto de detección de discapacidad intelectual, sumando a la calificación e interpretación de cada uno de ellos.

En cuanto a la exploración de antecedentes y devolución, fueron procesos casi automáticos, ya que la primera etapa mencionada, se daba mediante la lectura de preguntas preestablecidas en el sistema PRAS, mismas que eran dirigidas al familiar o tutor del evaluado, a lo sumo, se necesitó habilidades para establecer el rapport y la entrevista, habilidades ya aprendidas con anterioridad. Mientras que la devolución se trataba de una comunicación asertiva de los resultados encontrados, sumado la interpretación y a las recomendaciones previamente analizadas.

- c) Aprendizaje: Durante todo este periodo se pudieron resaltar varios aprendizajes obtenidos, así como el fortalecimiento de aquellos recursos ya presentes. En primer lugar se pudo obtener una mejor y más completa metodología de abordaje al paciente, en el que se recurre a la indagación integral de la información, sabiendo destacar aquella que cuenta con relevancia con relación a la problemática observada, sin dejar de mencionar los elementos asociados a esto, como lo fueron las estrategias de comunicación, análisis, observación e interpretación, sin dejar de lado el obvio proceso de aplicación de evaluación usados, en el que no tanto solo se limitó a la praxis de lo mismo, pues se hicieron uso de aspectos personológicos, como fue la empatía, la paciencia y la comunicación asertiva. En consideración con aquello, es que se puede poner de manifiesto que lo destacado durante la presente sistematización de experiencias proporcionará una visión más detallada sobre el proceso de detección de discapacidad intelectual, en el que se resaltan tanto las experiencias favorecedoras como aquellos que representaron obstáculos, todo con miras a nutrir una exploración fuera de lo meramente metodológico, sino en el que se incluye lo anecdótico, de esta manera se beneficiará no

tan solo el área de psicología clínica y profesionales de la salud mental delimitados a este rubro, sino también se proporcionará un mejor entendimiento de los usuarios con discapacidad intelectual, lo que a su vez aportará a futuros proyectos académicos, como a la elaboración de políticas públicas.

- d) **Recomendaciones:** En cuanto a este apartado, se debe mencionar que como requerimiento esencial de aquellos que tengan en mira llevar a cabo un proceso de similar naturaleza, es el de evitar caer en el sesgo cognitivo que ubica al conocimiento teórico como único factor determinante durante la práctica clínica, con esto no se desmerece al conocimiento científico usado en la psicología, al contrario, se reconoce su alto valor en el proceso evaluativo, sin embargo, es común caer en el error en una extrema práctica metódica, en la que se deja de lado que lo observado y evaluado, es un individuo, mismo que experimenta procesos mentales y emocionales tan complejos como cualquier otro, claro, ello no significa que se debe abandonar la objetividad y establecer tratos fraternales o de camaradería con los pacientes, sino más bien en poder usar las habilidades de observación para determinar factores que podrían estar interviniendo en la ejecución de las pruebas, mismas que servirán en el análisis e interpretación de los resultados, puesto que debido a estados emocionales alterados, malas condiciones físicas, falta de motivación o incluso cansancio, la exploración podría verse afectada, dentro de lo que cabe el trato del evaluado de parte del evaluador.
- e) **Palabras claves:** Evaluación, detección de discapacidad intelectual, prácticas preprofesionales, test, análisis, interpretación.

## **IX. JUSTIFICACIÓN.**

El plan ministerial denominado “Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilitación de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional”, fue puesto en ejecución debido a que la presencia de discapacidades en el territorio nacional, corresponde a una problemática significativa, pues de acuerdo al “Registro Nacional de Discapacidades del MSP, a septiembre del 2023, existían 480.776 personas con discapacidad calificadas, lo que representa el 2,6% de la población del país” (informativo, 2023, pág. 2). Cifra de la cual, el 23% (112.242) corresponde a la discapacidad intelectual (informativo, 2023), en función de ello, el Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante este programa, busca brindar acceso a ayudas técnicas y de atención integral a las personas con esta condición (Pública, 2023). Sin embargo, es menester resaltar que lo llevado a cabo comprendió únicamente a lo referente de la etapa de detección, misma que estuvo guiada bajo el objetivo de identificar la población que contaba con una discapacidad intelectual, con el propósito de identificar la morbilidad de mayor significancia dentro del grupo poblacional atendido. Proceso del cual se obtuvo diversos resultados, en los que se logró determinar en su mayoría, la presencia de discapacidad intelectual leve y moderada, lo que permitió esquematizar redes de apoyo en las que se involucraría de forma activa a la comunidad y sus familiares, contribuyendo de esta forma al establecimiento de procesos de salud desde una mirada integral en la que el área clínica de salud mental, funge como eje principal.

## **X. CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS.**

Dentro del grupo poblacional de los usuarios a la institución receptora con lo correspondiente a la detección de discapacidad intelectual, se encontraron niños con rangos de edad de entre los 4 a 11 años de edad, de origen étnico variado, contando en su mayoría

con usuarios identificados como mestizos y en poco porcentaje niños indígenas, en cuanto al nivel académico, en su mayoría se encontró con infantes escolarizados, mismos que fueron referidos de sus respectivas instituciones educativas al centro de salud debido a problemas de aprendizaje, mientras que aquellos que no contaban con edades necesarias para estar ubicados dentro de la escolarización, eran llevados por sus padres debido a preocupaciones por el desarrollo de los mismos, estos infantes contaban con realidades socioeconómicas distribuidas entre la clase social baja y media baja. Otro de los grupos etarios hallados, fueron adolescentes y adultos, ubicados en rangos desde los 12 años hasta los 22 años, dentro de este grupo, la escolaridad era la educación media y superior, con características étnicas descritas como mestizas, mientras que en su mayoría se ubicaron dentro de la clase social media baja, destacando entre ellos una usuaria con educación primaria aun cuando se encontraba atravesando la adolescencia, misma, que convivía junto a sus padres quienes se dedicaban al cultivo en una localidad sub-urbana, designados en condiciones de pobreza, de manera similar, se halló un adolescente, mismo que contaba con notables dificultades de aprendizaje, razonamiento y del habla, disfunciones reportados por las institución educativa en la que cursaba el bachillerato y sus padres, este experimentaba múltiples carencias, entre ellas la económica, debido a que sus progenitores no contaban con empleo estable y se dedicaban al reciclaje, oficio que no les permitía obtener suficientes ingresos para brindar un ambiente de desarrollo óptimo debida la pobreza extrema en la que se encontraban. Para concluir podemos señalar que este programa de salud pública estaba dirigido para todas las edades, pero quienes participaron más en este proceso detección fueron los niños.

## **XI. INTERPRETACIÓN.**

Por medio de la elaboración de la presente sistematización de experiencias se pudo realizar un análisis de los resultados obtenidos de los test de Raven; Denver; Bender y Mayo,

los cuales fueron utilizados en el proceso de detección de discapacidad intelectual en usuarios/as de un centro de salud público en Durán, con en el que se identificó la presencia de esta condición en varios de los 20 usuarios evaluados. Este contexto permitió destacar diversas situaciones, condiciones y reacciones significativas dentro de lo evidenciado en el periodo de junio a septiembre del 2023.

Puesto que en primera instancia se presencié una variable cantidad de reacciones de parte de los usuarios ante la participación en dicho proceso, esto principalmente por la diversidad de edades, contextos familiares y psicosociales, pues estuvieron presentes pacientes con edades desde los 3 años, hasta aquellos que rondaban los 22 años. Previo al proceso evaluativo se denotaron actitudes de intranquilidad, mientras que durante la ejecución a las distintas pruebas se mostraron reflexivos, rápidos, dispuestos, interesados, tranquilos y seguros, esto contando a todos los grupos de edades, mientras que en menor medida se presencié actuaciones lentas, distraídas, con signos de fatiga, desinterés, intranquilidad y vacilantes, principalmente en pacientes cuyas edades resultaban muy tempranas, mismos que no pasaban los 6 años de edad, mientras que también lo dicho fue visto en sujetos que contaban con edades más avanzadas, lo que posibilitó la comprensión del nivel de dificultad que representó las pruebas para ellos, permitiendo aquello anticipar los resultados de la presente y futuras pruebas.

En referencia a ello, los padres de los evaluados se mostraron colaborativos en cuanto al proceso de evaluación, ya que desde un inicio fueron estos quienes se acercaron a la institución de salud con el propósito de obtener respuestas que expliquen las anomalías de sus hijos, lo dicho fue evidenciado gracias a la disposición que mostraron para a ofrecer la información necesaria previo a las pruebas, dícese durante la primera entrevista, otro de los aspectos que denotaron dicha actitud, fue que debido a requerirse un formato físico de las pruebas y la institución receptora al no contar con implementos para la impresión de las



mismas, se les solicitaba que saquen copia de los únicos formatos físicos que existían dentro del departamento de psicología, pues servían de modelo para ello, lo cual hicieron sin ningún malestar, es más, mostraron diligencia al hacerlo.

Es válido también señalar que el comportamiento de los padres y/o acompañantes ante la noticia de que los pacientes efectivamente contaban con capacidades reducidas ya sea en área intelectual, del aprendizaje o del lenguaje, fue casi en su totalidad serena y tranquila, salvo ocasiones en las que algunos de ellos expresaron una moderada intranquilidad mediante expresiones faciales y verbales, para lo cual se requirió mostrar comprensión y brindar información adecuada sobre la condición y apoyo emocional, ya que se los designó dentro de las categorías de retraso mental F70-F79; trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje F80; trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar F81; trastorno específico del desarrollo psicomotor F82; trastorno específico del desarrollo mixto F83; trastornos generalizados del desarrollo F84; según lo delimitado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), herramienta diagnóstica empleada por el centro de salud, sin embargo, debe considerarse la variabilidad en cuanto a la terminología usada por cada test.

A pesar de ello, vale mencionar que se presentó una circunstancia que llegó a impregnar de tensión al ambiente, dado que por cuestiones menores se llegó a un desacuerdo. Hecho que empezó debido a que una madre de un paciente evaluado fue citada para la etapa de devolución, para lo cual acudió desde tempranas horas a la institución de salud, a pesar de ello, al momento de su llegada, el encargado del departamento de psicología no se encontraba disponible, aquello comunicado por la Lic. En enfermería encargada del área de triaje, razón por la que dicha representante aguardó en la sala de espera a que este se encuentre disponible, sin embargo, su cita estaba delimitada a una hora específica, preocupación que expresar a la enfermera, mientras que esta no pudo darle solución a la misma, pasado un lapso de tiempo

significativo, la enfermera se acercó al departamento de psicología para informar la presencia de dicha persona, agregando que olvidó mencionarlo desde la llegada de la madre del evaluado, al cual el encargado del área de psicología le comunicó que la hora de la cita llevaba mucho tiempo de haberse pasado sumado que estaba a poco de recibir a otros pacientes, para lo que la enfermera expresó su responsabilidad ante aquello, el encargado del departamento de psicología refirió llamarla finalmente, al ella ingresar, comunicó su largo tiempo de espera, situación que desencadenó una pasiva y breve discusión, a pesar de ello se llegó a usar un tono de voz ligeramente elevado. Pasados unos instantes, se pudo apaciguar la situación, lo que permitió que se le informe de manera adecuada la devolución.

Por otra parte, otras de las anomalías experimentadas se debe a que se pudo reconocer una discrepancia entre el proceso de evaluación y clasificación de discapacidad intelectual utilizado por parte de la institución receptora, con el paradigma actual sobre esta temática, puesto que para una adecuada calificación sobre ello, se debe considerar otros aspectos fuera de lo meramente cognitivo, factores como el nivel de adaptabilidad, autonomía, funcionamiento y participación que posea el individuo con relación a su contexto, incluyendo su interacción social (Antequera, y otros, 2008). Sin embargo, lo dicho no fue puesto en consideración, aun cuando se hicieron presentes casos en los que los evaluados indicaban mantener un estilo de vida equilibrado en consonancia con los elementos anteriormente mencionados. Considerando que “estos factores interactúan con la persona con una condición de salud y determinan el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona” (CIF, 2001, pág. 4). Planteamiento compatible con lo evidenciado, ya que pese a haber existido evaluados que fueron designados con un diagnóstico clínico en función de una discapacidad, mantenían una vida social activa, desempeñaban sus actividades personales y rutinarias con total autonomía, incluso, uno de ellos realizaba tutorías académicas a estudiantes de primaria y bachillerato, sumado a que se encontraba cursando la educación

superior.

No siendo este el único tropiezo dentro de la experiencia, puesto que uno de los requerimientos para la aplicación de instrumentos psicométricos es el mantener un entorno adecuado, lejos de elementos distractores que interfieran en la comprensión y la ejecución de la prueba, para lo cual se requiere de un espacio físico que propicie la privacidad entre el evaluado y el evaluador (Elosua, 2021). Mientras que esto no fue posible dentro del proceso de evaluación en la institución de salud, pues este contaba con condiciones físicas opuestas a ello al ser un espacio reducido, por lo que el ruido y demás sonidos provenientes de fuera del consultorio, incluso de la propia institución, invadía el entorno. Sumado a esto, no se hizo uso de consentimientos informados. Siendo este recurso, otro de elementos requeridos, además se remarca la necesidad de implementar sistemas de apoyo adicionales, especialmente en casos de discapacidad y deterioro cognitivo (Elosua, 2021), destacándose la falta de ello, aun cuando justamente esta era la condición de los evaluados. Por lo que las consecuencias de desestimar la influencia de estos factores, pudieron ser repercusiones negativas en la confiabilidad de los resultados obtenidos (Argibay, 2006), ergo, en la designación de la existencia de una discapacidad intelectual.

Haciendo a un lado los aspectos desfavorables, es justo por lo tanto, describir aquellas que resultaron beneficiosas y consolidaron el proceso tanto de evaluación, como de aprendizaje, entre las más significativas se encuentra la disposición del psicólogo de planta en cuanto a capacitar al practicante sobre los parámetros de cada una de las pruebas, en el proceso de abordaje a los pacientes, en la exploración e interpretación de la información, así como la identificación de la influencia de los factores de riesgo y de protección en las anomalías de los pacientes, sin dejar de lado la presencia de un ambiente de cordialidad, en donde la cooperación era evidente, al igual que los buenos vínculos sociales entre los distintos profesionales de la salud del establecimiento, pues mantenían comunicación

constante, guiada principalmente desde la camaradería y el respeto, contribuyendo a un mejor desenvolvimiento del practicante en el área clínica y de la psicometría.

## **XII. PRINCIPALES LOGROS DEL APRENDIZAJE.**

En cuanto a lo aprendido durante la realización de la sistematización de experiencias, se sobrepone lo concerniente a la recolección y registro de información sobre el proceso de detección de discapacidad intelectual en usuarios/as de un Centro De Salud público en Durán del periodo 2023, con lo cual se logró señalar y definir conceptos relevantes al tema, de igual forma, ello permitió la contextualización de los usuarios y sus circunstancias, lo que dio pie al análisis de las distintas etapas de la evaluación, permitiendo evidenciar los pormenores en la realización de la misma, focalizándose en la vivencia obtenida.

Este proceso permitió contar con la experiencia de primera mano en cuanto al ejercicio del área clínica, hecho que trajo consigo la vinculación de lo teórico con lo práctico, para lo cual se requirió el aprendizaje en materia de lo dicho, constando entre ello la metodología para la de intervención, constituido por la habilidades de interpretar, señalar, informar y recomendar dentro de la entrevista psicológica, sumado a ello, fue necesario la adherencia de aptitudes como la escucha activa, ejecución de preguntas exploratorias eficaces, observación exhaustiva, indagación del motivo de consulta en relación a la demanda de los pacientes, formulación de hipótesis y diagnóstico.

Dinámica que se efectuó de manera satisfactoria, en gran parte gracias a la información previamente adquirida durante la etapa de formación académica, puesto que se pudo poner en relevancia marcos teóricos de otras ramas de la psicología además de la clínica, especialmente la educativa, en cuanto a la comprensión de trastornos del aprendizaje y demás problemáticas en el contexto académico y la del área social, en lo referido a la identificación de factores ambientales que influyeron en la presencia y desarrollo de la

discapacidad intelectual .

Sin embargo, ello no significa que no hayan existido limitaciones y situaciones desfavorables, pues al ser la institución receptora una unidad de tipo A, su capacidad se encontraba limitada a la atención básica, sin dejar de lado su gran antigüedad, el reducido espacio de sus instalaciones y falta de recursos, no contándose con un sistema de ventilación apropiado, las esponjas de las sillas usadas por los profesionales contenían agujeros, además de no contarse con suficientes para uso de los pacientes, pues en cuyos casos en los acudían dos usuarios a la vez, se le otorgaba un banquillo de plástico a uno de ellos para que pueda sentarse, mientras que en aspectos de seguridad se dejaba bastante que desear, pues pese a contarse con guardianía privada, el sector era característico por su gran índice delincencial y aunque el centro de salud se encontraba justo al lado de un UPC, realmente no hacía ninguna diferencia, pues se encontraba en desuso y abandonado.

Otro aspecto a señalar, es que la sala de espera se encontraba en un área común junto con enfermería y medicina familiar, además en varias ocasiones se experimentó la falta del servicio de internet, extendiéndose incluso a días enteros, lo que causaba que la atención en ciertas especialidades de salud se paralice, pues era indispensable este recurso, ya que toda la información registrada y de consulta era obtenida mediante la plataforma PRAS, misma a la cual se accedía únicamente vía online, otra de las falencias en cuanto a recursos fue la falta de impresoras, siendo este un elemento de gran necesidad, especialmente para la impresión de las pruebas psicométricas a usarse, con respecto a esto último, ha de señalarse que los test empleados no fueron suficientes para una completa y exhaustiva detección de discapacidad intelectual, sin embargo, el departamento de psicología no con todos lo necesarios.

A pesar de ello, pudo rescatarse aspectos positivos de esta experiencia, principalmente aquellas ligadas al trato y acogimiento de parte de todos y cada uno de los colaboradores del centro de salud, este no era impartido únicamente a los múltiples

practicantes de las demás áreas de la institución, este se extendía a los usuarios y a los miembros de la comunidad, pues era común observar la interacción entre estos dos grupos. Todos estos aspectos, tanto positivos como negativos pudieron repercutir en el proceso de evaluación, ergo, en los resultados, por lo que de extrapolarse la información obtenida en la experiencia a circunstancias similares, es menester efectuar cambios estructurales, en primer lugar, disponer de ambientes adecuados que limiten la interferencia entre elementos distractores con el proceso de detección, sumado a la adquisición de más instrumentos de medición en relevancia a la temática descrita, también, requiriéndose también elementos innovadores durante esta intervención, pues estos no fueron efectuados, mientras que dentro de los elementos a mantenerse sería aquello lo relacionado a la atención.

Puesto que este último elemento mencionado que generó impactos positivos a la práctica, ya que facilitó el establecimiento de condiciones favorables en el trato con el paciente, gracias a ello se evidenció una mayor colaboración de parte de los usuarios, mayor tolerancia en cuanto a las condiciones físicas de la institución y a los tiempos de espera, sumado a que, gracias a la capacitación previa en cuanto a la metodología de intervención y evaluación, de parte del practicante, este proceso pudo ser llevado sin anomalías, ya que fue posible darles respuestas apropiadas a las dudas que surgían mediante ello, generándose sentimientos de confiabilidad tanto hacia el evaluador como hacia el proceso de detección, traduciéndose en una experiencia positiva para los usuarios del departamento de psicología del centro de salud.

En cuanto a los resultados de este proceso, se vislumbra la obtención de información de gran valía en cuanto a la concientización y divulgación de la discapacidad intelectual, fomentándose así la sensibilización hacia estos temas, hecho que permitió tener bajo consideración los factores de riesgo que posibilitaron la presencia de esta condición en la población, por medio de la descripción de los logros y desafíos en el proceso de detección de

discapacidad intelectual en usuarios/as de un centro de salud, para futuras intervenciones por parte de nuevos practicantes, por ende, dándose de esta manera aclara el cumplimiento del objetivo establecido, representando un mejor desarrollo en el manejo y análisis de los instrumentos de evaluación como de sus resultados, dentro de la práctica psicológica en general.

### **XIII. CONCLUSIONES**

- Se puede concluir que la presencia de los problemas cognitivos evidenciados en los usuarios evaluados, estuvieron determinados por anomalías en la etapa de gestación, y posterior a esta, ligadas a la falta de acceso a recursos económicos y de salud.
- La ausencia de la estimulación temprana en el área cognitiva durante los primeros 6 años de vida de los usuarios evaluados, sumado a las condiciones inapropiadas del entorno, repercutieron en un inadecuado desempeño en este campo.
- La influencia de factores hereditarios tuvieron presencia en algunos de los usuarios evaluados cuyos diagnósticos estuvieron ligados a la discapacidad intelectual, ya que varios de sus familiares sanguíneos, tuvieron condiciones similares.
- Existió gran variedad de usuarios atendidos en este proceso, pero se identificó que el grupo etario evaluado que contó con mayores diagnósticos de discapacidad intelectual, fueron aquellos que se ubicaron entre los 11 a los 16 años de edad.

