



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLÓGICA

**MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL**

**“Licenciamiento Del Centro Provincial De Neurodesarrollo Infantil Del
Azuay (CEPRONDI), Cuenca 2013”**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTOR: Rodas León, María Gabriela

DIRECTOR: León Ojeda, Mercedes Alicia, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Doctora.

Mercedes Alicia León Ojeda

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: "LICENCIAMIENTO EN EL CENTRO PROVINCIAL DE NEURODESARROLLO INFANTIL DEL AZUAY (CEPRONDI), CUENCA 2013". Realizado por la Md. María Gabriela Rodas León, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Mayo de 2014

f).....

Dra. Mercedes A. León O.

Directora de Tesis

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Md. María Gabriela Rodas León, declaro ser autor del presente trabajo de fin de la maestría: “LICENCIAMIENTO EN EL CENTRO PROVINCIAL DE NEURODESARROLLO INFANTIL DEL AZUAY (CEPRONDI), CUENCA 2013”, de la titulación para la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Dra. Mercedes León director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del estatuto Orgánico de la Universidad Técnica de Loja, que en su parte pertinente textual dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional operativo de la universidad”.

Loja, Mayo 2014

(f).....

María Gabriela Rodas León

CI. 0105247449

DEDICATORIA

Dedico mi tema de grado, primero a Dios por ser la guía fundamental de mis días, luego a mi madre por ser un pilar en mi vida, a mi familia por el apoyo brindado, y a mi querido esposo por su comprensión.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Director del CEPRONDI, por haberme permitido realizar el proyecto en esta casa de salud, y a todo el personal que labora en esta institución por el apoyo recibido.

El Autor.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
CAPITULO I.....	8
1 Marco teórico.....	8
1.1 Marco Institucional.....	9
1.1. Antecedentes.....	9
1.1.2. Misión y Visión.....	9
1.1.3. Localización.....	10
1.1.4. Población.....	10
1.1.5. Cartera de Servicios.....	10
1.1.6. Valores Corporativos.....	11
1.1.7. Propósitos Estratégicos Institucionales.....	11
1.1.8. Estrategias Maestras.....	11
1.1.9. Datos Estadísticos.....	12
1.2 Marco Conceptual.....	12
CAPITULO II.....	22
2 Diseño metodológico.....	22

2.1 Matriz de involucrados.....	23
2.2 Árbol de problemas.....	25
2.3 Árbol de objetivos.....	26
2.4 Matriz de marco lógico.....	27
2.5 Matriz de actividades del marco lógico.....	29
CAPITULO III.....	31
3 Resultados.....	31
3.1 Resultado 1.....	32
3.1.1 Actividad 1.....	32
3.1.2 Actividad 2.....	33
3.1.3 Actividad 3.....	39
3.1.4 Análisis del resultado 1.....	40
3.2 Resultado 2.....	41
3.2.1 Actividad 1.....	41
3.2.2 Actividad 2.....	42
3.2.3 Actividad 3.....	44
3.2.4 Análisis del resultado 2.....	45
3.3 Resultado 3.....	47
3.3.1 Actividad 1.....	47
3.3.2 Actividad 2.....	48
3.3.3 Actividad 3.....	48
3.3.4. Actividad 4.....	49
3.3.4. Análisis del resultado 4.....	50
ANALISIS.....	51
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS 1.....	58

1. Protocolos Realizados.....	58
1.1. Protocolo de Neuropediatría.....	58
1.2. Protocolo de Psicología.....	61
1.3. Protocolo de Estimulación Temprana.....	66
1.4. Protocolo de Terapia Ocupacional.....	84
1.5. Protocolo de Terapia Física.....	91
1.6. Protocolo de Audiología y Lenguaje.....	94
ANEXO 2.....	102
ANEXO 3.....	103
ANEXO 4.....	105
ANEXO 5.....	107
ANEXO 6.....	109
ANEXO 7.....	114

RESUMEN

El CEPRONDI es un centro de rehabilitación en Neuro-desarrollo infantil donde se realiza terapia física, psicológica, de lenguaje, ocupacional y estimulación temprana a niños desde los 0 meses hasta los 9 años, actualmente pertenece al MSP en un nivel de atención tipo 3A, cuyo objetivo general es Lograr la Licenciatura del CEPRONDI en el Sistema Nacional de Salud mediante la realización de un Plan Operativo Anual, la implementación de normativas y protocolos, así como contar con una adecuada infraestructura y espacios verdes, por medio de acciones realizadas se logro dicho objetivo, como resultado tenemos elaborado un Plan Operativo Anual, Protocolos de Actuación en las diferentes áreas de trabajo, y una infraestructura física y espacio verdes adecuados, con estos resultados logramos cumplir con acciones encaminadas para mejorar la calidad y calidez de atención de los niños que acuden diariamente al CEPRONDI.

Palabras Claves: normativas, acciones, licenciamiento.

ABSTRACT

The CEPRONDI is a rehabilitation center in Neuro-child development where physical, psychological therapy, speech, occupational and early stimulation is done to children from 0 months to 9 years, currently belongs to MSP at a level of type 3A care Its overall objective is the CEPRONDI achieve Degree at the National Health System by performing an annual work plan, the implementation of standards and protocols, as well as having adequate infrastructure and green spaces, through actions that will achieve goal, as a result we have developed an Annual Operating Plan, action Protocols in different areas of work, and adequate physical infrastructure and green space, with these results we comply with actions to improve the quality and warmth of care children come daily to CEPRONDI.

KEYWORDS: nominative shares and licensing

INTRODUCCIÓN

El CEPRONDI es un centro de rehabilitación en Neuro-desarrollo infantil que realiza terapias físicas, lenguaje, ocupacional y estimulación temprana a niños desde los 0 meses hasta los 9 años, en donde se brinda un servicio de calidad y calidez a toda la población infantil de la provincia del Azuay.

Desde hace varios años el CEPRONDI ha sido una organización privada, que contaba con el apoyo de ONG internacionales, desde el 2010, pertenece al MSP, pero depende directamente del Área número 3, región zonal 6, por lo que es un obstáculo para desarrollarse como institución autónoma y depender únicamente del MSP, es decir que se considere un centro de salud tipo 3C.

Los directores de esta institución han venido realizando gestiones para que este hecho se dé pero hasta inicios de este año no tenían respuesta, hasta hace 3 meses que se pone en marcha dar inicio a la conformación de un centro de salud de especialidades especialmente para los niños con Discapacidad.

Durante el primer semestre del año 2013 se realizaron 56.960 atenciones en las diferentes terapias que brinda en el centro, siendo las terapias de lenguaje, ocupacional y física las que se combinan en su mayor parte para brindar atención integral a la rehabilitación de los usuarios/as con discapacidad. La atención se complementa con el Centro Auditivo Oral (CAO) que funciona desde enero de este año, donde se brinda una detección oportuna de patologías auditivas-orales, con equipos de alta tecnología y el personal técnico idóneo para cubrir las necesidades médicas de los usuarios.

Por todo lo expuesto arriba, es importante que el CEPRONDI pase a formar un centro de salud de especialidades en discapacidad para la atención de niños de 0 a 9 años, dado que cualquier patología detectada desde temprana edad, tiene mayor sobrevivencia y una adecuada rehabilitación para el bienestar individual y familiar.

CEPRONDI, es una respuesta del Ministerio de Salud Pública hacia las necesidades más especiales especialmente en este grupo tan vulnerable como lo es la niñez; cumpliendo con el planteamiento de una política de bienestar que permita dar parte a la detección temprana de los trastornos de desarrollo en los niños, la intervención cuando ya existen estos trastornos y que esa intervención permita la inclusión social y educativa

de esos infantes, es lo que me motivo a formular un proyecto centrados en los niños con discapacidades especiales, sobre todo para lograr adecuados protocolos de acción ante una patología, una infraestructura acorde a las necesidades de la población, y un plan operativo el mismo que está en constante verificación de cumplimiento mes a mes.

PROBLEMATIZACIÓN

LICENCIAMIENTO DEL CENTRO PROVINCIAL DE NEURODESARROLLO INFANTIL DEL AZUAY, "CEPRONDI", CUENCA 2013

El Centro Provincial de Neurodesarrollo Integral, CEPRONDI, ésta es una entidad del Ministerio de Salud Pública, que atiende a niños de 0 a 9 años, con patologías en el desarrollo sean éstas auditivas, visuales, cognitivas, motrices, entre otras; enfocándose en el diagnóstico tratamiento, rehabilitación, e inclusión de los niños a su entorno social, al no tener autonomía directa desde el MSP, y dependiente de una área de salud, las limitaciones son grandes tanto administrativa, financiera, en recursos humanos e insumos, no pueden ofertar una calidad adecuada de atención debido al incremento del número de usuarios que acuden a este centro.

Según las estadísticas, en la provincia del Azuay se calcula que existen 1.700 niños menores de cinco años con problemas en el desarrollo, por ello la importancia de contar con un lugar adecuado donde se brinda terapia de lenguaje, física y ocupacional en el área de pluridiscapacidad, para el desarrollo físico, psicológico e intelectual de los niños. El CEPRONDI es un centro de referencia que se encuentra ubicado al nor-oriental de la Provincia del Azuay, en la parroquia Huayna Cápac dentro del casco urbano y atiende a la población tanto urbana, rural, provincial y regional. Está ubicado en la Avenida Paucarbamba y Girasol (esquina). Perteneciente al MSP, se realizara el trabajo de investigación en el 2013, con la colaboración del personal del CEPRONDI.

JUSTIFICACIÓN

El CEPRONDI es una Unidad Piloto Regional Especializada del Ministerio de Salud Pública, que tiene como misión prestar atención con calidad, calidez y eficiencia a niños y niñas de 0 a 5 años con trastornos del Neurodesarrollo a través de la promoción, prevención, diagnóstico temprano y/o tratamiento en Neurorehabilitación y su seguimiento hasta los 9 años favoreciendo a una inclusión social de la población con discapacidad, familia y comunidad; con el involucramiento de los padres para contribuir a mejorar su calidad de vida.

La prematuridad, el peso bajo al nacimiento, la ictericia, el embarazo múltiple (generalidad), las infecciones en los primeros días de vida y la asfixia al nacimiento, constituyen los principales factores de riesgo que causan lesiones cerebrales, lesiones que se manifiestan en los meses siguientes al nacimiento con dificultades para adquirir las habilidades motrices, el lenguaje, el razonamiento, etc. Estas dificultades deben ser diagnosticadas de manera oportuna, para recibir un tratamiento adecuado y así cumplir con el tiempo de rehabilitación, para de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes, y también de sus familiares.

La importancia de contar con el Licenciamiento del CEPRONDI es porque, este centro de salud, es una Unidad ejecutora especializada que por su exclusividad en el servicio, su ubicación y por poseer un equipo de profesionales especializados se torna en un centro de referencia de tercer nivel, por la cantidad de usuarios que incrementaron, el espacio físico, y el personal no abastece todas las necesidades para brindar una óptima calidad a los pacientes, es por ello la necesidad de crear una licenciatura con autonomía que responda a las necesidades de toda la población.

Con el licenciamiento del CEPRONDI, lograremos mejorar la calidad y calidez de atención a todos los usuarios que acuden diariamente a esta unidad de salud, teniendo en cuenta el impacto social, económico, político, cultural, y científico que posee el CEPRONDI.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr la Licenciatura del CEPRONDI en el Sistema Nacional de Salud mediante la realización de un plan Operativo Anual, la implementación de normativas y protocolos, así como contar con una adecuada infraestructura y de esta manera garantizar una atención de calidad con calidez a los niños que acuden diariamente al centro de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar e Implementar un Plan Operativo Anual en el CEPRONDI.
- b) Diseñar e Implementar protocolos y las normativas de acción.
- c) Mejorar la infraestructura física y de espacios verdes del CEPRONDI.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. Marco Institucional

1.1. Antecedentes.

El Centro Piloto Regional CEPRONDI es un Centro Especializado en los Trastornos del Neurodesarrollo Infantil (parálisis cerebral) de acuerdo a los niveles de atención establecidos por el Ministerio de Salud Pública que corresponde al tercer nivel de atención de primer nivel de complejidad. La Dirección Provincial de Salud del Azuay en noviembre del 2009, acoge la propuesta de nacionalizar el proyecto de la Orden de Malta Francia y elabora un informe técnico concibiendo la creación de un Centro Provincial de Neurodesarrollo; definiendo los ejes de acción de este centro especializado y como parte de su propuesta plantea que el personal NAR del Azuay se integre al equipo de las Obras Hospitalarias. (Modelo de Atención integral del Sistema de Salud, MSP).

El apoyo internacional de la Orden de Malta finaliza en el mes de Junio del 2010, por este motivo el Centro de Neurodesarrollo Integral de la ciudad de Cuenca se entrega en calidad de donación al Ministerio de Salud Pública mediante la celebración de un convenio firmado el 28 de Junio del 2010.

El Centro Provincial de Neurodesarrollo Integral (CEPRONDI), se creó en el mes de Julio del 2010 con la fusión del Programa NAR de prevención y atención a recién nacidos de Alto Riesgo Psico – Neuro – Sensorial del Área de Salud Nº 1 – Pumapungo del Ministerio de Salud Pública y la incorporación del Dispensario San Juan de Jerusalén de las OHFOM como una unidad del Ministerio de Salud Pública. (Modelo de Atención integral del Sistema de Salud, MSP).

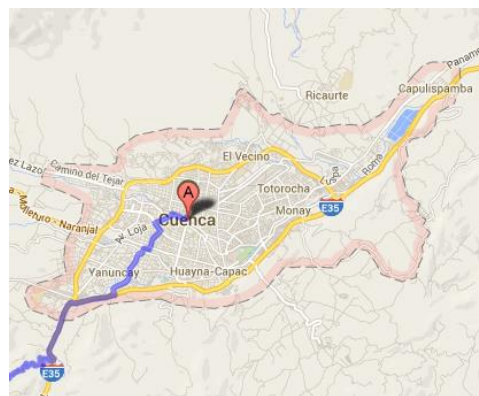
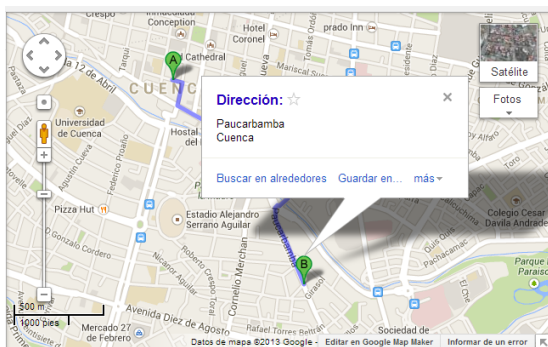
1.2. Misión y Visión.

El CEPRONDI tiene como misión prestar atención con calidad, calidez y eficiencia a niños y niñas de 0 a 5 años con trastornos del Neurodesarrollo (parálisis cerebral); a través de la promoción, prevención, diagnóstico temprano y/o tratamiento en Neurodesarrollo y su seguimiento hasta los 9 años, para contribuir a mejorar su calidad de vida. Además tiene la visión de convertirse en un centro regional modelo con proyección nacional, especializado en atención integral oportuna con parámetros

estandarizados de diagnóstico, tratamiento y Neurorehabilitación. ((Modelo de Atención integral del Sistema de Salud, MSP).

1.3. Localización.

El CEPRONDI es un centro de referencia que se encuentra ubicado al nor-orienté de la Provincia del Azuay, en la parroquia Huayna – Cápac dentro del casco urbano y atiende a la población tanto urbana, rural, provincial y regional. Está ubicado en la Avenida Paucarbamba y Girasol (esquina).



1.4. Población.

Tenemos como referente la población de 0 a 5 años para la provincia del Azuay el año 2010 de 85.007 habitantes, si tomamos un coeficiente de 2.4 reportado por la Misión Solidaria Manuela Espejo de discapacidad para la edad correspondiente la población sería de 2.040 habitantes.

1.5. Cartera de servicios.

El CEPRONDI es una Unidad ejecutora especializada que por su exclusividad en el servicio, su ubicación y por poseer un equipo de profesionales especializados se torna en un centro de referencia de segundo nivel.

- Despistaje Precoz de los Trastornos del Neurodesarrollo en recién nacidos.
- Valoración y seguimiento del Neurodesarrollo de niños/as de 0 – 9 años.
- Atención especializada en Neurorehabilitación para niños/as de 0 – 5 años.
- Intervención precoz para niños/as con trastornos transitorios en el Neurodesarrollo.

- Adaptaciones ortopédicas.
- Acompañamiento a padres.
- Vacunación para niños/as de 0 – 5 años.
- Servicio odontológico.
- Centro de documentación para la investigación de los Trastornos del Neurodesarrollo.
- Formación en Detección y Neurorehabilitación.

1.6. Valores Corporativos.

- **Ética:** Asumimos la confidencialidad en la relación con nuestros usuarios como uno de nuestros valores profesionales esenciales.
- **Solidaridad:** nuestro servicio en atención integral refleja la búsqueda del bien común.
- **Calidez:** el servicio sigue normas de buen trato y tolerancia entre usuarios internos y externos; de igual forma con las instituciones afines.
- **Responsabilidad:** brindamos atención de calidad de manera eficiente y eficaz.
- **Trabajo en equipo:** participación conjunta y comprometida de quienes conformamos la institución; es la base para alcanzar y consolidar los objetivos organizacionales.
- **Vocación de servicio:** atención y satisfacción de las necesidades de los usuarios en términos de calidad.

1.7. Propósitos estratégicos institucionales.

- Mejorar la calidad de vida de niños y niñas menores de 5 años a través de la atención temprana de los trastornos del Neurodesarrollo y dar seguimiento hasta los 9 años.
- Garantizar la eficiencia en la prestación del servicio con el involucramiento de los padres en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida.
- Asegurar la sostenibilidad del proyecto a través del cumplimiento de las políticas públicas nacionales acordes al Plan Nacional del Buen Vivir.

1.8. Estrategias maestras.

- Atención especializada a los niños/as de 0 a 5 años, a través de la acción coordinada del equipo multidisciplinario.
- Participación y coordinación del comité de usuarios externos y el personal del Centro Piloto Regional garantizando la efectividad del servicio.

- Coordinación interinstitucional con MSP y Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Alianzas estratégicas con la red de salud, redes sociales y otras instituciones en búsqueda de la complementación de la prestación del servicio.
- Implementación de investigaciones de carácter científico relacionadas al Neurodesarrollo, con el asesoramiento y apoyo del sector público y privado.

1.9. Datos estadísticos.

El CEPRONDI está integrado por un equipo multiprofesional de 25 personas y en el año 2012, se atendieron 3000 consultas externas y se ejecutaron 27000 sesiones terapéuticas, siendo las patologías más frecuentes los trastornos motrices y el Trastorno de déficit atencional.

1.2. Marco conceptual.

1.2.1. Niveles de atención del salud del Ecuador.

1.2.1.1. Componente de organización del sistema nacional de salud.

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II y III nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes. El componente de organización comprende:

1. Homologación y Tipología
2. Organización Territorial de la Red Pública y complementaria
3. Organización y funcionamiento de la Red Pública y complementaria

1.2.1.2 Tipología y homologación de establecimientos de salud.

El MSP como autoridad sanitaria nacional y con el objetivo de conformar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

El Acuerdo Ministerial No0.0159 establece que en todos los establecimientos de salud se aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud acorde a las necesidades de la población. Establece también que el sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad

asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios. (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012))

Señala que el flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del Sistema de Referencia y Contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

Se ha definido la distribución de los servicios de salud por niveles de atención y acorde a la tipología conforme los siguientes cuadros explicativos: (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012))

Cuadro 1: Clasificación de los servicios de salud por nivel de atención y capacidad resolutive	: Se complementa con:
<ul style="list-style-type: none"> • primer nivel de atencion • segundo nivel de atencion • tercer nivel de atencion 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema nacional de atención de emergencia • Servicios de apoyo diagnostico transversal a todos los niveles de atención

Cuadro N1. Niveles de Atención, Niveles de Complejidad, Categoría y Nombres de los Establecimientos de Salud.

NIVELES DE ATENCION	DE	NIVELES DE COMPLEJIDAD	DE	NOMBRE
Primer nivel de atención de salud		1° nivel		Puesto de salud
		2° nivel		Consultorio General
		3° nivel		Centro de salud Rural
		4° nivel		Centro de salud urbano
		5° nivel		Centro de salud de 12 horas

	6° nivel	Centro de Salud de 24 horas
	UM	Unidades Móviles
Segundo nivel de atención de Salud	1° nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico, quirúrgico, médico u odontológico
		Centro de especialidad
	2 nivel	Centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	3 nivel	Hospital Básico
	4 nivel	Hospital General
	UM	Unidades Móviles
Tercer nivel de atención de Salud	Primer nivel	Centro de Especialidades
	Segundo nivel	Hospital Especializado
	Tercer nivel	Hospital de Especialidades

Elaborado por: Equipo SGS

1.2.1.4. III Nivel de atención.

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012):

Tipo De Establecimientos:

- **1 Centro especializado.**

Ambulatorio: Establecimiento de salud, con personería jurídica legalmente registrado, bajo la responsabilidad de un médico especialista o sub-especialista, con o sin hospitalización. Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en una especialidad definida como: Centros de Hemodiálisis, Radioterapia Externa, Hemodinámica. Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad, atención 24 horas. (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012).

- **2 Hospital especializado.**

Hospitalario: Establecimiento de salud de alta complejidad Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad, de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico; atiende a la población mediante el sistema de referencia y contra referencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados. Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado, atención 24 horas. (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012).

- **3 Hospital de especialidades.**

Establecimiento de salud de la más alta complejidad, Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina. Destinado a brindar atención clínico – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contra referencias. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados, atención 24 horas. Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. (Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud familiar e intercultural, MSP, 2012).

- **4. Servicios complementarios de apoyo diagnóstico.**

Laboratorio clínico de especialidades, imagenología, intervencionismo diagnóstico

especializado, establecimientos de medicina nuclear, bancos de sangre, bancos de órganos, tejidos y células.

1.2.1.5. Centros de rehabilitación a nivel mundial.

Los modelos asistenciales para los niños y adolescentes con discapacidad han pasado por varios modelos a nivel mundial, los mismos que han ido evolucionando en cada sociedad al punto que hoy consideramos a la discapacidad como una manifestación más de la normal heterogeneidad que existen entre los seres humanos.

En un inicio funcionaron auspicios, para acoger a los desvalidos, accionar social que se remonta a la edad media, en la época de las cruzadas. Posteriormente en la segunda guerra mundial se crean pabellones especializados en los hospitales para acoger a las personas con secuelas físicas y psicológicas de la Guerra, iniciándose los futuros centros de rehabilitación.

En Francia en 1961 se abre en el Hospital Bicetre el primer servicio de rehabilitación para niños con discapacidad física, servicio dirigido por el Profesor Guy Tardieu.

En las décadas de los setenta se crean muchos centros de especialización en Europa y en Estados Unidos para niños Paralíticos cerebrales, niños con síndrome de Down, para pacientes con distrofia muscular , etc ; al mismo tiempo se van creando asociaciones de los familiares de estas personas con discapacidad que ayudaban y ayudan a sostener financieramente dichos centros.

