

Nivel de validismo en niños de 0 a 14 años con discapacidad intelectual en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Degree of self-sufficiency in 0 to 14 years old children with intellectual disability in the Plurinational State of Bolivia.

Noel Taboada Lugo,^I Massiel Martínez Fernández,^{II} Litz González Morales,^{III} Antonio Bacallao Bell,^{IV} Odalys Bravo Téllez.^V

Resumen

El validismo refleja la capacidad de las personas para llevar a cabo o no por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización. Constituye un elemento de gran importancia para la inserción social de las personas con algún tipo de discapacidad. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, donde se incluyeron los 9 148 niños y niñas bolivianos de 0 a 14 años de edad con discapacidad intelectual identificados en el estudio clínico-genético, psicopedagógico y social a las personas con discapacidad llevado a cabo en el país por la Misión Solidaria del ALBA “Moto Méndez”, con el objetivo de determinar su nivel de validismo, relacionarlo con el grado de severidad de la discapacidad intelectual, caracterizar desde el punto de vista etiológico la discapacidad intelectual en los niños con limitaciones en su validismo e identificar los niños dependientes y semidependientes que no cuentan con amparo filial. Se identificaron un total de 7 499 niños y niñas con discapacidad intelectual con algún grado de dependencia, de ellos más de la mitad eran semidependientes y solo alrededor de una cuarta parte eran independientes. En los menores de cuatro años predominaron los casos dependientes y a medida que aumentó la edad predominaron los semidependientes. La mayoría de los niños y niñas bolivianos dependientes y sin amparo filial tenían un grado profundo de discapacidad intelectual.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, validismo, autonomía, dependencia,

Abstract

Sel-sufficiency reflects the ability of people to carry out or not the basic activities of daily living by themselves, and their need of support and supervision for their implementation. This is an element of great importance for the social integration of persons with any types of disabilities. An observational, descriptive, cross-sectional study was performed, which included the 9 148 Bolivian children from 0 to 14 years old with intellectual disabilities identified in the clinical- genetic and psychosocial study of people with disabilities led to out in the country by the Misión Solidaria del ALBA “Moto Méndez”. The study was carried out in order to determine their level of self-sufficiency, relating it with the degree of severity of intellectual disability and characterizing it from the standpoint of etiology, as well as identifying those dependent and semidependent children who do not have any parental protection. A total of 7 499 intellectually disabled children with some degree of dependency were identified; more than half of them proved to be semidependent and only one fourth were independent. In children younger than four years old the dependent cases predominated, and as age increased semidependent cases predominated. Most Bolivian dependent children without parental protection had a profound degree of intellectual disability.

Keywords: Intellectual disability, self-sufficiency, autonomy, dependence.

^I Master en Ciencias en Atención Integral al Niño. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Genética Clínica. Profesor Asistente. Centro Provincial de Genética Médica. Villa Clara. Cuba. E-mail: drtaboadagenetica@gmail.com.

^{II} Licenciada en Defectología. Profesor Instructor. Policlínico Docente “Eduardo Díaz Ortega”, Municipio Guanajay, Artemisa. Cuba.

^{III} Licenciada en Defectología. Profesor Asistente. Policlínico Docente “José A. Mas Naranjo”, Municipio 1^{ro} de Enero, Ciego de Ávila. Cuba.

Introducción

El validismo refleja la capacidad de autonomía e independencia de las personas para realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y constituye un elemento de gran importancia para la inserción social de las personas con algún tipo de discapacidad.¹

Los niños con discapacidad intelectual constituyen un grupo especialmente vulnerable, de modo que debe constituir una prioridad de primer orden el desarrollo de sistemas de prevención y protección, para favorecer su desarrollo personal y social en igualdad de oportunidades. La aparición de situaciones de dependencia se agrava conforme sea menor la edad de estas personas y cuanto mayor sea su nivel de discapacidad.

