



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL**

**Detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en
el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de
Manabí año 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Patiño Zambrano, Viviana Paola, Lcda.

DIRECTOR: Donoso Palomeque, Myriam Susana. Mg. Sc.

CENTRO UNIVERSITARIO CHONE

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Myriam Susana Donoso Palomeque

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: Detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013, realizado por Patiño Zambrano, Viviana Paola, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, junio de 2014

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Patiño Zambrano, Viviana Paola declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría: Detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013, siendo Miriam Susana Donoso Palomeque director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular 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 Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente 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”

Autor. Patiño Zambrano, Viviana Paola, Lcda.

Cédula. 1310944168

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mis Hijos quienes son un pilar fundamental en mi superación, a mi Madre, a mi Abuela, a mis Hermanos y a mis Tíos, quienes han moldeado mi personalidad y mi espíritu para convertirme en la persona que soy, ayudándome y apoyándome en los momentos más difíciles de mi vida.

Viviana

AGRADECIMIENTO

Primero gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para terminar este estudio de Maestría.

A La Universidad Técnica Particular de Loja, por su apoyo y colaboración para la realización de este proyecto de intervención.

A mi Directora de tesis, Mg. Sc. Susana Donoso, por su apoyo perenne durante la Maestría.

A mis compañeros de Maestría, con quienes pudimos intercambiar conocimientos y ayudarnos mutuamente durante este trayecto.

A los directivos y el equipo de salud por su apoyo brindado en el logro de esta meta.

Viviana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN	7
CAPITULO I.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Marco institucional.....	10
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.....	10
1.1.2. Dinámica poblacional.....	11
1.1.3. Misión institucional.....	11
1.1.4. Visión institucional.....	11
1.1.5. Organización administrativa	11
1.1.6. Servicios que prestan la Institución.....	12
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.....	13
1.1.8. Características geofísicas de la institución	13
1.1.9. Política de la institución.....	15
1.2. Marco conceptual	16
1.2.1. Retraso del lenguaje.....	16
1.2.2. Calidad de atención.....	18
1.2.3. Atención temprana.....	19
1.2.4. Rol de los padres.....	20
1.2.5. Coordinación interinstitucional	21
CAPITULO II.....	22
DISEÑO METODOLOGICO.....	22
2.1. Matriz de involucrados	23
2.2. Árbol del problema	25
2.3. Árbol de Objetivos	26
2.4. Matriz del Marco Lógico.....	27

CAPITULO III.....	31
RESULTADOS	31
RESULTADO 1: Actualizar al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años	32
RESULTADO 2: Organizar un área para la detección temprana de retraso en el lenguaje ..	39
RESULTADO 3: Existencia de coordinación interinstitucional en la detección temprana del retraso en el lenguaje	46
Análisis e interpretación: Del cuadro y gráfico podemos observar que un 32,1% de los niños/as han culminado la terapia, el 18,29% continúan con el tratamiento especializado y un 49,5% se encuentran todavía en terapia de lenguaje.	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
Bibliografía	57
APÉNDICES	59

RESUMEN

En la ciudad de Chone, Manabí-Ecuador se realizó un proyecto de acción titulado “Detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013.”

Por medio de un diagnóstico situacional realizado con la técnica de grupo focal, con el personal de salud se evidenció como problema principal que existe una escasa detección temprana de retraso en el lenguaje en los niños/as menores de 6 años. Como factores causales se identificó que el equipo de salud está desactualizado sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje, que existe un área desorganizada, e inexistencia de coordinación institucional.

Como respuesta a esta problemática se ejecutó un proyecto de acción cuya finalidad fue disminuir los trastornos del lenguaje mediante la detección temprana de retraso en lenguaje en niños/as menores de 6 años, la capacitación al equipo de salud, organización del área y coordinación institucional.

PALABRAS CLAVES: Trastornos en el lenguaje, retraso del lenguaje, detección, programa

ABSTRACT

In the town of Chone, Manabí - Ecuador project entitled action was performed “Early detection of language delay in children under 6 years in the Hospital Napoleon Davila Cordova City Chone Manabí province in 2013.”

Through a situational analysis conducted with the focus group technique, with health personnel was identified as the main problem that exists escaza early detection of language delay in children / as children under 6 years. As causal factors are identified that the health team outdated about early detection of language delay, there is a disorganized area, and lack of institutional coordination.

In response to this problem, an action project whose purpose was to reduce language disorders through early detection of language delay in children / as children under 6 years, training the health team, organization and institutional coordination area was run.

KEY WORDS: Language disorders, language delay, detection, program

INTRODUCCIÓN

El trastorno del lenguaje es un problema que está presente en el Cantón Chone, Parroquia Chone, Provincia de Manabí, el más común en los niños, y el más conocido y fácil de identificar. Suele presentarse entre los tres y los cinco años de edad, con alteraciones en la articulación de los fonemas.

En Latinoamérica, "La prevalencia de problemas auditivos entre los niños menores de 14 años es del 1,6%; en los adultos de 15 años es del 8%; y entre los mayores de 65 años del 38,62%. Las infecciones del oído son las principales causas de las deficiencias auditivas y lo que da como consecuencia retrasos en el lenguaje y otras alteraciones cognitivas". (OMS, 2010)

La mayoría de las causas de pérdida de audición son fácilmente evitables porque muchas pueden ser tratadas gracias a la diagnosis temprana e intervenciones rápidas; la OMS menciona: "Falta conciencia sobre las causas, conocimiento para detectar las deficiencias y asumir que es necesario pedir ayuda para un problema que puede solucionarse. Cuando más demanda de servicios de asistencia haya, más se desarrollarán estos servicios". (OMS, 2010)

Dentro de las afecciones de la comunicación oral que precisan de un diagnóstico precoz y una intervención temprana para obtener resultados adecuados y definitivamente un buen pronóstico, se encuentran principalmente el retardo del desarrollo del lenguaje, de etiología secundaria a otras afecciones que en muchos casos constituyen el motivo de la consulta médica, por ser el lenguaje una de las áreas más afectadas, cuyas causas pueden ser el retraso mental, la hipoacusia, el autismo infantil etc. También existen otras causas que provocan el retardo del desarrollo del lenguaje como el bilingüismo, la pobre estimulación verbal o la sobreprotección, pero que son de mejor pronóstico que las primeras mencionadas.

Si el lenguaje no se desarrolla de forma normal pueden existir graves afectaciones para el desarrollo del niño no sólo en la comunicación sino en todos los niveles: biológico, psicológico y socio familiar por eso la importancia de tener un diagnóstico a tiempo del retraso del lenguaje, para brindar el tratamiento adecuado. Siendo Manabí una de las provincias de mayor importancia en cuanto al número de habitantes y en relación a la estadísticas de discapacidad realizadas en los últimos años donde prevalecen la discapacidad física seguido por la discapacidad auditiva se encuentran en segundo lugar

afectando un gran porcentaje de la población infantil y aumentando las alteraciones de lenguaje que deberían tener un tratamiento precoz.