En el momento actual a nivel mundial se reconocen dos tipos de sistemas ; el primero enteramente de salud, donde se encuentran los centros de especialización en rehabilitación, cada uno con una misión específica de acuerdo a la patología que acoge, muchos de ellos se encuentran ligados a Universidades y sus objetivos metas son el avance científico a través de la investigación; entre ellos se destacan la neurorehabilitación motora basada en la robótica, análisis del movimiento informático, etc. El segundo grupo de centros son los llamados servicios medico sociales, los mismos que no se encuentran ubicados al interior de un Hospital, sino en infraestructuras mas cálidas y cuya misión a más de la neurorehabilitación , es acompañar a la inclusión social y educativa temprana y eficiente de ese niño o joven con discapacidad motriz. Este sistema Medico social se encuentra organizado por grupos étáreos, y acogen a los niños de alto riesgo de presentar un daño neurológico, que son referidos desde los servicios de neonatología de la red de salud.

En nuestro país, la atención a los niños y jóvenes con discapacidad se inicia con iniciativas privadas y con organismos internacionales. Luego el INNFA tomo un rol protagónico en el año 1986 desarrollando centros especializados para diferentes discapacidades; posteriormente muchos de sus iniciativas fueron asumidas por el Ministerio de Educación, centros que se transformaron en Institutos de Educación Especial.

En el momento actual con el Estudio de la Misión Solidaria Manuela Espejo y el programa Joaquín Gallegos Lara, el Gobierno Nacional ha definido a la atención de las personas con discapacidad como prioridad en las políticas públicas.

Considerando que el Ministerio de Salud Pública ejerce rectoría en la salud: El artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador, señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional la misma que será responsable de formular la política nacional de salud y normara, regulara y controlara todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector².

El artículo 4 de la Ley Orgánica de la Salud establece que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud así como la responsabilidad de aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley y las normas que dicte para la plena vigencia de las mismas que serán de cumplimiento obligatorio³.

Los Centros de Rehabilitación Médica y Centros Auditivo Orales prestan servicios de promoción de la salud, prevención de discapacidad, rehabilitación simple con participación de la familia y la comunidad y de referencia de personas con discapacidad. Constituye el nivel de atención especializado en servicios de rehabilitación con énfasis en la atención a personas con discapacidad.

Estos centros constituyen un referente nacional, a donde acuden diariamente personas con discapacidades permanentes o temporales de diferentes lugares del País.

Tabla N° 1

Situación de los Centro de Rehabilitación en la Zona 6. Cuenca 2013.

CENTRO	UBICACIÓN	ESPECIALIDAD
Adinea	Cuenca	Educación especial
Agustín cueva	Cuenca	Educación especial
Ceprodis	Cuenca	Preintegración laboral
Nido	Cuenca	Educación especial
Gualaceo	Gualaceo	Educación especial
leisa	Cuenca	Educación especial
Luis alberto luna	Santa Isabel	Educación especial
Mundo nuevo	Cuenca	Centro de arte
Municipio Giron	Girón	Educación especial
Municipal Sigsig	Sigsig	Educación especial
Nicolas Vazquez	Paute	Educación especial
IPCA	Cuenca	Rehabilitación y Educación especial
Piloto de integración	Cuenca	Educación especial
San Jose de Calasanz	Cuenca	Educación especial
Ceprondi	Cuenca	Centro de rehabilitación
Steven hawking	Cuenca	Educación especial
Espíritu santo	Morona Santiago	Educación especial
Helen adams	Morona Santiago	Educación especial
Rosita palacios	Morona Santiago	Educación especial
Oswaldo Guayasamin	Morona Santiago	Educación especial
Magdalena muñoz	Azogues	Educación especial
Instituto fiscal Azogues	Azogues	Educación especial
Instituto especial la troncal	Troncal	Educación especial

Fuente: Directa.

Elaborado por: Dr. Hernán Tenorio.

Producción del CEPRONDI.

Tabla N° 2

Producción del CEPRONDI en el año 2013. Cuenca 2013.

Medico	Sexualidad	Terapia Física	Terapia Lenguaje	Est. Tempra.	Compu Terapia	Trab. Social
1.781	150	3.154	2.382	529	4.523	1.186

Fuente: Directa.

Elaborado por: Dr. Hernán Tenorio.

Cartera de Servicios.

Tabla N° 3

Cartera de Servicios del CEPRONDI. Cuenca 2013.

	NOMBRE	TITULO	CARGO	PAGADO
1	Alvarez Llivichuzhca Luz Margoth	Licenciada en Estimulación Temprana	Estimuladora Temprana	APPCA
2	Bernal Murillo Diana	Egresada Estimulación Temprana	Estimuladora Temprana	APPCA
3	Bikvaeva Zaituna Izmailovna	Doctora Logopeda	Terapista de Lenguaje	APPCA
4	Cisneros Barzallo Jerónimo Rodrigo	Contador	Contador	APPCA
5	Cordero Uyaguari Pablo Andrés	Egresado Ciencias de la Educación	Profesor Primario I	APPCA
6	Medina Valenzuela Juan Carlos	Egresado Fonoaudiología	Terapista de Lenguaje	APPCA
7	Ochoa Archivala Milton Abdón	Chofer profesional	Chofer	APPCA
8	Orellana Peralta Jessica Johanna	Tecnóloga Analista de Sistemas	Profesor Computerapia.	APPCA

9	Patiño Rodríguez María José	Licenciada Trabajo Social	Trabajadora Social	APPCA
10	Robles Calle Cristina Nicole	Egresada en Educación Especial	Profesora en ANIDE	APPCA
11	Rodríguez Segarra Ruth Luzmila	Licenciada Estimulación Temprana	Profesora de Inicial.	Contrato Dirección de Educación
12	Sarmiento Inga Fabián Marcelo	Doctor en Psicología Clínica	Profesor Primario II	Contrato Dirección de Educación
13	Tenorio Carpio Hernán Leonardo	Doctor en Medicina y Cirugía. Master en Sexualidad	Médico – Director (E).	Nombramiento Dirección de Educación
14	Ullauri Oramas María Beatriz	Bachiller	Presidenta APPCA	Voluntaria
15	Valencia Corina	Bachiller Secretaria	Conserje	APPCA
16	Vásquez Cabrera Marco Vinicio	Tecnólogo Médico	Terapeuta Físico –	Nombramiento Dirección de Educación
17	Vega Sánchez Alejandro Alcívar	Master en Educación Especial	Profesor de Pre - Inclusión	Contrato Dirección de Educación
18	Vintimilla Cordero María Dolores	Bachiller en Secretaría	Secretaria	APPCA
19	Zambrano Mejía Silvia Germania	Tecnóloga Médico	Terapeuta Físico	APPCA

Fuente: Directa.

Elaborado por: Dr. Hernán Tenorio.

Programas (departamentos)

Programa de salud:

1. Medicina General
2. Sexualidad y Educación Sexual
3. Trabajo Social
4. Terapia Física
5. Terapia de Lenguaje
6. Estimulación Temprana.
7. Estimulación del Desarrollo (ANIDE)

8. Computerapia
9. Funcional (Ocupacional)
10. EDUCACION ESPECIAL:
11. Educación Inicial
12. Primario I
13. Primario II
14. Pre- Inclusión

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

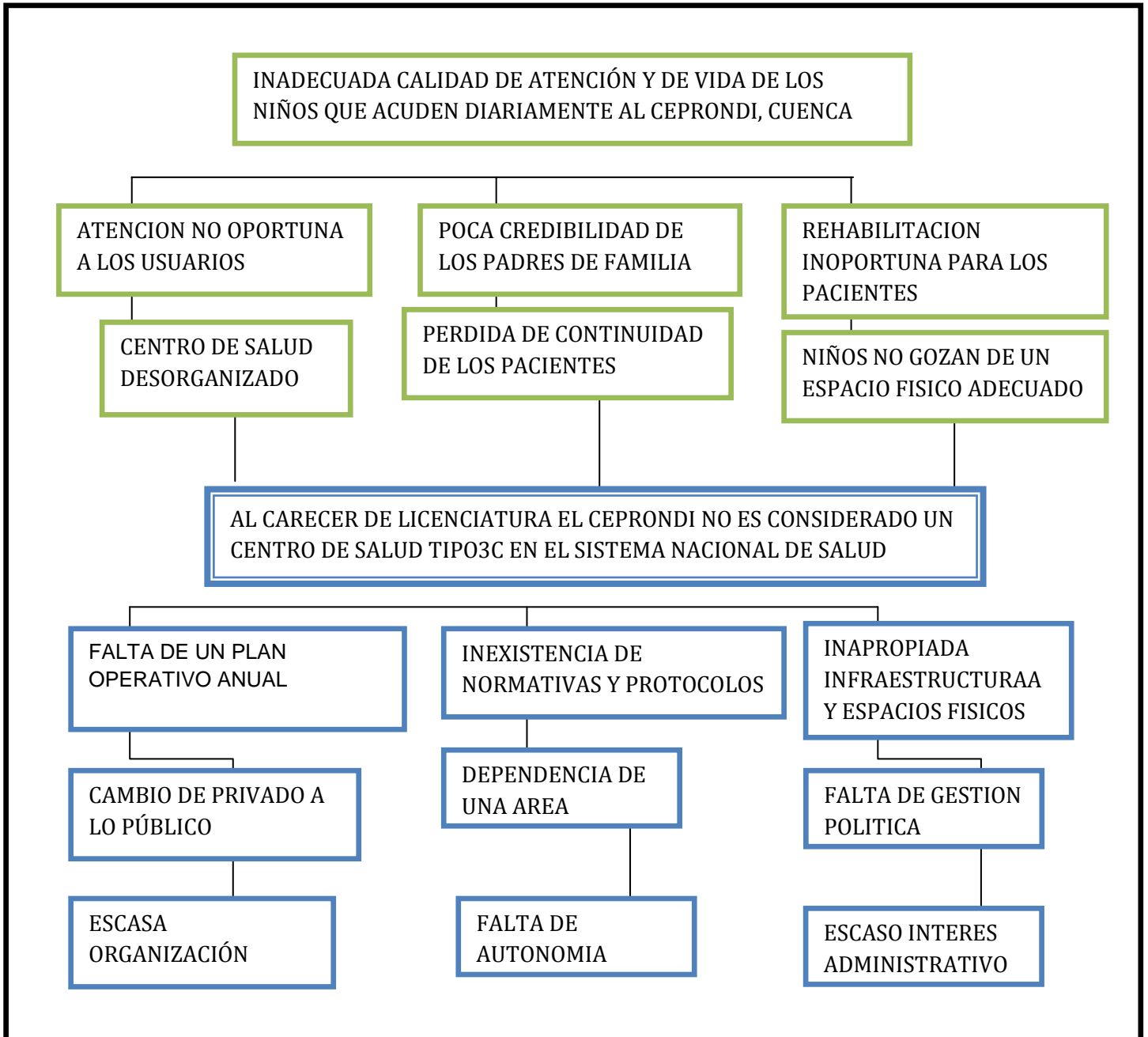
2.1. Matriz de involucrados

GRUPOS E INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAL	Fomentar la Autonomía del CEPRONDI	R: <ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • Económicos M: <p>Cumplir con el artículo 361 de la constitución donde habla de la rectoría de las autoridades del sistema de salud. (Constitución del Ecuador)</p>	Limitación de Recursos económicos
CEPRONDI	Conseguir el licenciamiento del CEPRONDI	R: <ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • Económicos • Tecnológicos M: <p>Cumplir con el artículo 154 del MSP sobre el estatuto orgánico de Gestión Organizacional por proceso del MSP (Constitución del Ecuador)</p>	Déficit de infraestructura Déficit de insumos y materiales Déficit de personal No hay protocolos y normativas

<p>Paciente desde los 0 años, hasta los 9 años, con alteraciones en el neurodesarrollo.</p>	<p>Atención oportuna para mejorar la calidad de atención.</p>	<p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiales • económicos <p>M:</p> <p>Cumplir con el artículo 326 y 229 de la constitución sobre la ley de los servidores públicos y ley N 77 sobre los derechos y amparos de los pacientes (Constitución del Ecuador)</p>	<p>Calidad de atención inadecuada</p> <p>Espacios verdes no seguros</p>
<p>Maestrante</p>	<p>Ejecución de acciones para lograr los objetivos planteados</p>	<p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Económicos. • Materiales. • Humanos. <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con proyectos de intervención, como requisito de la UTP 	<p>Déficit económico</p> <p>Escases de tiempo</p>

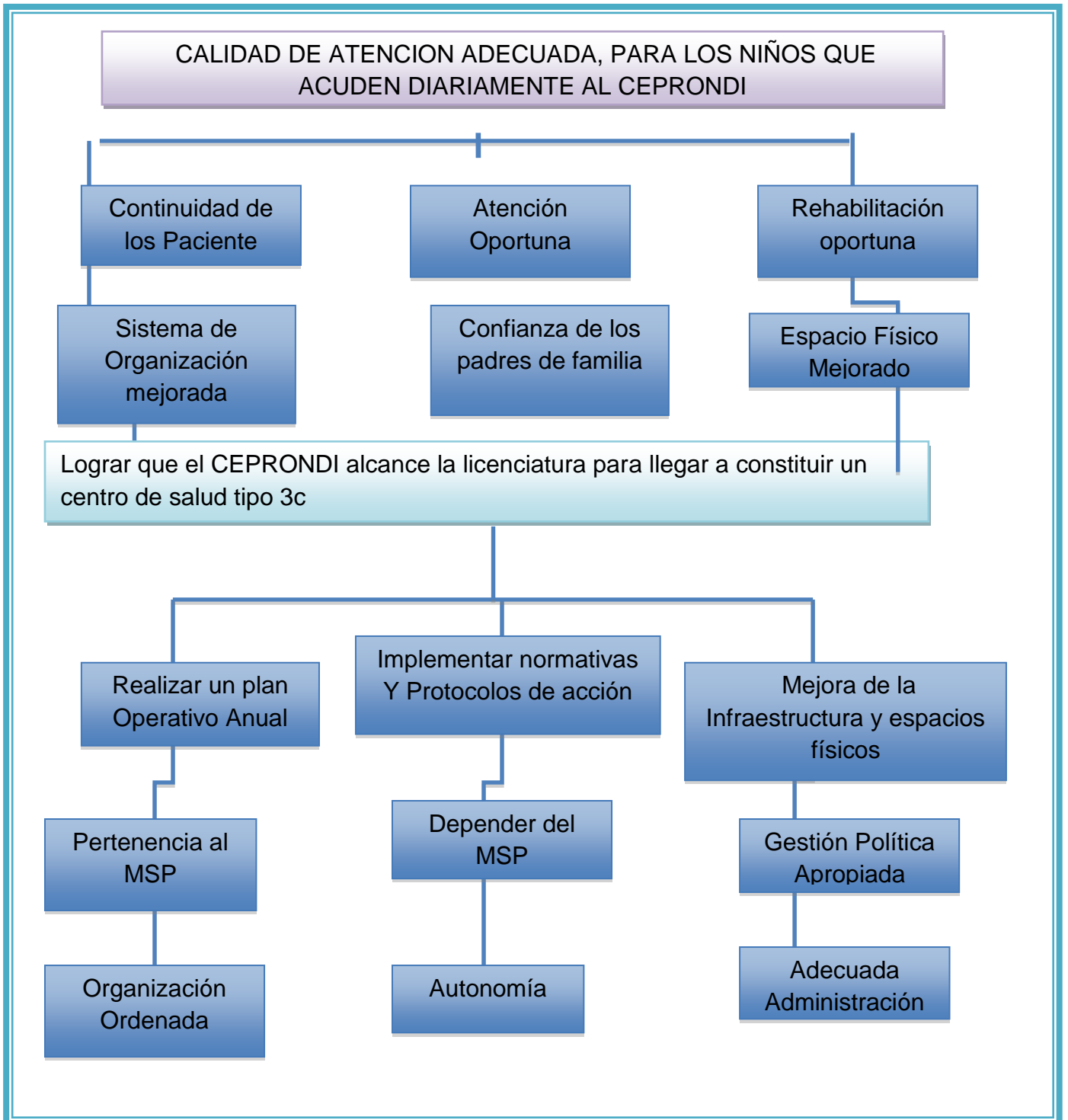
Elaborado por: Gabriela Rodas

2.2. Árbol de problemas



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas.

2.3. Árbol de objetivos



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

2.4 Matriz del marco lógico

OBJETIVO	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN: CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS			
<p>PROPOSITO</p> <p>EL LICENCIAMIENTO DEL CEPRONDI, FUNCIONANDO COMO CENTRO TIPO 3C.</p>	<p>Todas las acciones dadas para el Licenciamiento del CEPRONDI, se cumplieron hasta Febrero de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actas • Registros Fotográficos • Documentos 	<p>*Decisión Política acorde a lo planteado en el FIN.</p> <p>*Personal dispuesto a colaborar</p> <p>*Presupuesto ágil y a tiempo para lograr las intervenciones.</p>
RESULTADOS			
<p>COMPONENTES</p> <p>PLAN OPERATIVO ANUAL REALIZADO E IMPLEMENTADO</p>	<p>Plan Operativo Anual adecuado y organizados en un 80% hasta Febrero 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento del Plan Operativo anual • Registro Fotográfico 	<p>Personal motivado e interesado para cumplir el POA.</p>

NORMATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION DISEÑADOS E IMPLEMENTADOS	Normativas y protocolos elaborados e implementados para el Diagnostico de Trastornos del desarrollo en un 100% hasta Febrero 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos realizados. • Flujo gramas de Acción 	Participación activa del todos los profesionales que trabajan en el CEPRONDI
MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y DE ESPACIOS VERDES	Infraestructura física y espacios verdes se encuentran rehabilitados, mejorados y adaptados en un 100% hasta Febrero 2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro Fotográfico • Plano del CEPRONDI 	Equipo de salud motivada, interesada, comprometidos en participar activamente. Presupuesto ágil y a tiempo para lograr la mejoría de la infraestructura.

Realizado por: Gabriela Rodas

2.5 Matriz de actividades del marco lógico

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1. Plan Operativo Anual realizado e Implementado			
1.Socialización con el equipo de salud para desarrollar el Plan Operativo Anual	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Director del CEPRONDI • Equipo de profesionales del CEPRONDI 	JULIO 2013	\$ 20.00

2. Ejecución e Implementación del POA en el CEPRONDI	<ul style="list-style-type: none"> • Director del CEPRONDI • Departamento de Recursos Humanos 	Julio 2013	\$ 20.00
3. Implementación de un taller para determinar líderes por Área denominado Taller de Reorganización de los departamentos del CEPRONDI para la implementación de líderes por Área	<ul style="list-style-type: none"> • Dr., Francisco Ochoa • Maestrante 	Agosto 2013	\$ 20.00
RESULTADO 2. Protocolos de manejo interno en el CEPRONDI diseñados e implementados			
1. Recopilación de la bibliografía para la elaboración de los protocolos.	<ul style="list-style-type: none"> • MAESTRANTE • Profesionales que trabajan en el CEORONDI 	Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero 2013	\$ 50.00
2. Elaboración de Protocolos Y Normativas por cada Área de Trabajo del CEPRONDI	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Director del CEPRONDI 	Febrero 2014	\$ 4.00
3. Socialización de cada Protocolo por las diferentes áreas de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Director del CEPRONDI • Maestrante 	Febrero 2014	\$20.00
RESULTADO 3. Infraestructura y espacios verdes readecuados y mejorados			
1. Elaboración de un Inventario de los insumos y materiales del CEPRONDI	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de salud • Maestrante 	Diciembre y Enero	\$12.00

<p>2. Realización del levantamiento y elaboración de planos con la ayuda de un Arquitecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Arquitecto • 	<p>Octubre</p>	<p>\$ 30.00</p>
<p>3. Adecuación de Espacios Verdes e infraestructura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Director del Centro de Salud • Personal de salud • Maestrante 	<p>Diciembre y Enero</p>	<p>\$ 500.00</p>
<p>4. Firma del Acuerdo establecido para la certificación del Licenciamiento del CEPRONDI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maestrante • Director • Personal Administrativo 	<p>Junio, julio, agosto, septiembre, y octubre</p>	<p>\$ 200.00</p>

Realizado por: Gabriela Rodas

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1. Resultado 1

Plan operativo anual elaborado e implementado en el CEPRONDI 2013

Para cumplir con este resultado se realizaron las siguientes actividades:

3.1.1. Actividad 1: Socialización con el equipo de salud para desarrollar el Plan Operativo Anual.

El CEPRONDI, al ser un centro especializado en los Trastornos de Neurodesarrollo Infantil (Trastornos motrices y Neurológicos), de acuerdo con los niveles establecidos por el MSP que corresponde al tercer nivel de atención de primer nivel de complejidad, para lograr que llegue a un tercer nivel de complejidad la primera Actividad desarrollada fue, la Realización de un Plan Operativo Anual, el mismo que fue realizado con la ayuda del Director del CEPRONDI, debido a que al pertenecer al MSP, tenemos que seguir los lineamientos de acción que existen dentro del MSP.

Se llevó a cabo una reunión para identificar los componente que irán dentro del POA, a través de una lluvia de ideas, para la cual se distribuyó una cartulina por cada profesional que se asistió a la reunión, en donde colocaron las actividades, los responsables, y el tiempo necesario para cada actividad, luego se dieron a conocer todas las actividades priorizando las de mayor relevancia, así como también la designación de los responsables de cada actividad mensualmente.

Cuadro N2. Actividades se desarrollaran dentro de un año CEPRONDI, Cuenca, 2013

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO
Atención Integral de las personas de 0 a 9 años detección e intervención de los trastornos Neurológicos	Todo el personal del CEPRONDI	Todos los días del año
Diagnóstico temprano de problemas en Psicológicos	Departamento de Psicología	Todos los días del año
Desarrollo de ciencia y Tecnología en Salud	Todo el personal del CEPRONDI	Enero, febrero, julio y agosto
Inmunizaciones de enfermedades prevenibles por vacunas.	Enfermera, encargado de farmacia y Médico	De acuerdo a las campañas del MSP

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

Con estas actividades principales obtenidas de la lluvia de ideas de todo el personal de salud, se elaboró el Plan Operativo Anual.

3.1.2. Actividad 2: Ejecución e implementación del POA en el CEPRONDI.

Luego de la recopilación de las principales actividades, en el mes de Agosto con la colaboración del Director del CEPRONDI, se realizó el Plan Operativo Anual, el mismo que consta de los siguientes elementos: objetivos, actividades, lugar y fecha, responsable del objetivo, indicadores de las actividades y el presupuesto, destinado a identificar el horizonte estratégico y las definiciones fundamentales que tendrá la organización durante un año, se cumplió con la Matriz del Marco Lógico y con el Cronograma establecido, logrando los resultados esperados. Esto se llevó a cabo con la ayuda del Director del CEPRONDI.