El término semiválido o semidependiente se refiere a las personas que necesitan ayuda para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria, o tienen necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal, mientras que no válido o dependiente hace alusión a las personas que necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, o sea, aquellas que tienen necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.¹⁻⁴

Dependencia no es sinónimo de discapacidad. Ser funcionalmente dependiente significa que esa persona necesita ayuda de otra para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Esta pérdida de autonomía se puede deber, tanto a una enfermedad como a una discapacidad.

Las personas con discapacidad tienen limitaciones para realizar algunas actividades, en dependencia del tipo de discapacidad en particular, pero no todas necesitan ayuda de otra persona para desenvolverse en su vida diaria.²

La investigación realizada persiguió como objetivos determinar el nivel de validismo en niños de 0 a 14 años con discapacidad intelectual y su relación con el grado de severidad de la discapacidad; caracterizar desde el punto de vista etiológico la discapacidad intelectual en los niños con limitaciones en su validismo; e identificar los niños dependientes y semidependientes que no cuentan con amparo filial.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, donde se incluyeron como universo de estudio los 9 148 niños y niñas bolivianos de 0 a 14 años de edad con discapacidad intelectual identificados en el Estudio Clínico-Genético, Psicopedagógico y Social de las Personas con Discapacidad, llevado a cabo en el país por la Misión Solidaria del ALBA “Moto Méndez”, con la participación de especialistas cubanos y profesionales de Bolivia y Venezuela; en los períodos de noviembre a diciembre de 2009, y de marzo a agosto de 2010, a solicitud del gobierno de ese país.

En el diseño y conducción de este estudio se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki relacionados con la investigación científica. Para la valoración del nivel de validismo, fue utilizado el instrumento de valoración inicial para la discapacidad intelectual, aplicado en dicho estudio, que recoge los siguientes aspectos: El ítem 44 explora el área motriz y precisa si la persona camina independiente, con ayuda, no camina o está encamada. En el ítem 49 se explora si se relaciona con la familia y con los vecinos, entre otros aspectos del área de la conducta y la sociabilización. En el ítem 50, referente al área de la autonomía personal, se especifica si es independiente, requiere ayuda o es dependiente para la alimentación, el aseo personal y para vestirse. En los ítems 51 y 53 se recoge si tiene control de esfinteres, y la autonomía social en las tareas del hogar y de la comunidad, respectivamente. Por último, en el ítem 59 se refleja la evaluación funcional de la persona con discapacidad intelectual en las variables independiente, semidependiente o dependiente.

Los datos fueron recogidos y digitalizados en una base de datos creada para este propósito en el soporte Windows XP. Se realizaron los análisis pertinentes y se utilizaron estadígrafos descriptivos del tipo porcentaje.

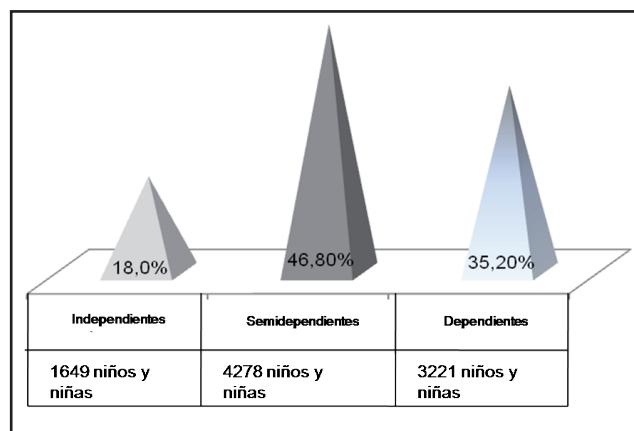
Resultados

Se identificaron un total de 7 499 niños y niñas con discapacidad intelectual (DI) con algún grado de dependencia (81,97 %), de ellos más de la mitad (4 278) eran semidependientes. Solo 1 649 casos (18,0%) eran independientes (Figura 1).