En los hospitales del Ministerio de Salud en la Provincia de Manabí atienden a un gran número de niños/as con problemas auditivos en el año 2012 representaron el 5% del total de las atenciones, en el Cantón Chone existen 8640 personas con discapacidades de las cuales 5175 son de la ciudad de Chone y 591 tienen discapacidades auditivas¹ (INEC – Censo, 2010).

El proyecto constó de los siguientes objetivos: aplicar un programa de detección temprana de retraso en lenguaje en niños/as menores de 6 años, capacitar al equipo de salud sobre detección temprana del retraso del lenguaje en niños/ menores de 6 años para contribuir a la disminución de complicaciones; organizar un área para la detección temprana de problemas del lenguaje para un tratamiento deficiente e integral y coordinar con instituciones involucradas en la detección temprana del retraso en el lenguaje, para brindar a los padres de familia una orientación adecuada.

PROBLEMATIZACIÓN

El escenario epidemiológico que vive actualmente nuestro país, enfrenta desafíos en materia de salud que son de gran magnitud y complejidad. Estamos pasando, de enfermedades tradicionales, que hemos superado gracias al esfuerzo constante de los servicios de salud pública, a enfermedades que hoy resultan mucho más costosas y mucho más difíciles de tratar.

Entre la población infantil, la hipoacusia que es la disminución del nivel de audición por debajo de lo normal, es el defecto congénito más frecuente, superando al Síndrome de Down y la parálisis cerebral infantil, con una prevalencia confirmada, de 1 a 3 por cada 1,000 nacimientos en el contexto internacional, mismo que causa retrasos del lenguaje si no son identificados oportunamente". (OMS, 2012)

"En el Hospital general de la Ciudad de Chone en el área de consulta externa en atenciones pediátricas durante el año 2011 fueron 21829, de los cuales se estima que el 4% presentaron algún problema de retraso del lenguaje. En el año 2012 debido a la implementación del nuevo sistema de salud el número de atenciones ha disminuido llegando a atender 7628 menores, de los cuales el 2% de los infantes atendidos en el hospital en el área de la consulta externa que son derivados de las unidades hospitalarias de menor complejidad presenta alteraciones del lenguaje." (M.S.P, Estadística del hospital de Chone, 2012).

La gran mayoría de los casos de pérdida de audición en niños atendidos en el hospital de Chone se detectaron entre los 2 o 3 años de edad, pues los padres descubren que su hijo no desarrolla el lenguaje, sospechan que hay algo raro y lo llevan a consulta. Sin embargo, la hipoacusia suele tener su origen desde el nacimiento (por falta de oxigenación al momento de nacer o problemas en la gestación, cuando la madre sufre presión alta, diabetes o tomó algún medicamento), sólo que escapó al diagnóstico, por lo que los tratamientos son tardíos y provocan en los niños/as un retraso en sus habilidades cognitivas y por ende, retraso del lenguaje.

Con estos antecedentes se efectúa un diagnóstico situacional, realizado con la técnica de grupo focal, en el que participaron con el personal que labora en el servicio, identificándose como problema principal que hay una escasa detección temprana del retraso del lenguaje en niños y niñas menores de 6 años, señalándose como factores causales los siguientes:

1. Equipo de salud desactualizado sobre la detección temprana del retraso del lenguaje, en niños y niñas menores de 6 años, por la baja iniciativa y compromiso de

las autoridades, lo que ocasiona que no haya un buen proceso de remisión de pacientes al área, no se realizan las pruebas oportunas, y presencia de complicaciones

2. rea desorganizada para la detección temprana de problemas del lenguaje, ya que no existe gestión por parte del personal de salud y hay poco compromiso de autoridades, lo que ocasiona que haya un tratamiento deficiente e incompleto, que los niños y niñas no reciban una atención especializada, y como consecuencia retraso en las habilidades cognitivas y sociales.
3. Inexistencia de coordinación entre instituciones involucradas en la detección temprana de retraso del lenguaje, por poco interés del equipo de salud e instituciones que otorgan atención de niños y niñas, por desconocimiento de la problemática, lo que ocasionan que los padres de familia no sean orientados y exista inadecuada atención de los niños en el hogar y en centros de desarrollo infantil, lo que conlleva a niños con deterioro en su salud.

Este proyecto se ejecutó gracias al apoyo y colaboración del personal del área de medicina interna mediante la aplicación de procedimientos destinados a mejorar la seguridad y salud ocupacional de los prestadores, en función de la interrogante ¿Es factible desarrollar un proyecto de detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013?

JUSTIFICACIÓN

La importancia de la identificación temprana de problemas de hipoacusia y sordera radica en el hecho irrefutable de que un niño que no oye, no desarrolla su lenguaje oral y le será prácticamente imposible aprender a leer y a escribir. El lenguaje que haya logrado desarrollar un niño a los cuatro o cinco años de edad, será el lenguaje con el que se pueda comunicar en adelante.

No obstante lo anterior, la realidad actual en Ecuador es que este tipo de discapacidad se detecta muy tardíamente, ya que normalmente son los padres quienes se dan cuenta de que su hijo presenta este tipo de padecimiento alrededor de los dos años de edad, perdiendo con ello un tiempo irrecuperable para su habilitación.

Por lo que es de suma importancia tomar ventaja durante el periodo más importante del desarrollo del lenguaje, y proporcionar apoyo y asistencia a la familia, especialmente en la etapa inicial del diagnóstico, lo que maximizará el potencial del niño para lograr su integración e inclusión a la sociedad.

Uno de los propósitos es tener instituciones públicas y privadas comprometidas en la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y habilitación de la discapacidad auditiva y rehabilitación del lenguaje de la población infantil de la Ciudad de Chone, así los niños y niñas ejercerán su derecho a disfrutar el más alto nivel de salud en un ambiente de inclusión natural. Es de gran importancia que en cada una de los exámenes médicos programados por el pediatra se realice la valoración del desarrollo del lenguaje, así como sobre otros aspectos del proceso evolutivo del pequeño que preocupen. Puede ser difícil sin un examen, saber si es inmaduro en su capacidad para comunicarse o tiene algún problema que requeriría atención profesional adecuada.

OBJETIVOS

GENERAL

Realizar la detección temprana de retraso del lenguaje en niños/as menores de 6 años, mediante la capacitación al equipo de salud, organización del área y coordinación institucional, para disminuir los trastornos del lenguaje.