Cabe recalcar que El CEPRONDI a pesar de no tener presupuesto propio, con la ayuda del Departamento de Recursos Humanos Zonal 6 del MSP, se gestionó para la asignación anual de 846.724 dólares, este presupuesto se va distribuyendo mensualmente de acuerdo a las necesidades vistas en la institución, para asegurar el adecuado funcionamiento del mismo.

Se llevo a cabo la implementación del POA por medio de una reunion realizada en el auditorio del CEPRONDI, en la misma que contó con la presencia de todo el personal que trabaja en la institución, donde se les expuso lo realizado y contó con la aceptación de cada uno de los departamentos.

A continuación se detalla el Plan Operativo Anual.

Cuadro. N3. Plan Operativo Anual, Ceprondi 2013 Elaborado E Implementado

PRES UPU ESTO 2013	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDAD ES TÉCNICAS	ACCIONES Y ACTIVIDAD ES CLAVES	LUGAR Y FECHAS	RESONSABLES DEL OBJETIVO	INDICADO R DE GESTIÓN
7682	Sistematizar la experiencia para que la misma sirva como base para construir la Norma Nacional de detección temprana e intervención de Trastornos del Neurodesarrollo para el año 2013.	Recolección y procesamiento de la información para elaboración del documento.	Adquisición de material de imprenta y material informático a través de Compras Públicas.	CEPRONDI ENERO	Compras Públicas Servicios Institucionales. Director del CEPRONDI Comité de Bioética, Investigación y Capacitación (COBICE) del CEPRONDI.	Nº de documentos formulados.
7699 04,55	Diagnosticar, intervenir y tratar tempranamente a los niños y niñas de 0 a 9 años con Trastornos del Neurodesarrollo.	Atenciones preventivas y de morbilidad a niños y niñas de 0 a 9 años.	Adquisición de equipos, insumos e implementos médicos, material odontológico, material didáctico, equipos y	CEPRONDI PROCEDIMIENTO DIARIO	Compras Públicas Servicios Institucionales. Neuropediatra Psicología Neuro rehabilitación	Nº de atenciones realizadas a niños y niñas de 0 a 9 años.

			material de rehabilitación , a través de Compras Públicas.			
8380, 55	Mejorar la funcionalidad en niños y niñas de 0 a 9 años con la elaboración de ayudas ortopédicas y técnicas.	Análisis, prescripción de las ayudas técnicas específicas para cada caso, en niños y niñas de 0 a 9 años con Trastornos del Neurodesarrollo	Adquisición de materia prima (material fungible), herramientas y equipos mecánicos y eléctricos, a través de Compras Públicas.	CEPRONDI DESDE EL MES DE FEBRERO DEL 2013	Compras Públicas Terapia Física Terapia Ocupacional.	Nº de aditamentos realizados.
9423	Detectar tempranamente los Trastornos Neurocognitivos Específicos a niños de 0 a 9 años	Detección e intervención de Trastornos Neurocognitivos Específicos.	Adquisición de reactivos psicológicos y neuropsicológicos, material lúdico y mobiliario, a	CEPRONDI ATENCIÓN DIARIA EN CONSULTA	Psicología Neuropediatra Equipo de apoyo	Nº de atenciones realizadas a niños y niñas de 0 a 9 años.

			través de Compras Públicas.	A EXTERNA		
5376	Acompañar a los padres para mejorar la calidad de vida de su hijo con Discapacidad	Acompaña miento emocional a padres de familia.	Realización de talleres para padres. Adquisición de materiales varios, materiales audiovisuales. Implementación de un espacio físico permanente para los padres de familia.	PROCEDI MIENTO LOS DIAS MARTES Y JUEVES DESDE LAS 14:00 HASTA LAS 16:00	Psicología Trabajo Social Equipo de apoyo	Nº de padres de familia que han asistido al acompaña miento emocional

<p>2730 1</p>	<p>Capacitar a profesionales de las unidades operativas de salud de la provincia del Azuay para el Diagnóstico temprano de los Trastornos Neuromotores del Desarrollo.</p>	<p>Desarrollo de ciencia y tecnología en salud Investigación y Desarrollo de la salud.</p>	<p>Será necesario adecuar y remodelar el espacio físico específico y óptimo para tal propósito.</p>	<p>CEPRONDI</p>	<p>Compras Públicas Servicios Institucionales Talento Humano Comité de Bioética, Investigación y Capacitación (COBICE) del CEPRONDI.</p>	<p>Nº de profesionales capacitados</p>
<p>1445 7</p>	<p>Contar con un instrumento científico para medir como es el desarrollo neurocognitivo en niños/as de 3 a 9 años del cantón Cuenca.</p>	<p>Elaboración, ejecución y publicación del instrumento científico sobre desarrollo neurocognitivo, mediante la realización de un estudio descriptivo basado en los</p>	<p>Adquirir equipos de computación, material de oficina y material de limpieza a través de Compras Públicas.</p>	<p>CEPRONDI DESDE EL MES DE MARZO</p>	<p>Compras Públicas Servicios Institucionales Comité de Bioética, Investigación y Capacitación (COBICE) del CEPRONDI.</p>	<p>Nº de protocolos de investigación realizados.</p>

		principios de la Bioética y de gestión de calidad integral.				
4200	Vacunar a los niños y niñas de 0 a 5 años con Trastornos del Desarrollo.	Provisión de insumos y vacunas	Motivación a los padres de familia. Utilización de medios para publicidad: trípticos, hojas volantes.	CEPRONDI EN LOS MESES DE CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACION	Enfermería	Nº de niños y niñas con Trastornos del Desarrollo vacunados.

Elaborado por: Gabriela Rodas

Fuente: CEPRONDI

El Plan Operativo Anual ayuda a mejorar las capacidades de evaluación y con esto a tener una mejor calidad de vida de los niños.

3.1.3. Actividad 3: Implementación de un taller para determinar líderes por Área.

Taller de Reorganización de los departamentos del CEPRONDI para la implementación de líderes por Área

Se realizó un taller en el auditorio del CEPRONDI el 29 de Agosto de 2013, en la cual se contó con la asistencia de los representantes de cada área, en donde se les indico la necesidad de asignar un encargado por cada departamento para que el POA se aplique en cada área de trabajo del Centro de Salud, los mismos que se comprometieron y apoyaron este taller.

A continuación se presenta los líderes de cada área:

Cuadro N 4. Líderes por Área en el CEPRONDI, Cuenca 2013

Nombre	RESPONSABILIDAD	Cargo
Mgst. María Elisa Arévalo	Verificar que se cumpla el POA	Coordinadora Técnica (E)
Dr. Francisco Ochoa	Encargado del CEPRONDI	Director
Cristina Ulloa	Área administrativa	Secretaria
Irma Ochoa	Área administrativa	Contadora
Lic. Vicenta Pacheco	Líder de rehabilitación oral	Terapista del Lenguaje
Lic. Tamara Izquierdo	Líder de rehabilitación física	Terapista Físico
Dra. Yessenia Valdivieso	Jefe del departamento de salud dental	Odontóloga
Lcda. Fabiola Quinde	Líder de Terapia	Terapia Ocupacional
Dra. Carmen Abad	Líder de Psicología	Psicóloga Clínica
Lcda. María Elisa Arévalo	Líder en estimulación temprana	Estimuladora Temprana

Realizado por: Gabriela Rodas

Fuente: Representantes de cada uno de los departamentos

Como podemos observar se asignó líderes por grupos de área de trabajo, los mismos que desempeñaran el rol de vigilar adecuadamente que se cumplan todas las acciones encaminadas para mejorar la calidad y calidez de vida de los usuarios, así como serán los encargados de tomar estrategias adecuadas para mejorar el sistema de salud cuando este tiene alguna falencia.

3.1.4. Análisis del Resultado 1.

Indicador: Todo el personal se encuentra organizado de una manera ordenada y participa activamente en las diferentes áreas donde se trabaja en el CEPRONDI hasta Febrero 2014. De esta manera se cumplió en un 100% con el primer resultado.

Con este primer resultado a través de la implementación del Plan Operativo Anual la misma que conto con la aceptación de cada profesional que labora en la institución a través de una reunión que se ejecuto con la ayuda del Dr. Francisco Ochoa, se logró cumplir con todas las actividades para este objetivo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los niños que acuden diariamente, con el POA se evalúa y se comprueba mes a mes el normal funcionamiento de los diferentes departamentos, por medio de los registros diarios del MSP, y con esto podemos tomar acciones inmediatas para mejorar las falencias, ya que al ser un centro de salud tipo 3C, las decisiones dependen de los directores y necesidades de dicho centro, como objetivo estratégico institucional tenemos: Mejorar la calidad de vida de niños y niñas menores de 5 años a través de la intervención temprana de los trastornos del Neurodesarrollo y dar seguimiento hasta los 9 años, garantizando la eficiencia en la prestación del servicio con el involucramiento de los padres en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida y asegurando la sostenibilidad del Proyecto a través de las Políticas Públicas Nacionales acordes al Plan Nacional del Buen Vivir.

3. 2. Resultado 2

Protocolos de manejo interno en el CEPRONDI diseñados e implementados.

Para cumplir con este resultado se realizaron las siguientes actividades

3.2.1. Actividad 1: Recopilación de la bibliografía para la elaboración de los protocolos.

CEPRONDI es una Unidad Ejecutora Especializada que por su exclusividad en el servicio, su ubicación y por poseer un equipo de profesionales especializados cuenta con los siguientes servicios:

- Despistaje Precoz de los Trastornos del Neurodesarrollo en recién nacidos.
- Valoración y seguimiento del Neurodesarrollo de niños/as de 0 – 9 años.
- Atención especializada en Neurorehabilitación para niños/as de 0 – 5 años.
- Intervención precoz para niños/as con trastornos transitorios en el Neurodesarrollo.
- Rehabilitación Física
- Psicología Clínica
- Servicio odontológico.
- Detección y tratamiento de trastornos auditivo – orales.
- Estimulación Temprana
- Terapia Ocupacional

Los mismos que se tomaron en cuenta para la realización de los protocolos de manejo interno para obtener una organización más ordenada por diferentes áreas. Como primera actividad se realiza en el mes de Diciembre una reunión para realizar una revisión de la bibliografía recopilada para la elaboración de los diferentes protocolos según el área de trabajo, con la ayuda de los líderes de cada Área así como del director del CEPRONDI.

Cuadro N5. Cronograma de Actividades por semana previo a la elaboración de protocolos, Cuenca 2014.

Fecha	Área de Trabajo	Encargado
Primera semana de Febrero	Se trabajó en Neuropediatría	Dra. Gabriela Rodas
Segunda semana de Febrero	Se trabajó en el área de Psicología.	Dra. Gabriela Rodas
Tercera semana de Febrero	Se trabajó en Estimulación Temprana,	Dra. Gabriela Rodas
Últimos días de Febrero al 1 de marzo	Se trabajó con terapia ocupacional.	Dra. Gabriela Rodas
Primera semana de Marzo	Se trabajó en Rehabilitación Física.	Dra. Gabriela Rodas
Segunda semana de Marzo	Se trabajó en el área Oral-Auditiva	Dra. Gabriela Rodas

Realizado por: Md. Gabriela Rodas

3.2.2. Actividad 2: Ejecución de los protocolos Y normativas por cada área de trabajo del CEPRONDI.

Para la elaboración de cada protocolo se tomó en cuenta las patologías más frecuentes, y los problemas que más resaltaron, se analizaron varias revisiones bibliográficas se revisaron desde la historia clínica, tratamiento, rehabilitación de cada área y se finalizó con la elaboración de flujogramas de actuación, los mismos que se encuentran en el (anexo1).

A continuación grafico de cada actividad realizada para la elaboración de los diferentes protocolos por áreas de trabajo.

Cuadro N6. Ejecución de Protocolos y Normativas por Área en el CEPRONDI, Cuenca 2014.

Día	Actividad	Responsable
AREA DE NEUROPEDIATRIA		

4 al 7 de Febrero	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Manejo integral de Neuropediatría • Adecuación de la Historia Clínica y Examen Físico • Elaboración de Flujograma 	Dr. Francisco Ochoa Dra. Gabriela Rodas
AREA DE PSICOLOGIA		
11 al 13 de Febrero	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del Concepto de Psicología. • Creación de Métodos y Técnicas utilizadas para evaluación. • Elaboración de Flujograma. 	Dra. Gabriela Rodas Dra. Carmen Abad
AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA		
17 al 21 de Febrero	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de conceptos utilizados en estimulación temprana. • Elaboración de las fases en estimulación temprana. • Estandarizar las áreas donde se trabaja. • Desarrollo de actividades por grupos de edad. • Visualización de cada tarea en el área de estimulación temprana. • Elaboración de flujograma. 	Dra. Gabriela Rodas Lcda. María Elisa Arévalo
AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL		
25 de febrero al 1 de marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización de conceptos utilizados en terapia ocupacional. • Análisis del tratamiento en terapia ocupacional. • Estandarizar las áreas donde se trabaja. • Valoración de los problemas en terapia ocupacional. • Implementación de 	Dra. Gabriela Rodas Lcda. Fabiola Quinde

	<p>objetivos, métodos y técnicas en TO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de Flujograma. 	
AREA DE TERAPIA FISICA		
6 al 7 de Marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una Evaluación de cada paciente en terapia física • Delimitar el programa y tratamiento. En terapia física. • Realización de flujograma. 	<p>Dra. Gabriela Rodas Lcda. Tamara Izquierdo</p>
AREA AUDITIVO – ORAL		
11 al 15 de Marzo	<p>Validación de principios aplicados en la práctica diaria en terapia oral – auditiva.</p> <p>Valorar una adecuada rehabilitación oral-auditiva.</p> <p>Determinación de los instrumentos para la evaluación oral- auditiva.</p> <p>Realización de flujograma.</p>	<p>Dra. Gabriela Rodas Dra. María León</p>

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas.

3.2.3. Actividad 3: Socialización de cada protocolo por las diferentes áreas de trabajo conjuntamente con el director del CEPRONDI.

Para lograr la Socialización de cada Protocolo se realizó una reunión con todo el personal del CEPRONDI, para la aceptación e integración de los protocolos, para esto se contó con la colaboración del director.

Reunión de socialización de Protocolos aplicados en las diferentes áreas de trabajo del CEPRONDI.

Participantes

Director del CEPRONDI, comisión de la dirección de salud del Azuay, todos los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.

Desarrollo de la actividad

- El Director del CEPRONDI explica brevemente por medio de una intervención la necesidad y la ayuda de los protocolos realizados, la metodología utilizada y la propuesta para la aceptación de los mismos.
- Se organizará grupos por cada área de trabajo para la aceptación de los diferentes protocolos, para que todos se vinculen con el tema, cada grupo analiza el protocolo.
- Después de analizar cada protocolo los grupos aceptan los diferentes protocolos y deciden adecuarles a las prácticas diarias en los diferentes departamentos.
- El Director valida cada protocolo y lo socializa con todo el personal queda establecido la utilización de los mismos en la atención diaria de cada área.

3.2.4. Analisis Del Resultado 2

Indicador: normativas y protocolos realizados e implementados para el Diagnostico de Trastornos Motrices del desarrollo hasta Febrero 2014.

Con las actividades realizadas para la elaboración e implementación de las normativas y protocolos para mejorar la calidad de vida de los niños que acuden diariamente al CEPRONDI, podemos decir que se cumplió con el segundo resultado planteado en un 100%.

Uno de los problemas planteados fue la falta de normativas y protocolos en el Dependí, las actividades realizadas antes descritas, según lo analizado, en el Ceprondi en el año 2012 – 2013 no ha existido protocolos de actuación, las diferentes áreas actúan de acuerdo a las patologías más frecuentes presentadas en cada departamento, pero no hay un orden de procesos a seguir, el objetivo de realizar los protocolos de actuación es que en cada área analizada se valore al paciente sin saltarse ningún paso para que tenga un mejor tratamiento, una adecuada rehabilitación y así contribuir con un estilo de vida digno para cada niño y así mejorar su calidad de vida, la tercera actividad la socialización de los protocolos tuvo una buena acogida y aceptación por parte del personal de salud que trabaja en la institución, para esto se contó con el apoyo del Dr. Francisco Ochoa, quien me colaboro con la revisión de cada protocolo y la socialización de los mismos.

3.3. Resultado 3

Mejoramiento de la infraestructura y espacios verdes del CEPRONDI

Para cumplir con este resultado se realizaron las siguientes actividades:

3.3.1. Actividad 1: Elaboración de un inventario de los insumos y materiales del CEPRONDI.

Para lograr esta actividad se realizó primero una cita previa con la Señora Irma Ochoa, para el día 23 de Enero en donde realizamos un inventario de todos los Materiales e insumos que existen en el CEPRONDI, de esta manera pudimos adecuar los mismos a las diferentes áreas de trabajo para un mejor funcionamiento y de esta manera mejorar la calidad de atención de los niños.

Los materiales e insumos nombrados a continuación formaron parte para el Licenciamiento del CEPRONDI y de esta manera funcione como un centro de salud tipo 3C.

- Sonaja Pelota pequeña (de tamaño suficiente para ser manipulada por el niño)
- Listón o estambre (2m)
- 6 docenas cubos medianos (que el niño pueda manipular)
- Rebozo Papel y crayola (s) gruesas(s)
- Rompecabezas (tipo resaque, a lo mucho dos figuras geométricas: círculo y cuadrado)
- 2 docenas de Pañoleta, Botella o frasco de plástico con tapa rosca (tipo refresco o agua de 500 ml.)
- Cuentos de 10 hojas como máximo o revista (de preferencia con imágenes de animales)
- Juegos de platos y cucharas de juguete o desechables
- Colchonetas o tapetes o rebozos
- Espejos
- Modulo para psicomotricidad 2
- Juego de pelotas
- Tablas de colores
- Muñecos de plástico para la estimulación verbal
- Casa muñeca con todos los implementos básicos de una casa
- Materiales de madera para terapia física
- Audífonos: El audífono es una prótesis auditiva capaz de compensar artificialmente una pérdida auditiva amplificando los sonidos. Es por tanto, en esencia un

amplificador.

- Prótesis Retro auriculares • Prótesis Intraauriculares • Prótesis Intracanales • Prótesis C.I.C.

- Bucle magnético: El bucle es un sistema creado para oír con gran calidad una fuente de sonido, sin perjuicios de distancia ni ruidos de fondos. Su instalación es sencilla, se rodea el perímetro del aula con un cable, creando un aro magnético que se conecta a la salida del amplificador. Cada vez que el profesor o la profesora habla por el micrófono, se crea en el aula un campo magnético y la señal es recogida directamente por la prótesis del alumno o de la alumna.

- Equipos de amplificación para el entrenamiento auditivo

- Equipo para odontología

- Elaboración de sillas de yeso, férulas, corsés, y otros elementos se realizan en el taller que esta ubicado junto al segundo edificio

3.3.2. Actividad 2: Realización del levantamiento y elaboración de planos con la ayuda de un arquitecto.

Se realizo los planos del CEPRONDI con la colaboración de un arquitecto, el mismo que primero realizo el levantamiento del lugar y luego los planos, los mismos que se indican en el anexo 7. El CEPRONDI costa de 2 edificios, el primero que se encuentra la área administrativa, enfermería, farmacia, medicina familiar, Pediatría, Neuropediatría, y Odontología, además del servicio de guardiana y el segundo edificio en el cual se encuentran las ramas de rehabilitación a las cuales deriva el medico, como son: terapia ocupacional, psicología, estimulación temprana, terapia de lenguaje, fisioterapia.

En el mes de Octubre se realizo el levantamiento y la realización de los planos del CEPRONDI, previo a la readecuación de su infraestructura, con la colaboración de un Arquitecto.

3.3.3. Actividad 3: Adecuación de espacios verdes e infraestructura.

Antes el CEPRONDI no contaba con una infraestructura para personas con discapacidad, así como tampoco contaba con espacios verdes seguros y saludables para los niños, y trabajaba en una construcción vieja y sin espacios verdes, por lo que se realizo diferentes gestiones conjuntamente con el Director del CEPRONDI para la readecuación del CEPRONDI y de esta manera pueda lograrse el Licenciamiento del mismo y pase a constituir un centro de salud tipo 3C, se realizo la readecuación de los dos edificios, del taller

de prótesis, de todos los departamentos (psicología, estimulación temprana, terapia ocupacional, terapia física, lenguaje y neuropediatría), los mismos que fueron pintados, colocados nuevos pisos, ventanas, material de escritorio y audiovisual, materiales de rehabilitación nuevos, baños modernos y adecuados para personas con discapacidad, colocación de rampas, así como también un espacio verde amplio, seguro con juegos de recreación modernos y seguros para los niños que acuden diariamente al CEPRONDI

Se sembraron plantas con la participación de todo el personal, todo esto se llevo acabo durante los meses de octubre, noviembre, diciembre y enero, por lo que el CEPRONDI dejo de funcionar en el lugar habitual, habilitado por estos meses en el sector de Monay.

3.3.4. Actividad 4: Firma del Acuerdo establecido para la certificación del Licenciamiento del CEPRONDI.

El licenciamiento del CEPRONDI se realizo gracias a la colaboración de un equipo de trabajo dedicado a la gestión para reimplantar y fortalecer el CEPRONDI, debido a que es un centro de especialidad para niños con capacidades diferentes, la readecuación del centro costo \$559.900 en su totalidad. Las gestiones realizadas se llevaron acabo desde el mes de Julio hasta Octubre del 2013, firmando un acuerdo con el MSP para comprometerse adecuar al CEPRONDI con el fin de lograr su licenciamiento, la misma actividad que empezaron en el mes de Octubre, Los trabajos realizados de mejora de la infraestructura junto con la coordinación Zonal 6, tuvo un costo aproximado de 160.000 dólares, y para compra de equipos y materiales el presupuesto aproximado fue de 130.000 dólares, con el Licenciamiento el CEPRONDI pasa a constituir un centro de salud tipo 3C y ahora toma el nombre de CRIE.

El CRIE ofrecerá también servicios de odontología, farmacia, enfermería y un centro auditivo oral para la detección y prevención de estas enfermedades comunes en los niños. Cave señalar que al CEPRONDI pertenece el Centro Auditivo Oral, el mismo que queda ubicado en la Remigio Crespo e Imbabura edificio MIES, con la readecuación del Centro de Salud pasa a denominarse CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL ESPECIALIZADO (CRIE), en el mismo que trabajan 25 profesionales, que para este año se prevé incrementar a 45 para ampliar servicio para adolescentes y adultos, es así de esta manera que el CEPRONDI que hasta el año 2013 era un Centro de Salud tipo 3, actualmente es considerado un Centro de Salud Tipo 3C, es decir de Especialidades.

3.3.5. Análisis del resultado 3.

Indicador: Infraestructura física y espacios verdes se encuentran rehabilitados, mejorados y adaptados en un 90% hasta Febrero 2014.