^{IV} Master en Ciencias en Psiquiatría Infantil. Licenciado en Defectología. Departamento de Psicopedagogía. Dirección provincial de salud, La Habana. Cuba.

^V Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias en Salud Pública. Ministerio de Salud Pública, La Habana. Cuba.

Figura 1. Nivel de validismo en niños de 0 a 14 años con discapacidad intelectual. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.



En los menores de cuatro años predominaron los casos dependientes (12,8 %), mientras que en los grupos de edades de 5 a 9 y de 10 a 14 años prevalecieron los

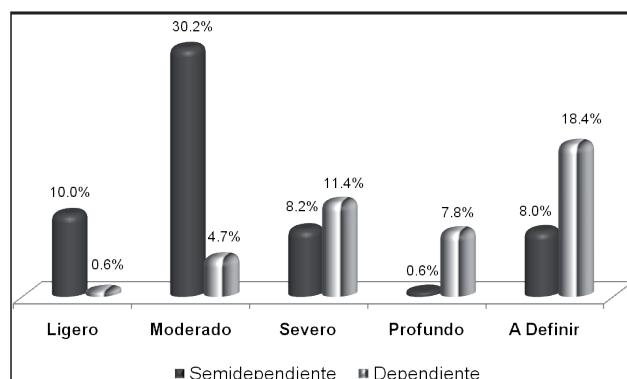
casos semidependientes, con una frecuencia de 19,9% y 23,9 %, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de validismo en niños con discapacidad intelectual según grupos de edades. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.

Nivel de Validismo/ Grupos de edades	0 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Independiente	39	0,4	1 043	6,2	567	11,4	1 649	18,0
Semidependiente	268	2,9	2 188	19,9	1 822	23,9	4 278	46,8
Dependiente	1 169	12,8	830	13,4	1 222	9,1	3 221	35,2
TOTAL	1 476	16,1	4 061	39,5	3 611	44,4	9 148	100

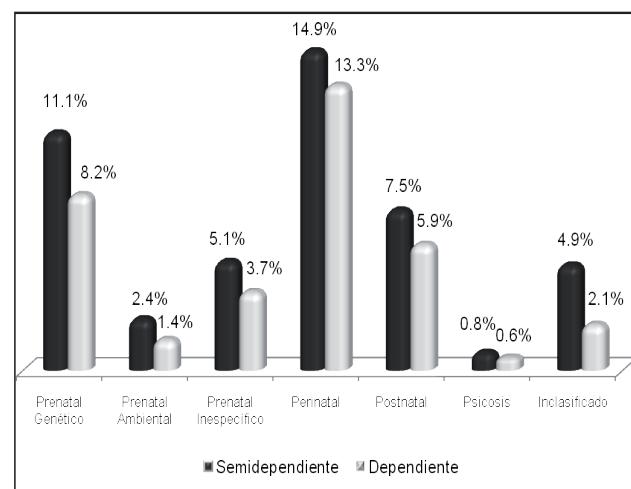
En los grados ligeros y moderados de DI predominaron los casos semidependientes (8,2 % y 24,8 % en cada caso), mientras que en los grados más severos de discapacidad intelectual, y en los casos con severidad aún por definir, el mayor porcentaje correspondió a los que eran totalmente dependientes (Figura 2).

Figura 2. Limitación del validismo según grado de severidad de la discapacidad intelectual en niños de 0 a 14 años. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.



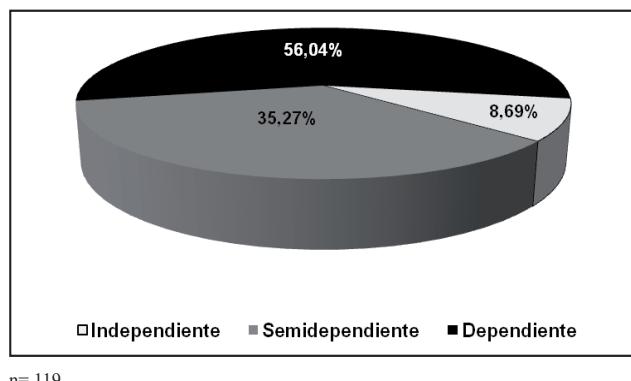
Los mayores niveles de dependencia se observaron en las causas perinatales (14,9 % de casos semidependientes, y 13,3 % de dependientes), seguido de las causas prenatales genéticas (Figura 3).