ESPECIFICOS

1. Actualizar al equipo de salud sobre detección temprana del retraso del lenguaje en niños/ menores de 6 años, para contribuir a la disminución de complicaciones.
2. Organizar un área para la detección temprana de problemas del lenguaje, para un tratamiento eficiente e integral.
3. Coordinar con instituciones involucradas en la detección temprana del retraso en el lenguaje, para brindar a los padres de familia una orientación adecuada.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar

Chone, oficialmente Villa Rica de San Cayetano de Chone también conocido como Pueblo Viejo de Chone o Ciudad de los Naranjos en Flor, es una ciudad del Ecuador, cabecera cantonal del Cantón Chone, situada al norte de la Provincia de Manabí, a orillas del río Chone. Fue fundada como poblado con categoría de parroquia el 7 de agosto de 1735 en alusión a San Cayetano, patrono de la ciudad. (Ver figura No. 1)



Imágenes N ° 1: Vista panorámica de la ciudad de Chone

Fuente: <http://www.chone.gob.ec/>

Organización territorial: la ciudad de Chone tiene 2 parroquias urbanas: Chone y Santa Rita. La ciudad está rodeada de cerros y lomas que forman pequeños sistemas de elevaciones litorales con alturas que sobrepasan los 100 metros sobre el nivel del mar. En una de las llanuras costeras más bajas de la zona Norte de Manabí es donde se encuentra ubicada la Ciudad de Chone siendo fundada geográficamente entre los territorios pantanosos, semisecos, subtropicales y húmedos que derivan de la Cordillera Occidental de los Andes adyacente directamente al Océano Pacífico y a los pueblos relacionados directamente con la geografía costeña. El relieve más alto está concentrado en la parte sur-este, siendo su mayor altitud en el Cerro Blanco con 560 metros.

“Chone está entre los 1230 minutos de latitud norte y 45 minutos de latitud sur de la línea equinoccial, y a 79 grados, 0 minutos de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Limita al norte con la provincia de Esmeraldas y el cantón Pedernales; al sur con los cantones de Pichincha, Bolívar y Tosagua; al este con El Carmen, Flavio Alfaro y la provincia de Los Ríos y, al oeste con los cantones Sucre, Junín, Jama y Pedernales. Las coordenadas geográficas son: altitud S 0° 50` / S 0° 40` y Longitud W 80° 15` / W 80° 0`, Coordenadas Planas UTM (aprox): Norte: 9907880 / 9926300 y

Este: 583450 / 611270 Código Internacional: 3591-I El relieve más alto está concentrado en la parte sur-este, siendo su mayor altitud en el Cerro Blanco con 560 metros. Cotas extremas: 560 y 5 msnmm (Municipio de Chone, 2013)

1.1.2. Dinámica poblacional.

La dinámica poblacional según los datos del INEC es:

Según el INEC (2013), la población total es de 126.491 habitantes con 63, 283% hombre y 63, 208 mujeres, con los siguientes índices: Índice de desarrollo social: 51.97%. Incidencia de pobreza: 64.60%. Índice de desarrollo educativo: 50.08%. Analfabetismo: 14.90%. Escolaridad: 5.4%. Índice de necesidades insatisfechas: 48.0%. (INEC, 2010)

1.1.3. Misión institucional.

El Hospital Napoleón Dávila Córdova según su Plan Operativo (2013) tiene la siguiente Misión:

El hospital general de Chone es una institución pública proveedora de servicios de salud, con talento humano altamente calificado, especializado y comprometido, para garantizar la atención médica con calidad y calidez, cumpliendo con responsabilidad, la curación, recuperación y rehabilitación de la salud integral, conforme a las políticas del MSP y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social, con el cantón Chone y todos quienes requieran de nuestros servicios. (Plan estratégico del Hospital Napoleón Dávila Córdova, 2013)

1.1.4. Visión institucional.

El Hospital Napoleón Dávila Córdova según su Plan Operativo (2013) tiene la siguiente Visión:

Para el año 2016 el hospital general de Chone será el mejor referente de salud pública de la provincia de Manabí, siendo reconocido por la ciudadanía como hospital accesible que satisfaga las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y recursos públicos de forma eficiente y transparente, con una capacitación continua del talento humano comprometido con el buen vivir de la comunidad. (Plan estratégico del Hospital Napoleón Dávila Córdova, 2013)

1.1.5. Organización administrativa

La organización funcional del Hospital Napoleón Dávila Córdova tiene las siguientes características (Ver imagen No. 2)

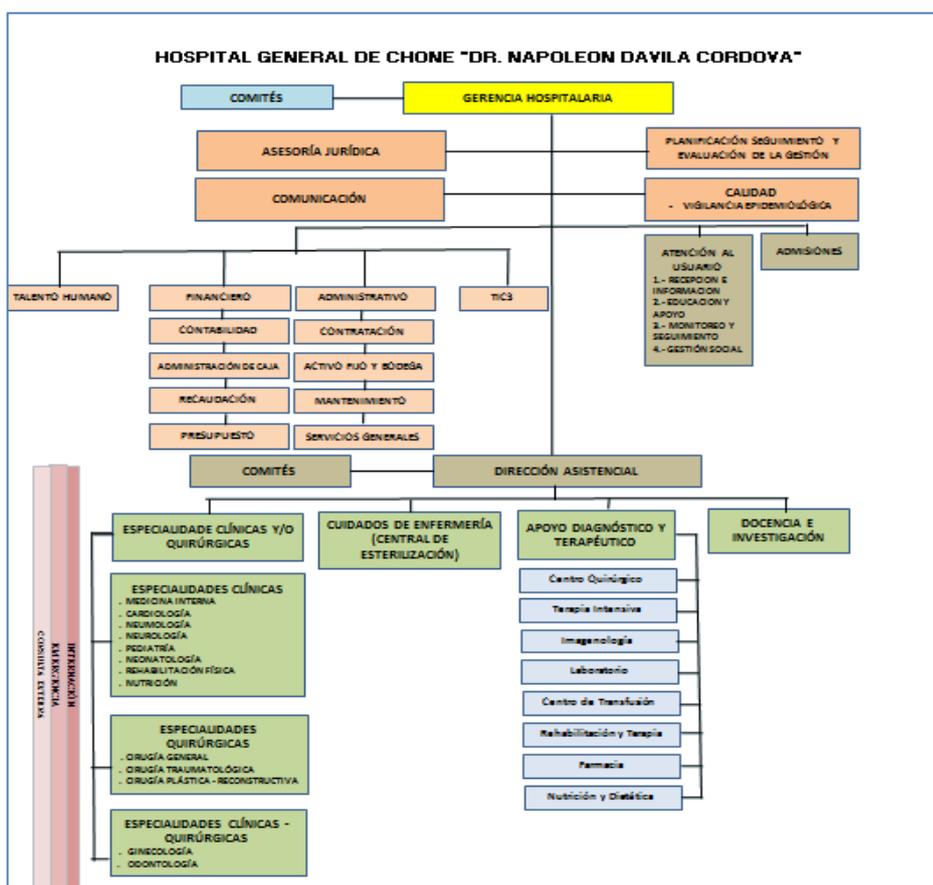


Imagen 3: Organigrama Hospital Napoleón Dávila Córdova
Fuente: Departamento administrativo

1.1.6. Servicios que prestan la Institución

El Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova presenta los siguientes servicios:

Entre los servicios que presta a la comunidad son: Consulta externa con sus distintas especialidades, Emergencia y Hospitalización (medicina interna, UCI, pediatría, neonatología, centro obstétrico, gineco-obstetricia, centro quirúrgico y cirugía), llevando los programas del MSP rigurosamente tales como : CONE, violencia intrafamiliar y de género, adolescencia, VIH/SIDA, vigilancia transfusional , sirvan, adulto mayor , tuberculosis, vacunación, infecciones intrahospitalarias. (Departamento administrativo del Hospital Napoleón Dávila Córdova, 2013)

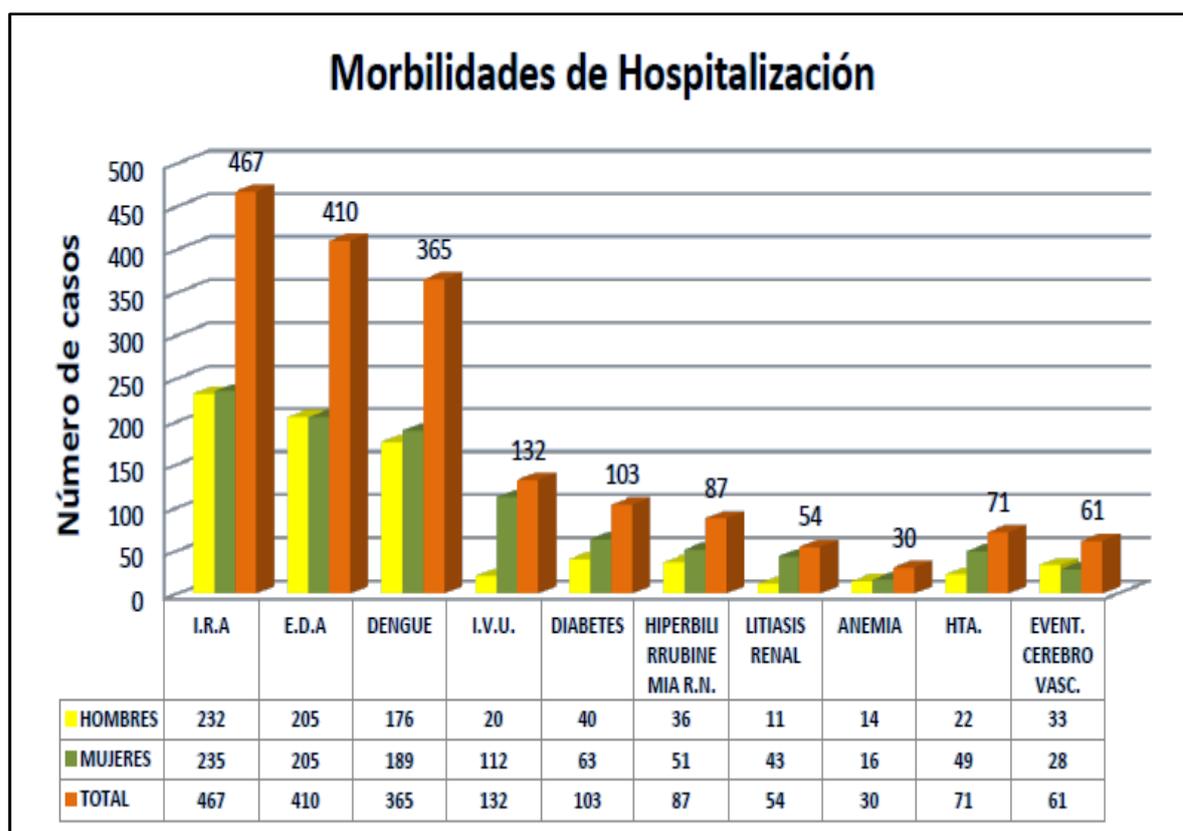
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.

TABLA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 2012

	CODIGO	DIAGNOSTICOS	H	M	TOTAL
1	J00/J45	I.R.A	232	235	467
2	A09	EDA	205	205	410
3	A90	DENGUE	176	189	365
4	N39.0	I.V.U.	20	112	132
5	Eli	DIABETES	40	63	103
6	P59,9	HEPERBELERRUBINEM]	36	51	87
7	N20,9	LITIASIS REMAL	11	43	54
8	D50	ANEMIA	14	16	30
9	110	HTA	22	49	71
10	164	EVENT. CEREBRO VASCULAR	33	28	61
	TOTALES		789	991	1780

Fuente: Departamento administrativo

GRAFICO Nº 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 2012



Fuente: Departamento administrativo

1.1.8. Características geofísicas de la institución

El hospital Napoleón Dávila sirve como centro de referencia para los cantones Chone, Flavio Alfaro, El Carmen, Bolívar y Tosagua. Es una unidad de la red del Sistema Nacional de

Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública que brinda una atención de salud integral a la comunidad, ambulatorios y de internación a la población del área de su influencia. La oferta actual de servicios comprende las siguientes especialidades, que corresponden a un hospital general de segundo nivel: Medicina interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Centro Quirúrgico, Gineco-obstetricia, Centro Obstétrico, Consulta Externa, Emergencia, Laboratorio clínico, Diagnóstico de imágenes, Central de esterilización, Fisioterapia, Farmacia , Estadística y Trabajo social.

Desde enero del 2012 en que la atención al usuario externo se la hace estrictamente por medio de las referencias enviadas por los diferentes centros de salud, las atenciones de consulta externa han disminuido por cuanto es en el nivel primario (centros de salud) por donde se inician las atenciones en salud, es decir que el hospital atenderá solamente especialidades, las mismas que están limitadas porque se hace necesaria la contratación de especialistas como: Oftalmólogo, Gastroenterólogo, Urólogo y Diabetólogo, especialidades que tienen bastante demanda, razón por la cual los centros de salud refieren a Portoviejo y Manta.

El servicio de medicina interna cuenta con el siguiente personal: 5 corresponden a médicos tratantes de planta, 2 médicos especialistas colaboradores, 4 médicos residentes, 11 personas para enfermería, 1 nutricionista, 1 trabajador social, 3 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de servicios. Con respecto a las especialidades a tratar esta medicina interna, cardiología, neumología, neurología. Los departamentos colaboradores tenemos: alimentación, rehabilitación, laboratorio, imagenología, psicología, trabajo social y servicios varios

El Hospital Napoleón Dávila Córdova El edificio tiene un área de terreno de 20000 metros cuadrados y 6412 metros cuadrados de área de construcción, cuenta con cinco pisos de los cuales se usan sólo desde la planta baja, hasta el cuarto piso como se detalla a continuación: Cuarto piso.- Medicina Interna (4 cuartos Aislamiento y 8 cubículos para pacientes) Tercer piso.- Pediatría (4 cuartos Aislamiento y 8 cubículos para pacientes) y Cirugía (8 cubículos para pacientes). Segundo piso.- Gineco-Obstetricia (8 cubículos para pacientes y 4 cuartos Aislamiento), Centro Obstétrico (2 Quirófanos, 1 Sala de Recuperación, 1 sala legrado, y 1 cubículo labor de parto y sala de partos) y Neonatología (5 cubículos para 12 pacientes). En el caso de Neonatología se requiere ampliar su capacidad ya que actualmente se tiene porcentajes de ocupación del 75 al 80%. Esto requiere aumento de recursos humanos y reubicación de áreas en este y los pisos siguientes, Primer piso.- Centro Quirúrgico (1 Quirófano de Emergencia, 4 Quirófanos, 1 Sala de Recuperación para