El CEPRONDI funcionaba en una casa la misma que estaba limitada para las personas con discapacidades especiales, por el espacio reducido, la dificultad que tenían para acceder a las instalaciones, etc., dado esto se valoró la necesidad de realizar un mejoramiento de la infraestructura de esta casa de Salud, la misma que se logró con la ayuda de los directores del MSP del distrito 6 y de los directores del CEPRONDI, se implanto barras estáticas para discapacitados, aulas adecuadas para los diferentes áreas de atención, las mismas que costa con los insumos y materiales adecuados para una terapia adecuada, se implanto una área verde recreativa para el entretenimiento de los niños, se mejoró los consultorios y la distribución de los mismos.

Se logro mejorar el espacio físico y la infraestructura en un 100%, se realizó los planos arquitectónicos, así como un inventario de los insumos y materiales, con este resultado logramos cumplir con el último objetivo planteado y con esto logramos mejorar la calidad de atención de los niños con capacidades especiales, y contribuimos a lograr la licenciatura del CEPRONDI.

Lo único que queda por realizar es quel el Centro Auditivo Oral que pertenece al CEPRONDI, funcione en el mismo local por esta razon no se cumplio al 100% con la adecuación física

ANÁLISIS

Análisis del Propósito

La Licenciatura del CEPRONDI, se pudo lograr con el cumplimiento del 80% de las actividades programadas, al obtener un Plan Operativo Anual diseñado e implementado con la cual se logró una mejor organización de la unidad de salud, al realizar e implementar normativas y protocolos en cada una de las áreas en las cual se desempeña, logrando que los usuarios tengan mayor continuidad y mayor confianza así como se logró una participación activa del personal que trabaja en esta institución, además se consiguió readecuar la infraestructura y los espacios verdes, mediante una organización fortalecida del apoyo de un equipo de salud conformados y motivados en mejorar la calidad de vida de los niños.

El Licenciamiento se implementó hasta enero del 2014, con la colaboración del equipo de salud, del MSP, se realizó una adecuación e implementación de espacios verdes saludables que permitieron que los niños puedan gozar de un ambiente y entorno saludable fortalecido, apoyado continuamente del personal de salud que trabaja en esta institución.

Análisis del fin

El mejoramiento de la calidad de vida de los niños que acuden diariamente al CEPRONDI, se consiguió gracias a la colaboración de todo el equipo de salud de la institución, los mismos que están al frente de la toma de decisiones para el progreso y desarrollo de la unidad de salud, y que logran una organización adecuada para optimizar la calidad de vida de cada uno de los niños que acuden diariamente hacerse atender en esta unidad de salud.

El Plan operativo anual elaborado, el diseño y la implementación de protocolos y normativas y el mejoramiento de la infraestructura y espacios verdes en un 80% efectuados, permitieron garantizar una atención de calidad con calidez, además garantizar que los niños gocen los mismos derechos para un tratamiento y rehabilitación justa, equitativa y respetuosa en un contexto multidimensional que abarca el bienestar bio-psico-socia que cada persona debe tener para

desenvolverse en un ambiente en constante cambio.

CONCLUSIONES

1. Con el Plan Operativo Anual obtuvimos una organización adecuada de todo el CEPRONDI, además de la implementación de líderes por área, que nos ayuda a notar las falencias que existen en cada departamento y de esta manera logramos una atención adecuada de los niños que acuden diariamente a esta institución.
2. Con la implementación de los protocolos y normativas de actuación, y a través de la implementación de los flujogramas en las diferentes áreas del CEPRONDI, logramos mejorar la calidad de atención de los niños, y la confianza de sus padres.
3. Con una infraestructura física readecuada y espacios verdes mejorados, se logró un fortalecimiento de la institución y se consiguió que los niños y niñas gocen de áreas físicas seguras y dignas adaptadas a sus necesidades.
4. Con el licenciamiento del CEPRONDI en el Sistema Nacional de Salud del Azuay se obtuvo un Centro de especialización con atención integral en rehabilitación para los niños con capacidades especiales, convirtiéndose en una Unidad de Salud tipo 3C.
5. Las actividades realizadas, contribuyen significativamente en el mejoramiento de la calidad de vida de cada uno de los usuarios, permitiendo conseguir una rehabilitación adecuada, adoptando prácticas saludables en un ambiente y entorno fortalecido.

RECOMENDACIONES

1. Continuar implementado anualmente un Plan Operativo, realizando nuevos programas orientados a la rehabilitación de los niños con capacidades especiales, e impartiendo una atención continua y seguimiento de cada uno de los pacientes.
2. Se recomienda trabajar en la actualización de los protocolos realizados en este proyecto en las diferentes áreas, con la colaboración de todo el personal de la institución, y asistiendo a varias capacitaciones durante el año.
3. Incentivar al cuidado del CEPRONDI, conjuntamente con los padres de familia para lograr un mantenimiento adecuado de la infraestructura física y la conservación de las áreas verdes.
4. Al ser un Centro de Atención tipo 3C, mi recomendación es la gestión pertinente para la participación activa de los ministerios al frente social: MSP, Ministerio de Educación, MIES, junto con el gobierno central.
5. Se recomienda seguir implementando actividades de salud en rehabilitación de los niños que acuden al CEPRONDI continuando de esta manera con el mejoramiento de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA:

1. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud, Sistema de Salud del MSP, pág. 20, obtenido el 14 de Agosto del 2013, de: www.salud.gob.ec/wp-content/plugins/.../download.php?id=9.
2. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural, 2012 ecuador, pág. 80-90, obtenido el 14 de Agosto del 2013 de: www.modelo.atencion@msp.gob.ec.
3. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural, 2012 ecuador, pág. 24, obtenido el 14 de Agosto de 2013 de: www.modelo.atencion@msp.gob.ec.
4. Constitución del Ecuador, capítulo séptimo, Salud Pública y Administración Pública, Sección segunda, pág. 117, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
5. Constitución del Ecuador, capítulo primero, Título Tercero, Régimen del Buen Vivir, inclusión, equidad, salud, pg. 159, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
6. Constitución de la república del Ecuador, Capítulo segundo, Título 1, elementos constitutivos del estado, ciudadanos y ciudadanas, pág. 20, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
7. Constitución de la república del Ecuador, Capítulo primero, TÍTULO II, DERECHOS, Principios de aplicación de los derechos, PAG 22-24, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
8. Constitución de la república del Ecuador, Capítulo primero, TÍTULO II, Derechos, Salud, PAG 32, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.

9. Constitución de la república del Ecuador, Capítulo tercero, TITULO II, DERECHOS, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, niños, niñas y jóvenes, personas con discapacidad pg. 34 y 37, obtenido el 12 de Julio de 2013 de: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
10. MSP, Manual de Prevención y tratamiento de Riesgo de Discapacidad en Peri-Neonatología, (2011), Quito: Libresa.
11. UNAD, Origen y Antecedentes de la psicología social, universidad nacional abierta y a distancia –escuela de ciencias sociales artes y humanidades programa de comunicación social, (2009), CEAD NEIVA – zona sur: Graphus.
12. Vidal, M. (1997). Modelo Psicológico en Atención Primaria: Protocolos de Valoración e Intervención en niños de 0 a 2 años. Tesis realizada en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos. Tesis doctoral UCM. Publicaciones UCM (2000), pg. 0 – 100, obtenido el 4 de Diciembre de 2013 de: <http://hdl.handle.net/10401/2750>.
13. Vidal, M. (2003). *La estimulación temprana en la escuela infantil: Una necesidad urgente*, en *Psiquiatría virtual y Neurociencias*. Congreso de Psiquiatría, pg. 4-22, obtenido el 4 de Diciembre de 2014 de: <http://hdl.handle.net/10401/2750>.
14. SENAME, (2009), Manual de Estimulación Temprana Socio – Afectiva de 0 meses a 12 meses, pág. 2 a la 20, Chile: Santa fe.
15. Crece Contigo (2008), Protocolo de Estimulación Temprana, pág. 23 – 29, 40 – 43, Chile: Santa fe.
16. Vidal, M. (1991). Atención Temprana: Guía para la estimulación del niño sano. México: Editorial CEPE.
17. Crece Contigo, (2010), Guía de Estimulación Temprana, pág. 1 – 4 y de 20 – 26, México: ISEM.
18. ASEM, (2008), Área de Terapia Ocupacional, pág. 4, 21 y 27, México: ISEM.

19. Asociación Americana de terapia Ocupacional (2009), Estándares de Practica de terapia Ocupacional en educación, pg. 20 y 24, obtenido el 10 de Diciembre de 2013 de: <https://www.apa.org>.
20. Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico 2010 (787)282-6966, obtenido el 10 de Diciembre de 2013 de: <http://www.cptopr.org/>.
21. Educación terapéutica del PC. (2009), Fisioterapia en el desarrollo psicomotor del niño, Valoración y actividades de promoción y prevención. Valoración fisioterapéutica de la parálisis cerebral, valoración de los trastornos motores y de los trastornos asociados., pág. 1 – 5, obtenido el 14 de Diciembre de 2013 de: www.luisbernal.com.
22. Vidal, M. (2013): Atención a la infancia e intervención temprana, obtenida el 15 de Diciembre de 2013 de: <http://www.reeduca.com/estimlaatencion-temprana/atencion-a-la-infancia-e-intervencion-temprana-.aspx>.
23. Farkas, C. (2007). *Comunicación gestual en la infancia temprana: Una revisión de su desarrollo, relación con el lenguaje e implicancias de su intervención*. *Psyche*, 16, 2, 107-115., obtenido el 12 de Diciembre de 2013 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0718-2228&script=sci_serial.
24. J. Cervera y Amparo, (2009), Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos y riesgo de dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura, pág. 6-10, 20-24Valencia: EDETANIA.
25. GOTZENS BUSQUETS, A. Y MARRO COSIALLS, S. (2009), Prueba de valoración de la percepción auditiva. Colombia: Masson.
26. Piedra, M. C. (2012). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos de Salud; Trabajo de Grado I. Loja, Ecuador: EDILOJA Cía. Ltda.

27. Blanchard, K. et al. (2009) "Liderazgo al más alto nivel. Como crear y dirigir organizaciones de alto desempeño". Colombia: Grupo Editorial Norma.

28. Loyola, C. Chacón, L. (2012) Guía Didáctica Dirección y Liderazgo en Salud. Loja, Ecuador: Editorial Universidad Técnica Particular de Loja.

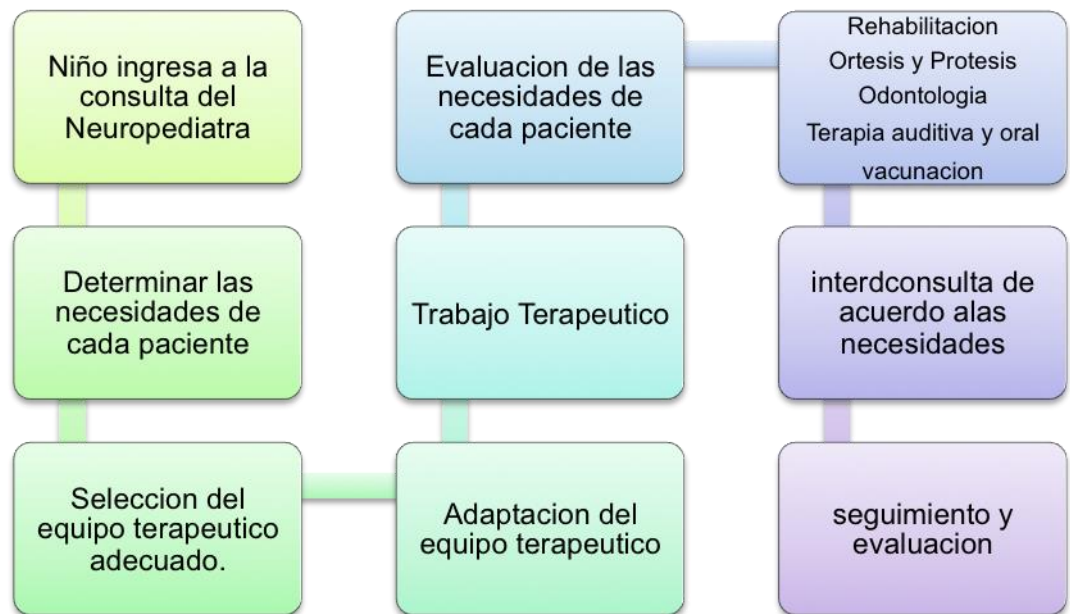
29. Silvestre Orama, Margarita. (2005), Aprendizaje, Educación y Desarrollo. Técnicas de estimulación del desarrollo intelectual UNICEF.

30. Dra. C. Rodríguez A. L. Dr. C. Rubio. (2011). Protocolo de Actuación en Atención Temprana en Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Municipio La Lisa. La Habana. Obtenido el 20 de Diciembre de: www.files.sld.cu.

ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLOS REALIZADOS

Flujo grama de procesos al ingresar al CEPRONDI



Realizado por: Gabriela Rodas

1.1. PROTOCOLO DE ACTUACION EN NEUROPEDIATRIA

La unidad de neuropediatría está encargada del Dr. Francisco Ochoa, especialista en Neuropediatría, esta unidad acude diariamente alrededor de 22 pacientes por día, entre casos nuevos y controles. El Propósito en esta unidad es analizar cada caso de manera particular y tomar una acción para resolver el problema del paciente y una mejor organización de la unidad.

Objetivo:

- Efectuar una adecuada organización de los pacientes
- Determinar trastornos de manera temprana y oportuna
- Derivar de manera adecuado a los pacientes a las áreas de refuerzo necesarias para su rehabilitación.

Participantes: Dra. Gabriela Rodas y Dr. Francisco Ochoa

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
4 de Febrero	Manejo Integral de Neuropediatría	Dra. Rodas
5 de Febrero	Adecuación de la Historia Clínica	Dra. Rodas
6 de Febrero	Adecuación del Examen Físico	Dra. Rodas
7 de Febrero	Elaboración de Flujo grama	Dra. Rodas

Desarrollo:

Manejo Integral en Neuropediatría

Cada embarazo tiene un riesgo potencial de tener un neonato con alguna anomalía congénita de 2 al 3 % y aproximadamente un 0.7% nacen con múltiples malformaciones, en el Ecuador se presentan discapacidades en el 2,43% de las personas, de las cuales el 41% son de origen perinatal relacionadas en forma importante con anomalías fetales. (Manual de Prevención y Tratamiento de Riesgo en Perinatología MSP 2011)

La importancia de evaluar el riesgo de discapacidad no es sencilla y es muy importante debido a que el riesgo de las discapacidades se debe a múltiples factores, como por ejemplo a las costumbres, como el parto intradomiciliario, la selección temprana de los embarazos de riesgo permite racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos en quienes mas lo necesitan.

Por esto la importancia de contar con un protocolo de actuación dentro de esta área, de esta manera podemos resolver los problemas de cada paciente y sus necesidades. (Manual de Prevención y Tratamiento de Riesgo en Perinatología MSP 2011)

HISTORIA CLINICA

Antecedentes Personales: neonatales, prenatales y posnatales, por ejemplo valorar alteraciones metabólicas o endocrinas maternas no controladas, o mal controladas, uso

de drogas o alcohol, infecciones, radiaciones, contaminaciones ambientales, sea de la madre y del Recién Nacido.

Antecedentes Familiares: orientan a trastornos autosómicos dominantes y ligados al cromosoma X. Indagar consanguinidad especialmente en trastornos autosómicos recesivos. Hacer árbol genealógico familiar siempre y conseguir fotografías familiares para construir un árbol con sus patologías más frecuentes.

4. EXAMEN GENERAL

- Examen clínico cuidadoso para detectar todas las anomalías
- Evaluación de hallazgos di mórficos menores: comparando con referencia de normalidad o con apariencia externa de los padres.
- Investigar acciones de otros órganos
- El hallazgo dos vasos en el cordón umbilical, es indicador de anomalías

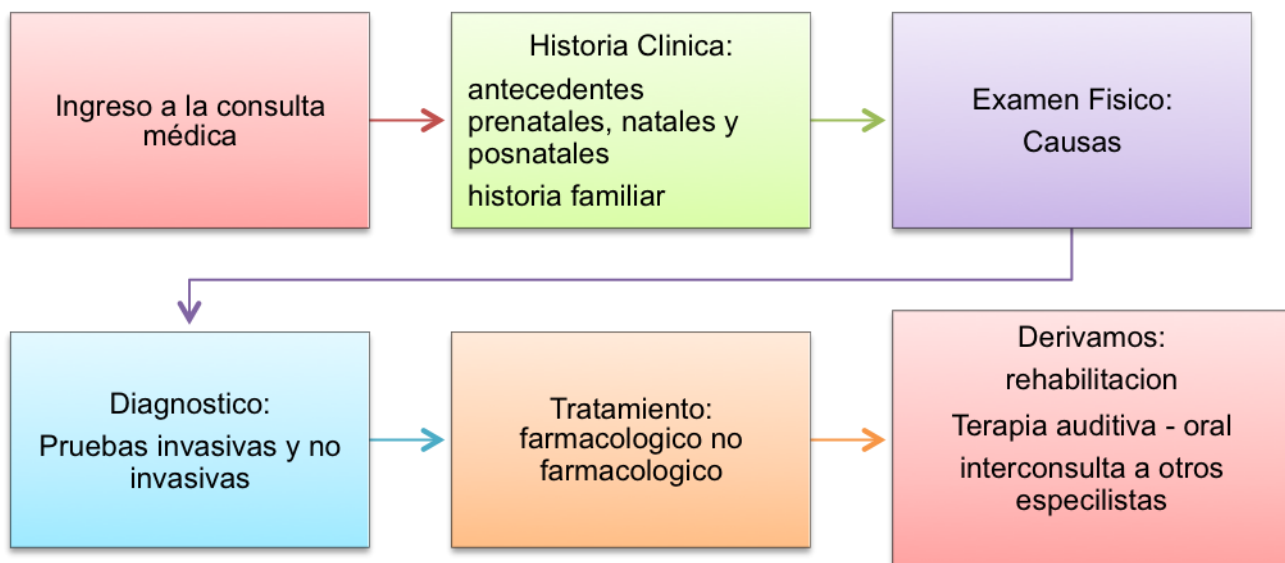
5. CAUSAS

Endógenas: anomalías hereditarias, multifactoriales, y de origen desconocido, dependientes de sexo, edad, paridad, peso y talla.

Exógenas o del medio ambiente

6. DIAGNOSTICO

Pruebas no Invasivas:



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

Conclusiones:

Con tratamientos adecuados, iniciados a tiempo y desarrollados hasta el final, puede evitarse que se generen problemas graves. Por eso, es importante estar atentos al desarrollo escolar de nuestros hijos y consultar, siempre, ante la mínima inquietud. Es muy importante que el diagnóstico para que el tratamiento, sea realizado lo más tempranamente posible, de manera de apoyar al niño a que supere las dificultades detectadas y evitar que se generen otros problemas que afecten además su desarrollo emocional y conductual

1.2. PROTOCOLO DE ACTUACION DEL AREA DE PSICOLOGIA

Objetivos:

- Métodos los principales problemas psicológicos encontrados en cada niño
- Instaurar métodos y técnica de investigación en Psicología
- Tratar con fundamentos adecuadas para la corrección de cada patología

Participantes: Dra. Gabriela Rodas y Dra. María Augusta Vega

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
11 de Febrero	Concepto de Psicología	Dra. Rodas
12 de Febrero	Métodos y técnicas	Dra. Rodas
13 de Febrero	Flujo grama de Acción	Dra. Rodas

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

Desarrollo:

La Psicología es la ciencia que estudia la **conducta y los procesos mentales**. Trata de describir y explicar todos los aspectos del pensamiento, de los sentimientos, de las percepciones y de las acciones humanas. Por ser una ciencia, la Psicología se basa en el método científico para encontrar respuestas. Por eso que un individuo debe estar psicológicamente estable, para afrontar y sobrellevar sus problemas tanto orgánicos como patológicos. (Antecedentes de Psicología social, UNAD, 2009)

El área de Psicología del CEPRONDI está integrada por 4 personas, una Psicóloga Educativa y 3 Psicólogas Clínicas, atienden alrededor de 4 a 8 pacientes diarios, en un espacio físico limitado, pues existe 2 consultorios compartidos, los pacientes son trasladados directamente desde el Médico, se realiza terapias individuales, de pareja, grupales, familiares dependiendo el caso, el tiempo aproximado por paciente es de 45min a una hora, el servicio no posee protocolos de actuación por eso la necesidad de implementar uno siendo las patologías más relevantes:

- Problemas de Pareja
- Trastornos de la Personalidad
- Baja Autoestima
- Alcoholismo
- Violencias
- Trastornos de la conducta
- Normas de Disciplina

CONCEPTO

• **Psicología Educativa:** la Psicología Educativa estudia los mecanismos implicados en el aprendizaje de un sujeto y los factores que intervienen en los centros educativos y que influyen de forma indirecta en la enseñanza y el aprendizaje, encargándose no solo del aprendizaje positivo sino también del negativo. El psicólogo interviene en los procesos psicológicos que puedan afectar al aprendizaje o que deriven de él, independientemente de su origen (personal, grupal, social, de salud, etc.) Se responsabiliza de las implicaciones educativas de su intervención profesional, y si lo necesita puede coordinarse con otros profesionales. (Antecedentes de Psicología social, UNAD, 2009)

• **Psicología Clínica:** La psicología clínica es la que se encarga del estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento. Las funciones del psicólogo clínico consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento de todo tipo de trastornos de la conducta que pueda presentar una persona. El campo de acción es muy grande se puede encargar desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías que puedan destruir casi por completo la personalidad del sujeto como por ejemplo la esquizofrenia. Los problemas clínicos se formulan en términos de hipótesis para ser comprobadas a

través de los encuentros con los pacientes que dan cuenta de su estado mental. La práctica clínica supone necesariamente la investigación. (Antecedentes de Psicología social, UNAD, 2009)

Métodos y técnicas de investigación en Psicología:

La psicología utiliza un método científico de tipo cuantitativo, a través de la contratación de hipótesis, con variables cuantificables en contextos experimentales, la técnica mejor empleada en los niños con capacidades especiales es la descriptiva:

Técnicas descriptivas:

Las técnicas descriptivas son las más utilizadas dado que en la vida cotidiana, todos observamos y describimos a las personas, y a menudo tenemos intuiciones acerca de los motivos por los cuales se comportan de determinado modo. Los psicólogos profesionales hacen más o menos lo mismo, solo quede un modo más objetivo y sistemático. (Antecedentes de Psicología social, UNAD, 2009)

- **Observaciones Directas:** comportamientos que pretendemos estudiar. Por ejemplo, la agresividad de alumnos/as de 3o ESO en el patio. Agresiones verbales(insultos, discusiones, amenazas) o físicas(patadas, peleas, golpes)
- **Observaciones de laboratorio:** situación artificial y controlada (reacción al comportamiento molesto de unos alumnos adiestrados en la biblioteca).
- **Dispositivos de evaluación:** Cuestionarios, entrevistas y pruebas psicológicas (test).
- **Estudio de casos:** Niños salvajes. Proporciona detalles íntimos de su desarrollo.