Figura 3. Limitación del validismo según causas de la discapacidad intelectual en niños de 0 a 14 años. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.



Un total de 119 niños y niñas bolivianos con algún grado de dependencia eran huérfanos de padre y madre y de ellos 67 casos (56,04 %) eran totalmente dependientes (Figura 4).

Figura 4. Nivel de Validismo en niños con discapacidad intelectual sin amparo filial. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.



El mayor porcentaje de niños y niñas dependientes y sin amparo filial tenían un grado profundo de discapacidad intelectual (20 casos que representan un 16,8 %) (Tabla 2).

Tabla 2. Limitación del validismo en niños sin amparo filial según grados más severos de discapacidad intelectual. Estado Plurinacional de Bolivia. 2009-2010.

Limitación del validismo/ Grados más severos de DI	Severos		Profundos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Semidependientes	10	8,4	1	0,8	11	9,2
Dependientes	19	16,0	20	16,8	39	32,8
Total	29	24,4	21	17,6	50	42,0

DI: Discapacidad intelectual

n=119

Discusión

La definición de dependencia, que ha sido ampliamente aceptada, contempla la concurrencia de tres factores para poder plantear una situación de dependencia en una persona: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de esta persona; en segundo lugar, su incapacidad para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; e incluso las actividades llamadas instrumentales de la vida diaria; y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.¹

Las actividades básicas de la vida diaria son las

relacionadas con el autocuidado, como levantarse/acostarse, vestirse, caminar, alimentarse, realizar el aseo personal, mantener el control de esfínteres; mientras que, las actividades instrumentales de la vida diaria consisten en el desarrollo de tareas habituales para vivir de manera independiente, tales como actividades domésticas básicas, hacer compras, manejar el dinero, desplazarse por la calle, utilizar medios de transporte, realizar gestiones, etc.^{1,5,6}

Más del 80 % de los 9 148 niños y niñas identificados con algún grado de DI en Bolivia, presentaban determinados niveles de dependencia, y de ellos el 35,2 % eran funcionalmente dependientes.

En el estudio clínico genético, psicopedagógico y social a las personas con DI realizado en Cuba se identificó que el 39,0 % de las personas con discapacidad intelectual eran dependientes.⁷

Estas personas requieren una intervención continuada, casi siempre permanente, basada en el apoyo y los cuidados. La atención de la dependencia se enmarca, por tanto, en el ámbito de los servicios sociales.¹

En el Estado Plurinacional de Bolivia se implementa un sistema único de salud con acceso universal, dentro de un proceso de reforma gradual, orientado a enfrentar los requerimientos generales y específicos de cada región y grupos humanos en forma equilibrada, con metas preestablecidas y un sistema de seguimiento y evaluación que permite medir resultados e impactos. Existe sin embargo, una asimetría entre los servicios sanitarios y los sociales y ésta es precisamente, una de las dificultades más significativas para la protección de estos niños y niñas con dependencia, pues mientras para el cuidado de la salud se ofrecen una serie de seguros médicos públicos, como el Seguro Universal Materno Infantil, el Seguro de Salud para el Adulto Mayor, y el Seguro Universal de Salud, los servicios sociales públicos todavía tienen un carácter limitado y un desarrollo desigual.⁸

Un estudio del Instituto Boliviano de Seguridad Social, sitúa a la población protegida por el sistema en alrededor del millón de personas, lo que supone que solo entre el 13 y el 20 % de la población boliviana se encuentra protegida por la seguridad social.¹⁰