8 pacientes), Central de Esterilización (2 esterilizadores a vapor), UCI (1 Sala Aislamiento y 1 Sala completa), Administración. Planta baja.- Consulta Externa (16 Consultorios, 1 Consultorio Odontología, 1 Consultorio de Cirugía Estética y 3 ambientes) y Emergencia (3 Consultorios, 1 Quirófano Ginecológico, 1 UCIM, 2 Cubículos Observación y 1 Cubículo Urgencia), Diagnóstico por Imágenes, Terapia Física, Bodega, Mantenimiento, Alimentación, Lavandería, Unidad de Registro Civil. Esta gran cantidad de servicios en la planta baja es vulnerable si ocurren inundaciones. (Ver imagen No. 3)



Imagen 3: Fachada externa del Hospital Napoleón Dávila Córdova

1.1.9. Política de la institución

La política del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova según su Plan estratégico (2013) es:

Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de la Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador. (Plan estratégico del Hospital Napoleón Dávila Córdova, 2013)

1.2. Marco conceptual

1.2.1. Retraso del lenguaje

Es un retraso en el lenguaje implica que el niños/a no se encuentre en los niveles de desarrollo adecuado, es decir, es la aparición del lenguaje de manera tardía o de desarrollo lento con respecto a su edad cronológica, sea en su estado fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático, lo que termina repercutiendo la expresión y comprensión, puede ser atribuido a un retraso en el desarrollo o a un a déficit auditivo o trastornos neurológicos.

Los niños/as que presentan este estado generalmente pronuncian sonidos aislados y grupos de sonidos, pero a la hora de su ordenación y pronunciación presentan dificultades, aunque su comprensión sea normal para su edad.

Sobre este aspecto López señala:

Los niños con trastornos en el desarrollo del lenguaje por causas específicas o por deficiencia motora, sensorial o psíquica, desarrollan el lenguaje de manera diferente y es difícil describir una pauta única ante la diversidad en déficit. (López, Ortiz & Moldes , 2008, p 84)

Una de las capacidades humanas que ha creado más debates en la historia de la humanidad es el lenguaje, principalmente porque permite que las personas puedan establecer relaciones y conocimientos que han adquirido por medio de su desarrollo cognitivo.

Sobre la adquisición del lenguaje Jiménez describe:

La adquisición y desarrollo del lenguaje oral es especialmente relevante en esta etapa, por ser el instrumento por excelencia de aprendizaje, de regulación de la conducta y de manifestación de vivencias, sentimientos, ideas, emociones, etc. La verbalización, la explicación en voz alta de lo que están aprendiendo, lo que piensan y lo que sienten, es un instrumento imprescindible para configurar su identidad personal, para aprender a ser. Las situaciones escolares en la comunicación irán estimulando, a través de interacciones diversas, el acceso a usos y formas cada vez más convencionales y complejas de la lengua oral. (Jiménez, 2009, p. 41)

En resumen el retraso del lenguaje es una complicación en el desarrollo del lenguaje, que afecta la expresión y la comprensión, sin ser consecuencia de trastornos neurológicos, o generalizados del desarrollo. El lenguaje y la expresión tarda más en desarrollarse de lo habitual, respecto a lo que se espera de un niño de esa edad. Algunos trastornos pueden deberse a una lesión; es decir, una afasia pero, no podemos denominarla así, si la lesión fue antes de los dos años, ya que el nivel de lenguaje a esa edad cronológica no es óptimo.

Sobre las dificultades y su incidencia Castejón comenta:

Las dificultades en la adquisición del lenguaje tienen una elevada incidencia en el ámbito escolar. Téngase en cuenta que comunicarse con dificultad influye negativamente en todos los aprendizajes y en todas las áreas. Además, en el contexto escolar es en el que se manifiestan gran parte de los problemas del lenguaje infantil. Por esto, en este tema se analizan los criterios diagnósticos que establece la APA en el DSM-IV para los trastornos de comunicación y, posteriormente, se analizan, desde un punto de vista descriptivo, las dificultades que pueden surgir en el desarrollo de la comunicación (dificultades graves y mutismo selectivo), del habla (dislalias, diglosias, disartrias, rinologías, disfemias y retrasos) y del lenguaje (afasia, disfasia y retrasos) (Castejón & Navas, 2008, pág. 108)

El lenguaje está catalogado como la herramienta que usamos para comunicarnos, este sistema se utiliza para pedir información, realizar preguntas, y explicar situaciones. De esta manera sirve para representar la realidad, expresar emociones y sentimientos con otras personas y mantener activas las relaciones.

En cuanto a los problemas del lenguaje Castejón describe:

El DSM-IV (APA, 1995) agrupa como trastornos de la comunicación los siguientes: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico (o trastorno del desarrollo de la articulación), tartamudeo y trastorno no especificado de la comunicación. La ventaja que presenta, a nuestro juicio, el DSM-IV es que ofrece unos criterios claros para establecer el diagnóstico. Hay niños con problemas sensoriales, motores, intelectuales o emocionales que desarrollan el lenguaje de un modo especial. (Castejón & Navas, 2008, p. 108 - 109)

En un buen número de los casos, estos problemas se detectan con más claridad en la escuela, tanto que ya el maestro ha sido advertido de las dificultades de comunicación y ha sido orientado sobre la manera de intervenir educativamente, se puede evidenciar que hay otros niños en los que sus trastornos del lenguaje no tienen una causa tan evidente y no se tiene información sobre ellos, resultando muy difícil determinar lo que es normal y lo que es patológico, dificultad que, además, se ve acrecentada por las diferencias individuales que se observan en el desarrollo del lenguaje, por los distintos ritmos con los que tal desarrollo tiene lugar y porque las dificultades del lenguaje de un niño no son homogéneas, es decir, podemos encontrarnos, por ejemplo, a un niño con un nivel de comprensión acorde con su edad y con trastornos en la expresión, o viceversa.

El lenguaje en este sentido, también tiene una incidencia social, en este aspecto Castejón señala:

Desde el marco del aprendizaje social se indica que el contexto y la interacción niño-adulto o adulto- niño generan unas experiencias que constituyen la base para la adquisición y el desarrollo del lenguaje. (Castejón & Navas, 2008, p. 136).

Varios retrasos del lenguaje son temporales en ciertos casos. Mediante la estimulación es posible evitar repercusiones y avances de los trastornos. El profesional que ha entendido el trastorno de lenguaje no puede olvidar el papel que desarrolla la escuela en dichos procesos y nos obliga a trasladarnos hasta la respuesta educativa con relación al lenguaje. Entonces, los trastornos del lenguaje en los alumnos se analizan mediante procesos naturales que se desarrollan en distintos contextos de comunicación que intercambian los participantes, los materiales y los eventos. Por lo tanto, resulta más coherente hablar de dificultad del lenguaje como concepto más genérico y neutral.