Es importante tener en cuenta que se trata de pacientes con capacidades diferentes, por lo tanto el análisis clínico de cada paciente es un mundo diferente. La Psicología Especial resulta ser una rama de la Psicología, relativamente reciente. Su surgimiento está relacionado con la necesidad de la Pedagogía Especial, de ostentar una fundamentación científica, es decir, tener una base teórica-metodológica llevando a cabo la hermosa tarea de la enseñanza de las personas que presentan necesidades educativas especiales. Además estudia las regularidades de la formación de la personalidad. ¿Cómo se produce el desarrollo intelectual, la formación de los procesos afectivos y en general las características psicológicas de cada uno de los tipos de niños, adolescentes, jóvenes y adultos?

Se puede afirmar que la **Psicología Especial** tiene por objeto de estudio las particularidades psicológicas de las personas que presentan desviaciones en su desarrollo y pueden estar determinadas por diferentes causas tales como:

- Trastornos difusos de la corteza cerebral o del sistema nervioso central (S.N.C.) en general.
- Defectos anatómo fisiológicos que pueden derivar en impedimentos físicos motores.
- Trastorno de la actividad de uno o varios analizadores.
- Desarrollo deficiente del lenguaje, con una audición conservada.
- Correlación deficiente entre la esfera afectivo-volitiva y la intelectual.

Por su parte, la tarea fundamental de la Psicología Especial consiste en el estudio de las desviaciones que ocurren en el desarrollo psíquico en las distintas categorías de personas con necesidades educativas especiales, lo que se refleja en la formación de la personalidad, teniendo en cuenta la influencia y el manejo social que se realiza; al mismo tiempo que se estudian las posibilidades de influencias que pueden tener la educación y la enseñanza sobre la base de esas necesidades. (Antecedentes de Psicología social, UNAD, 2009)

El conocer estas características generales nos permite, en última instancia obtener un trabajo educativo y correctivo exitoso, encaminado a la Compensación del defecto, en especial, teniendo en cuenta las posibilidades y potencialidades que presentan estas personas.

Sobre la base de esta tarea fundamental podemos expresar que desde el punto de vista práctico la Psicología Especial lleva a cabo diferentes acciones entre las que podemos señalar las siguientes:

- Diagnóstico y evaluación.
- Posibilidades de desarrollo sobre cuya base se caracterizan las diferentes categorías de personas con necesidades educativas especiales.
- Fundamentación de los métodos y procedimientos generales y específicos que se emplean con estas personas para la corrección y compensación de los defectos de diferentes grados.

La intervención del psicólogo resulta fundamental y se realiza a través del trabajo directo con las personas con discapacidad, lo cual se lleva a cabo de forma individual y colectiva en pequeños grupos, aplicando métodos y técnicas psicoeducativas,

reeducativas, psicoterapéuticas como: Juegos de diferentes tipos. Actividades artísticas. Actividades plásticas. Terapias de diferentes tipos.

En ocasiones, el psicólogo realiza tareas de otros especialistas y viceversa, es decir, otros especialistas invaden el espacio del psicólogo. En general podemos y debemos realizar trabajos interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios, sin embargo, no debemos sustituirnos los unos por los otros. Cada ciencia tiene su objeto de estudio, sus tareas, sus misiones, por qué entonces asumir lo que no nos corresponde. (Modelo Psicológica en Atención Primaria de 0 a 2 años 2003)

La Psicología en la Educación Especial, interviene en Investigaciones de diferentes tipos. Además Trabaja con la familia y garantizar una mayor participación de ésta en la educación de sus hijos.

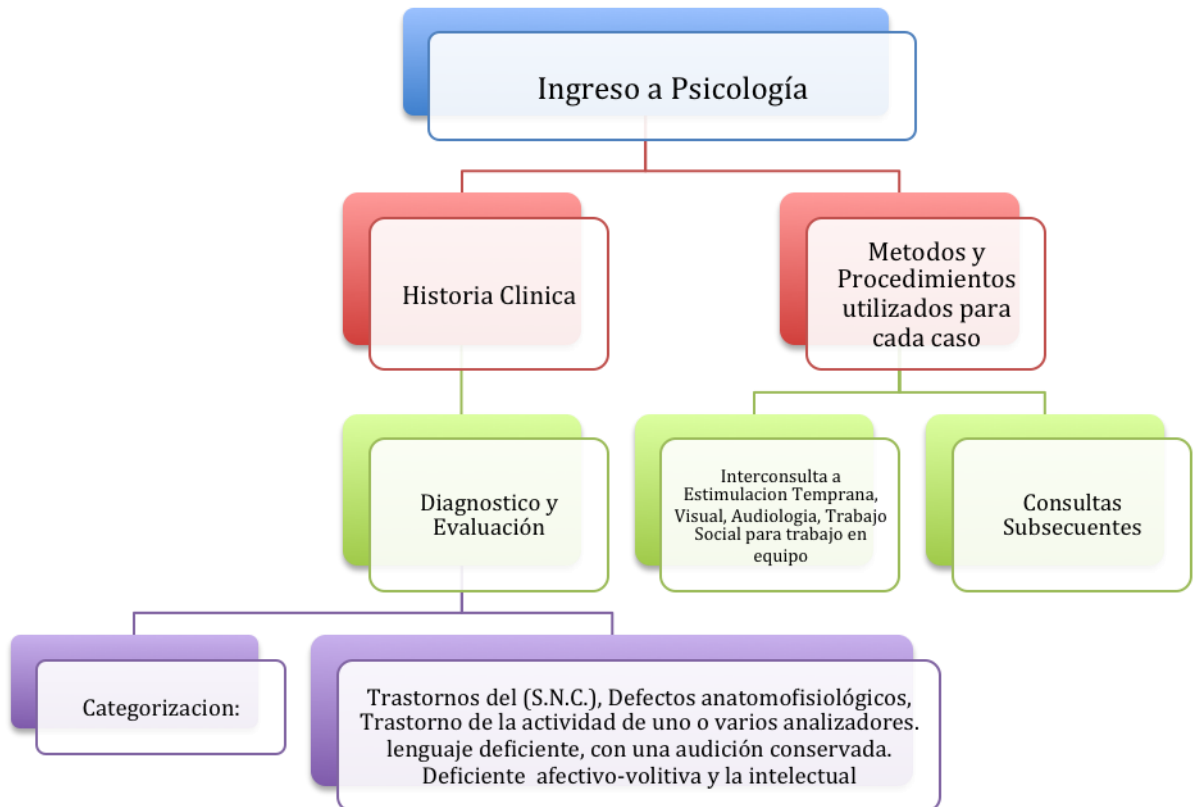
A su vez, la Psicología Especial tiene ramas, las cuales responden, siguiendo a VYGOTSKY, a la estructura del defecto presente y sus consecuencias, que resultan diferentes en cada una de las categorías de discapacitados, lo que lleva a que los problemas psicológicos fundamentales, el abordaje del área, la intervención, etc., sean peculiares y diferentes entre sí. Por ello cada rama de la Psicología Especial presenta su objeto específico. (Estimulación Temprana en escuela infantil, Vidal, M, 2003)

Conclusión:

Como conclusión tenemos que el estudio, diagnóstico y tratamiento de las personas con necesidades educativas especiales es el siguiente: el desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales poseen actitudes diferentes de demostrar sus sentimientos, pensamientos ellos adquieren una expresión peculiar, típica para cada categoría, es decir de acuerdo con las necesidades especiales que puedan presentar. Así al hablar de niños con necesidades educativas especiales nos referimos a aquellos niños que presentan una discapacidad, un déficit, ya sea psíquico y/o físico que conlleva a un conjunto de desviaciones en su desarrollo. Por esto cuando vamos a caracterizar a un niño con necesidades educativas especiales debemos partir de la situación social de su desarrollo.

FLUJOGRAMA DE PROCESO

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas



1.3. PROTOCOLO DE ACTUACION DEL AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Los primeros años de vida de un niño son vitales en el futuro desarrollo de su salud, la influencia de los vínculos afectivos, es fundamental en esa etapa para lograr un crecimiento emocional, social y afectivo adecuado. Es por esto que el siguiente protocolo va tener como objetivo:

Objetivos:

- Entregar a la familia los conocimientos y habilidades para una crianza positiva que favorezca el desarrollo del niño o la niña en todas las áreas.
- Utilizar técnicas para reforzar o crear relaciones positivas, seguras, gratificantes y estimuladoras entre la familia y el niño o la niña; reforzando los esfuerzos y logros y motivando la continuidad en la vida cotidiana del hogar, de los juegos y nuevas formas de relación.
- Promover un desarrollo de las capacidades socio afectivo en los niños con capacidades especiales, cuyas estrategias serian desarrollar competencia, entregar conocimientos y fomentar actitudes para que los niños pueden crecer en un ambiente

sano, con relaciones de apego seguras, afectivas y estables con otras personas.

Participantes: Dra. Gabriela Rodas

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
17 de Febrero	Diferentes conceptos utilizados en Estimulación Temprana	Dra. Rodas
18 de Febrero	Fases a Desarrollar en las Intervenciones de Estimulación Temprana	Dra. Rodas
19 de Febrero	Estandarizar las Áreas donde se trabaja	Dra. Rodas
20 de Febrero	Desarrollo de las Actividades de Estimulación por Edad	Dra. Rodas
21 de Febrero	Visualizar cada tarea en el área de estimulación temprana	Dra. Rodas
21 de Febrero	Flujo grama de Proceso	Dra. Rodas

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

Desarrollo:

1. Concepto:

La estimulación temprana es el tratamiento básico y global para estimular y promocionar el desarrollo de los niños con capacidades diferentes, muchas veces el concepto de atención temprana, atención infantil y estimulación temprana es utilizado erróneamente por lo que es importante diferenciarlo.

Atención Infantil: Atención temprana para todos los niños sanos, incluye la atención psicológica y Estimulación temprana para los niños que precisan tratamiento global para

potenciar y estimular el desarrollo, además pueden necesitar otros tratamientos: fisioterapia, psicoterapia, logopedia, psicomotricidad etc.

Atención temprana es un concepto y un término que es más aconsejable y adecuado utilizar para niños sanos, ya que deben tener una Atención psicobiosocial temprana, una atención global para prevenir dificultades y trastornos en el desarrollo desde la psicología y la pediatría. (Manual de estimulación temprana socio-afectiva de 0 a 12 meses SENAME, 2008)

2. Fases a Desarrollar en las Intervenciones de Estimulación Temprana

2.1. Detección y pesquisa

Esta es realizada por los equipos de salud, para posteriormente derivar a la sala de estimulación temprana, las pesquisas realizadas por el Equipo de Salud en el Control del Niño Sano a edades determinadas por el MSP, se hacen aplicando diferentes test como por ejemplo, Pauta Breve, EEDP (prueba que mide el desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses) o TEPSI (para evaluar el desarrollo psicomotor de 2 a 5 años) Anexos 1. (15,14). Si los niños presentan alteración o retraso en su desarrollo son derivados a la sala de estimulación; utilizando un registro que le permita a quien recibe la derivación tener mayores antecedentes de la patología y a quien deriva contar con seguimiento de dicha derivación. De esta forma hacer corresponsables a los profesionales involucrados en el acompañamiento de este niño y su familia en la estrategia de intervención.

Asimismo, si una institución del sector o familia detecta que un niño/a no se está desarrollando como los otros niños, pueden acudir directamente al Centro de Salud para recibir apoyo.

2.2. Posibilidades de intervención en “Estimulación Temprana”

Dependiendo de las necesidades del niño o niña, la edad, el tipo de patología y de las ofertas en la localidad en que vive, será el tipo de intervención al que accederá. Para ello se presentan las posibles modalidades de Intervención Regional:

1. Sala de Estimulación en el Establecimiento de Salud.
2. Salas de cunas para recién nacidos
3. Jardines Infantiles.
4. Como complemento y apoyo: como bibliotecas, el cuarto negro, la sala de juegos

5. Salas de Estimulación Temprana Definición: lugar establecido por la unidad de Salud creado por gestión del CEPRONDI acorde a recursos existentes.

2.3. Modalidad de Trabajo

El trabajo lo organiza y planifica la Educadora a cargo, donde cada día de la semana se atenderá a los usuarios según la edad del paciente:

- **Lunes** : Atención a bebés de 0 – 6 meses (mañana), elaboración plan semanal (tarde)
- **Martes**: Atención a los bebés de 6 -12 meses (mañana), 2-3 años (tarde)
- **Miércoles**: Atención de 12 -18 meses(mañana), 3-4 años (tarde)
- **Jueves**: Atención de 18 – 24 meses(mañana), 4-5 años (tarde)
- **Viernes**: Día reservado para niños más grande que por el momento son pocos o para Visita Domiciliaria de Estimulación Temprana.

2.4. Sesiones Los grupos de niños/as se atienden en forma directa, según su nivel de necesidades, en sesiones de trabajo con sus madres. En ellas se pretende apoyar las necesidades de aprendizaje del niño, haciendo que la madre, padre o cuidador participa activamente de la sesión. Se educa a las madres a partir del área A estimular, para que realice distintas actividades de aprendizaje mediada por la educadora para incrementar su lenguaje, ampliar sus ideas y potenciar su autoestima.

La educadora vigilará cada paciente, observando dificultades y variará estrategias hasta lograr y felicitar el éxito en la adquisición de la nueva habilidad. Las actividades de aprendizaje deben responder a las necesidades de aprendizaje de los niños/as. La cantidad de sesiones (de cuarenta minutos promedio) se definen en conjunto con la familia y dependen del apoyo que los padres o cuidadores requieren. Pueden varían de **dos a doce** sesiones (con un promedio de **seis a ocho**), con **una sesión semanal de 40 minutos**, para ser re–evaluados y dados de alta. **Con la sugerencia de que en forma complementaria al trabajo de estimulación por paciente, se derive a los niños y niñas a los jardines infantiles y/o salas cunas.** Las actividades a realizar

son breves y variadas. La repetición es esencial para la creación de nuevos circuitos neuronales y para el aprendizaje en el niño/a. La brevedad y la rapidez en la realización de la actividad son vitales para mantener la atención en el bebé y niño/a de esta edad. Todo esto se procura hacer de la forma más armónica posible, sin forzar. La estimulación debe ser multisensorial por lo que se procura utilizar actividades que estimulen las vías visuales, auditivas, táctiles y de movimiento principalmente. **Si no hay una repetición mínima y continuada NO es "estimulación temprana"**. (Protocolo de estimulación Temprana crece contigo Chile 2008)

3. Áreas donde se trabaja:

3. 1. Motora:

Áreas de Estimulación

El inicio del desarrollo del niño está dominado por la motricidad, este adquiere conocimiento y lo enriquece en base a la actividad física que realiza. Las actividades de estimulación tienen por objetivo contribuir a que el bebé logre un tono muscular adecuado y manejo óptimo del equilibrio, para el control de su cuerpo que le permita moverse libremente de modo autónomo. (Protocolo de estimulación Temprana crece contigo Chile 2008)

3. 2. Perceptivo-Cognitivo:

La inteligencia del niño está presente y se manifiesta mucho antes que el lenguaje. Desde que nace ve, oye y percibe un gran número de estímulos que le permiten estar alerta y listo para ir conociendo el ambiente que lo rodea, construye así su pensamiento, creando relaciones y comparando los momentos sucesivos, establece semejanzas y diferencias. (Protocolo de estimulación Temprana crece contigo Chile 2008)

Despertar los sentidos del bebé (olfato, oído, vista y tacto) para que pueda percibir y relacionar estímulos entre sí, es ya un acto cognitivo y perceptivo que estimula sus capacidad intelectual.

La actividad inicial, primordial que estimula todos sus sentidos es el amamantamiento sistemático y exclusivo por su madre. Como se debe iniciar durante la primera hora de vida y es muy frecuente (7a 8 veces al día), cada ocasión de contacto tan cercano, fortalece y profundiza el apego. El bebé viene preparado para buscar el pecho, oler a su madre y la leche que produce, así como succionar con eficiencia. La distancia a la que

queda el rostro de la madre en el momento de amamantar, es la distancia a la que ve el hijo/a, por tanto ejercita y desarrolla su visión. La voz de la madre que lo arrulla, es el tono que escucha, por tanto desarrolla su audición. (Protocolo de estimulación Temprana crece contigo Chile 2008)

Las caricias y los masajes pueden estimular al bebé (ya que activamos unas de las principales vías de entrada de estímulos) y colaborar en su desarrollo afectivo, cognitivo y motriz. Comenzar a practicar los masajes al bebé desde que nace es una ayuda valiosísima para favorecer sus primeras conexiones neuronales. Los masajes deben ser un juego para el adulto y el niño, además de un medio de comunicarse y estimular el desarrollo.

Con el roce de nuestras manos se produce un primer paso para la comunicación paterno-filial. Por tanto su desarrollo físico debe ir parejo con el emocional y afectivo, para ello, debemos realizar los ejercicios hablando y sonriendo continuamente con él. (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

Por tanto enriquecer su ambiente con estímulos variados a sus sentidos, es enriquecer su inteligencia. Hay evidencia que la costumbre cultural, de algunas tribus, de portar al bebé durante las actividades diarias de la madre favorece su bienestar y desarrollo, NO se malcría al hijo/a por mantenerlo en contacto directo con sus padres por largos períodos.

3.3. Lenguaje:

La función de comunicación, entre los individuos, que cumple el lenguaje es casi exclusividad humana por su riqueza y singularidad. No hay otra especie con el nivel de sofisticación que alcanza en la nuestra. Por tanto apoyar al lactante y al niño/a para que desarrolle esta capacidad es casi apoyar la manifestación de su inteligencia. Acompañarlo desde las primeras señales de pre-lenguaje (balbuceos, sonidos guturales, vocalizaciones, risas, gritos, gestos, signos). Los lactantes son excelentes receptores del lenguaje no verbal, “comprenden” las señales que envían sus madres (un lactante inquieto y llorón puede estar mostrando que su madre está enojada o cansada).

Colaborar con lenguaje de señas desde el 6 - 7 mes, enriquece su comunicación con los adultos y favorece la aparición de lenguaje oral a edades más precoces. Hay evidencia que muestra un mayor coeficiente intelectual en los lactantes entrenados en lenguaje de señas.

3.4.-Afectivo-Social:

La base esencial para el desarrollo óptimo del ser humano es el apego y vínculo con su madre o cuidador/a principal. Toda la evidencia acumulada coincide en este principio y por tanto todas las actividades de estimulación que se realicen con el bebé, incluso en la etapa prenatal, tienen este objetivo, fortalecer o crear dicho vínculo. Luego del parto, de inmediato asegurar el contacto piel con piel, ojala con ambos padres presentes, seguido del inicio del amamantamiento durante la primera hora de vida, asegurando la intimidad en el ambiente más grato posible. Enseguida se cautela el alojamiento conjunto, durante la permanencia en la Maternidad, aseguramos continuidad en el proceso de apego. La estimulación se concibe como un acercamiento directo, simple y satisfactorio, para gozar, comprender y conocer al bebe, ampliando las alegrías de la paternidad y ensanchando su potencial del aprendizaje. (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

Luego es necesario convertir la estimulación en una rutina agradable que vaya estrechando cada vez más la relación madre-hijo/a, aumentando la calidad de las experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil, con esta base de ternura y alegría compartida. (Manual de estimulación temprana socio – afectiva SENAME 2008)

4. Condiciones antes de la terapia:

- Personal de salud debidamente capacitado
- El niño no debe estar:
- Hambriento Desvelado Irritado Enfermo
- Haber pasado al menos 30 minutos después de la última comida o toma de leche

5. Valoración de acuerdo al Desarrollo Psicomotriz

Se valorara a cada niño de acuerdo a una guía: donde se clasificara por colores de acuerdo al desarrollo psicomotriz de cada niño. (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

VERDE :	AMARILLO :	ROJO:
Los niños cuyo desarrollo neurológico es adecuado (para quienes la estimulación	Aquellos niños Los que presentan desarrollo	Los niños que presentan una alteración grave de desarrollo

temprana es solo un complemento)	<p>neuroológico es adecuado (para quienes la estimulación temprana es solo un complemento)</p> <p>que se identifican con alteraciones en determinadas áreas y sobre quienes se puede actuar brindando a los padres orientación en estimulación temprana</p>	<p>psicomotriz dx por el medico al cual se le prestara más énfasis y se trabajara juntamente con psicología, lenguaje, rehabilitación, etc.</p>
----------------------------------	---	---

Fuente: Editorial CEPE

- Resultados de la guía por color: (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

	Características del Grupo	Causas Probables	Conducta a seguir
Verde	<p>DP (desarrollo Psicomotriz) adecuado en todas las áreas (todas las conductas de acuerdo a su edad)no presentan signos de alarma</p>	<p>Buena nutrición, integridad cerebral, buena estimulación en el hogar</p>	<p>Cita a sesiones de Estimulación Temprana cada 3 meses si tiene 1 año cumplido preferentemente y como mínimo cada 3 meses para todas las edades</p>

Amarillo	No se presenta un DP óptimo en todas las áreas pero presentas al menos una de las conductas que corresponden a su edad y no presentan signos de alarma	Puede haber daño orgánico leve que se manifiesta en evaluaciones posteriores, pero lo más probable es que la razón de las desviaciones sea deficiencia en la estimulación y/o nutrición	Evaluación del desarrollo por mes, cita quincenal a sesiones de estimulación temprana como situación ideal para niños de 0 a 23 meses y al menos una sesión de estimulación temprana .si no mejora, referencia a 2o Nivel
Rojo	Hay retraso en el DP manifestado por la presencia de uno o más signos de alarma o por la ausencia de todas las conductas correspondientes a su edad	Es muy probable que las alteraciones se expliquen por un daño estructural o funcional del cerebro o por una desnutrición o depravación de estímulos graves	Referencia al Nivel de atención 3

Fuente: Editorial CEPE

6. Actividades de Estimulación por Edad

Las actividades presentadas a continuación son las que se realizan a diario según la edad del niño o niña, así mismo las que se recomiendan a la madre a realizarlas en el hogar.

6.1. Primer mes

- El niño/a dormirá prácticamente todo el día.

- Aprieta el dedo de su mamá o de cualquier persona, en forma refleja.
- Cuando está en posición boca abajo, se deja que mueva los brazos y piernas, y se toma de las manos para juntarlas y separarlas varias veces. Igualmente, de las piernas y se mueve lentamente hacia arriba, sin doblar las rodillas.
- Con una toalla hecho un rollo se coloca al niño boca abajo sobre él a la altura del pecho y con los brazos por encima. Se lo toma de las caderas y se impulsa suavemente hacia delante y hacia atrás, para estimular el desarrollo del lenguaje, hay que fijarse si emite algún sonido como “aa” o “ggg” y repetirlo. Y se recomienda a la madre que lo mire, lo hable y lo acaricie mientras lo amamanta.
- Estimular el desarrollo de la coordinación motora gruesa, durante el baño. Tome a su hijo de manera que se sienta seguro y déjelo gozar del agua un momento.
- Con música suave en la habitación, déjelo tendido de espaldas en la cama y muéstrele algún objeto de color fuerte. Fíjese que mire lo que le está mostrando y muévalo lentamente hacia un lado, al moverlo el niño le prestará atención.