### **XIV. RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda un programa de capacitación a la comunidad usuaria del centro de salud, en el que se aborde los riesgos asociados a las etapas críticas del periodo de gestación con respecto a la salud general del infante.
- Informar a la comunidad usuaria del centro de salud sobre la relevancia de los primeros 6 años de vida del mismo con relación a su desarrollo integral, dejándose en

claro los aspectos positivos tanto a corto como a largo plazo, como producto de ello.

- Prevenir e informar a la comunidad usuaria del centro de salud usuaria del centro de salud, con respecto a las anomalías en salud y desarrollo debido a factores genéticos y hereditarios.
- Asesorar a la comunidad usuaria del centro de salud, sobre las señales tempranas que denoten una anomalía cognitiva en infantes, a fin de que sepan reconocerlas y solicitar atención especializada en casas de salud.



## BIBLIOGRAFÍA.

Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., Calderón Espinosa, M. T., Cruz García, A., Cruz García, P. L., García Perales, F. J., . . . Orellana Rodríguez, F. M. (2008). *Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo derivadas de Discapacidad Intelectual*. Junta de Andalucía .

Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. *Cuestiones de validez y confiabilidad*.

Ayuso-Mateos, J. L.-M.-M.-B. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 461-6.

CIF. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF*. Organización Mundial de la Salud.

Dosen, W. I. (2010). *Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*.

Federación Española de Síndrome de Down.

Elosua, P. (2021). Aplicación remota de test: riesgos y recomendaciones. *Papeles del psicólogo*, 1, 33-37.

Fergusson, M. E. (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Aquichan*, 6(1), 78-91.

Galí Rapún, D. (2018). Intervenciones psicológicas en adultos con discapacidad intelectual y trastorno límite de la personalidad comórbido.

García, C. E. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.

informativo, E. (03 de diciembre de 2023). *el informativo ecuador*. Obtenido de <https://elinformativoecuador.com/2023/12/03/3-de-diciembre-dia-internacional-de->

las-personas-con-discapacidad/

Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos. *Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano–CINDE*.

MSP. (agosto de 2017). *PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCIÓN EN SALUD (PRAS)*. Obtenido de

<https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/MSP-Manual%20PRAS-08-11-2017.pdf>

Muñiz, J. A. (2025). Nuevas directrices sobre el uso de los test: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del psicólogo*, 36(3), 161-173.

Navas, P. V. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 143-152.

Pública, M. (04 de julio de 2023). *salud.gob.ec*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-atencion-integral-a-personas-con-discapacidad-garantiza-la-entrega-ayudas-tecnicas-hasta-el-2025/>

RAVEN, T. D. (1939). Penrose & Raven. *Paidós*.

Salud, O. M. (2008). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)* (Vol. 1). Ginebra: OMS.

Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora*, 30(1), 143-161.

Taylor, S. J. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. *Barcelona: Paidós, 1*.

Trujillo, N. R. (2012). La Capacidad Predictiva De Las Pruebas Psicométricas. *Psico Consult*, 1-5.

UNICEF. (2014). Definición y clasificación de la discapacidad. *Cuadernillo 2*.

Universidades, S. (2021). Investigación cualitativa y cuantitativa: características, ventajas y limitaciones.

Valcárcel, E. C. (2000). Algunas características y posibilidades del test de matrices progresivas de Raven. *Revista Cubana de Psicología*, 17.

Viteri, D. C. (2021). Psicoterapia Online: Aplicación desde una perspectiva cognitivo-conductual. *Revista Scientific*, 6(22), 56-77.

## ANEXOS.

Tabla 3: Cronograma de actividades.

Fecha	Actividad	Participantes	Objetivos	Métodos	Resultados	Observaciones
De 3/07/2023 a 21/07/2023	Primeras entrevistas	20	Conocer los motivos de consulta	Entrevistas	Dentro de esta etapa se recolectó información con respecto a dificultades académicas, cognitivas y comportamentales de parte de usuarios de entre 03 años a 22 años.	A cada participante que acudía a la consulta, se le observaba detenidamente, realizándoles preguntas acerca de sus datos personales y el motivo que los había llevado a buscar atención, constatándose la existencia de resistencias, especialmente en los casos de los adultos, puesto que argumentaban la falta de necesidad de sus presencias en el centro de salud, especialmente con lo referente a anomalías cognitivas, ya que consideraban no experimentar mayores problemas.
De 24/07/2023 a 11/08/2023	Aplicación de pruebas.	17	Esta prueba permite medir habilidades como el pensamiento abstracto, la capacidad para resolver problemas nuevos, la destreza de observación, el razonamiento y las analogías.	Test de Raven	Entre los resultados obtenidos se encontraron diagnósticos: Inferior al término medio (rango IV+); inferior al término medio (rango IV); término medio (rango III-). Deficiente (rango V) con un valor del percentil de 3, correspondiente a un C.I.de 70; inferior al término medio, con un valor del percentil de 6, correspondiente a un C.I.de 75 (rango IV); inferior al término medio, con	Se tenía en cuenta las edades de los pacientes para determinar si se utilizaba la versión diseñada para niños (5 a 11 años) o la destinada a adolescentes y adultos (12 años en adelante).

un valor del percentil de 25, correspondiente a un C.I.de 88 (rango IV).

De 24/07/2023 a 11/08/2023	Aplicación de pruebas.	3	Evaluar el desarrollo en niños durante los primeros seis años de vida, para explorar el estado y un posible retraso en el desarrollo personal-social, motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje.	Test de Denver	Dentro de los resultados obtenidos se constató retrasos en el desarrollo-social y del lenguaje. pacientes evaluados, en otros test fueron detectados con deterioro mental grave, deterioro mental leve y deterioro mental limite.	Durante este proceso de evaluación se solicitó colaboración de parte de los padres de los evaluados debido a la corta edad de los mismos, sumado a que se presentaron conductas de resistencia ante la realización de las actividades que conforman a la prueba, acompañado de llantos y rabiatas.
De 24/07/2023 a 11/08/2023	Aplicación de pruebas.	4	Evaluar la madurez visomotora y explorar la concordancia entre edad mental y edad cronológica en infantes de 5 a 11 años.	Test de Bender.	Se encontró retrasos en el área señalada, al igual que en la edad mental con relación a la edad cronológica.	Se observó la falta de habilidades visomotoras mediante la realización de unos gráficos, los cuales el evaluador le solicitó al evaluado que los copie de unas tarjetas mostradas, lo más parecidos posibles en una hoja de papel.
De 24/07/2023 a 11/08/2023	Aplicación de pruebas.	6	Medir el nivel de morbilidad de la discapacidad intelectual.	Test de Mayo.	Se encontró la presencia de deterioro mental grave, deterioro mental leve y deterioro mental limite.	Esta prueba era utilizada especialmente en pacientes que mostraban grandes rasgos de deficiencias cognitivas, evidenciadas por el modo en que se comunicaban, pues sus vocabularios eran limitados y sus reacciones de respuestas lentas, sumado a la consideración de los resultados de las pruebas

anteriores.

De 14/08/23 a 25/08/2023	Exploración de antecedentes personales y familiares.	20	Identificar factores determinantes e influyentes en el proceso histórico de los pacientes, en el que se incluye el proceso de gestación, periodo post parto, crianza, desarrollo, antecedentes médicos, socioeconómicos, psicológicos, judiciales, de consumo problemático de alcohol y/o drogas, presencia de discapacidades, fallecimientos, tanto del paciente como de los progenitores, de los miembros de la familia con lazos sanguíneos con el evaluado, a fin de reconocer elementos que influyan en el desarrollo de la discapacidad intelectual.	Entrevistas.	Se detectó la presencia de algunas anomalías en estas áreas, tales como problemas de salud mental, física, discapacidades intelectuales, consumos problemáticos de alcohol y drogas, conductas antisociales en individuos ligados de forma sanguínea a los evaluados, así como retrasos en el desarrollo en la etapa de la infancia de los mismos.	Para esta etapa se solicitaba información de la madre del evaluado, en caso de esta no estar disponible por motivos de fuerza mayor, se recurría a u familiar de mayor de cercanía que podía responder estas preguntas.
De 28//08/2023 a 11/09/2023	Devoluciones.	20	Informar a los padres/tutores de los evaluadores los resultados obtenidos mediante el proceso de evaluación.	Comunicación asertiva	Se les comunicó la existencia de los siguientes diagnósticos: retraso mental F70-F79; trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje F80; trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar F81; trastorno específico del desarrollo Psicomotor F82; trastorno específico del desarrollo mixto F83; trastornos generalizados del desarrollo F84, criterios usados por el CIE 10.	La información fue recibida de forma pasiva y calmada, puesto que desde las primeras sesiones se indicó los posibles resultados y los motivos por el cual se daba inicio al proceso de detección de discapacidad intelectual.

**HOJA DE PROTOCOLO DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS.**

**PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN  
ESCALA COLOREADA**

Instituto, Escuela o Clínica \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Forma de aplicación \_\_\_\_\_ Prueba N° \_\_\_\_\_

Fecha de nac. _____	Motivos de la apl. _____
Edad: ____ años ____ meses ____ Grado: _____	Fecha de hoy: _____
Distrito: _____ Escuela: _____	Hora de inic.: _____ Duración: _____
Localidad _____	Hora de fin.: _____

Nº A				Nº Ab				Nº B			
	Tanteos	S	±		Tanteos	S	±		Tanteos	S	±
1				1				1			
2				2				2			
3				3				3			
4				4				4			
5				5				5			
6				6				6			
7				7				7			
8				8				8			
9				9				9			
10				10				10			
11				11				11			
12				12				12			
Punt. par.:				Punt. par.:				Punt. par.:			

ACTITUD DEL SUJETO <i>Forma de trabajo</i>	DIAGNOSTICO			
<p>Reflexiva _____ Intuitiva _____</p> <p>Rápida _____ Lenta _____</p> <p>Inteligente _____ Torpe _____</p> <p>Concentrada _____ Distraída _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Disposición</i></p> <p>Dispuesta _____ Fatigada _____</p> <p>Interesada _____ Desinteresada _____</p> <p>Tranquila _____ Intranquila _____</p> <p>Segura _____ Vacilante _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Perseverancia</i></p> <p>Uniforme _____ Irregular _____</p>	Edad cron.		Puntaje	
	T/minut.		Percent.	
	Discrep.		Rango	
	Diagnóstico			
	Examinador			

## RESPUESTAS DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS.

### CLAVE

Problemas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Series	A	4	5	1	2	6	3	6	2	1	3	5	4
	Ab	4	5	1	6	2	1	3	4	6	3	5	2
	B	2	6	1	2	1	3	5	6	4	3	4	5

## PERCENTILES DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS.

TABLA IV

Percentiles calculados sobre los puntajes obtenidos por 608 alumnos entre 5 y 11 ½ años (inclusive) de la "Dumfries School"

Percentiles	Edad cronológica en años											
	5½	6	6½	7	7½	8	8½	9	9½	10	10½	11
95	19	21	23	24	25	26	28	30	32	32	33	35
90	17	20	21	22	23	24	26	28	31	31	31	34
75	15	17	18	19	20	21	23	26	28	28	29	31
50	14	15	15	16	17	18	20	22	24	24	26	28
25	12	13	14	14	15	16	17	19	21	22	22	24
10	—	12	12	13	14	14	15	16	18	20	20	21
5	—	—	—	12	12	13	14	15	16	17	17	17

## PUNTAJES ESPERADOS DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS.

### NORMAS PARA LA FORMA CUADERNO

TABLA III

Composición del puntaje normal

Puntaje total	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Puntaje esperado para cada serie																												
A	5	5	5	6	7	7	7	7	8	8	8	8	8	9	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	12	12
Ab	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	6	6	7	7	8	8	8	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	12
B	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11



## CALIFICACIONES DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS

De este modo podrá clasificarse al sujeto, según su puntaje, como perteneciente a uno de los siguientes rangos de capacidad intelectual:

RANGO I. *Intelectualmente superior:* si su puntaje iguala o sobrepasa el percentil 95 para sujetos de su grupo de edad.

RANGO II. *Definidamente superior al término medio:* si su puntaje iguala o sobrepasa el percentil 75.

II + si su puntaje iguala o sobrepasa el percentil 90.

RANGO III. *Intelectualmente término medio:* si su puntaje cae entre los percentiles 25 y 75.

III + si su puntaje sobrepasa el percentil 50.

III - si su puntaje es inferior al percentil 50.

RANGO IV. *Decididamente inferior al término medio:* si su puntaje es igual o menor al percentil 25.

IV - si su puntaje es igual o menor al percentil 10.

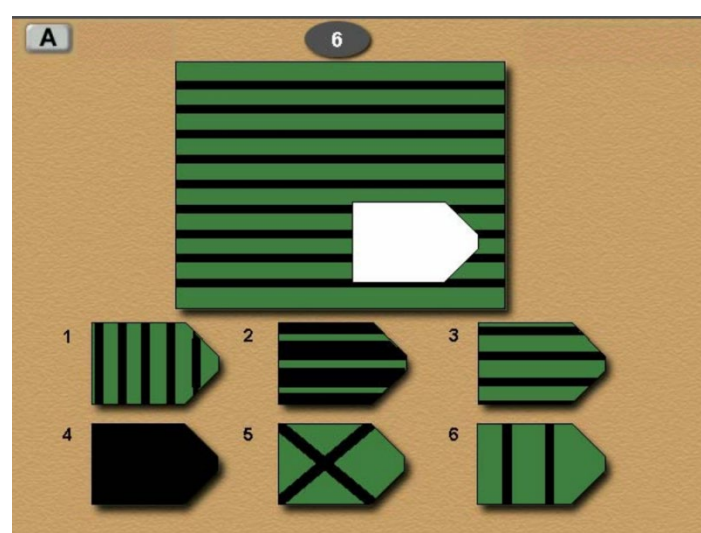
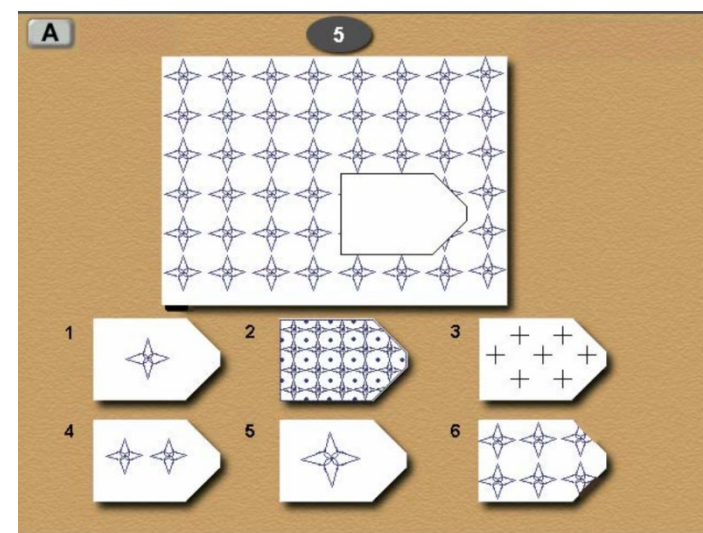
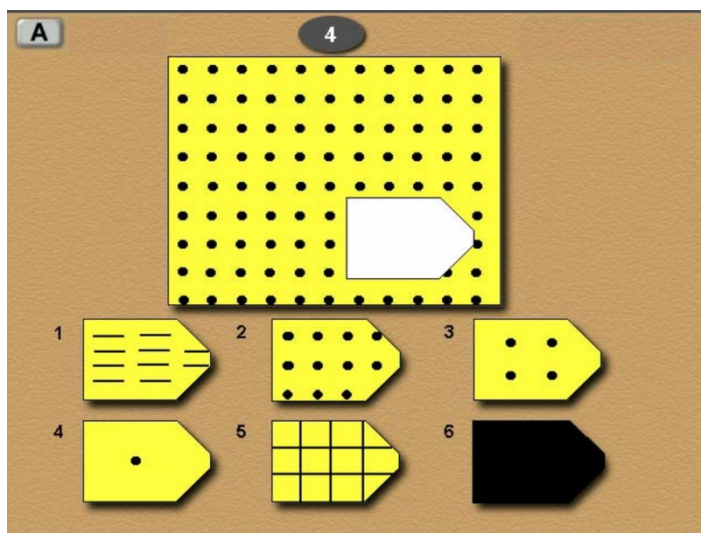
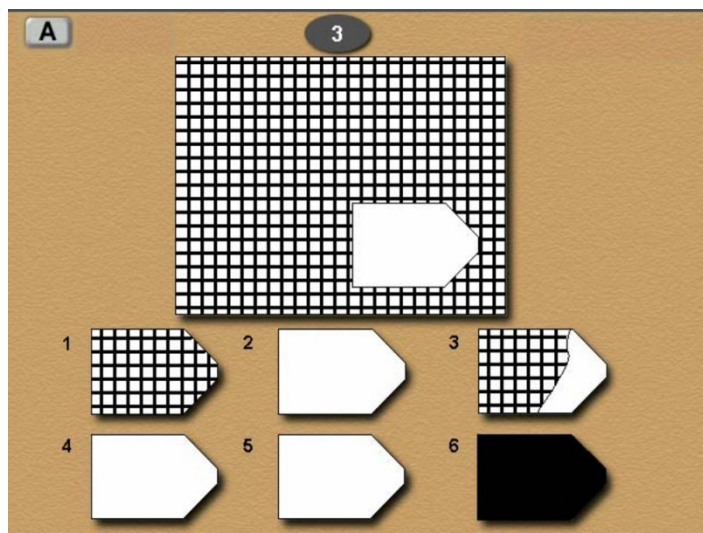
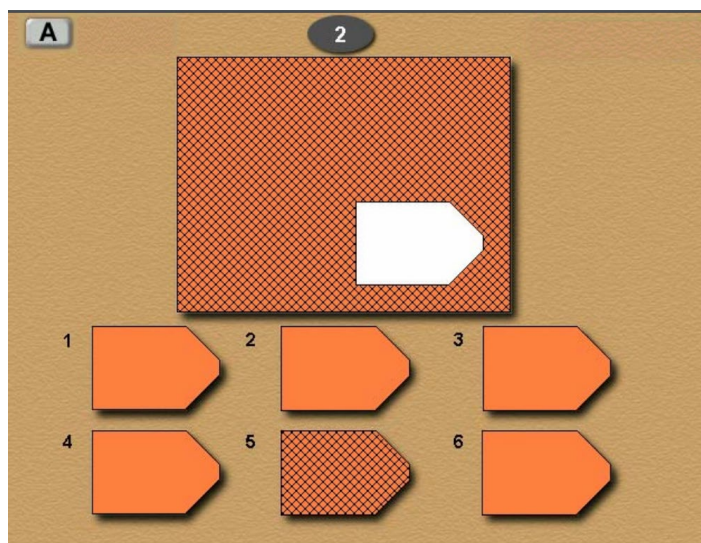
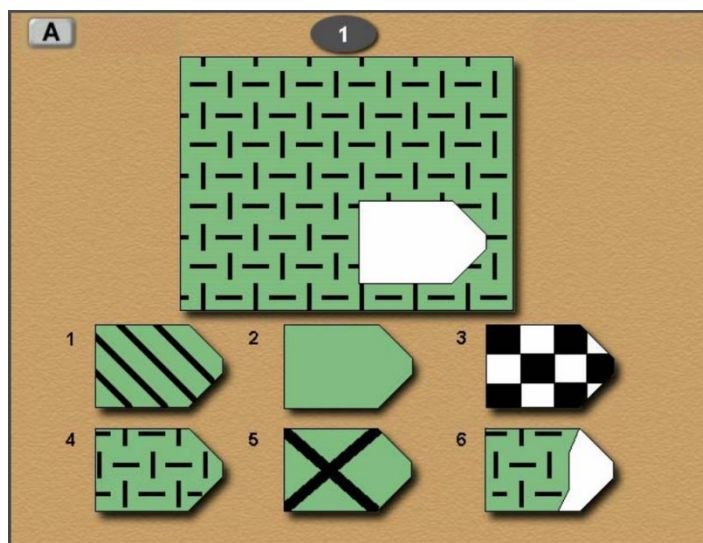
RANGO V. *Intelectualmente deficiente:* si su puntaje es igual o menor que el percentil 5 de su grupo de edad.

Para los niños mayores de 5 años y menores de 10 años, los percentiles correspondientes a la Forma de Tablero figuran en la Tabla II y para la Forma de Cuadernillo en la Tabla IV.