1.2.2. Calidad de atención

La calidad de atención es el conjunto de métodos y estrategias que movilizan a las instituciones de salud con la intención de mejorar continuamente los servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios. Estos proporcionan variedad de programaciones con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar la discapacidad, se han desarrollado herramientas para medir la satisfacción de la terapia de lenguaje, componentes de la medicina de rehabilitación que en forma aislada no aportan un enfoque total de la satisfacción del usuario.

Los análisis sobre calidad de atención realizados por el sector de salud se han centrado en la relación existente entre el personal sanitario y el paciente en el acto médico y, más concretamente, en la relación que se establece entre el médico y el paciente. La calidad de atención es extendida casi exclusivamente como una responsabilidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (no tratar educadamente al paciente, no hablar su idioma, etc.), es decir, los aspectos sociopolíticos que las condicionan. (OPS/OMS, 2010. p. 236)

La calidad de atención y servicio, es una de las principales áreas de estudio del comportamiento de los pacientes y usuarios, dado que el rendimiento de las organizaciones de servicios es valorado por las propias personas que adquieren y/o utilizan estos bienes de consumo y/o servicios, por ello los estudios de la calidad del servicio y de la satisfacción de los consumidores y usuarios, tienen en común la importancia del punto de vista de los clientes, al valorar el producto y el servicio que proporciona la propia organización de salud, para realizar una gestión adecuada de la calidad es necesario conocer qué buscan las personas en sus actividades de consumo.

1.2.3. Atención temprana

Los niños con trastornos en el desarrollo del lenguaje, por causas específicas o por deficiencia motora, lógicamente desarrollan el lenguaje de tal manera que es difícil definir una pauta entre la diversidad de su déficit, de tal manera surgen diferentes cuestiones para la mutua adaptación comunicativa entre niños y sus oyentes o locutores, tenemos en cuenta que nuestro lenguaje es la única manera de expresar y comunicar nuestro conocimiento, por ende existe la manera de dar una atención temprana por la plasticidad del ser humano en sus primeros años de vida.

En cuanto a la atención a estos trastornos López y Cols mencionan:

Dada la universalidad de las fases por las que transcurre el desarrollo del lenguaje, debería ser relativamente fácil detectar e intervenir tempranamente el retraso o la alteración de su adquisición. En efecto, el hecho de que, a pesar de las diferencias formales de cada lengua, todos los niños pasen por las mismas etapas (intención comunicativa, gestos, primeras palabras con funciones instrumentales), hasta llegar a formar frases y a instrumentar el discurso, facilita su detección y tratamiento. Podemos encontrar dos grandes grupos de trastornos, aunque es un tema controvertido para los

distintos especialistas en la clínica del lenguaje: niños con dificultades específicas en el lenguaje, cuyo nivel de desarrollo en otras áreas, cognitiva, motora, social y afectiva es adecuado; y otro gran grupo que presenta retraso en el lenguaje, así como en el resto de ámbitos del desarrollo o como consecuencia de otros déficit: deficiencia mental, auditiva, parálisis cerebral, espectro autista, etc. (López, Ortiz & Moldes , 2008, p 84)

Partiendo de un modelo pragmático de intervención, en el que prime la comunicación y la realización de las distintas funciones del lenguaje a través de diferentes sistemas que ayuden a aumentar la competencia comunicativa e incluso que, en algunas ocasiones, sean medios alternativos al lenguaje oral, López y otros sugieren los siguientes presupuestos: Debemos partir de que hay que establecer el lenguaje oral como único soporte para comunicar y para representar el conocimiento. Existe la necesidad de una intervención temprana dada la plasticidad cerebral del ser humano al nacer y durante los primeros años de vida. Es recomendable tener en cuenta que la intervención debe ser dirigida a los interlocutores naturales: familia, escuela, compañeros, ámbito laboral y clínico. Deben utilizarse todo tipo de ayudas técnicas y soportes que posibiliten la comunicación. Ha de implicarse a la sociedad durante toda la vida por personas con trastornos del lenguaje: ayuda a las familias, a su acceso a la escuela, al currículo, a la vida laboral, al ocio y a sus relaciones afectivas. (López, Ortiz & Moldes, 2008, p 86)

Como primer punto conceptualizamos qué es el lenguaje, sus funciones, la comprensión, las dimensiones del lenguaje tales como; la sintáctica, la semántica, la fonológica y la pragmática. El papel que desempeña el ambiente, las relaciones entre inteligencia y lenguaje y su extensión social, extractando las aportaciones de cada una de ellas y el papel que desempeña el adulto y el niño en el proceso de su desarrollo, por último, se hace mención de los retrasos y alteraciones del desarrollo del lenguaje, estableciendo una clasificación de los principales trastornos en la adquisición del lenguaje oral.

1.2.4. Rol de los padres

En la actualidad, los padres cuentan con mayor información sobre la importancia del lenguaje en la vida intelectual y social del niño, no se conforman con esperar que el tiempo solucione lo que consideran desviaciones de la norma y acuden por su cuenta a especialistas en patología del lenguaje. La vez que el pediatra, como resultado de una mayor difusión de la neuropsicología, es más cauto a la hora de evaluar esta problemática.

Elo ha favorecido que la consulta para indagar sobre posibles trastornos en el desarrollo del lenguaje se realice en edades donde el proceso se encuentra en plenitud, promoviendo tanto una detección como una intervención terapéutica temprana, con la consiguiente disminución del trastorno, con un efecto preventivo en cuanto a su impacto futuro en otras áreas del aprendizaje infantil. (Marín & otros, 2008 p. 58)

1.2.5. Coordinación interinstitucional

La falta o los problemas de salud requieren respuestas de una organización con coordinación, ya que la variedad de problemas sociales incide en la calidad de vida de las familias y comunidades.

Sobre la importancia de la coordinación la UNICEF menciona:

Repetto, (2005) La coordinación puede ser entendida como el proceso mediante el cual se genera sinergia (entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de gestión pública, al mismo tiempo que se construye (o redefine, en caso de su preexistencia) un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto (Unicef, 2012, P.39)

La coordinación es un mecanismo bien importante el cual objetiva la integralidad, ya que los problemas sociales, conciernen a la niñez, y despliegan múltiples causas, se torna necesario tener respuestas para poder enfrentarlos con más énfasis.