6. 2. Segundo mes

- La mejor estimulación es la demostración de afecto, las caricias, los besos, la cercanía con el niño. Se sugiere tomar un objeto y tratar de que él lo siga con la vista, moviéndolo lentamente de arriba hacia abajo y de un lado hacia otro.
- Mírelo, sonríale, háblele y acarícelo mientras lo amamanta. Pueden escuchar música suave durante este momento, para favorecer la sociabilidad de su hijo, el niño además necesita moverse.
- Mientras lo muda, aproveche para que desarrolle su motricidad. Ayúdelo a pasar de la posición de espaldas a boca abajo. Tómele uno de los brazos y póngalo hacia arriba, al lado de la cabeza. Empújelo suavemente hacia ese lado para que se dé vuelta. Esto le ayudará a levantar la cabeza y los hombros.
- Iniciar una sesión diaria de masaje (20 a 30 minutos), observando que le agrada y adecuando la intensidad, y observe con atención cómo reacciona a los ejercicios. Sin olvidar que la estimulación de todos sus sentidos, se realiza de modo natural cada vez que lo amamanta la madre.

6.3. Tercer mes

Los niños a los 3 meses están más conectados con el medio ambiente. Por lo tanto, más atento a las reacciones expresivas de la madre. (Guía de Estimulación Temprana, México 2010, ISEM)

- Sonríe y toma las cosas entre sus manos.
- Escucha sonidos: Cuando levante los pies del niño para mudarlo, haga que él se los mire y bájelos lentamente, tratando que los siga con la vista. Tenga siempre presente que si hace algún sonido, repítalo y cántele para que él trate de imitarla, continuar con una sesión diaria de masaje (20 a 30 minutos), como una rutina grata para ambos.
- Mira cosas diferentes: Cámbielo de posición para que siempre vea cosas distintas y aproveche de contarle cosas. Asimismo, cuando lo pasee después de alimentarlo, deje que toque las cosas que le llaman la atención, como cuadros, muebles o cortinas.

6.4. Cuarto mes

Cada momento es adecuado para favorecer la relación con el niño, especialmente en esta etapa en que ve mejor y diferencia más sonidos. (Guía de Estimulación Temprana, México 2010, ISEM)

- Perciba cualquier alteración en el estado de ánimo.
- Mantenga una sesión diaria de masaje (20 a 30 minutos), puede cantarle, sonría o bien disfruten juntos en silencio, también puede agregar música al momento.

Como ejercicios de estimulación para esta etapa, se recomienda que cuando lo acueste en la cuna o lo sienta en el coche, le deje distintos juguetes para que los tome. Si tiene más tiempo, juegue con él poniéndole un pañal encima de su rostro para que se lo saque.

6.5. Quinto mes

- En esta etapa, el niño realiza mejor sus movimientos y continúa el proceso de coordinación de la vista con la mano.
- Toma objetos, se los intercambia de mano, los lanza al suelo o los coloca en distintas posiciones. Juegue con él, escondiéndole objetos. Frente a una mesa, tome al niño por la espalda e inclínelo suavemente hacia delante tres veces, hasta que toque la mesa con las manos y haga un poco de fuerza, nunca fuerce al niño. Debe estimularlo a que participe cuando tenga ganas. (Guía de Estimulación Temprana, México 2010, ISEM)

6.6. Sexto mes

A los seis meses, el niño empieza a ingerir otros alimentos aparte de la leche materna. Por ello, es importante que lo deje “ensayar”. Pásele una cuchara para que vaya aprendiendo a tomarla y deje que saque trozos de fruta del plato con las manos. (16)

Otro ejercicio de estimulación usado con frecuencia a esta edad, es colocar al niño frente a un espejo. Haga la prueba, verá que le gustará descubrirse.

Comience a enseñarle el lenguaje de señas, UD. haga el gesto "CHAO", con su mano y diga CHAO. Luego repítalo cuando el padre y /o hermanos salgan, pídeles a ellos que cooperen, para que el bebé comprenda y aprenda su uso. Cuando el aprenda pase a otro gesto.

Para fortalecer el desarrollo de la visión, se deja caer objetos que suenen.

6.7. Séptimo mes

Se debe sacar al niño a dar un paseo y nombrarle los objetos, animales y situaciones que se van presentando, además de sus cualidades. Asimismo, muéstrale libros y revistas, y decirle cómo se llaman las figuras que allí aparecen.

También ejercite su coordinación, pasándole dos objetos para que los tome en cada mano y un tercero, para que él determine cuál dejará de lado. Aproveche también de preguntarle por familiares que no están cerca, como por ejemplo: ¿dónde está el papá?

6.8. Octavo mes

Le llaman la atención todos los objetos que hay en la casa, incluso más que sus propios juguetes. Él está en una etapa de exploración que debe favorecerse.

Déjelo, por ejemplo, en el suelo con una caja llena de juguetes de distintos tamaños y objetos no peligrosos, como un teléfono viejo. A él le gustará hacer girar el disco o apretar las teclas, y a la vez imaginar que sostiene una conversación, Mientras lo muda o lo baña, nómbrele las partes de su cuerpo para que así interprete ese momento como un juego. Siéntelo en la cama y ejercite su firmeza, empujándolo suavemente hacia atrás o hacia los lados, de manera que se resista y a la vez se fortalezca. (Guía de Estimulación Temprana, México 2010, ISEM)

6.9. Noveno mes

Pasa gran parte del día despierto, entonces cualquier momento es bueno para enseñarle algo nuevo. Un ejercicio bastante simple es pasarle distintos envases y objetos que se abran y se cierren de diferente forma y que contengan adentro algo que a él le guste, para así animarlo a que lo abra.

También deje que el niño por sí mismo decida entre tomar una cuchara, un vaso con jugo o un trozo de pan. De esta forma lo estimula a que tome la iniciativa, se esfuerce y razone antes de realizar una acción. (Guía de Estimulación Temprana, México 2010, ISEM)

6.10. Décimo mes.

En esta etapa es muy importante estimular al niño para que diga palabras cortas. Algunos ejercicios útiles para desarrollar esta habilidad son nombrarle las partes del cuerpo, mostrarle objetos y decirle cómo se llaman, sacarlo a pasear e ir nombrando lo que sucede en la calle. (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

Al enseñarle las primeras palabras es recomendable usar un solo nombre para denominar una cosa, para no confundir al niño. No es recomendable usar diminutivos ni usar onomatopeyas, es decir, sonidos que representan palabras, como “papú”, por ejemplo. Lo correcto es enseñarle que se llama “auto”. Reforzar también los gestos asociados, con premios y felicitaciones, él ya puede comprender el sentido de comunicación de los gestos.

6.11. Onceavo mes

- A esta edad les encanta gatear, arrastrarse sobre sus manos y pararse con apoyo. Además les gusta trepar a los sillones o la cama.
- También en esta etapa desarrollan el concepto de "permanencia", es decir, se dan cuenta que las personas y objetos existen aunque no los vea. Por ello, aprende a reconocer los lugares donde están sus cosas preferidas.
- Es capaz de obedecer órdenes básicas y responder a preguntas simples, se comunica y amplía su lenguaje de gestos. Deja entonces los gritos y el llanto, porque descubre que puede comunicar sus necesidades

En esta etapa se sugiere:

- Léale cuentos cortos y sencillos y repítaselos con cierta frecuencia.
- Pásele cubos para que arme y desarme torres.
- Sáquelo a pasear para que conozca a otras personas y se estimule su socialización.
- Enséñele a demostrar afecto a través de sus caricias.
- Mantenga los instantes gratos de amamantamiento y breve masaje.

6.12. Doceavo mes

Para que el pequeño se desarrolle normalmente, sus padres deben estimular su inteligencia sus sentimientos. Para ello hay que dejarle cerca objetos de distinto color, de diversos materiales, tamaños y formas, pero a la vez es necesario incentivarlo a relacionarse espontáneamente con los demás miembros de la familia y en general con todas las personas. (Manual de estimulación temprana socio-afectiva, SENAME 2008)

Así favorecerá su interacción con los demás y no se aferrará sólo a sus padres.

- Aprenderá a expresar distintos sentimientos, como alegría, sorpresa o tristeza
- Está capacitado para tomar casi todo en sus manos.
- Aprenderá a caminar, el gateo es una etapa que hay que favorecer activamente.
- La coordinación y los movimientos finos, pasándole cubos huecos de distinto tamaño para que él pueda poner uno dentro del otro.
- Puede agrupar objetos por tamaño y color, utiliza ambas manos
- Entiende casi todo lo que se le dice y responde a las instrucciones que se le dan.

6.13. Entre 12 y 18 meses. (Manual de estimulación temprana socio-afectiva, SENAME 2008)

- La habilidad para pensar, el lenguaje y el mayor dominio de su cuerpo hacen que su hijo necesite nuevos juegos y experiencias que alimenten su imaginación.
- También transforma los objetos para usarlos de acuerdo a sus necesidades, como por ejemplo, ocupar un juguete plástico como cuchara para llevarse los alimentos a la boca. A la vez, se inclina por el dibujo, pero sin ser capaz aún de afirmar la mano o la muñeca, además háblele pronunciando correctamente las palabras; si le da órdenes, éstas deben ser simples.
- Cuando su hijo se comunique a su modo con usted, escúchelo con atención. Procure aumentar su lenguaje de gestos y de palabras.
- Léale cuentos cortos y simples.
- Deje que el niño saque y guarde sus juguetes en un baúl, una maleta o un balde grande.
- Estimule ejercicios como saltos, volteretas y pedaleo.
- Incentívelo para que dibuje y pinte con sus dedos con acuarela y témpera.

6.14. Entre 18 y 24 meses. (Atención temprana guía, Vidal, M, CEPE)

- Hágle escuchar distintos tipos de música e incentívelo a bailar con las melodías.

- Muéstrelle diferentes colores para que aprenda a diferenciarlos.
- Trate que se vista y desvista solo.
- Enséñele a comer con cuchara.
- Enséñele a través del juego a ordenar sus cosas y juguetes.
- Déjelo caminar sin zapatos sobre diferentes superficies, para que sienta sus texturas y temperaturas.
- Para estimular el desarrollo del lenguaje, léale cuentos simples en los cuales vea los dibujos. Incentívalo a que pida las cosas por su nombre y no le pase objetos si sólo los indica con el dedo. Nómbrere los objetos y haga que escuche canciones para niños de su edad, ya que generalmente refuerzan el lenguaje y los incentivan a repetir las palabras.
- Si el niño aún no asiste a sala cuna es muy conveniente comenzar a pensar y elegir una donde el asista para que reciba apoyo de la profesional Educadora de Párvulos.

6.15. Entre 2 y 3 años. (Manual de estimulación temprana socio-afectiva, SENAME 2008)

- Sube y baja escaleras.
- Da patadas al balón.
- Traza rayas e intenta imitar un círculo.
- Conoce la denominación de la mayoría de colores.
- Aumenta su vocabulario se amplia. Se refiere a sí mismo con el pronombre “yo”.
- Necesita ser escuchado. Pide constantemente y se irrita si no se le satisface.
- Indica cuando quiere ir al baño.
- Se lava las manos y se desviste solo.

6.16. Entre 3y4 años.

- Trepa con agilidad. Anda de puntillas y salta con los pies juntos.
- Sube escaleras alternando los pies.
- Pedalea en un triciclo.
- Desarrollo de los sentidos prácticamente concluido.
- Pregunta constantemente y puede mantener una conversación sencilla.
- Conoce su edad y sexo.
- Se viste y se desviste solo.

7. Potenciando Aprendizajes Específicos en la Sala de Estimulación Temprana

Esta instancia de trabajo personalizado con cada niño y niña permite, esencialmente, recuperar a los niños que presentan una situación de déficit de acuerdo a la escala de evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP). Así, la planificación es individual y responde a las necesidades individuales de cada niño.

Para Planificar este momento se utilizan los resultados de la EEDP, que indican la situación de desarrollo en que se encuentra cada uno de los niños del grupo, siendo posible identificar a aquellos que presentan una situación de déficit (riesgo o retraso) o de normalidad. (Protocolo de estimulación temprana Crece contigo Chile 2008)

El formato de planificación individual, para potenciar aprendizajes específicos en sala de estimulación es individual, y se utiliza sólo aquellos que presentan una situación de déficit (riesgo o retraso) en su desarrollo, según los resultados de EEDP. (Atención Temprana, Vidal, M, CEPE)

Para completarlo es necesario relacionar los ítems de la EEDP a los aprendizajes esperados de las bases curriculares. Para efectuar este procedimiento se utiliza documento ubicación de los ítems EEDP en los distintos núcleos de las Bases curriculares (Anexo1)

7.1. Cómo Planificar

7.1.1. Procedimiento:

1. Revisar el perfil del desarrollo de la EEDP e identificar la o las áreas del desarrollo que presentan déficit. Seleccionar sólo una de las áreas deficitarias, priorizando aquella que este más alejada de lo esperado para la edad del niño.
2. Consignar en el formato de Registro Planificación Individual para potenciar aprendizajes específicos el área seleccionada (encerrándola en un círculo), el no del último ítem logrado por el niño y del próximo que debería lograr en la misma área.
3. Leer comprensivamente en el protocolo o en el manual de aplicación (ya que en el perfil sólo aparece numerado) ambos ítems para entender su sentido.
4. Buscar en el instrumento ubicación de los ítems EEDP en los distintos núcleos de las bases curriculares en qué ámbito y en qué núcleo quedan reubicados estos ítems. Escriba esto en el formato de registro de planificación individual para potenciar

aprendizajes específicos. En el caso en que estos dos ítems no queden ubicados en el mismo núcleo, primará la ubicación del próximo que debe lograr.

5. Revisar los aprendizajes esperados del núcleo seleccionado, leerlos uno a uno y, según su criterio, elegir el que englobe de mejor forma los ítems que han tomado de referencia desde EEDP

6. Registrar el aprendizaje esperado en el Registro Planificación Individual para potenciar aprendizajes específicos y continuar completando los recuadros que siguen.

7.2. Finalmente

- Acordar con las madres o cuidador/a principal de los niños y niñas en que momento del día se realizará esta potenciación de aprendizajes específicos.
- Trabajar cada aprendizaje esperado durante cuatro semanas, al cabo de las cuales la educadora, junto a las agentes educativas, deberá decidir si durante las cuatro semanas siguientes se repite o se cambia el aprendizaje esperado.

7.3. Momentos de una Sesión

7.3.1. Recepción, bienvenida y preámbulo. Se recibe y se da la bienvenida al paciente a la nueva sesión. Se consulta sobre los acontecimientos de la semana en el hogar. Se indaga sobre aplicación de actividades aprendidas durante la última sesión. Se escucha y se consulta sobre dificultades. Se explican los contenidos de la nueva sesión y se eligen los materiales para el trabajo.

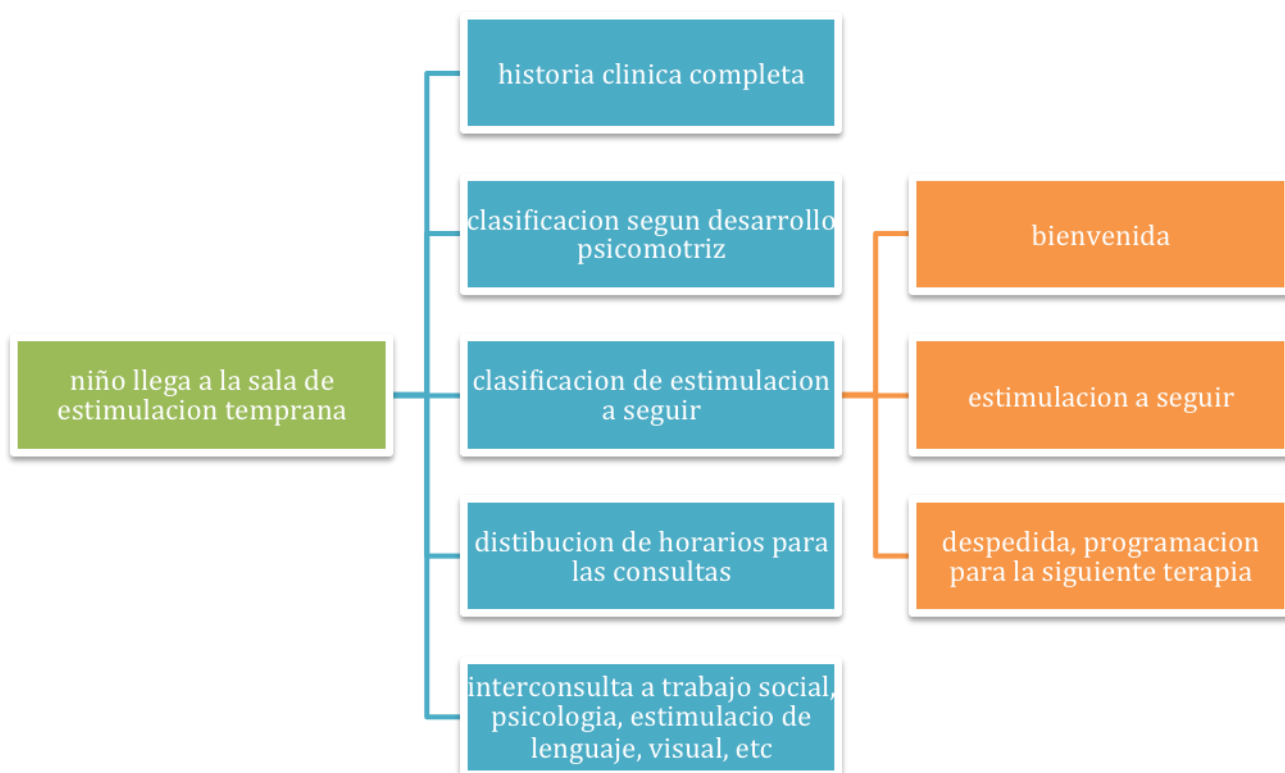
7.3.2. Actividad central: Se dan las instrucciones a la madre o cuidador/a principal para realizar la actividad con el lactante o niño/a, de acuerdo al plan individual de la educadora. Se les invita a realizar la actividad bajo observación de la educadora o técnico “auxiliar de párvulos”, para solucionar dificultades y /o aclarar dudas en el momento. Se felicita al final por el éxito al lograr cumplir la actividad.

7.3.3. Cierre y despedida: Se entregan instrucciones sobre frecuencia de las repeticiones en el domicilio y se indica que área específica se estimulan con esta actividad. Luego se despide al paciente motivando para la siguiente sesión y preguntando sobre dificultades para asistencia.

7.4. Instrumentos mínimos que deben estar presentes en cualquier modalidad de intervención temprana tomados de la guía Chilena de estimulación temprana:

- Pautas de evaluación: Pauta Breve (4, 12, 15, 21 y 24 meses), EEDP (8 y 18 meses), TEPSI (de los 2 a 5 años) y/u otro instrumento. (Anexos1, páginas 91)
- Derivación de antecedentes de los niños y sus familias por parte de salud. Pauta de Derivación a Sala de Estimulación, Sala Cuna y/o Jardín Infantil (Anexos 2 Y 3 , página 92 y 93) (17)
- Fichas de derivación del niño y/o su familia, al finalizar la intervención. Pauta de Derivación desde Sala de Estimulación, Sala Cuna y/o Jardín Infantil (Anexos 4 página 95 y 96) (17)

8. Flujo grama de Acciones:



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

9. Conclusiones y Recomendaciones:

- Concluimos que los niños que acuden diariamente a la sala de estimulación temprana conjuntamente con sus padres, desarrollan habilidades, técnicas, motrices adecuadas gracias a los diferentes áreas de estimulación y a los consejos que se les da a casa madre para que continúe la terapia en su casa.
- Aplicar la Guía Técnica para la Evaluación Rápida del Desarrollo dentro del marco de la consulta al niño menor de 2 años de edad, cada mes si es menor de un año y cada tres meses de los 13 a los 23 meses de edad.
- Mantener un seguimiento de los niños evaluados de acuerdo al resultado de la evaluación.
- Contribuir de acuerdo al rol convenido de las actividades de Evaluación del Desarrollo y estimulación Temprana.
- Elaborar documentos de referencia después de haber evaluado los casos, anotando claramente el motivo de referencia en dicho documento
- Sensibilizar a la comunidad, para que favorezcan la implementación de este componente.
- Supervisar la organización de sesiones de estimulación Temprana por grupos de edad
- Recabar información diariamente y elaborar el reporte mensual para el nivel jurisdiccional en los formatos correspondientes, de las actividades del componente

1.4. PROTOCOLO DE ACTUACION DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivos:

- Incorporar el tratamiento adecuado en la vida diaria de cada paciente para obtener mejores resultados.
- Determinar el grado de discrepancia entre una actividad y otra
- Identificar los principales problemas en los niños para adaptarse al medio ambiente

Participantes: Dra. Gabriela Rodas

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
25 de Febrero	Concepto y objetivos realizados a diario en TO	Dra. Rodas
26 de Febrero	Analice del tratamiento en Terapia Ocupacional	Dra. Rodas
27 de Febrero	Estandarizar las Áreas donde se trabaja	Dra. Rodas
28 de Febrero	Valoración de los problemas en TO	Dra. Rodas
28 de Febrero	Establecer objetivos, métodos y técnicas adecuadas en TO	Dra. Rodas
28 de Febrero	Implementar un plan de valorar resultados de cada niño	Dra. Rodas
1 de Marzo	Flujo grama de Proceso	Dra. Rodas

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

Desarrollo:

1. Concepto

El Terapeuta Ocupacional (T.O), trabaja con niños con discapacidades físicas / psíquicas, así como con niños con problemas de aprendizaje, descoordinación motriz, dificultades manipulativas, disgrafías, dificultades en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Este último grupo son niños que no presentan un daño físico o neurológico evidente pero si pueden presentar un mal funcionamiento neurológico el cual no les permite dar una respuesta adaptada o esperada. (Área de terapia ocupacional, México 2008)

2. Objetivos generales de la terapia ocupacional:

- Limitar el progreso de la discapacidad y establecer las condiciones para una autonomía cada vez más completa.
- Mejorar los componentes de ejecución en el agarre, la manipulación, la coordinación, la integración bilateral, entre otros.
- Aumentar la ejecución del niño en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Modificar el contexto de ejecución.
- Prevenir la discapacidad.
- Promover interacciones y relaciones del niño con su entorno social.
- Aumentar la autoestima del niño, modificando y adaptando sus actividades.
- Propiciar que el niño pueda dar respuestas adaptadas en cada uno de sus contextos de ejecución.

Para realizar cambios en los componentes de ejecución, el Terapeuta Ocupacional puede aplicar el IMPUT (Entrada Sensorial), facilitar el tono muscular, la flexibilidad, el equilibrio, utilizar técnicas de manipulación, promover la alienación postural y seleccionar actividades para provocar respuestas adaptadas. (Área de terapia ocupacional, México 2008)

3. Tratamiento de la terapia ocupacional:

Las sesiones de tratamiento son de 45 minutos, se valora de 12 a 15 niños por día, la periodicidad la determina el Terapeuta Ocupacional en función de cada caso. Después de una valoración inicial no estandarizada, se determina si se precisa realizar algún tipo de valoración estandarizada. En caso contrario se plantean los objetivos a satisfacer con el tratamiento y la periodicidad de este. (Asociación Americana de terapia ocupacional 2009)

El tratamiento tiene como fin desarrollar destrezas de juego, sociales, emocionales, cognoscitivas, académicas y de cuidado propio necesarias para que el niño o niña logre desempeñarse eficientemente en su medio ambiente.