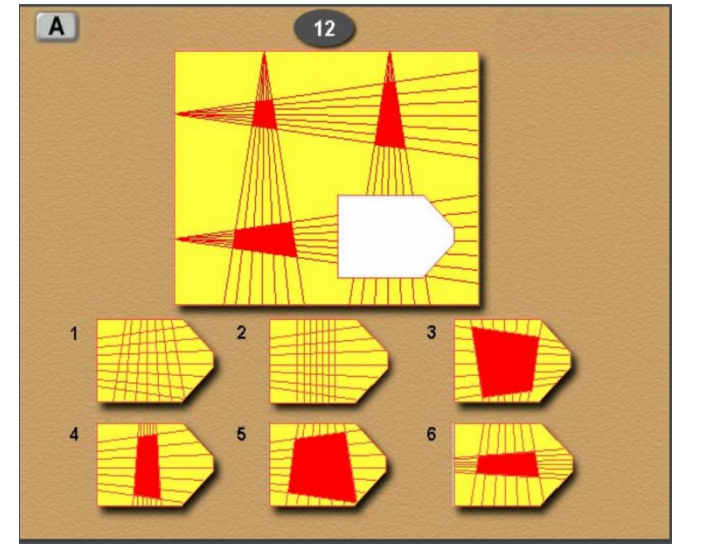
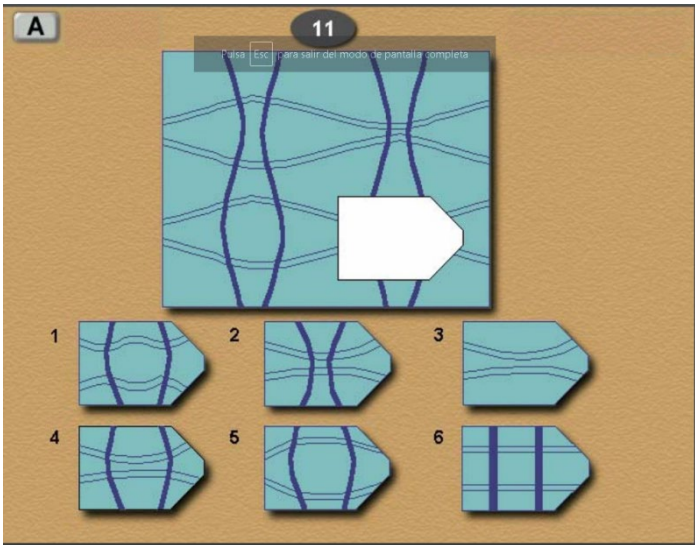
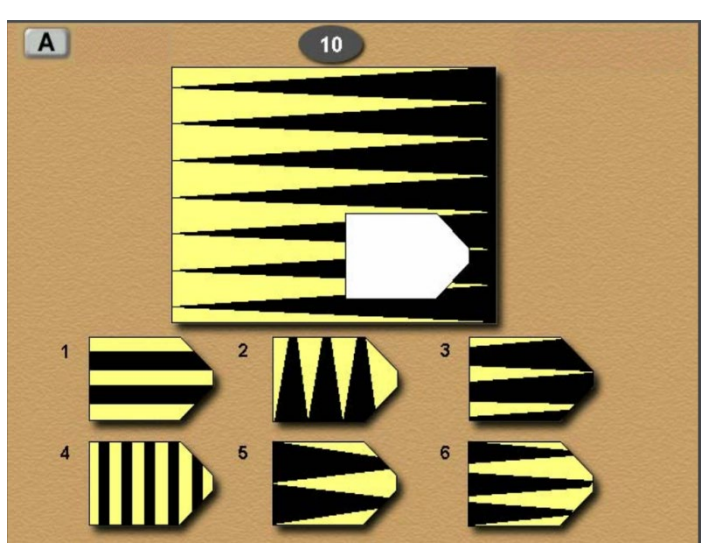
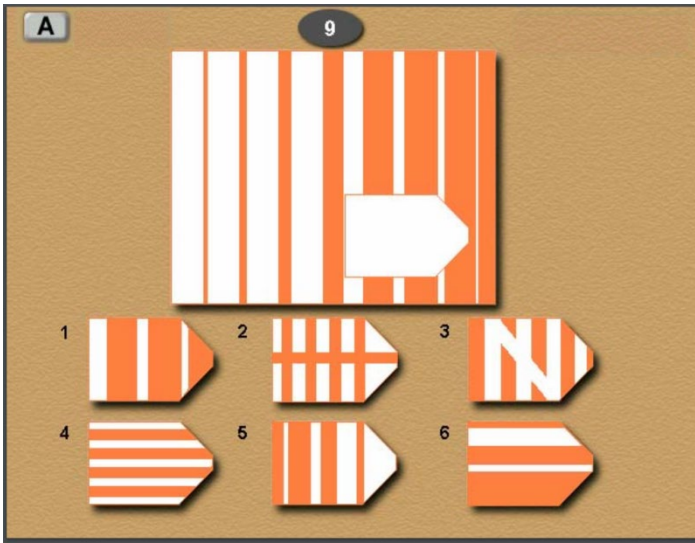
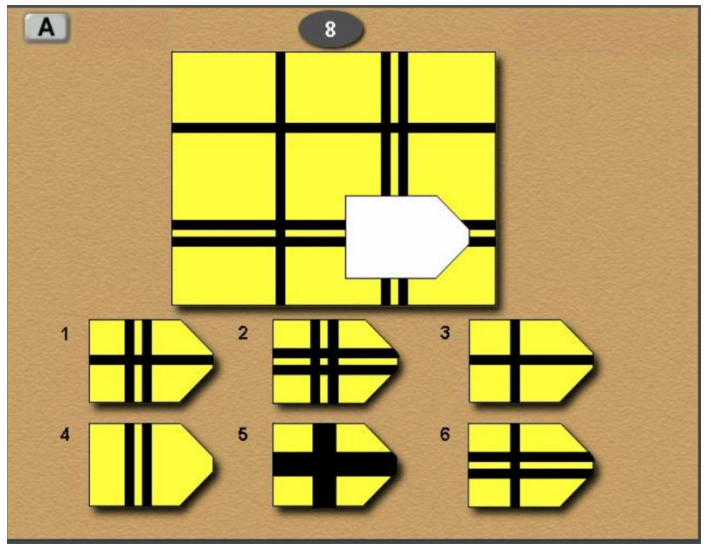
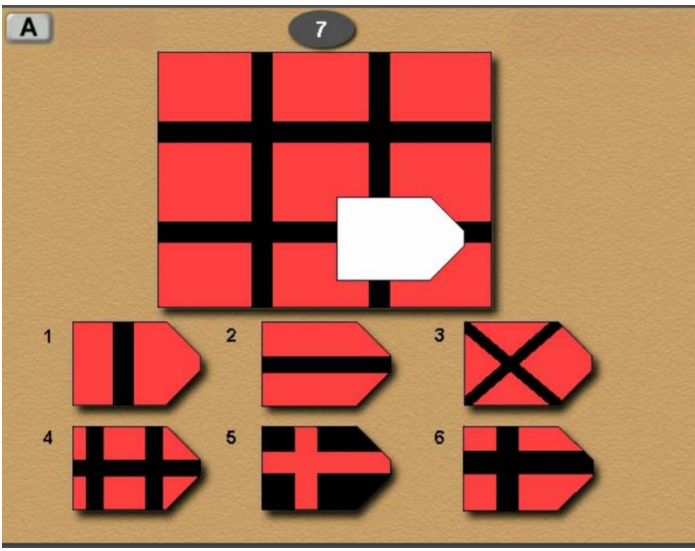
La consistencia de la evaluación, de puntaje total y de rango alcanzado quedan resumidos convenientemente como sigue:

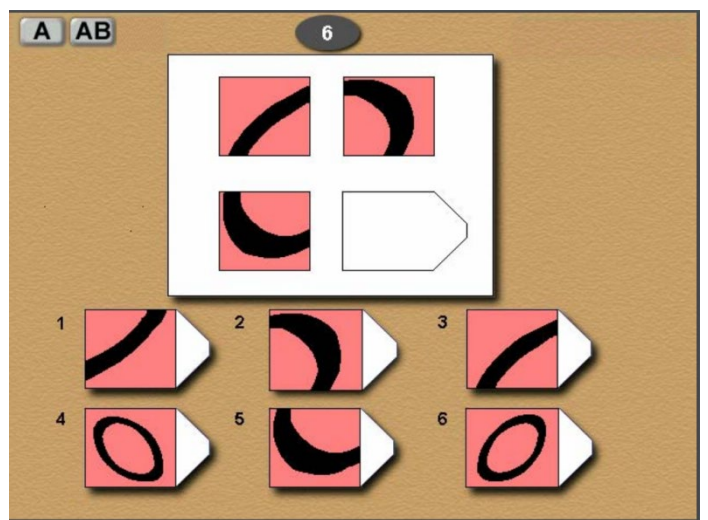
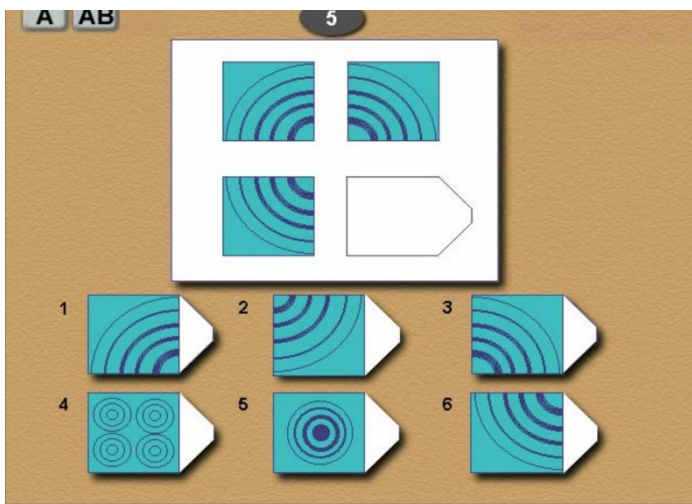
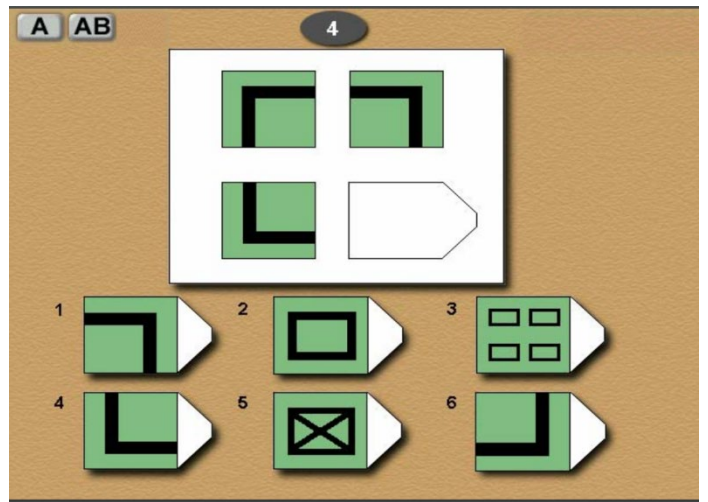
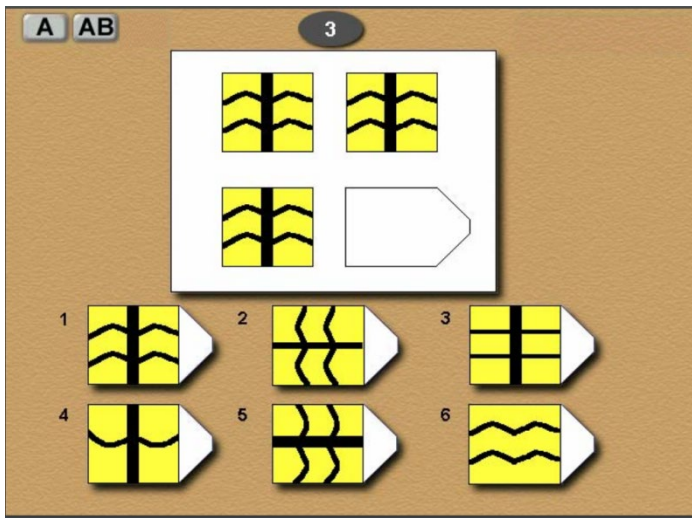
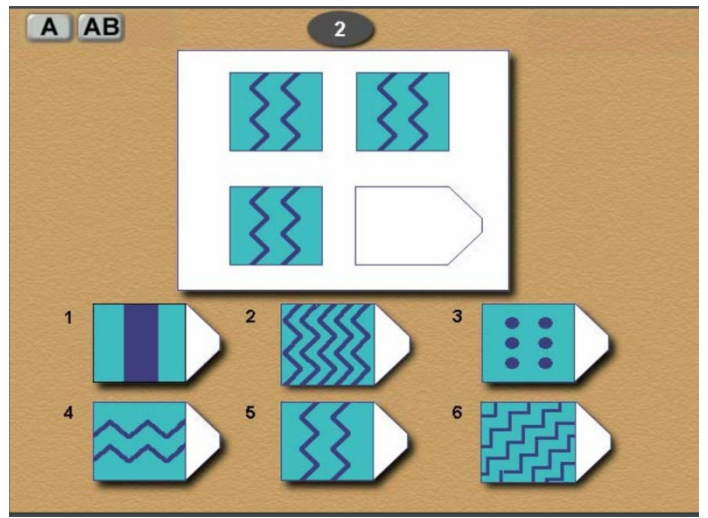
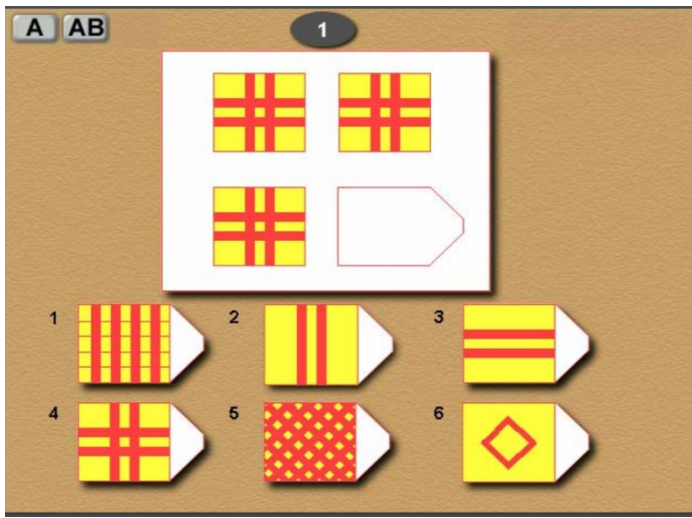
Puntaje total .....	24
Discrepancias .....	-1, 0, +1
Rango .....	II +

## TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA NIÑOS.











**A AB** **7**

1 2 3

4 5 6

**A AB** **8**

1 2 3

4 5 6

**A AB** **9**

1 2 3

4 5 6

**A AB** **10**

1 2 3

4 5 6

**A AB** **11**

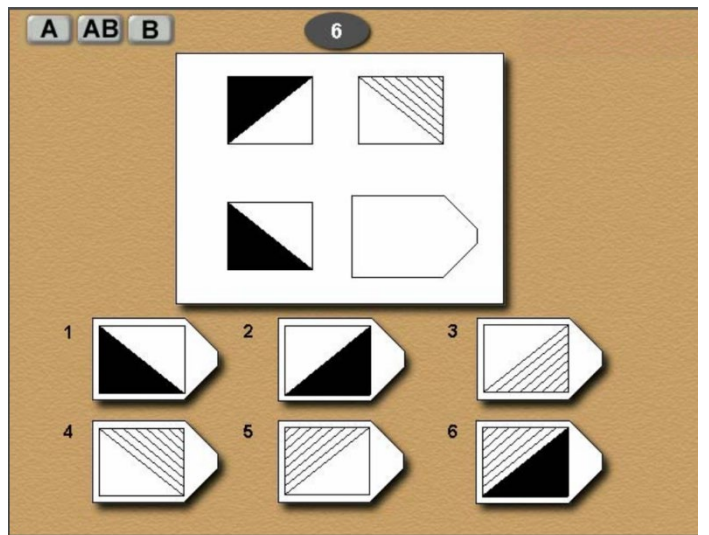
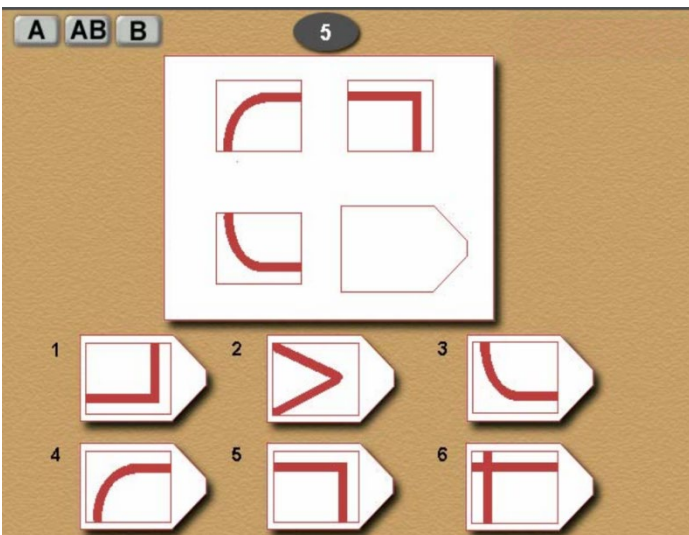
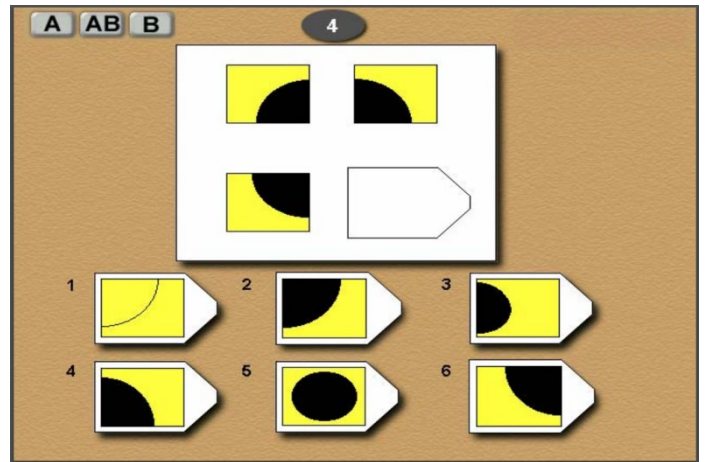
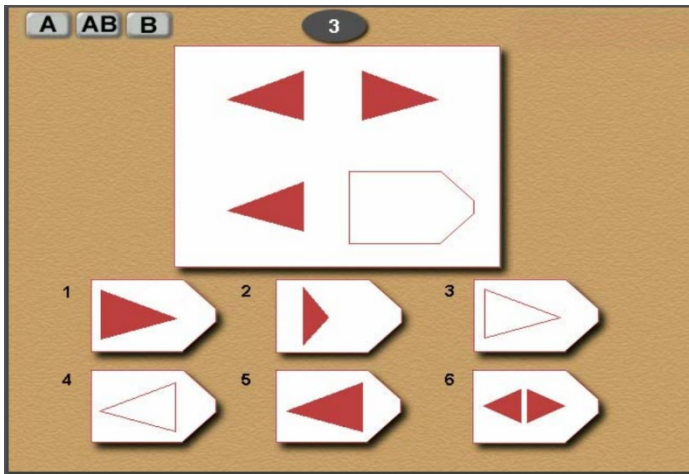
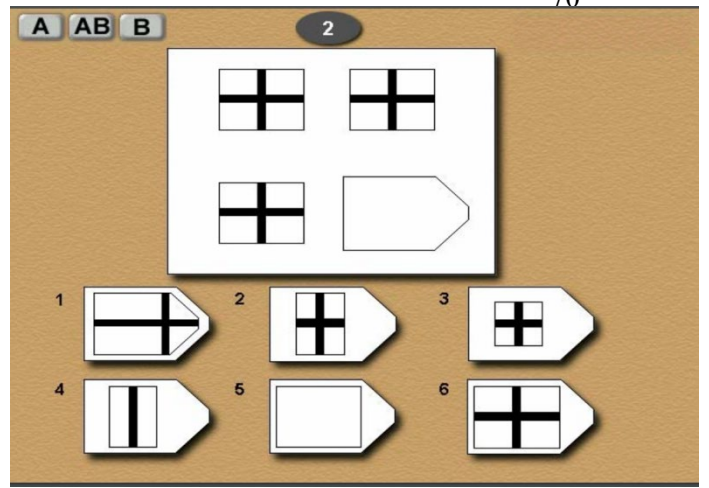
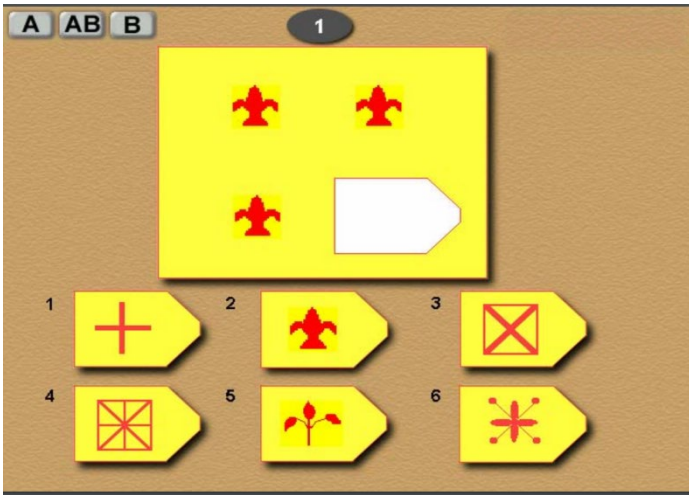
1 2 3