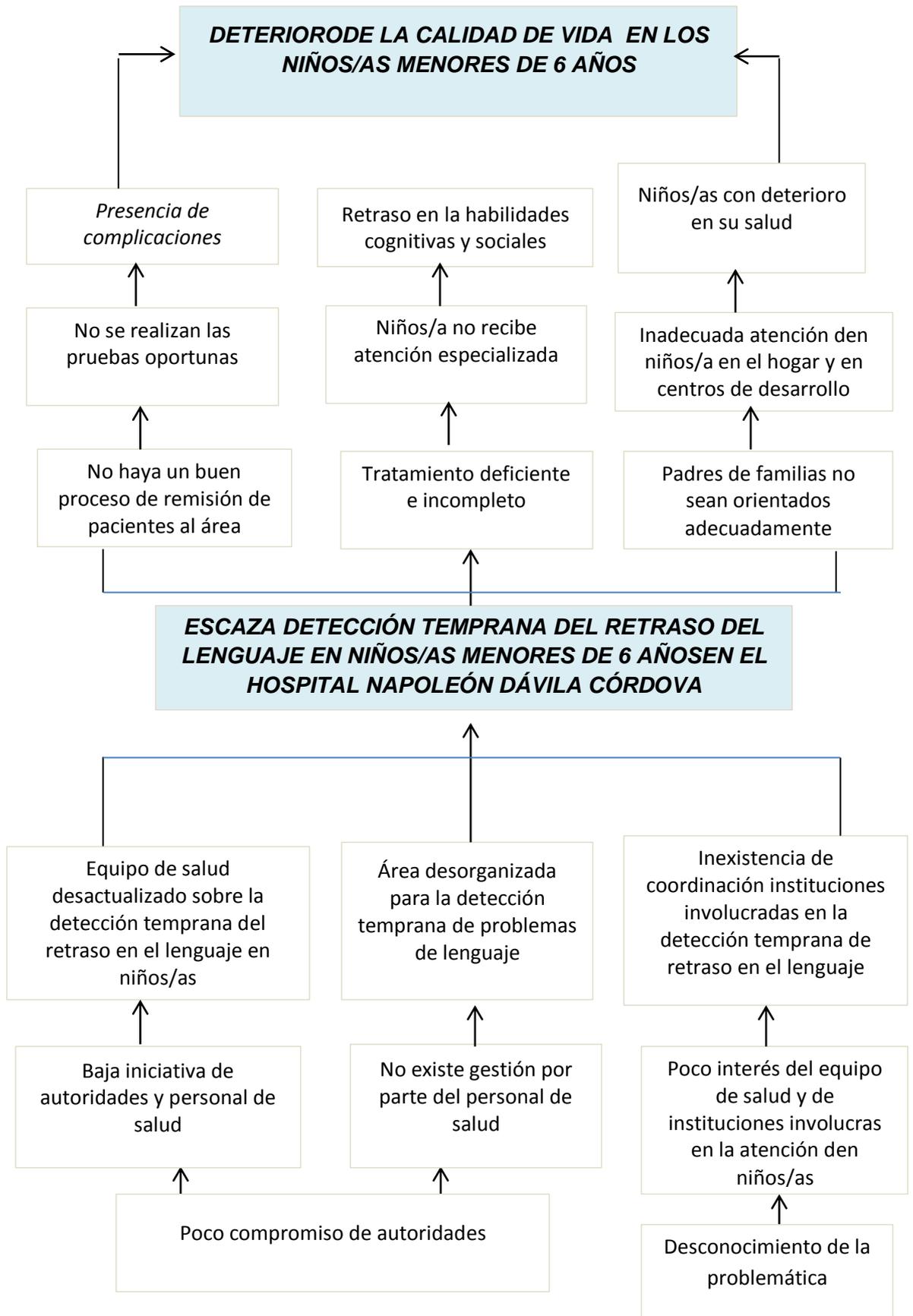
CAPITULO II
DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Matriz de involucrados

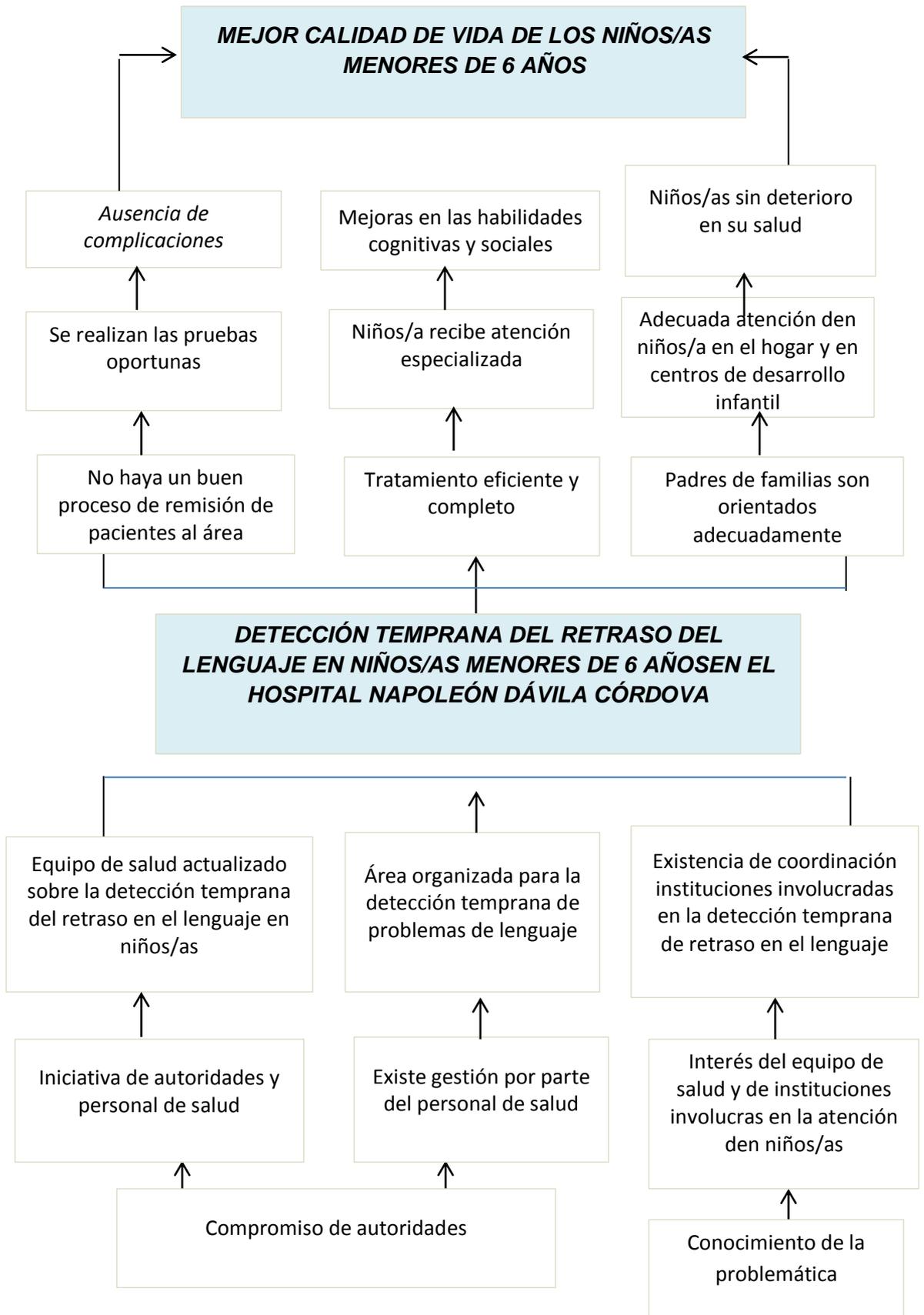
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
HOSPITAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA	Implantar planes y estrategias para brindar una atención con calidez y calidad a los/as niños/as menores de 6 años.	<p>Recursos Humanos: Personal administrativo y de salud. Económicos: Materiales , insumos médicos, equipos, infraestructura hospitalaria</p> <p>Mandatos Art. 32: Constitución Política del Ecuador 2008. sección séptima El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escasez recursos económicos. ✓ Escasos talentos humanos. ✓ Ausencia de estrategias y planes de capacitación al personal de salud y usuarios.
EQUIPO DE SALUD	Brindar tratamiento de salud para mejorar las condiciones de los/as niños/as menores de 6 años.	<p>Recursos Humanos: Usuarios del servicio Económicos: Materiales , insumos médicos y equipos,</p> <p>Mandatos Sección segunda Salud .Art. 358. Art. 359.: El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poca organización ✓ Poca gestión administrativa. ✓ Pocas actividades de capacitación.