A continuación le ofrecemos la guía de actividades sensoriales-motoras que se seguirá para estimular destrezas necesarias en el desarrollo.

4. VALORACIÓN –ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

La valoración de terapia ocupacional consiste en la observación sistemática y documentada de un estado particular de función, determinando el grado y el valor de la discrepancia entre lo que se considera como normal y los hallazgos individuales obtenidos durante la evaluación de estimulación temprana sobre el desarrollo psicomotor, con objeto de apoyarse en ella para planificar la línea terapéutica.

La recopilación de la información intenta ofrecer una base sobre la que identificar los problemas y necesidades del niño. El terapeuta ocupacional utiliza varias fuentes en el proceso de obtención de información, que son los siguientes: (Asociación Americana de terapia ocupacional 2009)

- *Datos de la historia clínica:* Diagnóstico médico, pronóstico, antecedentes.
- *Entrevista con el niño y la familia:* Permite obtener información de cómo percibe el usuario su situación, sus necesidades, objetivos y roles. También permite corroborar los datos de la historia clínica.
- *Observación:* Puede ser directa o indirecta.
- *Procedimientos formales:* Se trata de la obtención de la información a partir del uso de escalas estandarizadas que cumplen los criterios de fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad.
- *Procedimientos específicos:* dependen del tipo de disfunción que presente el usuario. En el caso de que el déficit sea de tipo físico, los procedimientos serán: o Inspección y Anamnesis. o Valoración funcional global o Escalas/Test de valoración funcional según la patología.

5. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS E INDICADORES:

Este paso del proceso se denomina diagnóstico ocupacional, cuyo propósito es organizar los problemas y los puntos fuertes o recursos del paciente tanto desde el punto de vista de la función ocupacional como desde la perspectiva de la adaptación del entorno. El diagnóstico ocupacional ofrece al terapeuta un resumen descriptivo de un problema que reseña alteraciones o disfunciones en el estatus ocupacional actual o futuro de la persona. (Colegio de Profesionales, terapia ocupacional, Puerto Rico 2010)

Los problemas son las dificultades a las que se enfrenta un individuo particular o un grupo de individuos en relación con una serie de factores. Estos pueden estar asociados con deficiencias o creencias específicas, o pueden ser consecuencia de las

restricciones impuestas por la estructura del entorno o por las actitudes sociales. Los problemas pueden variar mucho de niño a niño, dependiendo de su personalidad, de las aspiraciones vitales, de las necesidades y de los factores sociales. (Asociación Americana de terapia ocupacional 2009)

Por todo ello el terapeuta ocupacional, a la hora de realizar el diagnóstico ocupacional, deberá tener en cuenta todos aquellos factores que definen el problema:

- Características de cada patología
- Personalidad de cada niño
- Locus de control: interno o externo
- Resultado de otras intervenciones

6. ELECCIÓN DE ABORDAJES, MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Los medios y modalidades terapéuticas de la disciplina son muy abundantes. La elección de los medios terapéuticos y las actividades a realizar, en la medida en que requieren la participación activa del sujeto en su realización, hace imprescindible contemplar los factores personales, sociales o culturales que pueden influir en su realización.

A modo de síntesis se pueden citar los medios más habitualmente usados en terapia ocupacional y que son: actividades creativas, expresivas, manuales, artesanales, laborales, corporales, lúdicas, deportivas, educativas, técnicas, de sostén, entre otros.

7. IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN:

Este paso será el cuerpo central de todo el proceso de la terapia ocupacional ya que, a través de su desarrollo, se realizarán los cambios esperados y los pacientes experimentará con ellos un aumento de su calidad de vida inherente a su nueva situación.

Un plan de intervención establece cómo alcanzar el objetivo más apropiado para el individuo dentro del marco particular. Tiene que señalar las actividades y tareas (éstas siempre deben tener un significado para el paciente) que se van a desarrollar para alcanzar los objetivos.

Una herramienta básica para la elección tratamiento es la Relación Terapeuta, en donde el paciente debe concentrarse más el proceso, ya que así se pueden obtener respuestas automáticas a las tareas que deben implicar los movimientos, contracciones

o acciones deseadas. El terapeuta ocupacional considerará una serie de factores a tener en cuenta en la planificación:

- *Tiempo*: Importante a tener en cuenta en todas las situaciones, pero no debería el principal factor en la determinación de la calidad de la intervención.

- *Elección del formato de la intervención*: El conocimiento por parte del terapeuta de las necesidades y deseos del paciente, de los recursos disponibles y de los diferentes medios mediante los cuales se alcanzan ciertos objetivos condicionan la elección del formato.

- *Gestión de los recursos*: La gestión eficiente y efectiva de los recursos es una habilidad esencial en la provisión de la salud y en el cuidado social de la actualidad.

- *Habilidades de relación*: Es fundamental una buena relación para el éxito de un equipo de trabajo. Los miembros de un equipo de intervención variarán en marcos diferentes, pero se debería incluir a las personas que son más significativas para el individuo: familia, amigos, vecinos y/o cuidadores.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS / EVALUACIÓN CONTINUADA:

La importancia de la evaluación de los resultados reside no sólo en el beneficio que obtiene el paciente cuando se valoran los progresos o se identifican los problemas residuales, sino también en el hecho de que la recopilación de pruebas sirve para medir y controlar la efectividad de la intervención y del servicio ofrecido. La reevaluación comprende las habilidades de análisis y reflexión y se desarrolla formalmente a través de pruebas específicas, medidas y valoraciones apoyadas por observaciones informales y discusiones con el individuo, familiares y cuidadores.

La reevaluación permitirá:

- Controlar el progreso.
- Plantear el alta o su derivación para intervenciones posteriores
- Controlar o medir la eficacia de la intervención.

La reevaluación se realiza durante todo el periodo de tratamiento a intervalos regulares y/o siempre que exista una mejoría significativa, un retroceso implica una revisión del plan de tratamiento inicial.

9. Alta y seguimiento:

El alta en terapia ocupacional implica una valoración final que debe incluir si los resultados esperados se han alcanzado y el grado de cumplimiento de los objetivos.

Todo ello se refleja en el informe de alta, en dónde además se incluyen las recomendaciones terapéuticas y fecha de revisiones si corresponde.

10. Flujograma de Proceso



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

- 7. Conclusión:** El propósito final de la intervención de la Terapia Ocupacional es mejorar la calidad de vida de las personas que presentan cualquier disfunción ocupacional o riesgo de padecerla. La autonomía, la exploración de intereses y la participación en los mismos, el desarrollo de habilidades, la potenciación de capacidades, la conservación o el incremento del nivel de autoestima, la satisfacción, son componentes sobre los que se quiere incidir. A través de ella pretendemos mejorar el estado de salud, tal y como la define la OMS.

1.5. PROTOCOLO DE ACTUACION DEL AREA DE TERAPIA FISICA

El movimiento es inherente al ser humano. El desarrollo motor es un proceso de cambio relacionado con la edad del individuo. Los sorprendentes cambios que se producen en la conducta motriz del niño desembocan en la independencia física. El conocimiento del desarrollo motor es básico para la práctica clínica pediátrica, pero es particularmente importante para aquellos profesionales que tratan a niños que padecen una disfunción motriz como resultado de lesión neural o disfunción músculo esquelética, que puede afectar el potencial para la independencia en la vida adulta. Un programa de tratamiento se desarrolla mejor si se entiende el proceso natural de adquisición de la independencia física.

El desarrollo de las habilidades adquiridas en el 1 primer año de vida depende de la combinación de la práctica, del crecimiento del cuerpo y de la maduración del SNC. La práctica de las actividades motrices adquiridas es fundamental para que el niño descubra otras más coordinadas, como correr, saltar, trepar, subir y bajar escaleras, etc. El neurodesarrollo es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, con adquisición de habilidades y respuestas cada vez más complejas, para el logro de independencia y capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo. La Rehabilitación Física engloba una serie de estrategias terapéuticas, encaminadas a obtener el mayor nivel funcional posible en niños con deficiencias motoras, se centra en la mejoría de las habilidades motoras, mejorar el equilibrio y la coordinación, fuerza y resistencia, así como la integración y mejora sensorial y cognitiva desde las primeras etapas de la vida, teniendo en cuenta la importancia de considerar a la madre como el principal rehabilitador.

1. Objetivos: General: Facilitar la toma de decisiones en Rehabilitación para:

- Mejorar calidad de vida del paciente y la familia.
- Utilización racional de los recursos.
- Reducir los costos de la atención y del tratamiento.

Participantes: Dra. Gabriela Rodas

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
-----	-----------	-------------

6 de Marzo	Evaluación de cada paciente	Dra. Rodas
7 de Febrero	Consulta, programa y tratamiento	Dra. Rodas
7 de Marzo	Flujo grama de Proceso	Dra. Rodas

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

2. DESARROLLO:

Los pacientes son evaluados y valorados por todo el equipo, con definiciones conciliadas por todos; previa interconsulta con neuropediatría.

Los evaluadores son todo el equipo multi e interdisciplinario del servicio de rehabilitación, Estimulador temprano, Pediatra, Neuropediatra. Familiares de pacientes. (21)

3. Recursos

- **Humanos:** Médico especialista en rehabilitación física o Lcdo. El Fisioterapia, Defectología. Lic. en Logopedia. Asistente de sala.
- **Materiales:** Historia Clínica, tarjeta de tratamiento, hoja de cargo, bolígrafo, colchón, rodillos, cuñas, mesa de vaivén.

4. PROCEDIMIENTO:

Consulta inicial: Evaluación y confirmación diagnóstica. Antecedentes Personales: antecedentes del embarazo (normal o riesgo) y parto (normal o distócico); apgar. Antecedentes Personales y Familiares Patológicos, para evaluar riesgo social (padres adolescentes, embarazo no deseado, algún retardo mental, condiciones sociales inadecuadas). Examen Físico: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño según su edad cronológica. Actividad refleja normal y reacciones neuromotrices. Los patrones de postura y movimiento, según la etapa de desarrollo en que se encontraba el niño. Evaluación de las áreas cognitiva, sensitiva y de comunicación por cada especialista específico.

Cuando se confirma diagnóstico se indican 20 sesiones de tratamiento basadas en

estimulación físico- motora; estimulación cognitiva; estimulación sensorial y la socialización, de forma individualizada a cada paciente y por especialista correspondiente, Se establece un programa de fisioterapia en todas las áreas del desarrollo, acorde con su nivel de patología.

Evaluación mensual para incorporar nuevas actividades según habilidades adquiridas. Valoración a los 6 meses, 12 meses y a los 18 meses por el equipo multidisciplinario: Se evalúan el comportamiento y evolución en todas las áreas del desarrollo. (Educación Terapéutica del PC. 2009)

Cuando se define el alta del servicio se realizan recomendaciones sobre el manejo en el hogar y en casos necesario evaluación anual hasta la edad escolar.

5. PROGRAMA DE TRATAMIENTO:

- Apoyo psicológico al paciente o familiar.
- Modular tono muscular.
- Mantener o ampliar arco articular.
- Aumentar fuerza muscular.
- Facilitar reacciones posturales de enderezamiento.

6. Socialización: Basado en estimulación físico- motora; estimulación cognitiva; estimulación sensorial y la socialización, de forma individualizada a cada paciente y por especialista correspondiente.

7. Kinesiología (colchón).

Estimulación propioceptiva general, movilizaciones pasivas. Ejercicios de estiramientos que deben ser lentos y progresivos. Estimulación de la movilidad activa. Fortalecimiento muscular y patrones facilitadores de posturas y movimientos para sostén cefálico, de tronco, sedestación, etc., según edad del niño.

8. Mecanoterapia.

Cualquier implemento mecánico que se pueda utilizar para mejorar la rehabilitación.

9. Terapia postural.

Corrección postural. Coordinación gruesa, media y fina. Ludoteca. Estimular con

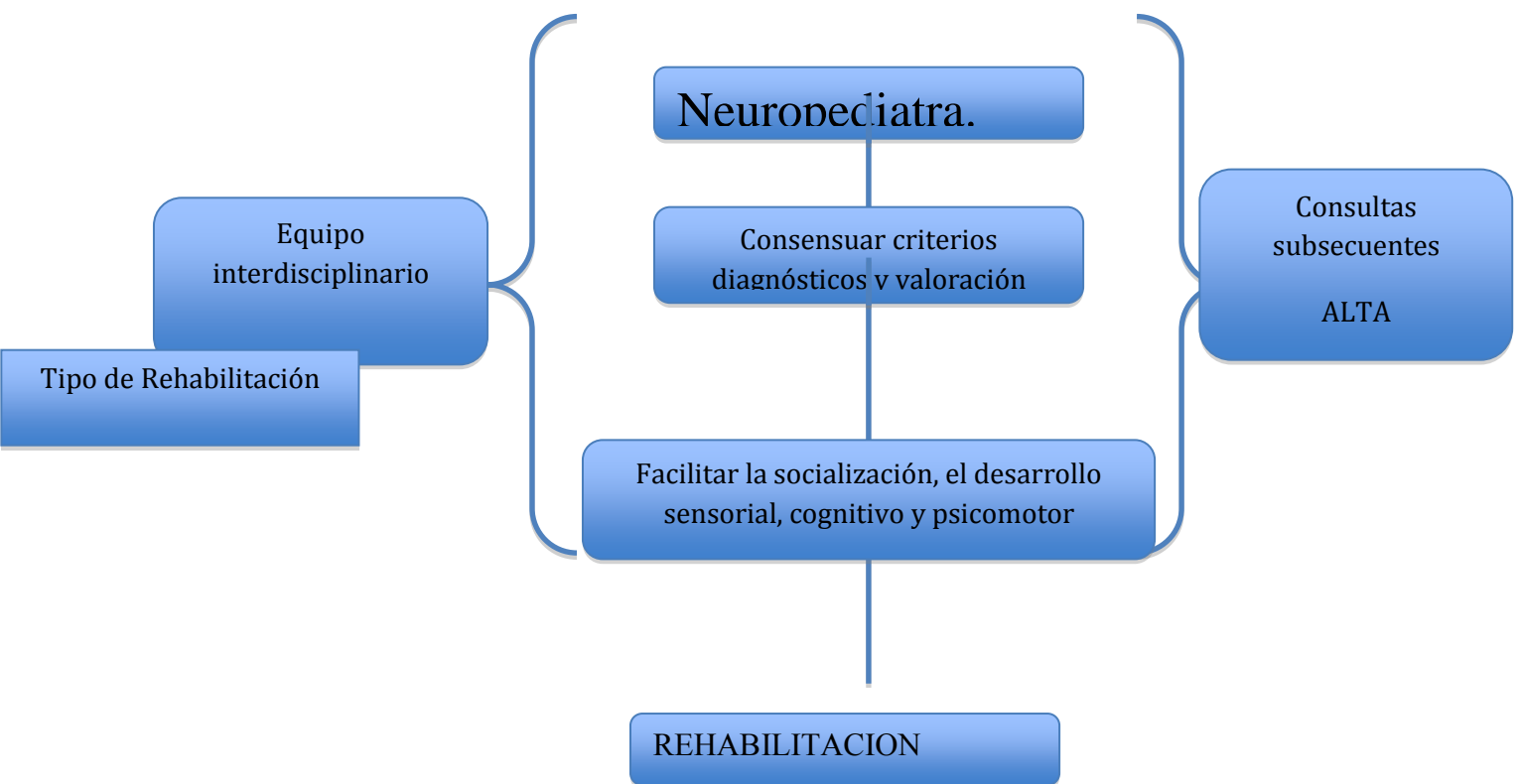
juegos.

10. Defectología: Estimulación cognitiva.

11. Logopedia. Estimulación del lenguaje.

12. Recomendaciones: Orientar a los familiares sobre el manejo postural del niño. -
Apoyo psicológico para los padres. - Incentivar los logros para practicar en la casa.

13. Flujo grama



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

1.6. PROTOCOLO DE ACTUACION DEL AREA DE AUDIOLOGIA Y LENGUAJE

En este trabajo nos proponemos explicar unas pautas de actuación en la intervención logopedia de niños con trastornos fonológicos que pueden implicar un riesgo de dificultad de aprendizaje en la lectura y escritura.

Nuestra propuesta para la intervención implica la determinación del subtipo de trastorno fonológico lo que nos permite asignar mayor o menor riesgo de implicaciones en futuras dificultades de aprendizaje y la realización de programas de conciencia fonológica para los niños pre-escolares con mayor riesgo.

La Terapia Auditivo-Verbal es un enfoque terapéutico para la educación de los niños sordos donde se enfatiza el desarrollo de las habilidades auditivas para desarrollar el lenguaje a través de la audición que en definitiva, es un estilo de interacción, una “forma de vida “para ser practicada diariamente.

Objetivo:

Educación continúa a los padres para valorar los principios auditivo-verbales para que los apliquen con sus niños con deficiencias auditivas.

Participantes: Dra. Gabriela Rodas

Agenda:

Día	Actividad	Responsable
11 de Marzo	Principios aplicados en la practica diaria	Dra. Rodas
12 de Marzo	Rehabilitación	Dra. Rodas
13 de Marzo	Como realizar un plan de trabajo	Dra. Rodas
14 de Marzo	Determinación de instrumentos para la evaluación	Dra. Rodas
15 de Marzo	Flujo grama de Proceso	Dra. Rodas

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

1. Principios de la Práctica Auditivo- Verbal

- Detectar la deficiencia auditiva lo más tempranamente posible a través de programas de screening, idealmente neonatal, y a lo largo de toda la infancia.

- Ejercer la gestión médica y audiológica de forma enérgica e inmediata, incluyendo la selección, modificación y mantenimiento de los audífonos, implantes cocleares u otros dispositivos de ayuda auditiva apropiados.
- Guiar, aconsejar y apoyar a los padres y cuidadores como los modelos primarios del lenguaje hablado a través de la audición y ayudarlos a comprender el impacto de la hipoacusia y la sordera (deficiencia auditiva) en la familia entera.
- Ayudar a los niños a integrar la audición en el desarrollo de comunicación de sus habilidades sociales. (Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos, Valencia 2009)

2. Rehabilitación o habilitación

- **DETECCIÓN:** En esta fase, el paciente debe ser capaz de indicar la presencia o ausencia del sonido.
- **DISCRIMINACIÓN:** El paciente debe saber si dos sonidos (o dos palabras) son iguales o diferentes, sin comprenderlos.
- **IDENTIFICACIÓN:** El paciente debe seleccionar la respuesta correcta de una lista cerrada (CLOSED-SET).
- **RECONOCIMIENTO:** El paciente debe repetir una frase sin la ayuda de un CLOSED-SET. Para ayudar a dar este paso, se dan apoyos que -poco a poco- se van eliminando.
- **COMPRENSIÓN:** El paciente debe proporcionar - trabajando sus habilidades de escucha- una respuesta más interactiva que imitativa.

3. Premisas para realizar un plan de trabajo

	Niños pequeños	Pre locutorios	Pos locutorios
Tratamiento	Adquisición del lenguaje	Habilitación auditiva	Rehabilitación auditiva
Desarrollo de la percepción auditiva	Audición canal adquisición lenguaje	Audición canal complementario mejora	Audición canal principal comunicación

		comunicación	
Percepción producción del habla y del lenguaje	Natural	Entrenamiento intensivo	Rehabilitación intensiva
Modalidad comunicativa	Auditiva – verbal	Oral-auditiva, Oral, Oral- gestual	Oral-auditiva, auditiva-verbal

Fuente: Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos y riesgo de dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura, José Fco. Cervera y Amparo Ygual. E.U. de Magisterio EDETANIA (Adscrita a la Universidad de Valencia) 2009

Para determinar el subtipo de trastorno fonológico proponemos un conjunto de cuatro pruebas clásicas en la evaluación del habla: la repetición de sílabas, el análisis fonológico de producción de palabras, las pruebas de percepción de fonemas y la prueba de consistencia de errores de pronunciación, es generalmente lo que se realiza en el área de Audiología del CEPRONDI. (Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos, Valencia 2009)

TABLA DE EVALUACION Y SIGNIFICACION PARA DETERMINAR UN TRASTORNO FONOLOGICO

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	DE	SIGNIFICACIÓN
REPETICIÓN DE SÍLABAS		Repertorio fonético: 8. Repertorio fonético positivo 9. Repertorio fonético negativo
ANÁLISIS FONOLÓGICO		Procesos fonológicos • Normales • Retrasados • Desviados
PRUEBAS DE PERCEPCIÓN		Percepción fonológica de los rasgos sustituidos:

DE FONEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Buena percepción de los rasgos implicados • Dificultad de discriminación de rasgos • Dificultad de reconocimiento de rasgos.
------------	--

Fuente: Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos y riesgo de dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura, José Fco. Cervera y Amparo Ygual. E.U. de Magisterio EDETANIA (Adscrita a la Universidad de Valencia) 2009

4. REPERTORIO FONÉTICO

Se define como repertorio fonético positivo el conjunto de fonemas y sílabas que el niño puede pronunciar. El repertorio fonético negativo es el conjunto complementario: tipo de sílabas y fonemas que el niño no puede pronunciar.

En el repertorio fonético negativo solo se incluye aquellas sílabas o fonemas que el niño nunca puede realizar ni siquiera con apoyos visuales o corrección por parte del adulto.

Para obtener el repertorio fonético se recurre a la **prueba de repetición de sílabas**. Obtener el repertorio fonético a partir del **análisis fonológico** plantea dificultades metodológicas muy grandes:

- la ausencia de sílabas o fonemas puede deberse a los procesos fonológicos que aparecen en las palabras y no la imposibilidad ártica.
- La muestra de palabras debiera ser muy amplia para recoger todo el repertorio fonético

Dado que el repertorio fonético nos informa de las posibilidades articulatorias, parece conveniente usar sílabas para su obtención. Si se usara palabras intervendrían procesos fonológicos de organización de la palabra que podrían enmascarar la apreciación. El repertorio fonético negativo deberá ser analizado en función de las habilidades motoras y práxicas del niño. Las posibilidades que podemos encontrar son dos:

1. La dificultad articulatoria se relaciona con aspectos anatómicos, fisiológicos o psicomotores como respiración bucal, mala musculación de la cara, hábitos orales para típicos o torpeza motora.
2. La dificultad articulatoria no se relaciona con aspectos anatómicos o fisiológicos que afecten a la zona oral.

Para determinar este extremo se recurre a los test de praxias orales no verbales o test de movilidad buco facial.