4 5 6

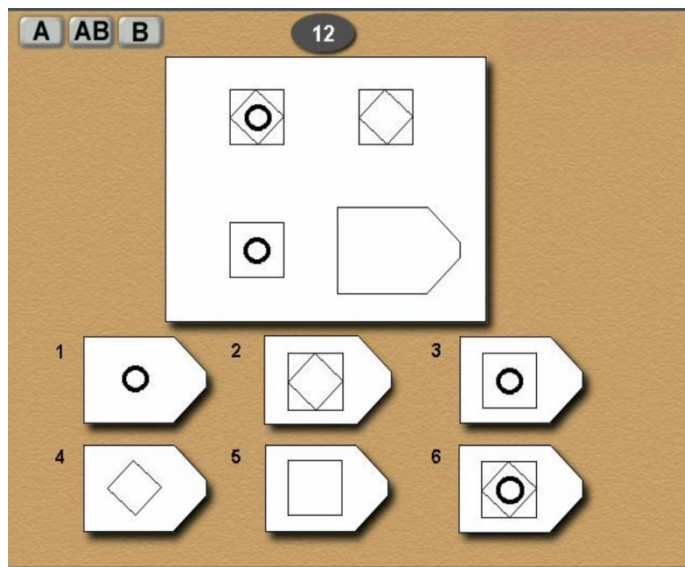
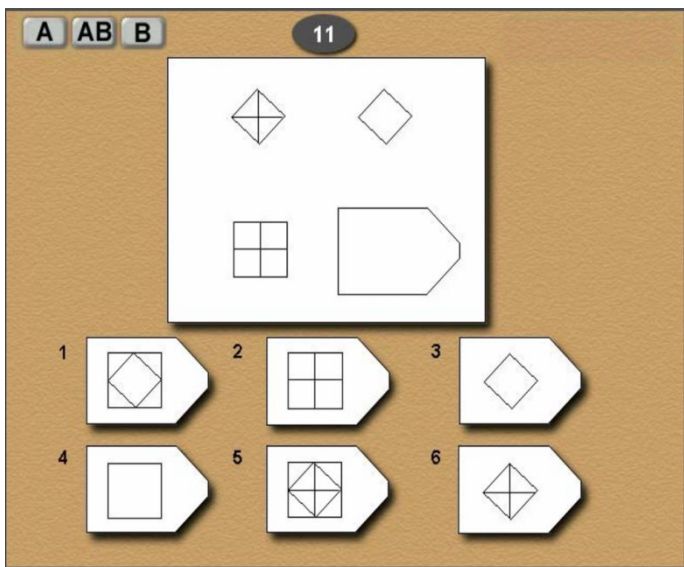
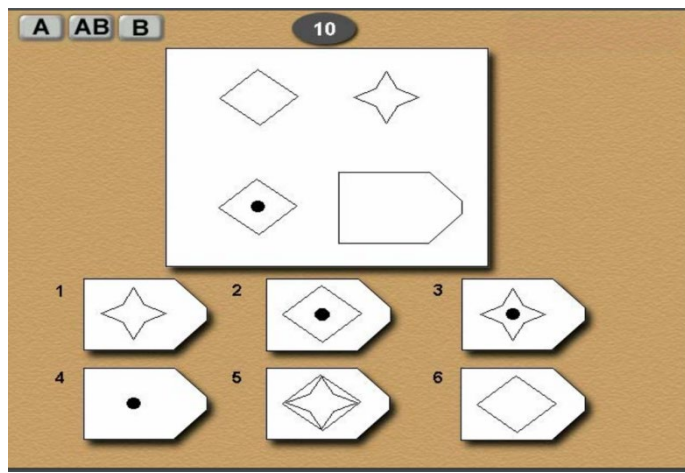
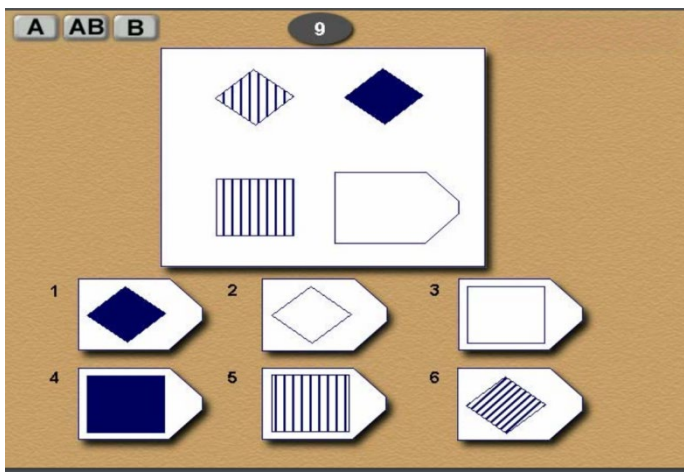
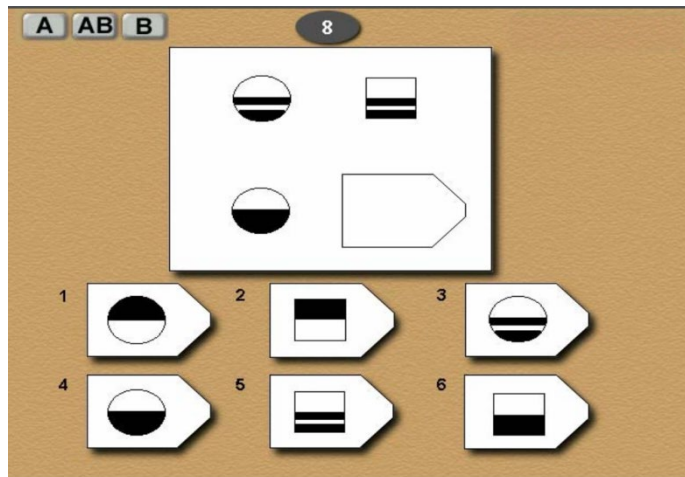
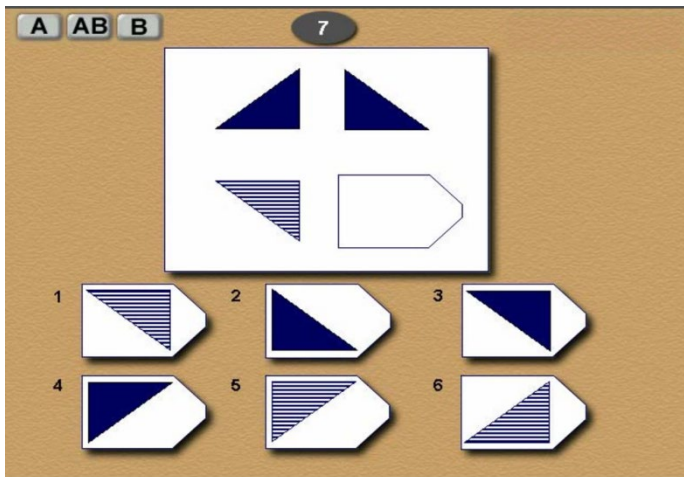
**A AB** **12**

1 2 3

4 5 6







# HOJA DE PROTOCOLO DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.

## PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN ESCALA GENERAL

Instituto, Escuela o Clínica \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Forma de aplicación \_\_\_\_\_ Prueba N° \_\_\_\_\_

Fecha de nac. _____	Motivos de la apl. _____
Edad: ____ años ____ meses ____ Grado: _____	Fecha de hoy: _____
Distrito: _____ Escuela: _____	Hora de inic.: _____ Duración: _____
Localidad _____	Hora de fin.: _____

A		B		C		D		E	
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12	
Punt. par.:		Punt. par.:		Punt. par.:		Punt. par.:		Punt. par.:	

ACTITUD DEL SUJETO <i>Forma de trabajo</i>	DIAGNOSTICO																																																																																
<table border="0"> <tr><td>Reflexiva</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Intuitiva</td></tr> <tr><td>Rápida</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Lenta</td></tr> <tr><td>Inteligente</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Torpe</td></tr> <tr><td>Concentrada</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Distraída</td></tr> <tr><td colspan="7" style="text-align: center;"><i>Disposición</i></td></tr> <tr><td>Dispuesta</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Fatigada</td></tr> <tr><td>Interesada</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Desinteresada</td></tr> <tr><td>Tranquila</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Intranquila</td></tr> <tr><td>Segura</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Vacilante</td></tr> <tr><td colspan="7" style="text-align: center;"><i>Perseverancia</i></td></tr> <tr><td>Uniforme</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Irregular</td></tr> </table>	Reflexiva						Intuitiva	Rápida						Lenta	Inteligente						Torpe	Concentrada						Distraída	<i>Disposición</i>							Dispuesta						Fatigada	Interesada						Desinteresada	Tranquila						Intranquila	Segura						Vacilante	<i>Perseverancia</i>							Uniforme						Irregular	Edad cron.		Puntaje D.	
Reflexiva						Intuitiva																																																																											
Rápida						Lenta																																																																											
Inteligente						Torpe																																																																											
Concentrada						Distraída																																																																											
<i>Disposición</i>																																																																																	
Dispuesta						Fatigada																																																																											
Interesada						Desinteresada																																																																											
Tranquila						Intranquila																																																																											
Segura						Vacilante																																																																											
<i>Perseverancia</i>																																																																																	
Uniforme						Irregular																																																																											
	T/minut.		Percent.																																																																														
	Discrep.		Rango																																																																														
	Diagnóstico																																																																																
	Examinador																																																																																



**RESPUESTAS DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.**

**TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN**

**CLAVE DE CALIFICACIÓN**

<b>SERIE/ NO. DE REACTIVO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>8</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>9</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>12</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

**PUNTAJES ESPERADOS DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.**

**Tabla 1: Composición normal (esperada) del puntaje total**

Total	A	B	C	D	E	Total	A	B	C	D	E	Total	A	B	C	D	E
10	6	2	1	1	0	27	9	7	5	5	1	44	11	11	9	9	4
11	7	2	1	1	0	28	10	7	5	5	1	45	12	11	9	9	4
12	8	2	1	1	0	29	10	7	6	5	1	46	12	11	9	9	5
13	8	3	1	1	0	30	10	7	6	5	2	47	12	11	9	10	5
14	8	3	1	1	1	31	10	8	6	5	2	48	12	11	9	10	6
15	8	3	2	1	1	32	10	8	6	6	2	49	12	11	10	10	6
16	8	4	2	1	1	33	10	8	6	7	2	50	12	11	10	10	7
17	9	4	2	1	1	34	10	8	7	7	2	51	12	11	10	10	8
18	9	4	2	2	1	35	10	9	7	7	2	52	12	12	10	10	8
19	9	5	2	2	1	36	11	9	7	7	2	53	12	12	11	10	8
20	9	5	3	2	1	37	11	9	7	8	2	54	12	12	11	10	9
21	9	5	4	2	1	38	11	10	7	8	2	55	12	12	11	11	9
22	9	5	4	3	1	39	11	10	8	8	2	56	12	12	11	11	10
23	9	6	4	3	1	40	11	10	8	8	3	57	12	12	12	11	10
24	9	6	4	4	1	41	11	10	8	9	3	58	12	12	12	11	11
25	9	6	5	4	1	42	11	10	8	9	4	59	12	12	12	12	11
26	9	6	5	5	1	43	11	11	8	9	4	60	12	12	12	12	12

## PERCENTILES DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.

**TEST DE RAVEN**  
**TABLA VII- BAREMO DE MONTEVIDEO-ADOLESCENTE Y ADULTOS**

PERCENTILES	EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS							
	12	13-14	15-16	17	18	19	20-21	22-65
99	53	54	55	56	57	57	58	59
90	47	49	50	52	53	54	54	55
75	43	45	46	49	50	51	51	52
50	39	40	41	45	46	47	47	48
25	33	34	35	39	42	42	43	44
10	24	27	29	35	36	37	37	38
1	14	17	19	28	29	30	30	31

En la columna correspondiente a las edades de 22-65 años se alcanza el Percentil 95 con un puntaje de 58. El puntaje de 59 se debe a la presencia en dicho grupo de edad, de un núcleo de sujetos de excepcional aptitud intelectual.

## TABLA DE DIAGNÓSTICO DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.

**TABLA DE DIAGNOSTICO DE CAPACIDAD INTELECTUAL**

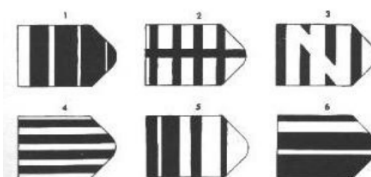
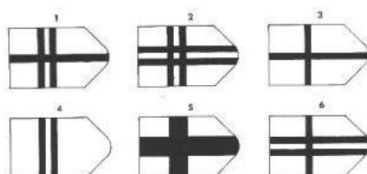
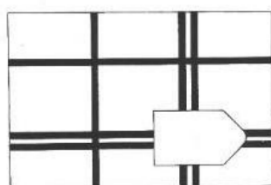
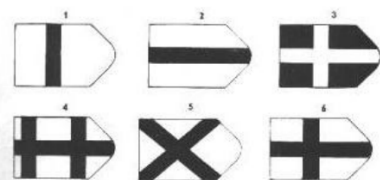
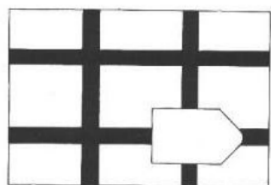
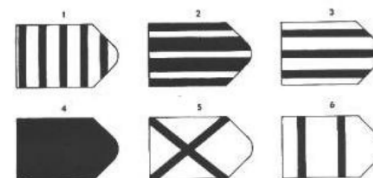
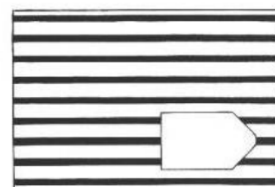
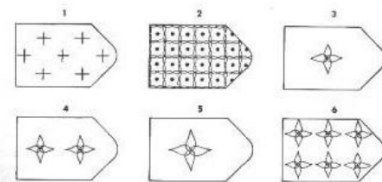
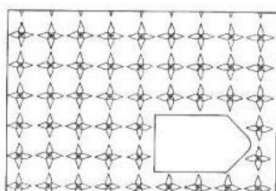
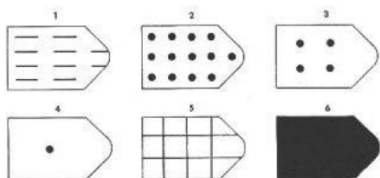
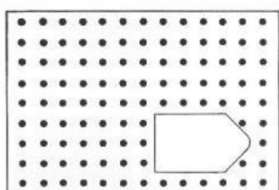
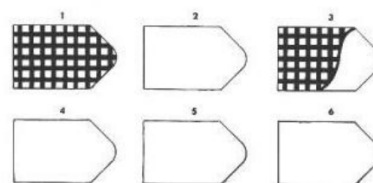
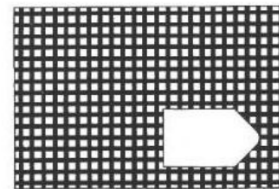
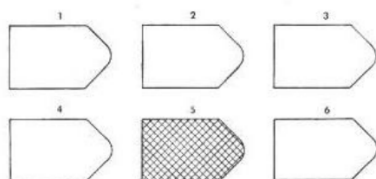
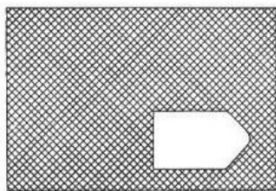
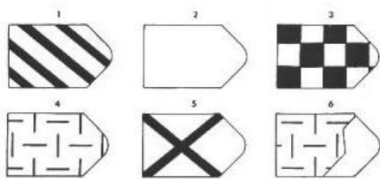
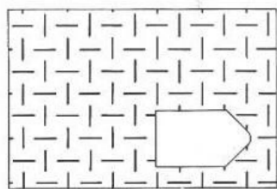
PUNTAJE	NORMA	CORRESPONDE		
		PERCENTIL	RANGO	DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD
Igual o Superior a	P95	95	I	SUPERIOR
	P90	90	II +	SUPERIOR AL TÉRMINO MEDIO
	P75	75	II	SUPERIOR AL TÉRMINO MEDIO
Superior a	P50	50	III +	TÉRMINO MEDIO
Igual a	P50	50	III	TÉRMINO MEDIO
Inferior a	P50	50	III -	TÉRMINO MEDIO
Igual o menor a	P25	25	IV +	INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO
	P10	10	IV	INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO
	P5	5	V	DEFICIENTE

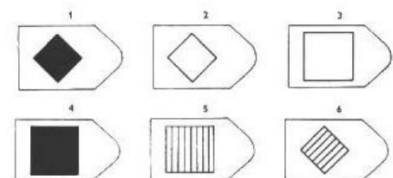
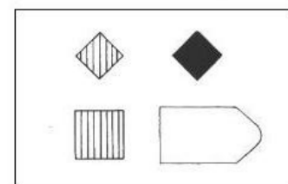
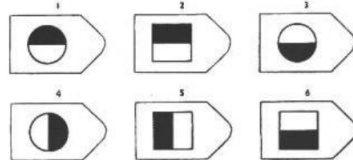
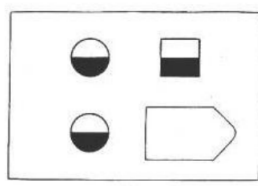
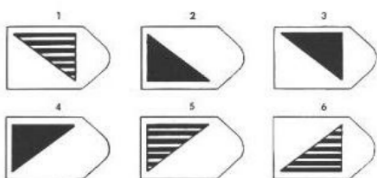
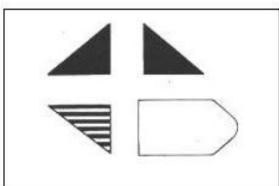
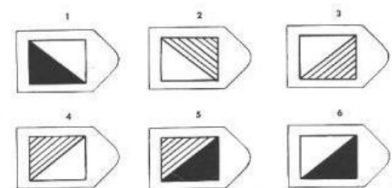
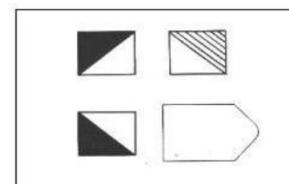
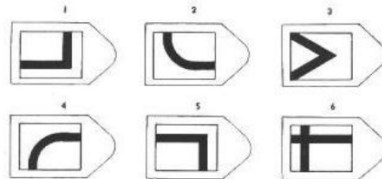
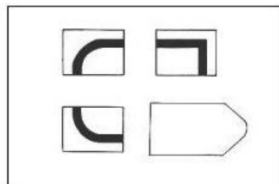
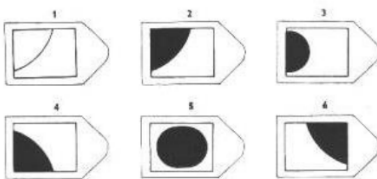
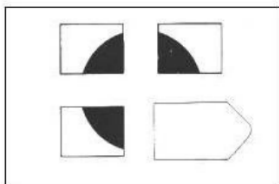
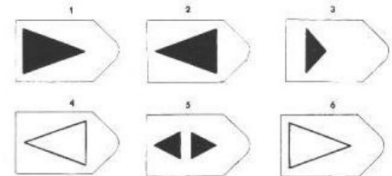
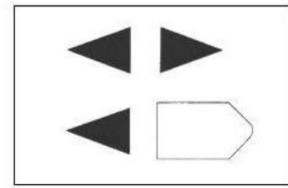
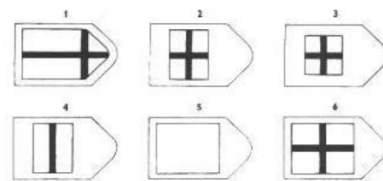
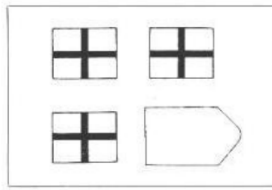
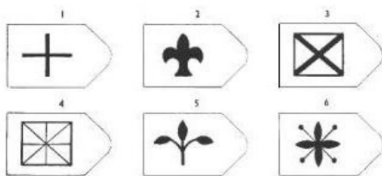
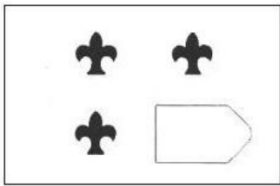
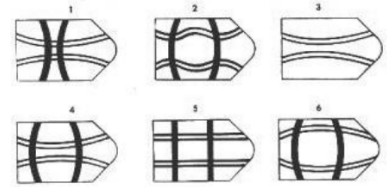
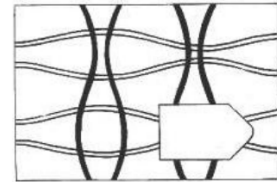
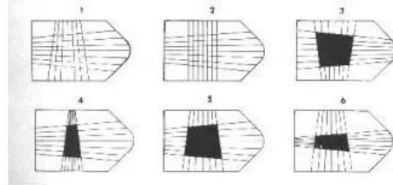
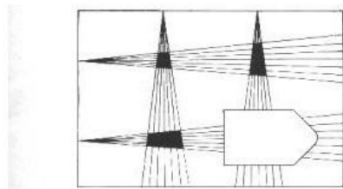
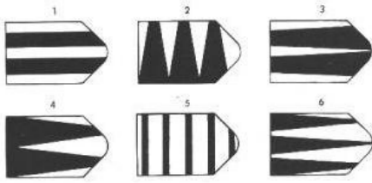
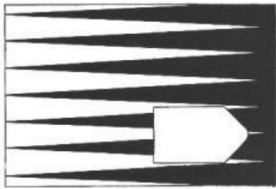
**TABLA DE RANGOS DEL TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.**