En la actualidad el Seguro Universal de Salud, por ejemplo, no cubre la atención de enfermedades específicas como causas de discapacidad, como los niños con Síndrome Down, por lo que la Red EQUIDAD (entidad conformada por varias entidades públicas, asociaciones de personas con discapacidad y ONGs) trabaja en este tema para ampliar la cobertura de atención a las personas con algún tipo de discapacidad.¹¹

En el grupo de edad hasta los 4 años predominaron los casos funcionalmente dependientes, lo cual

resulta un hallazgo esperado, en tanto este grupo, y sobre todo los menores de dos años, presentan un nivel de dependencia lógico para la realización de las actividades de la vida diaria. Por esta razón la valoración que se realiza en este grupo no puede tener un carácter permanente y se deben establecer valoraciones de oficio periódicas.¹

Para valorar el validismo y la situación de dependencia de niños y niñas de hasta tres años, se debe comparar su situación con el funcionamiento esperado en otros niños de la misma edad. El objetivo es valorar las actividades que el niño o la niña puede hacer, independientemente de cuál sea la ayuda que recibe habitualmente. La escala se aplica mediante la observación de algunas variables de desarrollo, de las necesidades de apoyo en salud para determinadas funciones vitales básicas y de la necesidad de medidas que afectan a la movilidad.^{1,5}

La DI es la discapacidad más frecuente y con mayor impacto en la vida de la persona afectada, su familia y la sociedad, con una incidencia estimada de un 1-3% en las poblaciones desarrolladas.¹²

Uno de los criterios para el diagnóstico de la DI es su comienzo en la infancia, antes de los 18 años, sin embargo se plantea que el 90 % de todos los casos se diagnostican entre los 6 y 10 años de edad, es decir en la edad escolar.⁵

En el presente estudio se consideró la categoría “a definir” para los casos de niños y niñas pequeños en los que existía una clara presunción de DI, pero en los que no se podía determinar aún su severidad.

Precisamente por las edades comprendidas en este grupo es que la cantidad de casos funcionalmente dependientes superó en 2,3 veces a los semidependientes.

Los niños con DI leve o ligera durante su vida adulta adquieren habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, y solo tienen necesidad de orientación en situaciones de estrés. Por lo general, acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad de forma independiente.

La mayoría de los niños con DI moderada adquieren habilidades de comunicación durante la infancia, pueden atender su cuidado personal con supervisión intermitente, y pueden trasladarse en lugares conocidos de manera independiente. En la adolescencia presentan dificultades con sus coetáneos, al no comprender las convenciones sociales, y en la vida adulta, son capaces de realizar trabajos no cualificados, siempre con supervisión.

Los niños con DI severa tienen escaso lenguaje comunicativo durante los primeros años de la niñez, ya durante la edad escolar pueden aprender a hablar y las habilidades elementales de cuidado personal.

En la vida adulta pueden ser capaces de realizar tareas simples, estrechamente supervisados en instituciones.

Por su parte, los niños con DI profunda, presentan, en su mayoría, en sus primeros años de vida, retraso del desarrollo psicomotor, aunque pueden lograr un desarrollo óptimo en ambientes altamente estructurados y con ayudas y supervisión constantes. Con adiestramiento adecuado ellos pueden mejorar su desarrollo motor, las habilidades de comunicación y su cuidado personal.

Las personas con DI no tendrán una vida con calidad si sienten que su vida tiene limitaciones y falta de apoyos para poder hacer planes sobre su futuro, tomar sus propias decisiones, asumir riesgos y equivocarse. La mayoría de las personas con grados más severos de DI son dependientes y necesitan apoyos para tener una mayor autonomía personal. Muchas de estas personas tienen grandes limitaciones físicas, otras no. Pero todas necesitan apoyos para realizar muchas actividades de la vida diaria y para su autonomía personal en su comunidad.¹²⁻¹⁴

El trabajo con personas con DI, en particular con niños, debe estar enfocado al desarrollo de habilidades para enfrentar efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y para cumplir las normas de autonomía personal, esperables de alguien en un contexto particular.