5. PROCESOS FONOLÓGICOS

El análisis fonológico es la prueba clave de evaluación del desarrollo fonológico. Consiste en determinar el tipo de procesos fonológicos de simplificación de habla que caracterizan el habla del niño, para poder compararlos con el desarrollo normal de edad. (Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos, Valencia 2009)

Este análisis debe determinar:

1. Si los procesos fonológicos son normales para la edad y por tanto podemos descartar que los errores de habla deban ser tomados como patológicos
2. Si los procesos que presenta el niño suponen pautas evolutivas normales pero retrasadas en el tiempo
3. Si los procesos que presenta el niño suponen pautas desviadas del desarrollo normal.

6. PERCEPCIÓN DE FONEMAS

Determinar la percepción de rasgos fonológicos puede ser imprescindible en los casos en los que el niño comete errores de sustituciones entre consonantes, tanto constantes como aleatorias. En ambas ocasiones no es posible determinar mediante la observación de la articulación si el niño es capaz de distinguir o no el fonema que está sustituyendo. (Prueba de valoración de la percepción auditiva, Masson, 1999)

Si el defecto de pronunciación fuera constante (el fonema o sílaba forma parte del repertorio fonético negativo) es probable que la sustitución no implique un error perceptivo, pero no es posible determinar con seguridad ese extremo a menos que sometamos al niño a una prueba que revele el proceso interno perceptivo. Puede darse el caso que el niño ni sea capaz de percibir el fonema ni sea capaz de producirlo.

Los defectos de pronunciación aleatorios –pronunciación correcta en ocasiones, y en otra sustitución- también pueden implicar un fallo perceptivo. El niño no es capaz de discriminar el rasgo –o conjunto de rasgos- que diferencia ambos fonemas, o la representación mental de esos sonidos es lábil y no permite un almacenamiento en su memoria correcto. (Prueba de valoración de la percepción auditiva, Masson, 1999)

Aunque algunos test de discriminación auditiva, no pueden ser usados con absoluta

seguridad para determinar si un rasgo fonológico concreto es bien percibido o no, porque no están incluidos todos los rasgos fonológicos o porque no contienen suficientes ítems de los que sí están incluidos.

Proponemos un conjunto de dos pruebas de percepción de fonemas para evaluar este aspecto.

7. PRUEBA DE CONSISTENCIA

La mayoría de niños con trastornos de habla muestran consistencia en sus defectos de pronunciación. Consistencia se define como la regularidad al cometer un error de pronunciación. (Prueba de valoración de la percepción auditiva, Masson, 1999)

Evidentemente los niños que cometen errores de tipo articulatorio son muy consistentes: nunca pueden enmendar su error dado que no pueden llegar a realizar los sonidos o sílabas de su repertorio fonético negativo.

Los niños con trastorno fonológico cometen errores regulares basados en los procesos de simplificación de habla. Deforman las palabras siguiendo un conjunto de reglas y mantienen la forma errónea de la palabra cuantas veces la pronuncian o al menos muestran poca variabilidad en las formas erróneas resultantes. (Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos, Valencia 2009)

Un subgrupo de niños con trastorno fonológico muestra una alta inconsistencia. Sus errores no son regulares y no obedecen ni a dificultades árticas ni a reglas fonológicas de simplificación. Las formas erróneas de las palabras mal pronunciadas pueden mostrar gran variabilidad incluso en una corta conversación.

7.1. Determinar el subtipo de trastorno de habla.

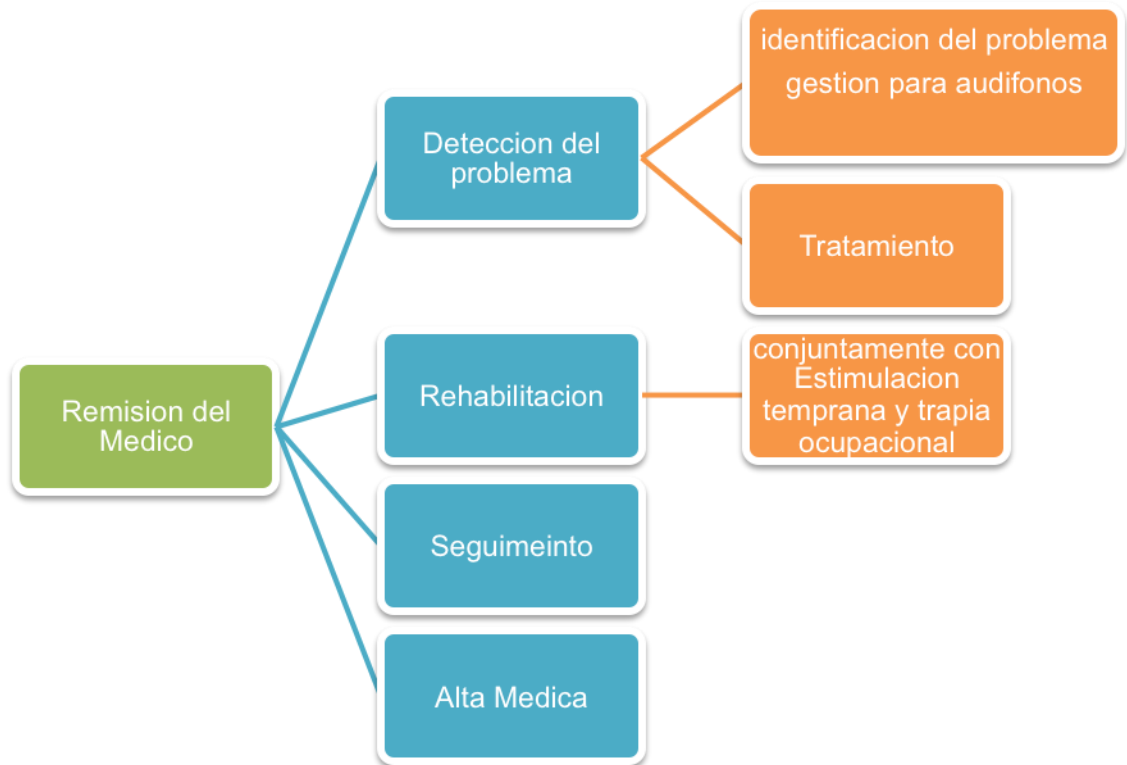
La tabla siguiente resume los criterios para valorar los datos sobre el subtipo de trastorno de habla.

RIESGO DE PADECER DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DE LECTURA Y ESCRITURA PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DEL LENGUAJE ORAL	
MAYOR	MENOR
Problemas de lenguaje y de habla	Problemas de habla

Trastorno desviante consistente e inconsistente	Retraso fonológico y trastorno articulatorio
Más número de elementos del procesamiento de habla implicados: percepción, fonología.	Solo el componente articulatorio implicado.
Procesos fonológicos desviantes (pautas anormales o muy retrasadas)	Procesos fonológicos que implican poco retraso.
Mayor severidad: habla ininteligible	Menor severidad: defectos de pronunciación aislados

Fuente: Evaluación e intervención en niños con trastornos fonológicos y riesgo de dificultad de aprendizaje de la lectura y escritura, José Fco. Cervera y Amparo Ygual. E.U. de Magisterio EDETANIA (Adscrita a la Universidad de Valencia) 2009

8. FLUJOGRAMA DE PROCESO



Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

ANEXO2: Protocolo de evaluación de Neurodesarrollo utilizado en el CEPRONDI

Puntaje		0	1	2	Metodología
1. Reflejos del desarrollo	Moro	Extiende brazos, abre manos, abraza y llora	Ausente	Exagerado	Levantar y dejar caer suavemente la cabeza
	Tónico - nucal	Presente no obligado	Ausente	Exagerado obligado	Fijar el tronco y girar la cabeza
	Succión	Presente	Débil	Ausente	Preguntar a la madre / observar
2. Examen	Circunferencia cráneo	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	Medir diámetro mayor
	Peso	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	
	Talla	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	
	Piel	Sana	Manchas color café Angiomas línea media	Manchas hipocrómicas	
	Conducta	Tranquilo	Muy pasivo	Irritable	Preguntar a la madre
	Llanto	Normal	Monocorde agudo	No llora	Observar
	Consolabilidad	Fácil	Algo difícil	Inconsolable	Se consuela después del reflejo de Moro, al ser acunado
	Mira fijamente al examinador	Normal	Escaso	Ausente	
	Sonrisa social	Sí (al examen)	Dato de la madre	No	
	3. Movilidad	Control cefálico	Cabeza alineada con el tronco 	Intermedio o parcial	Cabeza cuelga hacia atrás
Movimientos de extremidades		Vigorosos	Escasos	Asimétricos	
Manos		Abiertas al extender brazos	Empuñadas al extender	Empuñadas permanentes, con pulgar incluido	Observar durante el reflejo de Moro
Movilidad facial		Normal	Anormal	Parálisis bilateral	Observar llanto
4. Tono	Tono axial	Normal 	Disminuido 	Aumentado 	Suspensión ventral
	Rojo pupilar	Presente	Dudoso	Ausente	Oftalmoscopia
	Fija la vista y sigue objeto 90°	Presente	Dudoso	No	Utilizar argolla o pelota roja
6. Audición	Reacciona frente a ruido fuerte	Presente	Dudoso	No	Cierre palpebral
	Se dirige hacia sonido	Presente	Dudoso	No	Utilizar campanilla
	Habitación	Presente	Dudoso	No	Preguntar a la madre
7. Deglución		Traga sin dificultad	Se atora	Salida de líquido por la nariz	
	Puntaje por columna				
Puntaje total			Diagnóstico Normal <input type="radio"/> (0 puntos) Anormal <input type="radio"/> (1 a 3 ptos.) Muy anormal <input type="radio"/> (4 ptos. o más)		

Referir a un Neurólogo Pediatra si hay más de 4 puntos totales o si existe microcefalia o macrocefalia.

ANEXO 3: Escala de depresión post-parto utilizado en Psicología CEPRONDI



Escala de depresión post-parto de Edimburgo



Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Ejemplo:

0
1
2
3

		2 meses	6 meses
1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
	No tanto ahora	1	1
	Mucho menos ahora	2	2
	No, nada	3	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
	Menos que antes	1	1
	Mucho menos que antes	2	2
	Casi nada	3	3
* 3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
	Casi nunca	1	1
	Sí, a veces	2	2
	Sí, con mucha frecuencia	3	3
* 5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No, no mucho	1	1
	No, nunca	0	0
* 6. Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
* 7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
* 8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
* 9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	Sólo ocasionalmente	1	1
	No, nunca	0	0
* 10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
	A veces	2	2
	Casi nunca	1	1
	No, nunca	0	0
Total			

Observaciones

Nombre del niño o niña

<small>apellido paterno</small>	<small>apellido materno</small>	<small>nombres</small>
---------------------------------	---------------------------------	------------------------

R.U.N.

Fecha evaluación 2 meses

<small>día</small>	<small>mes</small>	<small>año</small>
--------------------	--------------------	--------------------

Fecha evaluación 6 meses

<small>día</small>	<small>mes</small>	<small>año</small>
--------------------	--------------------	--------------------

	sí	no
4 MESES		
C 1. Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M 2. Gira la cabeza al sonido de la campanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 3. Ríe a carcajadas*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 4. La cabeza sigue la cuchara que desaparece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 MESES		
M 5. Camina afirmado de una mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 6. Aplauda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 7. Dice al menos 2 palabras con sentido*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 8. Entrega como respuesta a una orden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 MESES		
M 9. Camina solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 10. Espontáneamente garabatea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 11. Imita tres palabras*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 12. Muestra lo que desea, apuntándolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 MESES		
C 13. Arma una torre de cuatro cubos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 14. Nombra un objeto de los cuatro presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M 15. Se para en un pie con apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C S 16. Usa la cuchara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 MESES		
M 21. Se para en un pie sin apoyo 1 segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 22. Desata cordones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 23. Nombra 2 objetos de los 4 presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S 24. Ayuda en tareas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones

Resultado

Pauta normal

Pauta alterada

Marcar con una cruz las áreas del desarrollo alteradas

M **L** **C** **S** **LS**

Nombre del niño o niña

<small>apellido paterno</small>	<small>apellido materno</small>	<small>nombres</small>

R.U.N.

Fecha de la evaluación

<small>día</small>	<small>mes</small>	<small>año</small>

El asterisco * indica las preguntas que se deben realizar al acompañante del niño o niña.

Simbología: **M** Motor **L** Lenguaje **C** Coordinación **S** Social **LS** Lenguaje Social

**ANEXO 4 Escala de Evaluación de desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años (EEDP)
(Rodríguez, s. y cols.)**

Nombre del Niño						
Fecha de nacimiento				FECHA		
Establecimiento				EVALUACIONES		
EDAD	ÍTEM	Ponderación	1	2	3	
1 Mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 c/u				
2 Meses	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. 8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	6 c/u				
3 Meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada **	6 c/u				
4 Meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas **	6 c/u				
5 Meses	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 6 c/u 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 c/u				
6 Meses	26. (M)Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente 27. (C)Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 28. (C) Coge la argolla 29. (C) Coge el cubo 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **	6 c/u				
7 Meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 32. (C) Intenta agarrar la pastilla 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares 34. (S) Cooperar en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano	6 c/u				
8 Meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 c/u				
9 Meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales*	6 c/u				

10 Meses	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 c/u			
12 Meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras **	12 c/u			
15 Meses	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 c/u			
18 Meses	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 c/u			
21 Meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 c/u			
24 Meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 c/u			

** indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

ANEXO 5

Ficha de registro de Desarrollo Psicomotor: EEDP 0-2 AÑOS (Rodríguez, S y cols)

Nombre del Niño:.....
 Fecha de Nacimiento:.....
 Establecimiento:.....
 Nombre acompañante y/o cuidador:.....

Evaluación:.....meses
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM/EC:.....PE.....

CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación:.....meses
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM / EC:..... PE.....

CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación:.....meses
 Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM / EC:.....PE.....

CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marcar lo que corresponda (Normal - Riesgo - Retraso) y resultados de cada área

EM = Edad Mental
 EC = Edad cronologica
 PE = Puntaje estándar

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI
(Haeussler y Marchant 1985)

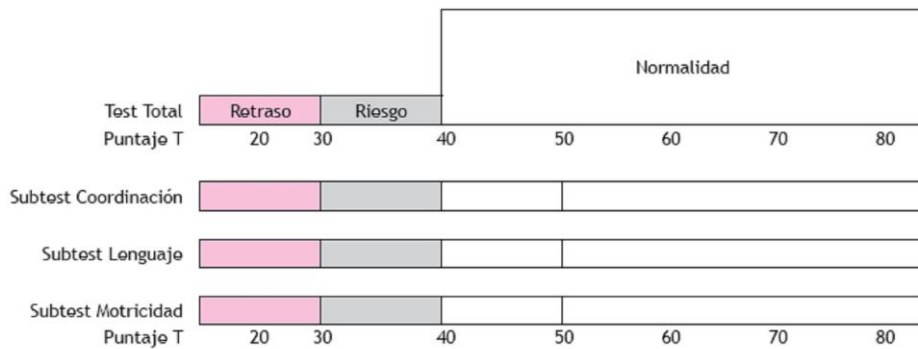
Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de examen:	Edad: años meses días
Jardín infantil o colegio:	

Nombre del padre:	De la madre:
Dirección:	
Examinador:	

Resultados Test Total	Observaciones:
Puntaje Bruto: _____ Puntaje T: _____ Categoría: Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Retraso <input type="checkbox"/>	

Resultados por Subtest			
	Puntaje bruto	Puntaje T	Cate-goría
Coordinación			
Lenguaje			
Motricidad			

Perfil TEPSI



ANEXO 6 Fotografías de las diferentes áreas de trabajo del CEPRONDI

FOTOGRAFIA 1



DEPARTAMENTO DE TERAPIA FISICA

Elaborado por: LA AUTORA

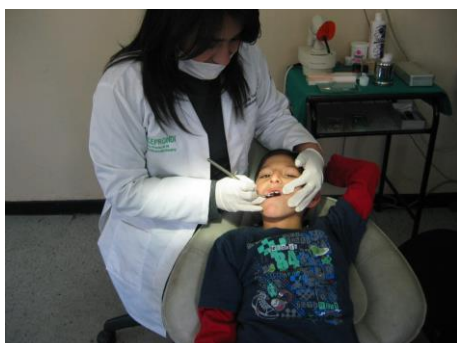
FOTOGRAFIA 2



DEPARTAMENTO DE REHABILITACION

Elaborado por: LA AUTORA

FOTOGRAFIA 3



DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Elaborado por: LA AUTORA

FOTOGRAFIA 4



REUNION PARA ELABORACION DEL POA

Elaborado por: LA AUTORA

FOTOGRAFIA 5



VALORANDO LAS NECESIDADES EN ESTIMULACION TEMPRANA

Elaborado por: LA AUTORA

Fotografías del Levantamiento de Planos del CEPRONDI

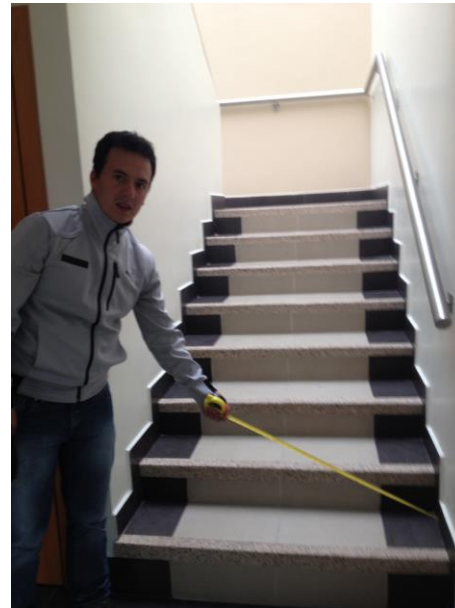
FOTOGRAFIA 6



MEDICION DE LOS PLANOS

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

FOTOGRAFIA 7



LEVANTAMIENTO DEL TERRENO

Elaborado por: Md. Gabriela Rodas

FOTOGRAFIA 8



TOMANDO MEDIDAS DE LAS VENTANAS

Elaborado por: LA AUTORA

FOTOGRAFIA 9



CEPRONDI EN CONSTRUCCION

Elaborado por: LA AUTORA

Fotografías de las áreas readecuadas y mejoradas del CEPRONDI



FOTOGRAFIA 10. 1 ESPACIO VERDE 1

Elaborado por: LA AUTORA



IFOTOGRAFIA 11. AREA DE ESTIMULACION REHABILITADA

Elaborado por: LA AUTORA



IFOTOGRAFIA 12 EDIFICIO 2 MEJORADO

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 13 SALA DE ESPERA REHABILITA

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 14 EDIFICIO 1 ZONA LATERAL REHABILITADA

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 15 EDIFICIO 1 RECONSTRUIDO

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 16 ESPACIO VERDE 2 DELANTERO

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 17 EDIFICIO PRINCIPAL PUERTA DE ENTRADA

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 18 SEGUNDO PISO EDIFICIO 1 ZALA DE ESPERA

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 19 CAFETERIA

Elaborado por: LA AUTORA

Sala de Estimulación temprana el antes y el después



FOTOGRAFIA 20 ESTIMULACION TEMPRANA ANTES

Elaborado por: LA AUTORA



FOTOGRAFIA 21 ESTIMULACION TEMPRANA REHABILITADA

Elaborado por: LA AUTORA

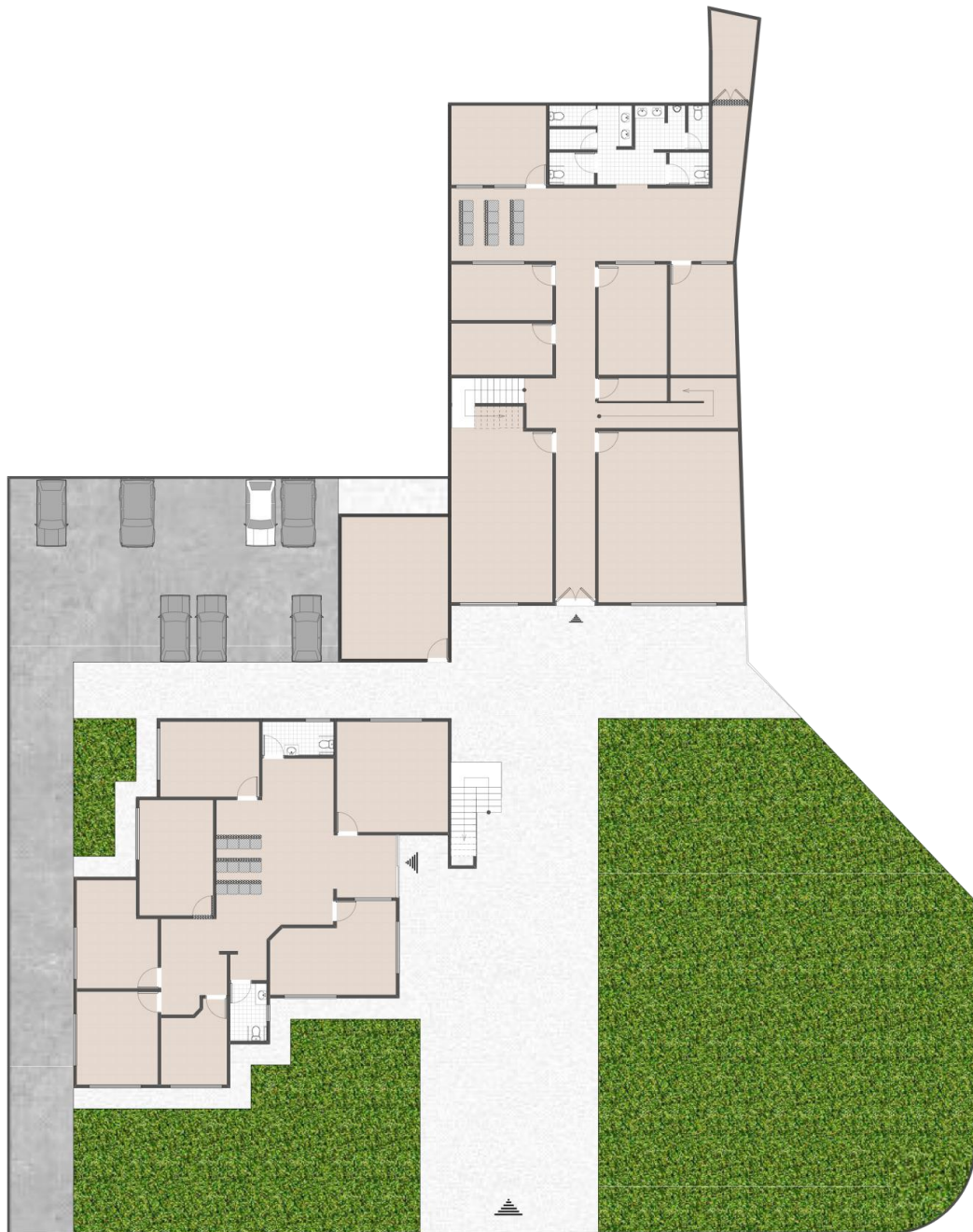


FOTOGRAFIA 22 MADRE DE FAMILIA CONTENTA POR EL NUEVO CENTRO

Elaborado por: La Autora

ANEXO 7

PLANOS DEL CEPRONDI PLANTA BAJA



PLANOS DEL CEPRONDI PLANTA ALTA