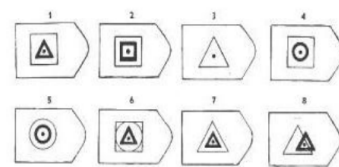
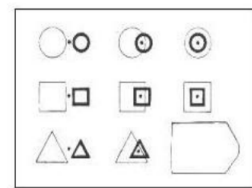
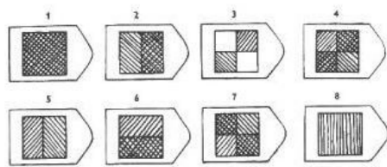
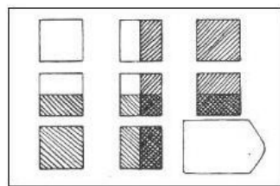
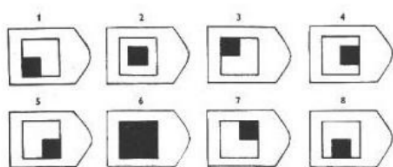
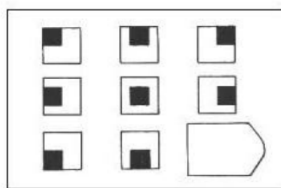
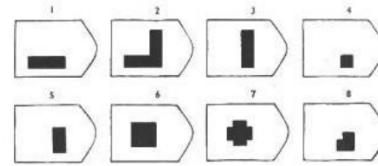
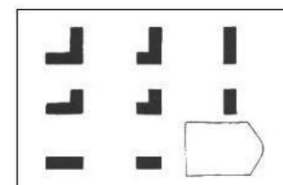
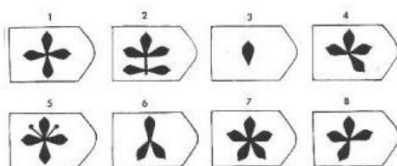
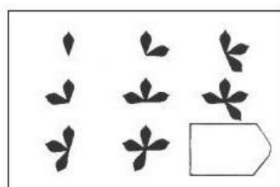
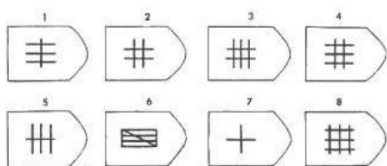
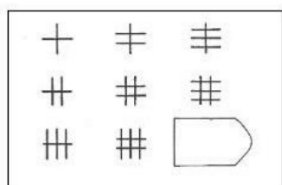
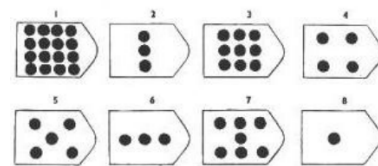
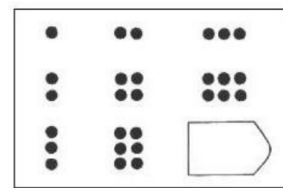
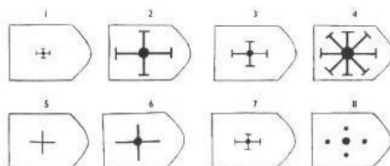
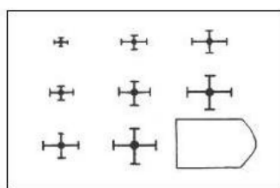
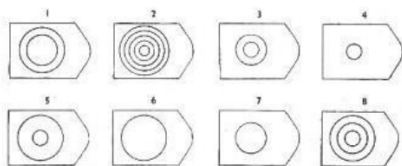
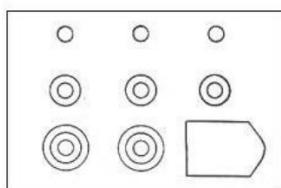
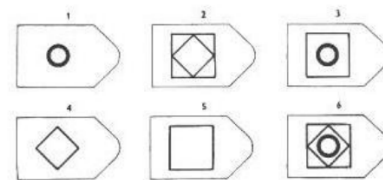
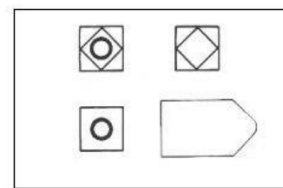
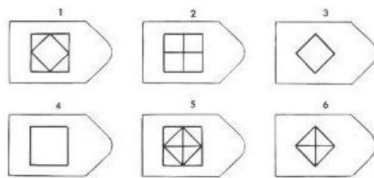
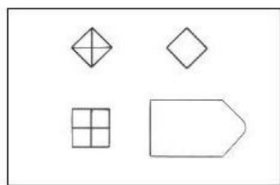
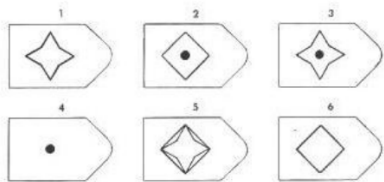
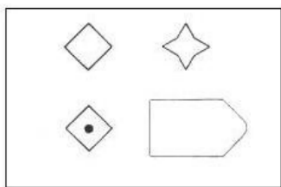
**TABLA DE CONVERSIÓN, PERCENTILES RAVEN A C. I.**

PERCENTIL	CI	RANGO
1	62	<b>DEFICIENTE V</b>
2	68	
3	70	
4	72	
5	74	
6	75	<b>INFERIOR AL TERMINO MEDIO IV</b>
7	77	
8	78	
9	79	
10	80	
15	85	
20	86	
25	88	
30	89	<b>TÉRMINO MEDIO III</b>
35	91	
40	95	
45	98	
50	100	
55	102	
60	105	
65	109	
70	111	
75	112	<b>SUPERIOR AL TÉRMINO MEDIO II</b>
80	113	
85	115	
90	118	
95	125	<b>SUPERIOR I</b>
99	134	

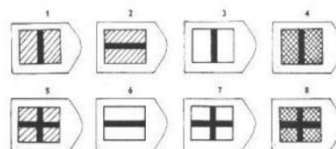
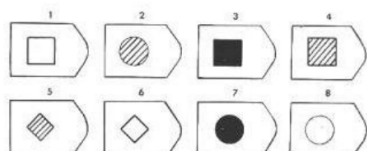
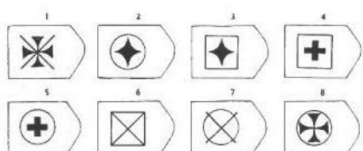
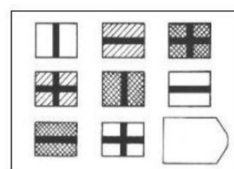
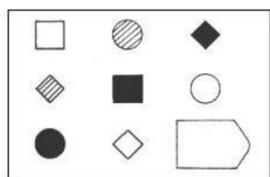
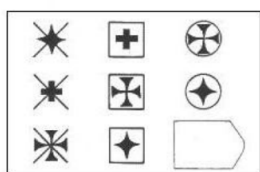
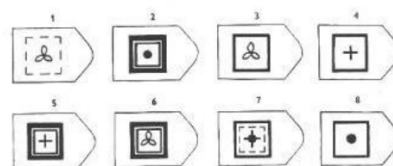
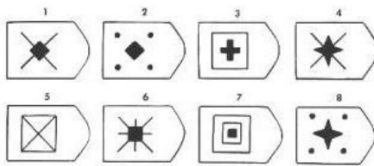
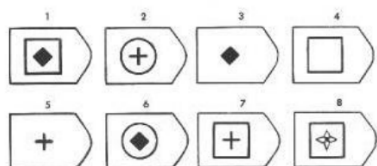
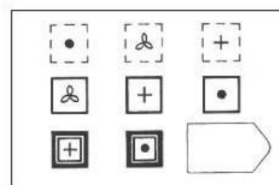
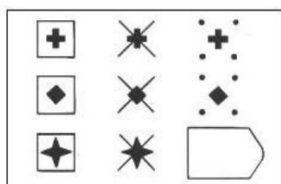
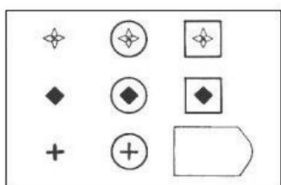
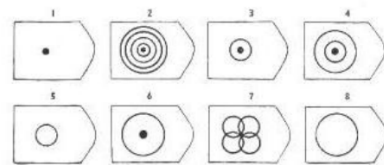
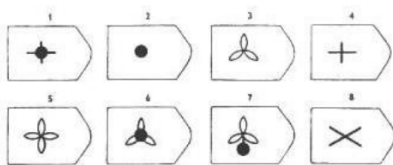
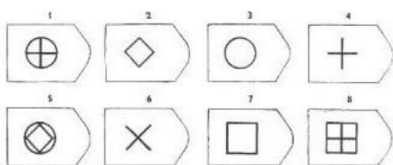
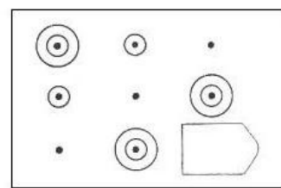
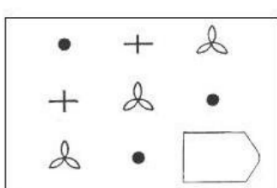
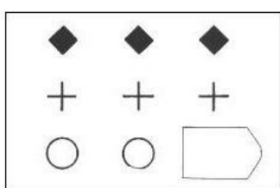
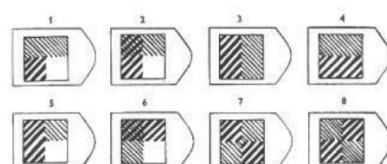
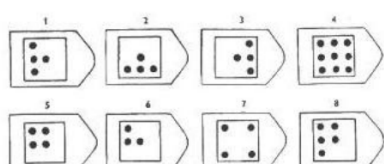
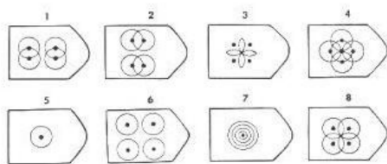
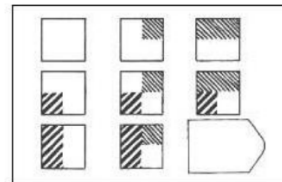
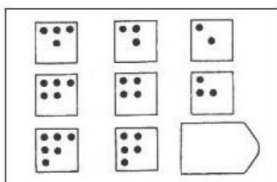
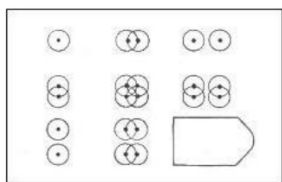
**TEST DE RAVEN VERSIÓN PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS.**

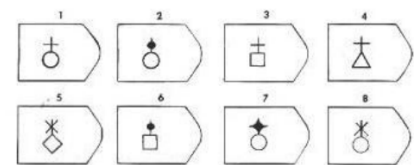
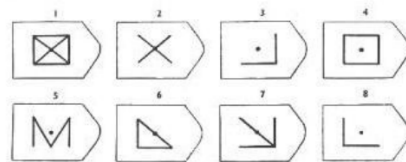
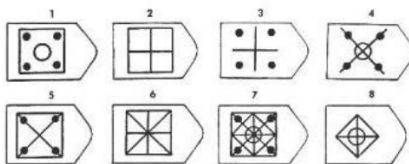
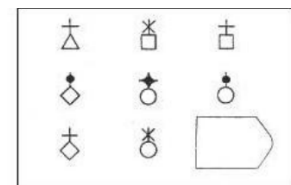
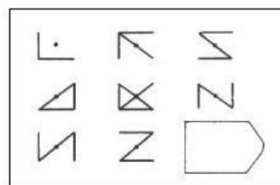
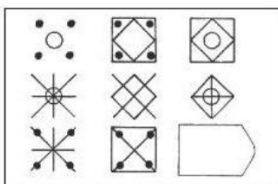
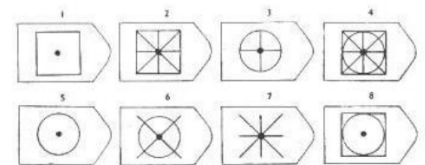
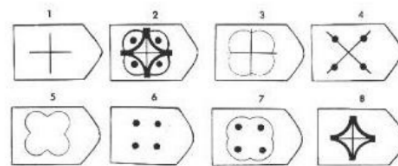
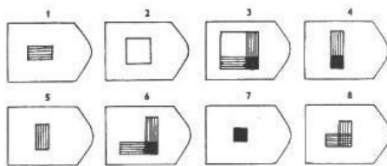
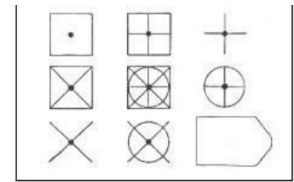
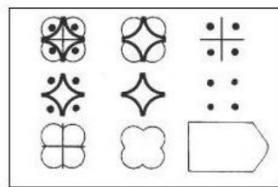
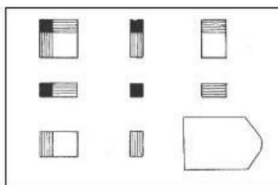
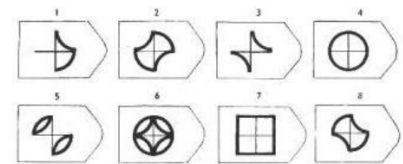
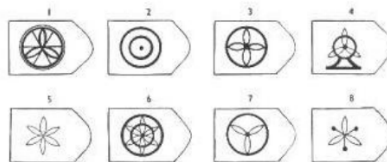
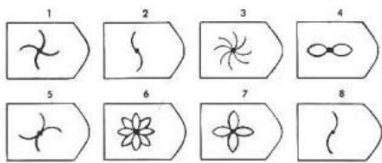
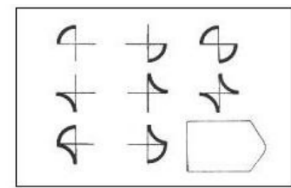
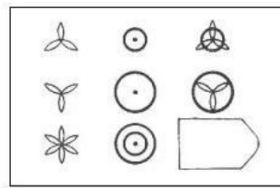
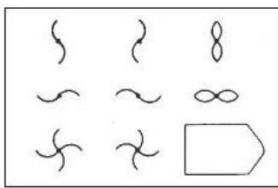
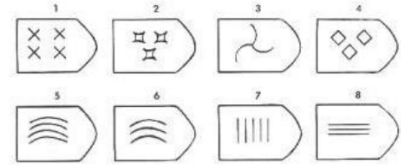
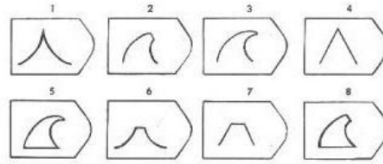
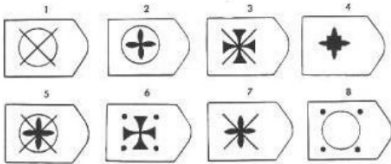
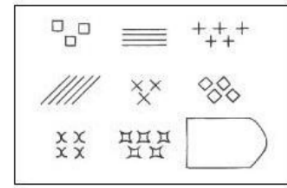
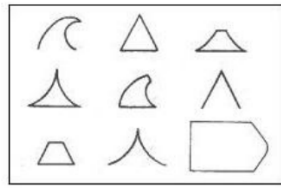
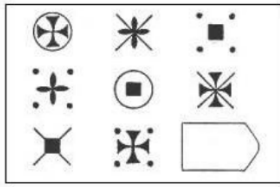




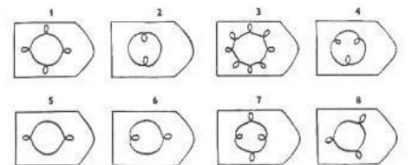
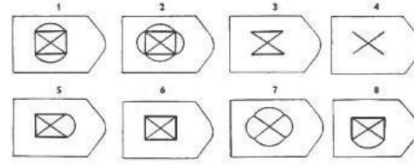
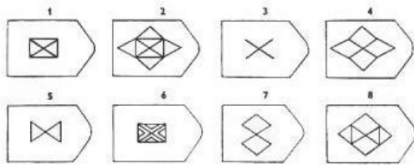
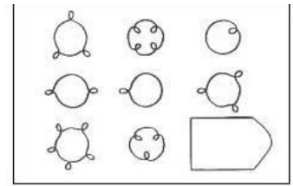
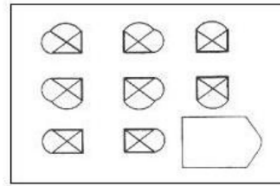
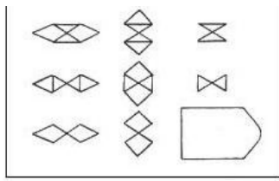












# TEST DE DENVER.

Ministerio de Salud Pública

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES DEL PACIENTE		APELLIDOS DEL PACIENTE		SEXO		CÉDULA DE IDENTIDAD/Nº HISTORIA CLÍNICA	
						H M			
EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO		EDAD CRONOLÓGICA		OBSERVACIONES				FECHA DE ATENCIÓN	
		Años Meses						dd mm aaaa	