Es necesario ayudar a estos niños a adquirir habilidades de competencia social, adquisición de hábitos de autonomía e independencia personal, habilidades de comunicación, etc., más que en la adquisición de conocimientos.²

Los mayores niveles de dependencia en los niños y niñas bolivianos con DI se observaron en aquellos de causas perinatales, donde la prematuridad y la hipoxia perinatal constituyeron las causas observadas con mayor frecuencia.

La lesión cerebral hipóxico-isquémica está caracterizada por alteraciones bioquímicas y clínicas secundarias a períodos de asfixia perinatal, responsables de deficiencias neurológicas incluidas la discapacidad intelectual, parálisis cerebral infantil, espasticidad, coreoatetosis, ataxia, epilepsia y en algunos casos, la muerte. Las secuelas de la encefalopatía hipóxico isquémica y su afectación en la función neurológica repercuten en la dinámica familiar y social, por ello resulta necesaria la detección precoz de complicaciones y la decisión farmacológica específica, útil en el daño hipóxico-isquémico, para finalmente iniciar oportunamente la rehabilitación. El 90 % de los casos de asfixia, ocurre antes, durante, o inmediatamente después del parto. Los niños pretérmino y de bajo peso al nacer, tienen mayor

riesgo que los niños a término de nacer deprimidos y de presentar dificultades para iniciar una respiración espontánea adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año nacen cuatro millones de recién nacidos que presentan asfixia perinatal, de los cuales 800 000 desarrollarán secuelas neurológicas y un número similar fallecerán como consecuencia de estos eventos.^{15, 16}

Muchos de los niños y niñas con DI, huérfanos, y con algún grado de dependencia, identificados en el estudio en Bolivia, se encontraban internados en instituciones de beneficencia.

La necesidad de la figura materna es inmediata para los niños, porque la madre constituye para ellos, desde su nacimiento, una incesante e indispensable fuente de experiencias psicosensoriales, psicointelectivas, psicoemotivas. Es la presencia materna la que transmite al niño ese sentido de seguridad del cual la vida infantil no puede ser privada sin daño.

La falta de cuidados maternos resulta tanto más grave cuanto menor es la edad del niño y cuanto menor es su autonomía. Cuando esta falta se verifica dentro del primer año de vida los daños psíquicos son profundos e irreversibles, hasta los cuatro años son posibles daños graves, más allá de este límite se pueden verificar aún trastornos del desarrollo afectivo porque estos niños ya valoran y sienten intensamente las relaciones en la familia pero no en el desarrollo intelectivo.¹

Es natural que exista una diferencia en el desarrollo psicológico general de los niños sin amparo filial, internados o no desde el nacimiento, con respecto a los coetáneos educados en su propia familia. Esto tiene lugar, debido a que al estar ausente la estimulación social o verse limitada, se harán explícitas las repercusiones en las esferas cognitiva, afectiva y conativa del sujeto.¹

El Código del Niño, Niña y Adolescente, del Estado Plurinacional de Bolivia, establece entre sus disposiciones fundamentales en su Artículo 20, que todo niño, niña o adolescente con discapacidad física, mental, psíquica o sensorial, además de los derechos reconocidos, tiene derecho a recibir cuidados y atención especial adecuados, inmediatos y continuos que le permitan valerse por sí mismo, participar activamente en la comunidad y disfrutar de una vida plena en condiciones de dignidad e igualdad; y a la prevención, protección, educación, rehabilitación y a la equiparación de oportunidades, sin discriminación, dentro de los principios de universalidad, normalización y democratización.