MESES: 2 4 6 9 12 15 18 24 AÑOS: 3 4 5 6

**PERSONAL - SOCIAL**

- 1. RESPONDER CON SONRISA
- 2. MIRAR LAS MANOS
- 3. DAR DE COMER A MUÑOCA
- 4. QUITARSE LA ROPA
- 5. USAR CUCHARA Y TENEDOR
- 6. AYUDAR EN CASA
- 7. BEBER EN UNA TAZA
- 8. INTERACTUAR CON OTROS NIÑOS
- 9. JUGAR PELOTA
- 10. SALUDAR A OTROS
- 11. INDICAR DESEOS
- 12. APLAUDIR
- 13. BARRER CON UN BARRIDO
- 14. ALCANZAR OBJETOS
- 15. GOLFPEAR 2 CUBOS MANOS
- 16. APRETAR GORRO/BOBINAS
- 17. PASAR CUBO
- 18. RASTREAR PAPA
- 19. BUSCAR EL HILLO
- 20. METER CUBO EN TAZA
- 21. METR LINEA VERTICAL
- 22. TORRE DE 3 CUBOS
- 23. TORRE DE 4 CUBOS
- 24. TORRE DE 5 CUBOS
- 25. SABER 3 ADJETIVOS
- 26. SABER 5 PALABRAS
- 27. NOMBRAR 4 COLORES
- 28. ENTENDER 1 PER FRASE COMPLETA
- 29. SABER 4 REGIONES
- 30. USO DE 2 DÍGITOS
- 31. CONTAR 2 CUBOS
- 32. USO DE 3 OBJETOS
- 33. NOMBRAR 1 COLOR
- 34. SABER 2 ACCIONES
- 35. NOMBRAR 8 DÍGITOS
- 36. EQUILIBRIO CADA PE 1 SEGUNDO
- 37. CAMINAR TALONCITO
- 38. EQUILIBRIO CADA PE 2 SEGUNDO
- 39. EQUILIBRIO CADA PE 3 SEGUNDO
- 40. EQUILIBRIO CADA PE 4 SEGUNDO
- 41. EQUILIBRIO CADA PE 5 SEGUNDO
- 42. EQUILIBRIO CADA PE 6 SEGUNDO
- 43. EQUILIBRIO CADA PE 7 SEGUNDO
- 44. EQUILIBRIO CADA PE 8 SEGUNDO
- 45. EQUILIBRIO CADA PE 9 SEGUNDO
- 46. EQUILIBRIO CADA PE 10 SEGUNDO
- 47. EQUILIBRIO CADA PE 11 SEGUNDO
- 48. EQUILIBRIO CADA PE 12 SEGUNDO
- 49. EQUILIBRIO CADA PE 13 SEGUNDO
- 50. EQUILIBRIO CADA PE 14 SEGUNDO
- 51. EQUILIBRIO CADA PE 15 SEGUNDO
- 52. EQUILIBRIO CADA PE 16 SEGUNDO
- 53. EQUILIBRIO CADA PE 17 SEGUNDO
- 54. EQUILIBRIO CADA PE 18 SEGUNDO
- 55. EQUILIBRIO CADA PE 19 SEGUNDO
- 56. EQUILIBRIO CADA PE 20 SEGUNDO
- 57. EQUILIBRIO CADA PE 21 SEGUNDO
- 58. EQUILIBRIO CADA PE 22 SEGUNDO
- 59. EQUILIBRIO CADA PE 23 SEGUNDO
- 60. EQUILIBRIO CADA PE 24 SEGUNDO
- 61. EQUILIBRIO CADA PE 25 SEGUNDO
- 62. EQUILIBRIO CADA PE 26 SEGUNDO
- 63. EQUILIBRIO CADA PE 27 SEGUNDO
- 64. EQUILIBRIO CADA PE 28 SEGUNDO
- 65. EQUILIBRIO CADA PE 29 SEGUNDO
- 66. EQUILIBRIO CADA PE 30 SEGUNDO
- 67. EQUILIBRIO CADA PE 31 SEGUNDO
- 68. EQUILIBRIO CADA PE 32 SEGUNDO
- 69. EQUILIBRIO CADA PE 33 SEGUNDO
- 70. EQUILIBRIO CADA PE 34 SEGUNDO
- 71. EQUILIBRIO CADA PE 35 SEGUNDO
- 72. EQUILIBRIO CADA PE 36 SEGUNDO
- 73. EQUILIBRIO CADA PE 37 SEGUNDO
- 74. EQUILIBRIO CADA PE 38 SEGUNDO
- 75. EQUILIBRIO CADA PE 39 SEGUNDO
- 76. EQUILIBRIO CADA PE 40 SEGUNDO
- 77. EQUILIBRIO CADA PE 41 SEGUNDO
- 78. EQUILIBRIO CADA PE 42 SEGUNDO
- 79. EQUILIBRIO CADA PE 43 SEGUNDO
- 80. EQUILIBRIO CADA PE 44 SEGUNDO
- 81. EQUILIBRIO CADA PE 45 SEGUNDO
- 82. EQUILIBRIO CADA PE 46 SEGUNDO
- 83. EQUILIBRIO CADA PE 47 SEGUNDO
- 84. EQUILIBRIO CADA PE 48 SEGUNDO
- 85. EQUILIBRIO CADA PE 49 SEGUNDO
- 86. EQUILIBRIO CADA PE 50 SEGUNDO
- 87. EQUILIBRIO CADA PE 51 SEGUNDO
- 88. EQUILIBRIO CADA PE 52 SEGUNDO
- 89. EQUILIBRIO CADA PE 53 SEGUNDO
- 90. EQUILIBRIO CADA PE 54 SEGUNDO
- 91. EQUILIBRIO CADA PE 55 SEGUNDO
- 92. EQUILIBRIO CADA PE 56 SEGUNDO
- 93. EQUILIBRIO CADA PE 57 SEGUNDO
- 94. EQUILIBRIO CADA PE 58 SEGUNDO
- 95. EQUILIBRIO CADA PE 59 SEGUNDO
- 96. EQUILIBRIO CADA PE 60 SEGUNDO
- 97. EQUILIBRIO CADA PE 61 SEGUNDO
- 98. EQUILIBRIO CADA PE 62 SEGUNDO
- 99. EQUILIBRIO CADA PE 63 SEGUNDO
- 100. EQUILIBRIO CADA PE 64 SEGUNDO
- 101. EQUILIBRIO CADA PE 65 SEGUNDO
- 102. EQUILIBRIO CADA PE 66 SEGUNDO
- 103. EQUILIBRIO CADA PE 67 SEGUNDO
- 104. EQUILIBRIO CADA PE 68 SEGUNDO
- 105. EQUILIBRIO CADA PE 69 SEGUNDO
- 106. EQUILIBRIO CADA PE 70 SEGUNDO
- 107. EQUILIBRIO CADA PE 71 SEGUNDO
- 108. EQUILIBRIO CADA PE 72 SEGUNDO
- 109. EQUILIBRIO CADA PE 73 SEGUNDO
- 110. EQUILIBRIO CADA PE 74 SEGUNDO
- 111. EQUILIBRIO CADA PE 75 SEGUNDO
- 112. EQUILIBRIO CADA PE 76 SEGUNDO
- 113. EQUILIBRIO CADA PE 77 SEGUNDO
- 114. EQUILIBRIO CADA PE 78 SEGUNDO
- 115. EQUILIBRIO CADA PE 79 SEGUNDO
- 116. EQUILIBRIO CADA PE 80 SEGUNDO
- 117. EQUILIBRIO CADA PE 81 SEGUNDO
- 118. EQUILIBRIO CADA PE 82 SEGUNDO
- 119. EQUILIBRIO CADA PE 83 SEGUNDO
- 120. EQUILIBRIO CADA PE 84 SEGUNDO
- 121. EQUILIBRIO CADA PE 85 SEGUNDO
- 122. EQUILIBRIO CADA PE 86 SEGUNDO
- 123. EQUILIBRIO CADA PE 87 SEGUNDO
- 124. EQUILIBRIO CADA PE 88 SEGUNDO
- 125. EQUILIBRIO CADA PE 89 SEGUNDO
- 126. EQUILIBRIO CADA PE 90 SEGUNDO
- 127. EQUILIBRIO CADA PE 91 SEGUNDO
- 128. EQUILIBRIO CADA PE 92 SEGUNDO
- 129. EQUILIBRIO CADA PE 93 SEGUNDO
- 130. EQUILIBRIO CADA PE 94 SEGUNDO
- 131. EQUILIBRIO CADA PE 95 SEGUNDO
- 132. EQUILIBRIO CADA PE 96 SEGUNDO
- 133. EQUILIBRIO CADA PE 97 SEGUNDO
- 134. EQUILIBRIO CADA PE 98 SEGUNDO
- 135. EQUILIBRIO CADA PE 99 SEGUNDO
- 136. EQUILIBRIO CADA PE 100 SEGUNDO

**MOTOR FINO - ADAPTIVO**

- 1. RESPONDER CON SONRISA
- 2. MIRAR UNA PÁGINA
- 3. SEGUIR UNA LÍNEA
- 4. MIMAR JUNTAS
- 5. AGARRAR UN SONAJERO
- 6. SEGUIR UNA LÍNEA
- 7. MIMAR UNO
- 8. MIMAR UNO
- 9. MIMAR UNO
- 10. MIMAR UNO
- 11. MIMAR UNO
- 12. MIMAR UNO
- 13. MIMAR UNO
- 14. MIMAR UNO
- 15. MIMAR UNO
- 16. MIMAR UNO
- 17. MIMAR UNO
- 18. MIMAR UNO
- 19. MIMAR UNO
- 20. MIMAR UNO
- 21. MIMAR UNO
- 22. MIMAR UNO
- 23. MIMAR UNO
- 24. MIMAR UNO
- 25. MIMAR UNO
- 26. MIMAR UNO
- 27. MIMAR UNO
- 28. MIMAR UNO
- 29. MIMAR UNO
- 30. MIMAR UNO
- 31. MIMAR UNO
- 32. MIMAR UNO
- 33. MIMAR UNO
- 34. MIMAR UNO
- 35. MIMAR UNO
- 36. MIMAR UNO
- 37. MIMAR UNO
- 38. MIMAR UNO
- 39. MIMAR UNO
- 40. MIMAR UNO
- 41. MIMAR UNO
- 42. MIMAR UNO
- 43. MIMAR UNO
- 44. MIMAR UNO
- 45. MIMAR UNO
- 46. MIMAR UNO
- 47. MIMAR UNO
- 48. MIMAR UNO
- 49. MIMAR UNO
- 50. MIMAR UNO
- 51. MIMAR UNO
- 52. MIMAR UNO
- 53. MIMAR UNO
- 54. MIMAR UNO
- 55. MIMAR UNO
- 56. MIMAR UNO
- 57. MIMAR UNO
- 58. MIMAR UNO
- 59. MIMAR UNO
- 60. MIMAR UNO
- 61. MIMAR UNO
- 62. MIMAR UNO
- 63. MIMAR UNO
- 64. MIMAR UNO
- 65. MIMAR UNO
- 66. MIMAR UNO
- 67. MIMAR UNO
- 68. MIMAR UNO
- 69. MIMAR UNO
- 70. MIMAR UNO
- 71. MIMAR UNO
- 72. MIMAR UNO
- 73. MIMAR UNO
- 74. MIMAR UNO
- 75. MIMAR UNO
- 76. MIMAR UNO
- 77. MIMAR UNO
- 78. MIMAR UNO
- 79. MIMAR UNO
- 80. MIMAR UNO
- 81. MIMAR UNO
- 82. MIMAR UNO
- 83. MIMAR UNO
- 84. MIMAR UNO
- 85. MIMAR UNO
- 86. MIMAR UNO
- 87. MIMAR UNO
- 88. MIMAR UNO
- 89. MIMAR UNO
- 90. MIMAR UNO
- 91. MIMAR UNO
- 92. MIMAR UNO
- 93. MIMAR UNO
- 94. MIMAR UNO
- 95. MIMAR UNO
- 96. MIMAR UNO
- 97. MIMAR UNO
- 98. MIMAR UNO
- 99. MIMAR UNO
- 100. MIMAR UNO

**LENGUAJE**

- 1. RESPONDER A COMANDOS
- 2. VOCALIZAR
- 3. GOCAR
- 4. REIRSE
- 5. CILLAR
- 6. VOLVER HACIA VÍZ
- 7. VOLVER HACIA SONAJERO
- 8. ILABAR SONAJEROS
- 9. METER SONIDOS DEL LENGUAJE
- 10. MIMAR UNO
- 11. MIMAR UNO
- 12. MIMAR UNO
- 13. MIMAR UNO
- 14. MIMAR UNO
- 15. MIMAR UNO
- 16. MIMAR UNO
- 17. MIMAR UNO
- 18. MIMAR UNO
- 19. MIMAR UNO
- 20. MIMAR UNO
- 21. MIMAR UNO
- 22. MIMAR UNO
- 23. MIMAR UNO
- 24. MIMAR UNO
- 25. MIMAR UNO
- 26. MIMAR UNO
- 27. MIMAR UNO
- 28. MIMAR UNO
- 29. MIMAR UNO
- 30. MIMAR UNO
- 31. MIMAR UNO
- 32. MIMAR UNO
- 33. MIMAR UNO
- 34. MIMAR UNO
- 35. MIMAR UNO
- 36. MIMAR UNO
- 37. MIMAR UNO
- 38. MIMAR UNO
- 39. MIMAR UNO
- 40. MIMAR UNO
- 41. MIMAR UNO
- 42. MIMAR UNO
- 43. MIMAR UNO
- 44. MIMAR UNO
- 45. MIMAR UNO
- 46. MIMAR UNO
- 47. MIMAR UNO
- 48. MIMAR UNO
- 49. MIMAR UNO
- 50. MIMAR UNO
- 51. MIMAR UNO
- 52. MIMAR UNO
- 53. MIMAR UNO
- 54. MIMAR UNO
- 55. MIMAR UNO
- 56. MIMAR UNO
- 57. MIMAR UNO
- 58. MIMAR UNO
- 59. MIMAR UNO
- 60. MIMAR UNO
- 61. MIMAR UNO
- 62. MIMAR UNO
- 63. MIMAR UNO
- 64. MIMAR UNO
- 65. MIMAR UNO
- 66. MIMAR UNO
- 67. MIMAR UNO
- 68. MIMAR UNO
- 69. MIMAR UNO
- 70. MIMAR UNO
- 71. MIMAR UNO
- 72. MIMAR UNO
- 73. MIMAR UNO
- 74. MIMAR UNO
- 75. MIMAR UNO
- 76. MIMAR UNO
- 77. MIMAR UNO
- 78. MIMAR UNO
- 79. MIMAR UNO
- 80. MIMAR UNO
- 81. MIMAR UNO
- 82. MIMAR UNO
- 83. MIMAR UNO
- 84. MIMAR UNO
- 85. MIMAR UNO
- 86. MIMAR UNO
- 87. MIMAR UNO
- 88. MIMAR UNO
- 89. MIMAR UNO
- 90. MIMAR UNO
- 91. MIMAR UNO
- 92. MIMAR UNO
- 93. MIMAR UNO
- 94. MIMAR UNO
- 95. MIMAR UNO
- 96. MIMAR UNO
- 97. MIMAR UNO
- 98. MIMAR UNO
- 99. MIMAR UNO
- 100. MIMAR UNO

**MOTOR GRANDE**

- 1. LEVANTAR CABA
- 2. LEVANTAR CABA
- 3. LEVANTAR CABA
- 4. LEVANTAR CABA
- 5. LEVANTAR CABA
- 6. LEVANTAR CABA
- 7. LEVANTAR CABA
- 8. LEVANTAR CABA
- 9. LEVANTAR CABA
- 10. LEVANTAR CABA
- 11. LEVANTAR CABA
- 12. LEVANTAR CABA
- 13. LEVANTAR CABA
- 14. LEVANTAR CABA
- 15. LEVANTAR CABA
- 16. LEVANTAR CABA
- 17. LEVANTAR CABA
- 18. LEVANTAR CABA
- 19. LEVANTAR CABA
- 20. LEVANTAR CABA
- 21. LEVANTAR CABA
- 22. LEVANTAR CABA
- 23. LEVANTAR CABA
- 24. LEVANTAR CABA
- 25. LEVANTAR CABA
- 26. LEVANTAR CABA
- 27. LEVANTAR CABA
- 28. LEVANTAR CABA
- 29. LEVANTAR CABA
- 30. LEVANTAR CABA
- 31. LEVANTAR CABA
- 32. LEVANTAR CABA
- 33. LEVANTAR CABA
- 34. LEVANTAR CABA
- 35. LEVANTAR CABA
- 36. LEVANTAR CABA
- 37. LEVANTAR CABA
- 38. LEVANTAR CABA
- 39. LEVANTAR CABA
- 40. LEVANTAR CABA
- 41. LEVANTAR CABA
- 42. LEVANTAR CABA
- 43. LEVANTAR CABA
- 44. LEVANTAR CABA
- 45. LEVANTAR CABA
- 46. LEVANTAR CABA
- 47. LEVANTAR CABA
- 48. LEVANTAR CABA
- 49. LEVANTAR CABA
- 50. LEVANTAR CABA
- 51. LEVANTAR CABA
- 52. LEVANTAR CABA
- 53. LEVANTAR CABA
- 54. LEVANTAR CABA
- 55. LEVANTAR CABA
- 56. LEVANTAR CABA
- 57. LEVANTAR CABA
- 58. LEVANTAR CABA
- 59. LEVANTAR CABA
- 60. LEVANTAR CABA
- 61. LEVANTAR CABA
- 62. LEVANTAR CABA
- 63. LEVANTAR CABA
- 64. LEVANTAR CABA
- 65. LEVANTAR CABA
- 66. LEVANTAR CABA
- 67. LEVANTAR CABA
- 68. LEVANTAR CABA
- 69. LEVANTAR CABA
- 70. LEVANTAR CABA
- 71. LEVANTAR CABA
- 72. LEVANTAR CABA
- 73. LEVANTAR CABA
- 74. LEVANTAR CABA
- 75. LEVANTAR CABA
- 76. LEVANTAR CABA
- 77. LEVANTAR CABA
- 78. LEVANTAR CABA
- 79. LEVANTAR CABA
- 80. LEVANTAR CABA
- 81. LEVANTAR CABA
- 82. LEVANTAR CABA
- 83. LEVANTAR CABA
- 84. LEVANTAR CABA
- 85. LEVANTAR CABA
- 86. LEVANTAR CABA
- 87. LEVANTAR CABA
- 88. LEVANTAR CABA
- 89. LEVANTAR CABA
- 90. LEVANTAR CABA
- 91. LEVANTAR CABA
- 92. LEVANTAR CABA
- 93. LEVANTAR CABA
- 94. LEVANTAR CABA
- 95. LEVANTAR CABA
- 96. LEVANTAR CABA
- 97. LEVANTAR CABA
- 98. LEVANTAR CABA
- 99. LEVANTAR CABA
- 100. LEVANTAR CABA

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR		
NORMAL	DUDOSO	ANORMAL

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA EVALUACIÓN:	
Apellidos y Nombre:	
Firma y Sello:	

MSP/DN/AIS-ICU-Form.028/mayo/2015 Test de Denver II

## CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL TEST DE BENDER.

### 2.3 CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PARA OBTENER EL NIVEL DE MADURACIÓN.

Todos los ítems del Bender son puntuados como uno o cero, esto es, como "presente" o "ausente". Se puntúan sólo las desviaciones muy claras. En caso de duda no se computa. Puesto que la Escala de Maduración está diseñada para niños pequeños con control motor todavía inmaduro, se ignoran las desviaciones menores. En esta escala se da un punto si se presenta el criterio y cero si no se encuentra. Todos los puntos se suman formando un puntaje sobre el que se basan todos los datos normativos. Los criterios están dados en relación a signos de inmadurez, por lo que un mayor puntaje indica un nivel de madurez menor (Ver anexo de protocolo de registro).

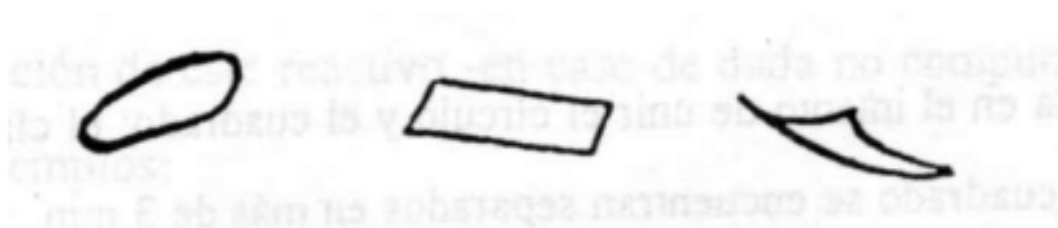
Los indicadores de maduración que propone Koppitz son 30 y a continuación se presentan y ejemplifican.

#### Figura A.

##### 1. Distorsión de la Forma.

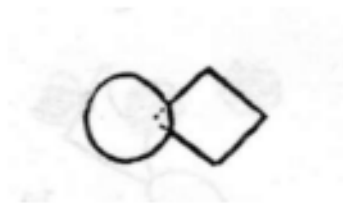
a) El cuadrado o el círculo o ambos están excesivamente achatados o deformados; un eje del círculo o cuadrado es el doble de largo que el otro.

Ejemplos:

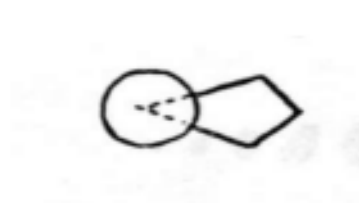


Si dos lados del cuadrado no se encuentran en el punto de intersección con el círculo, la forma del cuadrado se evalúa como si ambos lados se encontraran.

Ejemplos:

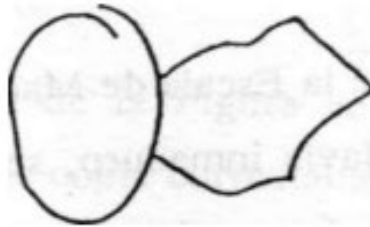


No se computa



Se computa

Adición u omisión de ángulos (en caso de duda no computar) Ejemplo:



b) Desproporción entre el tamaño del cuadrado y del círculo; uno es el doble de grande que el otro.

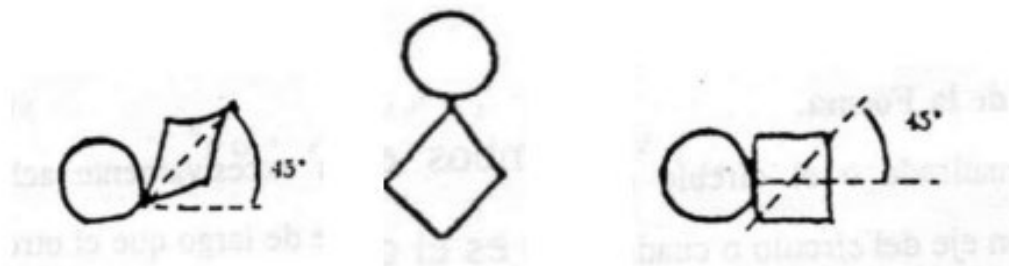
Ejemplo:



## 2. Rotación.

Rotación de la Figura o parte de la misma en 45 grados o más; rotación de la tarjeta, aunque luego se copie correctamente en la posición rotada.

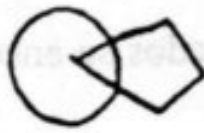
Ejemplos:



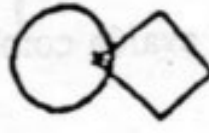
### 3. Integración.

Falla en el intento de unir el círculo y el cuadrado; el círculo y el vértice adyacente del cuadrado se encuentran separados en más de 3 mm. Esto se aplica también a la sobreposición.

Ejemplos:

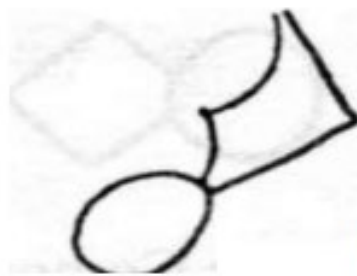


se computa

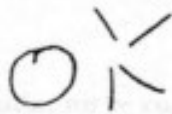


no se computa

Ejemplos de puntuación de la Figura A:



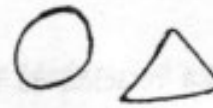
1a, 2



1a, 1b, 2, 3



1a, 1b, 2, 3



1a, 3



1a, 2, 3



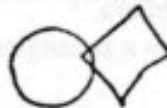
1a, 1b, 2



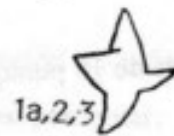
1a, 1b, 2



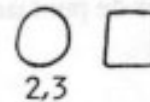
1a, 2, 3



no se computa



1a, 2, 3



2, 3

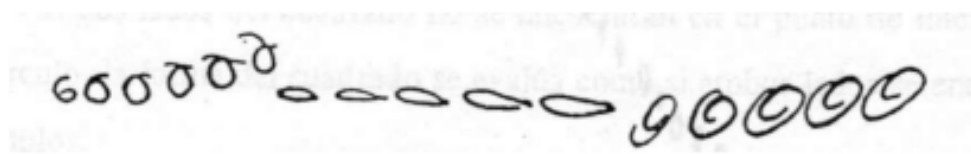
### **Figura 1**

#### **4. Distorsión de la Forma.**

Cinco o más puntos convertidos en círculos; puntos agrandados o círculos parcialmente rellenos no se consideran como círculos para la puntuación de este reactivo -en caso de duda no computar-; las rayas no se puntúan.