En el Artículo 21 se refrenda además que, “para garantizar el cumplimiento de lo previsto en el artículo precedente, el Estado, a través del Poder Ejecutivo, debe desarrollar y coordinar programas de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación para niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Con este fin creará y fomentará instituciones y centros especializados de atención y cuidado gratuito”.¹⁷

El nivel de validismo está limitado en la mayoría de las personas con discapacidad intelectual, resultando frecuente en los menores de cuatro años, y menos frecuente en la medida que avanza la edad. El apoyo familiar en estos casos constituye un pilar importante para el desarrollo de habilidades y hábitos sociales que garanticen su inserción laboral y social.

Agradecimientos

A todos los Psicopedagogos y Defectólogos cubanos que formaron parte de la Misión Solidaria del ALBA “Moto Méndez” y a todos los especialistas y profesionales cubanos, venezolanos y bolivianos que hicieron posible la realización de este estudio en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Referencias bibliográficas:

1. Gómez JG, Peñalver GJ. Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención Psicosocial*. 2007;16(2):155-173.
2. Sobre la autonomía y la dependencia. En: Espacio Logopédico. [serie en Internet] 2010 [fecha de acceso 8 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.espaciologopedico.com/noticias/detalle?Id=2451>.
3. Ayala SS. Ejercicio de la autonomía en discapacitados mentales. *Rev Cubana Pediatr*. 2001;73(1):51-4.
4. Martínez QC, Pérez MVT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006;22(1).
5. Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Discapacidad. [en línea] [fecha de acceso 8 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.solidaridadintergeneracional.es/discapacidad/index.php?pid=ayudas&fayuda=5434>.
6. Álvarez GT, Izquierdo PJE, Valdés MMC, Amurrio FRE, Ortiz REG. Resultados del estudio sobre la autopercepción y validismo en ancianos residentes en el Hogar Provincial Ever Riverol Bernal. *Gaceta Médica Espirituana*. 2008;10(3).
7. Cobas RM, Zacca PE, Lantigua CA, Portuondo SM, Morales CF, Icart PE. Caracterización epidemiológica y social de las personas con discapacidad intelectual en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea] 2011 [fecha de acceso 8 de marzo de

- 2011]; 37(1). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100005&script=sci_arttext.
- 8. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Salud de Bolivia. 3^a ed. Washington, D.C.: OPS; 2008.
 - 9. Morales Medina SE. Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.
 - 10. Mujica PJA. La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos. En: Consejo consultivo laboral andino. 2da ed Buenos Aires: PLADES; 2006.
 - 11. Ali RF. Orientación básica sobre discapacidad en el contexto boliviano. [en línea] 2011 [fecha de acceso 8 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6876759/Orientacion-Basica-Sobre-Discapacidad-en-el-Contexto-Boliviano>.
 - 12. Rodríguez-Revenga BL, Madrigal BL, Milà-Racasens M. Retraso mental de origen genético. Rev Neurol. 2006;43(Supl.1):181-6.
 - 13. Milà-Racasens M, Rodríguez-Revenga BL, Madrigal BL. Diagnosis of genetic mental retardation. Protocol of study. Rev Neurol. 2006;42(Suppl.1):103-7.
 - 14. Gary Bellamy. A study to define: profound and multiple learning disabilities (PMLD). Journal of Intellectual Disabilities. 2010 November 9;14(3):221-235.
 - 15. Perlman M, Shah PS. Hypoxic-ischemic encephalopathy: challenges in outcome and prediction. J Pediatr. 2011;158(Suppl 2):51-4.
 - 16. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. [en línea] 2006 [fecha de acceso 8 de marzo de 2011]. URL disponible en: http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu-principal/_05_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMaternalInfantilPerinatal.pdf
 - 17. Ley No. 2.026 del Código del niño, niña y adolescente, de Bolivia. [en línea] [fecha de acceso 8 de marzo de 2011].URL disponible en: <http://www sns.gob.bo/documentacion/normativas/LEY%20NI%C3%91A%20NI%C3%91O%20ADO-LESCENTE.pdf>