Ejemplos:

**Se puntúa:**



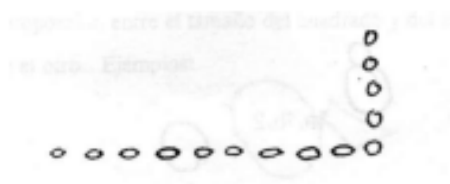
**No se puntúan:**



#### **5. Rotación.**

La rotación de la Figura en 45 grados o más; la rotación del estímulo, aún cuando luego se copia correctamente la tarjeta rotada.

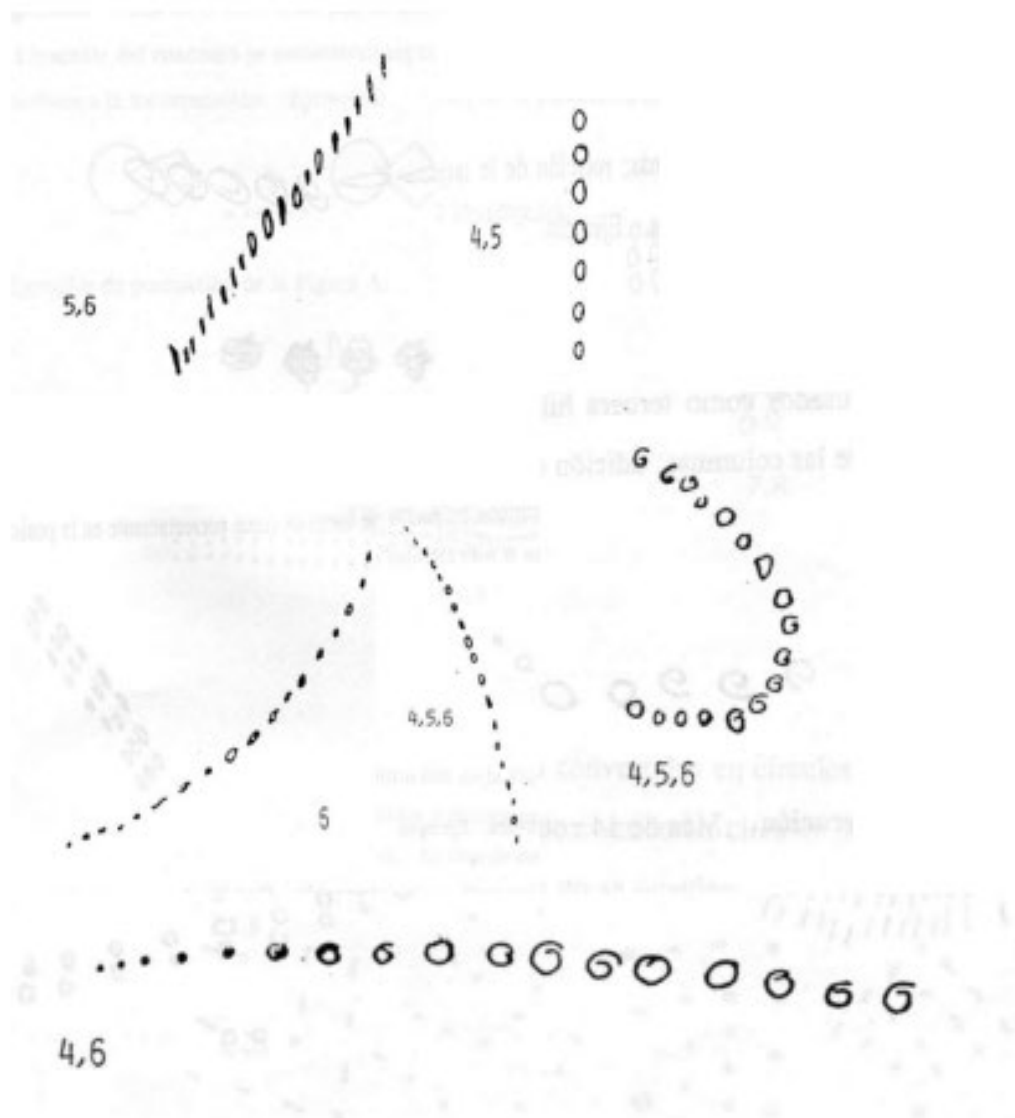
Ejemplo:



### 6. Perseveración.

Más de 15 puntos en una hilera.

#### Ejemplos de puntuación de la Figura 1:



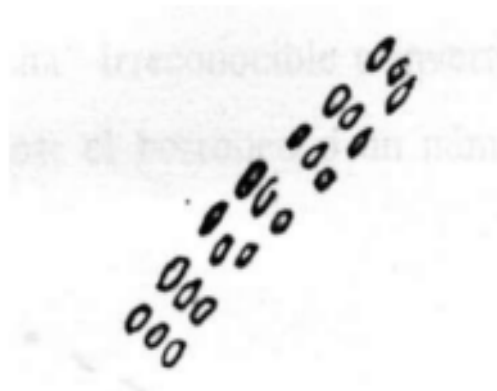


## Figura 2

### 7. Rotación.

Rotación de la figura en 45 grados o más; rotación de la tarjeta aunque luego se copie correctamente en la posición rotada.

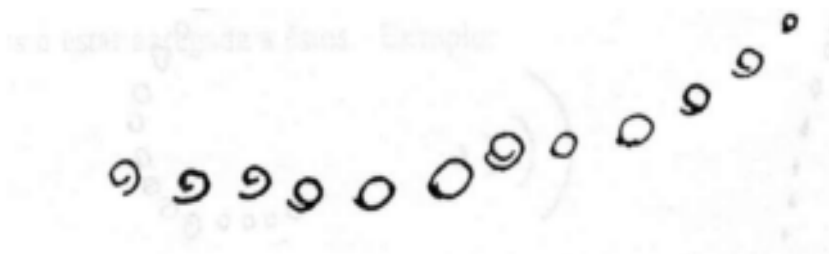
Ejemplo:



### 8. Integración.

Omisión de una o dos hileras de círculos; hilera de puntos de la Figura 1 usados como tercera hilera de la Figura 2; cuatro o más círculos en la mayoría de las columnas; adición de una hilera.

Ejemplos:



### 9. Perseveración.

Más de 14 columnas de círculos en una hilera.

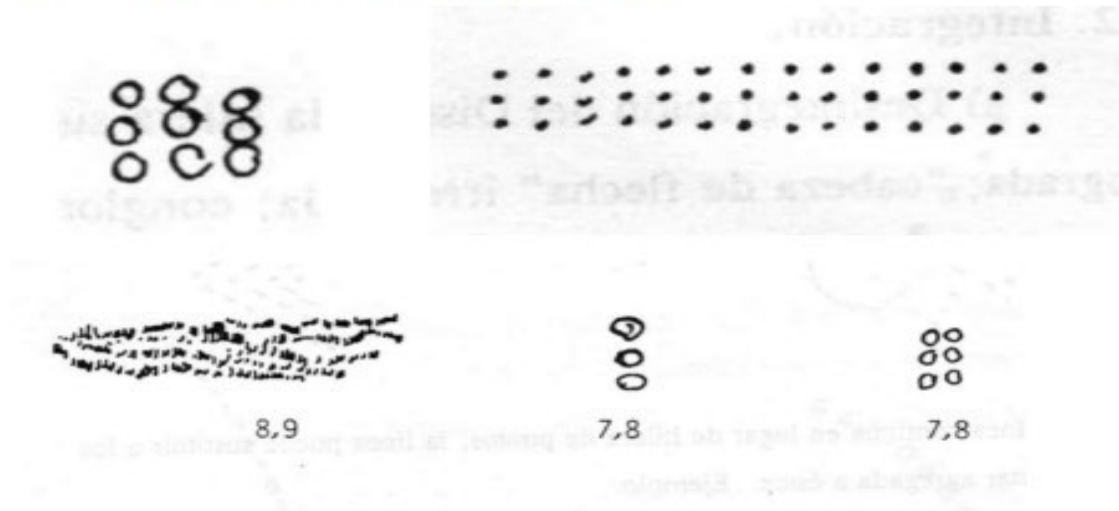
### Ejemplos de puntuación de la figura 2





---

Ejemplos de puntuación de la Figura 2 que no se puntúan



### Figura 3

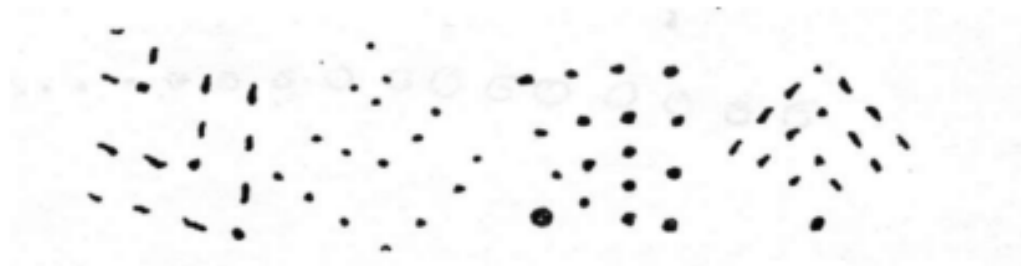
#### 10. Distorsión de la Forma.

Cinco o más puntos convertidos en círculos; puntos agrandados o círculos parcialmente rellenos no se consideran círculos para este reactivo. En caso de duda, no computar; las rayas no se puntúan.

#### 11. Rotación.

Rotación del eje de la figura en 45 grados o más; rotación de la tarjeta, aunque luego se copie correctamente en la posición rotada.

Ejemplos:



#### 12. Integración.

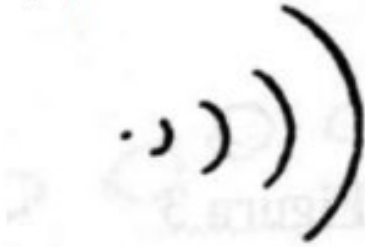
a) **Desintegración del Diseño:** aumento de cada hilera sucesiva de puntos no lograda; "cabeza de flecha" irreconocible o invertida; conglomeración de puntos; sólo una hilera de puntos; el borrono o un número incorrecto de puntos no se computa.

Ejemplos:

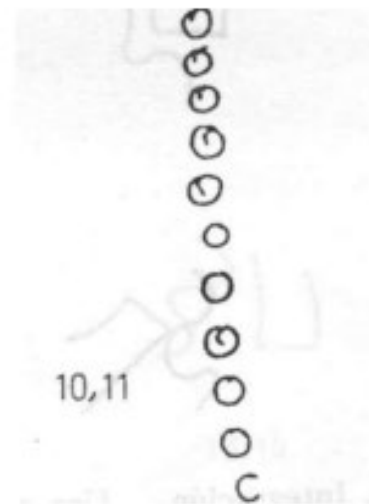
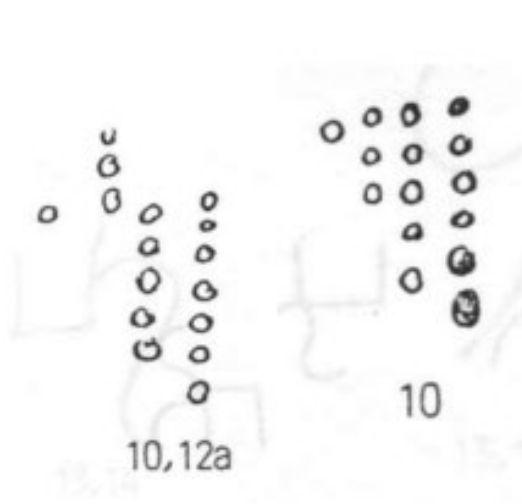
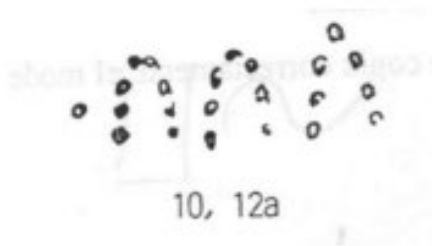


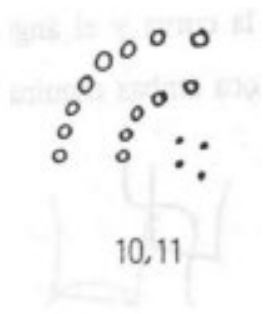
**b) Línea continúa en lugar de hilera de puntos;** la línea puede sustituir a los puntos o estar agregada a éstos.

Ejemplo:



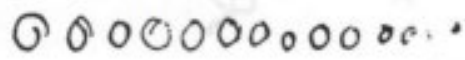
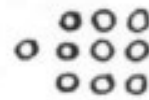
**Ejemplos de puntuación de la Figura 3:**





operation de mas

rica e la deposi



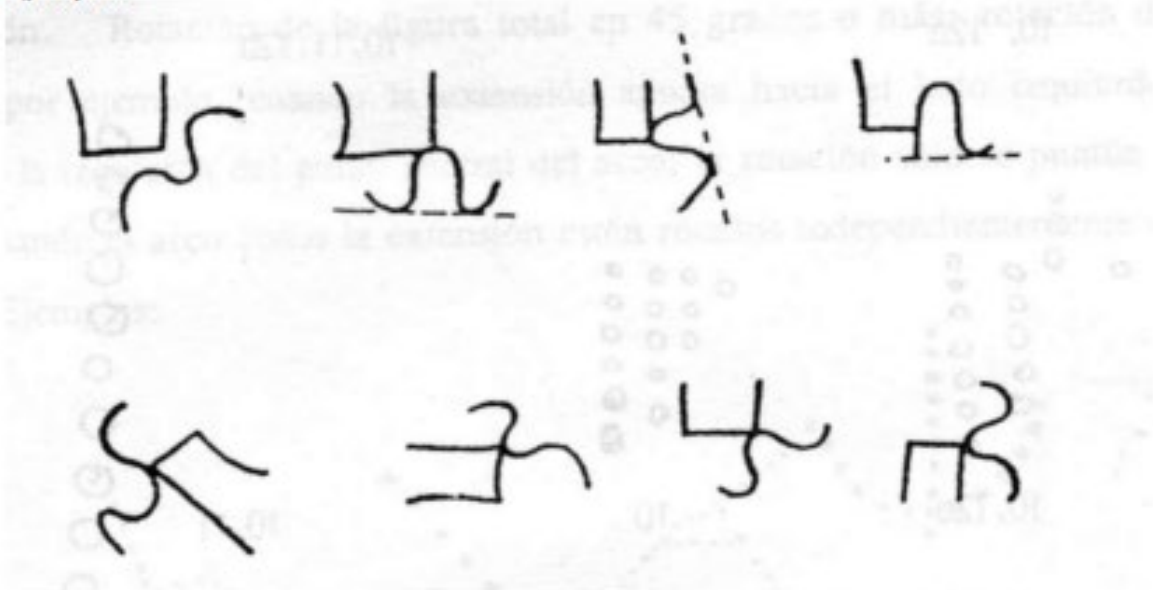
10.12a

### Figura 4

#### 13. Rotación.

Rotación de la figura, o parte de la misma, en 45 grados o más, rotación de la tarjeta estímulo, aún cuando luego se copie correctamente el modelo rotado.

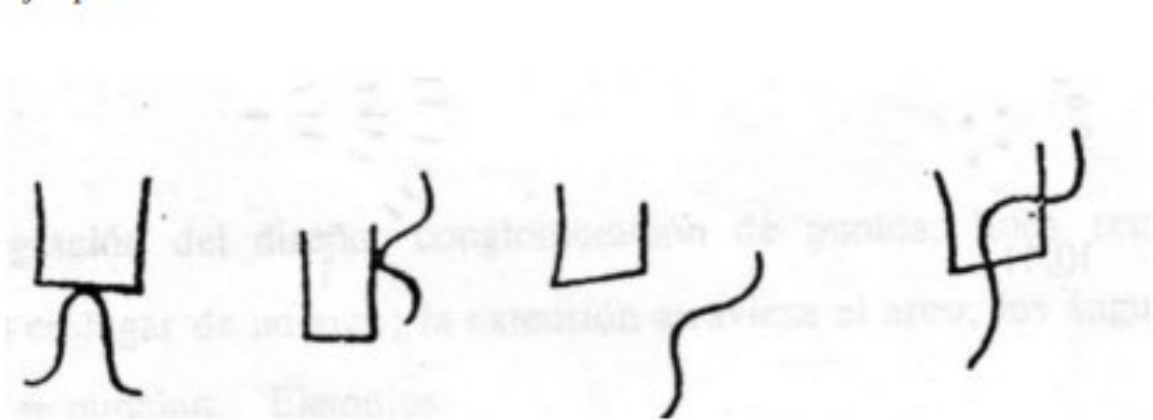
Ejemplos:



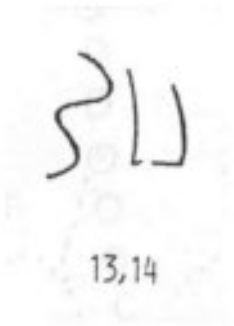
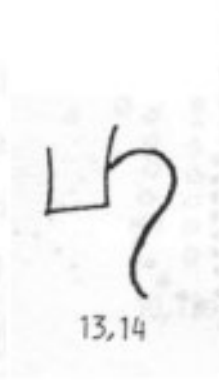
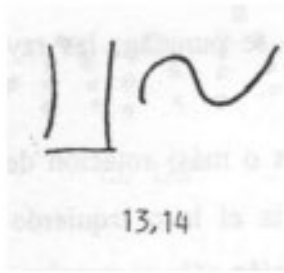
#### 14. Integración.

Una separación de más de 3 mm. entre la curva y el ángulo adyacente; lo mismo se aplica a la superposición. La curva toca ambas esquinas.

Ejemplos:



**Ejemplos de la figura 4**



## Figura 5

### 15. Modificación de la Forma.

Cinco o más puntos convertidos en círculos; los puntos agrandados o círculos parcialmente rellenos no se puntúan; las rayas tampoco se puntúan.

### 16. Rotación.

Rotación de la figura total en 45 grados o más; rotación de la extensión, por ejemplo, cuando la extensión apunta hacia el lado izquierdo o comienza a la izquierda del punto central del arco; la rotación sólo se puntúa una vez, aún cuando el arco como la extensión estén rotados independientemente uno del otro.

Ejemplos:



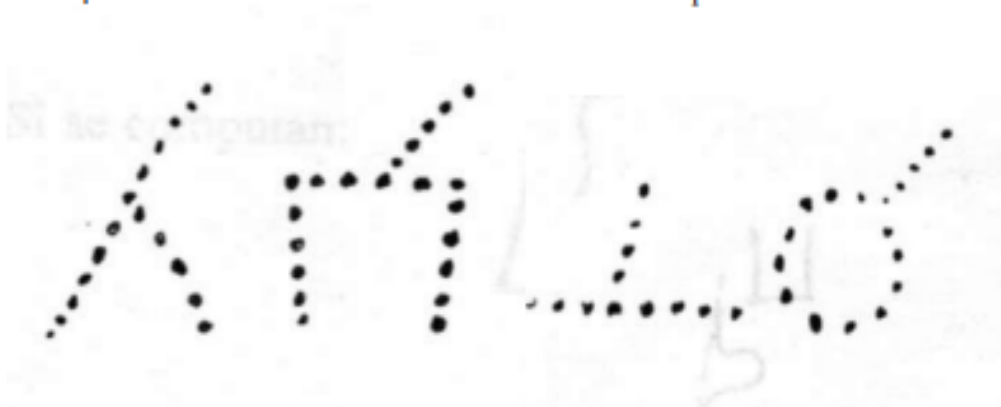
### 17. Integración.

a) **Desintegración del diseño;** conglomeración de puntos; línea recta o círculo de puntos en lugar de un arco; la extensión atraviesa el arco; los ángulos y los cuadrados no se puntúan.

Ejemplos:

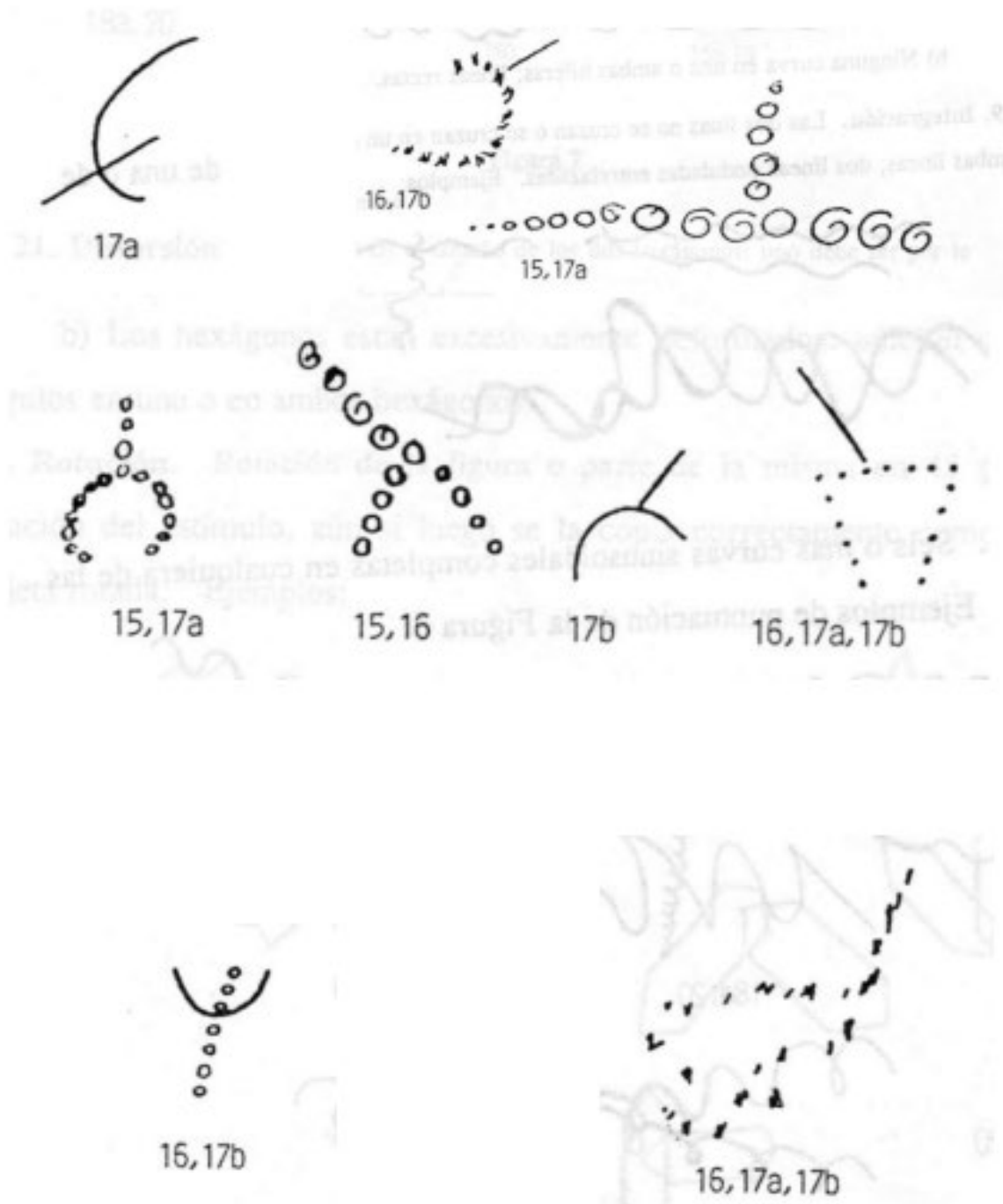
No se puntúa:

Se puntúa:



b) Línea continua en lugar de puntos en el arco, la extensión o en ambos.

Ejemplos de la figura 5:



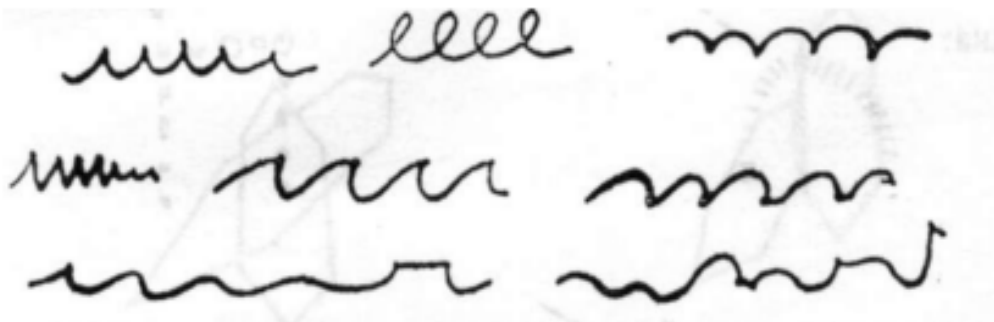


## Figura 6

### 18. Distorsión de la Forma.

a) Tres o más curvas sustituidas por ángulos (en caso de duda, no computar).

Ejemplos:

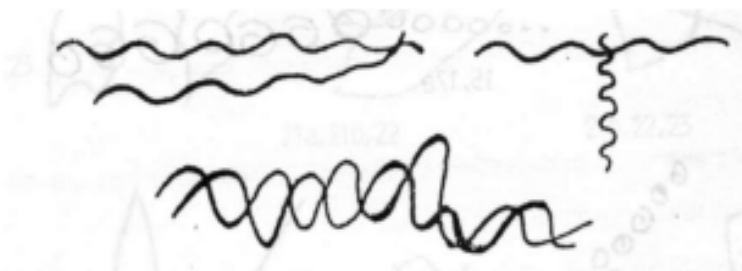


b) Ninguna curva en una o ambas hileras; líneas rectas.

### 19. Integración.

Las dos líneas no se cruzan o se cruzan en un extremo de una o de ambas líneas; dos líneas onduladas entrelazadas.

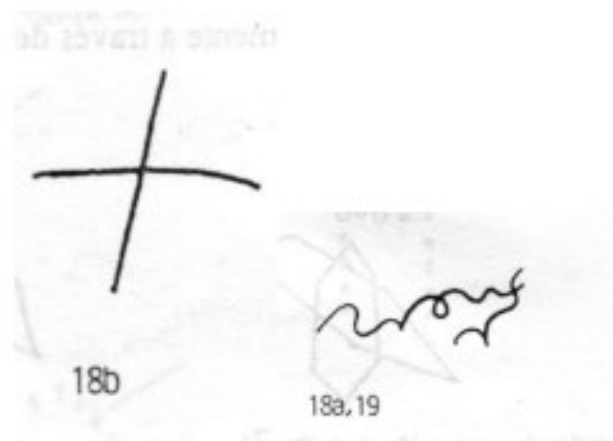
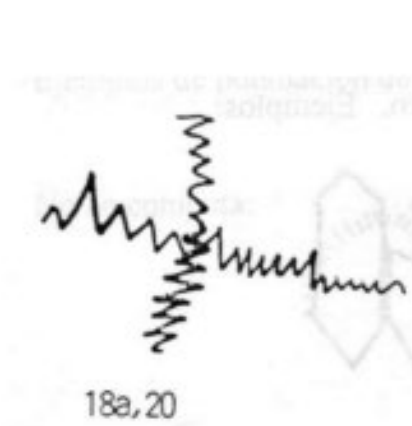
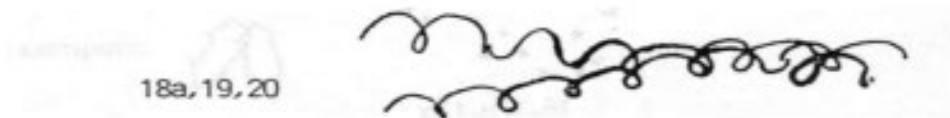
Ejemplos:



**20. Perseveración.**

Seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las dos direcciones.

**Ejemplos de puntuación de la figura 6:**



## Figura 7

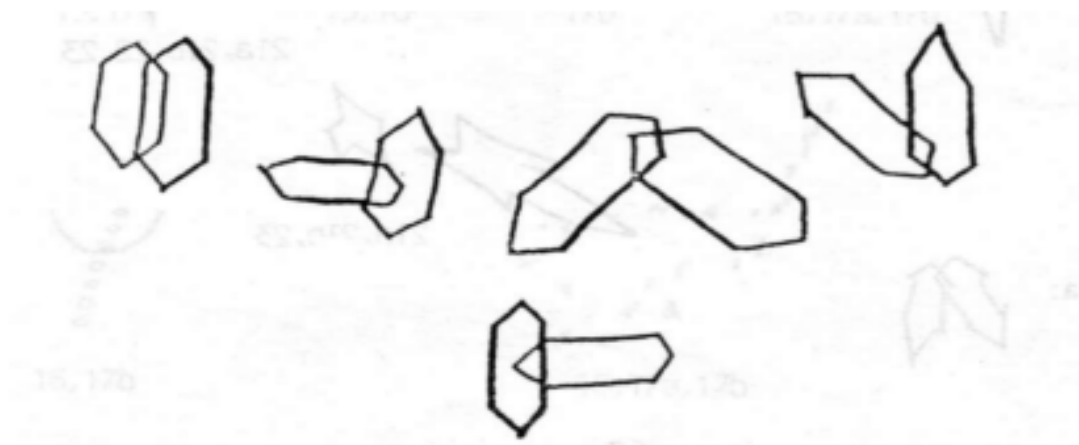
### 21. Distorsión de la Forma.

a) **Desproporción en el tamaño de los dos hexágonos:** uno debe ser por lo menos el doble de grande que el otro.

b) **Los hexágonos están excesivamente deformados:** adición u omisión de ángulos en uno o en ambos hexágonos.

**22. Rotación.** Rotación de la figura o parte de la misma en 45 grados o más; rotación del estímulo, aún si luego se la copia correctamente como se ve en la tarjeta rotada.

Ejemplos:



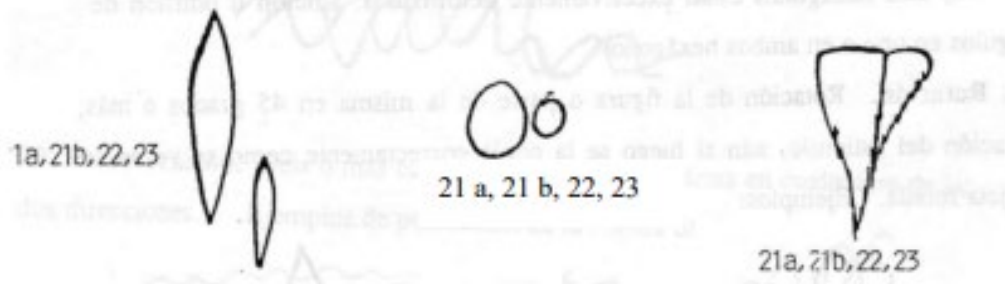
### 23. Integración.

Los hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente, es decir, un hexágono penetra completamente a través del otro.

Ejemplos:



**Ejemplos de puntuación de la Figura 7:**



No se puntúa

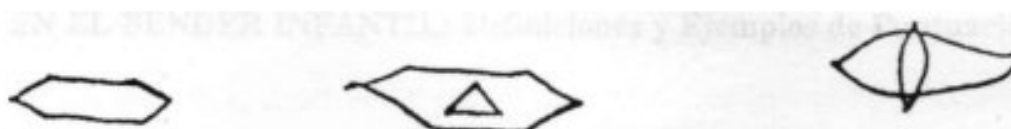


### Figura 8

#### 24. Distorsión de la Forma.

El hexágono o el rombo excesivamente deformados; ángulos agregados u omitidos.

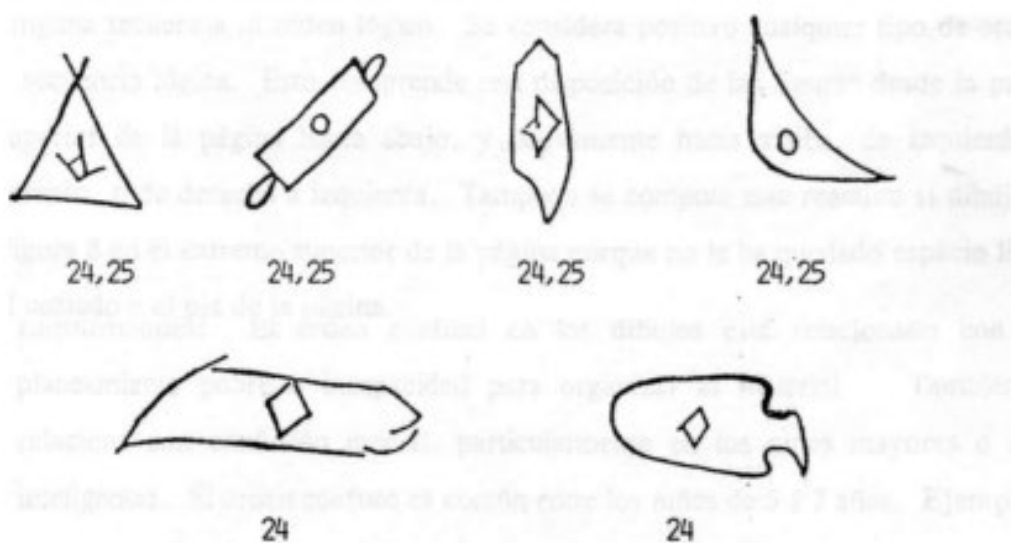
Ejemplos:



#### 25. Rotación.

Rotación de la figura en 45 grados o más, rotación del estímulo, aún cuando luego se la copie correctamente en la posición rotada (el girar la hoja para aprovechar el papel no se computa, pero se registra en el protocolo).

Ejemplos de puntuación de la Figura 8:



No se puntúan:











## TEST DE BENDER.



Subsecretaría Nacional de Provisión de  
Servicios de Salud Dirección Nacional de  
Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado  
Especial en Salud - DNDRCES

APELLIDOS Y NOMBRES	
HISTORIA CLINICA	
FECHA DE VALORACION	

## TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ de BENDER

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM)	
A 	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado..... 2b. Desproporción (uno es el doble).....		* Adición u omisión ángulos *	
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo. 3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..		* (a partir de 6 años) *	
	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos)..... 5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo)..... 6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....		* ** ** (>7 años)	
1 ..... 	7. Rotación..... 8. Integr.: Omisión/adición filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1..... 9. Perseveración (>14 columnas).....		* (> 8 años) ** (> 6 años) ** (>7 años)	
	2 ..... 	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. 11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta). 12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño..... 12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..		* (> 6 años) ** (>7 años) * (>5 años) **
		3 ..... 	13. Rotación (de la figura o parte 45°, o de tarjeta). 14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.).....	
4 ..... 			15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. 16. Rotación 45° o más (total o parcial)..... 17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.. 17b. Línea continua en vez de puntos.....	
	5 ..... 		18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas..... 18 b. Líneas rectas..... 19. Integración (cruzan mal)..... 20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....	
		6 ..... 	21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble)..... 21 b. Deformación hexágonos (> n° < ángulos)... 22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45°ó +).... 23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....	
7 ..... 			24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos)..... 25. Rotación eje en 45° o más.....	
	<b>P.D. TOTAL (máx 30):</b>			



<b>TEST de BENDER- INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL.</b> (Koppitz, 1974)	
Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.	
<b>I. Orden confuso.</b> Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. <b>Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.</b>
<b>II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2)</b> Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.
<b>III. Rayas en lugar de círculos (Fig.2).</b> La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.
<b>IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3)</b> Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.
<b>V. Gran tamaño (macro grafismo)</b> Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.
<b>VI Tamaño pequeño (micro grafismo)</b> Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.
<b>VII. Líneas finas.</b> Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.
<b>VIII. Repaso del dibujo o de los trazos.</b> El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".
<b>IX. Segunda tentativa.</b> Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.
<b>X. Expansión.</b> Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.
<b>XI. Marco alrededor de las figuras</b>	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.
<b>XII. Cambios o añadidos</b>	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad
<b>TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:</b>	

## TEST DE MAYO.



- Siempre se empieza con "Voy a hacerle algunas preguntas y luego le voy a solicitar que realice algunas tareas. Comencemos."

### TEST DE MAYO

#### I. ORIENTACION 4

- 1.- Dígame su nombre por favor
- 2.- ¿Cuál es la dirección en la que vives?
- 3.- ¿Cómo se llama el lugar donde nos encontramos?
- 4.- ¿Cómo se llama la ciudad en la que vivimos?
- 5.- ¿Qué día de la semana es hoy?
- 6.- ¿En qué fecha estamos?
- 7.- ¿En qué mes estamos?
- 8.- ¿En qué año estamos?

TOTAL DE PUNTOS -----/8

#### II. ATENCIÓN

Repita en el mismo orden que yo le diga los siguientes números, califica 0 si no puede contestar los 3 primeros números dados por el examinador.

- |                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| 1. 5-8-2         | califica 3/7 si lo repite bien |
| 2. 6-4-3-1       | califica 4/7 si lo repite bien |
| 3. 4-2-7-3-1     | califica 5/7 si lo repite bien |
| 4. 5-9-1-7-4-2   | califica 6/7 si lo repite bien |
| 5. 6-1-9-4-7-3-8 | califica 7/7 si lo repite bien |

#### III APRENDIZAJE-FIJACION (0-4) (Califica 1 punto por cada respuesta acertada)

- Al final se repite para calificar reaprendizaje-recuerdo
- "Repita estas palabras que yo le digo hasta lograr aprenderse de memoria" (repetición 4 veces seguidas con ayuda del examinador y a la 5ta vez, se califica) 1 punto por cada palabra, no importa en el orden que se las diga:
  1. Manzana
  2. Sr Pérez
  3. Caridad







4. Túnel

TOTAL DE PUNTOS \_\_\_\_\_/4

#### IV. CÁLCULO

1. Multiplique 13 x 5 (sin papel si no mental)
2. Ahora reste 65 - 7
3. Ahora divida 58/2
4. Sume 29 +11

TOTAL DE PUNTOS \_\_\_\_\_/4

En personas de bajo nivel escolar:

1. 5 x2
2. 10 - 4
3. Ahora divida 6 / 2
4. Sume 3 +3

TOTAL DE PUNTOS -----/4

#### V. ABSTRACCION: (0-4) califica 1 punto por cada respuesta correcta

1. ¿En qué se parece una naranja a un plátano, sin tomar en cuenta la forma, sino más bien otro tipo de atributos que a los demás les sean comunes?
2. ¿En qué se parece una carreta a una bicicleta?
3. ¿En qué se parece una mesa y una silla?
4. ¿En qué se parece un perro y un león?

TOTAL DE PUNTOS -----/4

#### VI INFORMACION: (0-3) cada respuesta acertada califica 1 punto

1. ¿Cómo se llama nuestro presidente de la república? \_ si no lo dice bien - usted deberá dar el nombre y calificar 0
2. ¿Para qué nos sirve un termómetro?
3. ¿Cuántas cosas forman una docena?

TOTAL DE PUNTOS -----/3



### VII. CONSTRUCCION (PRAXIS): (0 -4) cada respuesta positiva se califica 1 punto

1. ¿Dibuje un reloj y señale las 11h15 – se dará una hoja en blanco para que dibuje, se califica 0-1-2

0= si no corresponde

1= si dibuja la esfera y puso únicamente los números y al menos los principales

2= si dibuja lo solicitado

2. Copie este dibujo por favor



Se califica

0 = sino hay los 3 parámetros ALTO-ANCHO – PROFUNDIDAD

1 = Si al menos hay cuadrado con ángulos bien hechos

2 = si cumple lo solicitado

TOTAL DE PUNTOS -----/2 Y /2 = ---/4

### VIII. REVOCACION

Se solicita que repita las 4 palabras anteriormente memorizada. 1 punto por cada respuesta adecuada (Manzana, Sr Pérez, caridad, túnel).

TOTAL DE PUNTOS -----/4





## 2.2 RELACION RESULTADOS TEST DE MAYO / MINIMENTAL TEST Vs RELACION PORCENTUAL

INTERPRETACION	TEST DE MAYO	PORCENTAJE	MINIMENTAL
	PUNTAJES		PUNTAJE
NORMALIDAD	38-34		35-31
LIMITROFE	33-29	15-29%	30-29
DEF. LEVE	28-24	30-59%	28-27
MODERADO	23-16	60-75%	26-22
GRAVE- PROFUNDO	15 o menos	76%	21 o menos

TEST DE MAYO	
LIMITE	
PUNTAJE	%
33	15-17%
32	18-29%
31	21-23%
30	24-26%
29	27-29%
LEVE	
PUNTAJE	%
28	30-35
27	36-41
26	42-47
25	48-53
24	54-59
MODERADO	
PUNTAJE	%
23	60-61
22	62-63
21	64-65
20	66-67
19	68-69
18	70-71
17	72-73
16	74-75
PROFUNDO	
PUNTAJE	%
15 O MENOS	76%

MINIMENTAL TEST	
LIMITE	
PUNTAJE	%
29	23-29
30	15-22
LEVE	
PUNTAJE	%
28	30-44
27	45-59
MODERADO	
PUNTAJE	%
22	73-74-75
23	70-71-72
24	66-67-68-69
25	63-64-65
26	60-61-62
PROFUNDO	
PUNTAJE	%
21 o menos	76%