		garantizará la promoción, ¡prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social	
MADRES Y PADRES DE FAMILIA	Que el/la integrante de su familia reciba atención eficiente, ser atendido con calidez y calidad, participar y colaborar para mejorar su estado de salud.	Recursos Humanos: Usuarios del servicio Mandatos Constitución del Ecuador 2008. Sección segunda Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poco interés personal ✓ Inexistencia de material informativo. ✓ Limitado acceso a la información. ✓ Inadecuado tiempo de tratamiento.
MAESTRANTE	Ejecutar acciones, proyectos y programas para el bienestar de los/as niños/as menores de 6 años.	Recursos Humanos: Personal administrativo y de salud. Económicos: Materiales, insumos médicos y equipos. Mandatos Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.-Del proyecto de fin de carrera	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poca gestión. ✓ Poca coordinación ✓ Poca motivación

2.2. Árbol del problema



2.3. Árbol de Objetivos



2.4. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la calidad de vida en los niños/as menores de 6 años			Comprometimiento de autoridades
PROPOSITO Detección temprana del retraso del lenguaje en niños/as menores de 6 años atendidos en el Hospital Napoleón Dávila Córdoba	✓ Hasta el noviembre del 2013 se incrementa del 2% al 5% la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años atendidos en el Hospital Napoleón Dávila Córdoba	✓ Registros de detección ✓ Historias clínicas ✓ Fotografías	✓ Iniciativa y participación del personal de salud ✓ Compromiso de autoridades
1. Actualizar al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años	✓ Hasta marzo del 2013 el 90%, del equipo de salud actualizado sobre detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años.	✓ Cronograma de capacitación ✓ Fotografías ✓ Registro de firmas	✓ Equipo de salud participando de las capacitaciones
2. Organizar un área para la detección temprana de retraso de lenguaje	✓ Hasta abril del 2013 el 100% del área para la detección temprana de problemas de lenguaje organizada, con la dotación de un área de 37m2, materiales lúdicos (cuentos, rompecabezas, audios etc.) equipamiento (escritorios, sillas, mesas) e insumos	✓ Oficios de aprobación ✓ Fotos	✓ Participación del equipo de salud ✓ Apoyo y predisposición de autoridades
3. Coordinación con instituciones involucradas en la	✓ Hasta el 28 de noviembre del 2013 se coordina con 10	✓ Actividades de coordinación	✓ Instituciones de desarrollo infantil participando

detección temprana de retraso en el lenguaje	instituciones involucradas en la detección temprana de retraso en el lenguaje.	✓ Registro de asistencia. ✓ Evidencia fotográfica	comprometidos en contribuir en la salud de su los niños/as
--	--	--	--

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
PRIMER RESULTADO :Actualizar al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años			
<p>1.1. Elaboración del cronograma de capacitación sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años</p> <p>1.1.1. Acciones de detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención en medicina general • Valoración de los signos de alertas • Exámenes complementarios: atención sensible, valoración audiometría. • Remisión a médico especialidad • Psicología • Terapia de lenguaje (plan de tratamiento) <p>EJES TEMATICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de trastornos del lenguaje • Detección temprana de los trastornos del lenguaje • Atención en medicina general • Valoración de los signos de alertas • Exámenes complementarios: atención sensible, valoración audiometría. • Remisión a medico especialidad • Psicología • Terapia de lenguaje (plan de tratamiento) 	Maestrante Capacitadores	Del 1 al 14 de marzo del 213	Materiales de oficina \$50,00

<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención • Examen físico • Valoración neurológica y funcional del niño. • Exámenes complementarios • Derivaciones • Esquema de tratamiento • Metas a mediano, corto y largo plazo. 			
1.2. Ejecución de la capacitación al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años	Maestrante	Del 1 al 3 de abril del 2013	Materiales de oficina \$50,00
1.3. Evaluación de la capacitación al equipo de salud 1.3.1. Aplicación de encuesta de satisfacción <ul style="list-style-type: none"> • Criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas • Criterio del equipo de salud sobre los temas de la detección temprana tratados en la capacitación • Criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación • Criterio del equipo de salud sobre el programa de detección temprana 	Maestrante	3 de abril del 2013	Impresiones \$5,00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO
SEGUNDO RESULTADO: Organizar un área para la detección temprana de retraso de lenguaje			
3.1 Socialización con autoridades 3.1.1 Diagnóstico de las necesidades	Maestrante Equipo de salud	2 de abril del 2013	Materiales de oficina \$20.00
3.2 Planificación de las adecuaciones del área 2.1. Requerimiento del espacio físico	Maestrante	Del 5 al 9 de Septiembre del 2012	Material de oficina 50,00

2.2. Requerimiento de inmuebles 2.3. Requerimiento de materiales			
3.3 Gestión de insumos y materiales 2.4. Programación del requerimiento 2.5. Gestión 2.6. Autorización 2.7. Dotación	Equipo de salud	12 al 19 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina, \$20,00 Internet \$25.00
3.4 Adecuación del área para la detección temprana de retraso de lenguaje organizada	Maestrante	Del 19 al 22 de Septiembre del 2012	Materiales de oficina, \$20,00 Transporte \$30

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO
TERCER RESULTADO: 1. Coordinación con instituciones involucradas en la detección temprana de retraso en el lenguaje			
3.1 Diagnósticos de las instituciones involucradas 3.1.1 Centros de desarrollo infantil	Maestrante	4 de mayo del 2013	Materiales de oficina \$20.00
3.2 Estrategias de coordinación para la detección temprana de retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años	Maestrante	Del 5 al 9 de mayo del 2013	Material de oficina 50,00
3.3 Charlas informativas a los representantes de centros de desarrollo infantil	Maestrante	10 de mayo del 2012	Materiales de oficina, \$20,00
3.4 Valoración de los niños/as menores de 6 años en los centros de desarrollo infantil	Maestrante	12 al 19 de junio del 2013	Materiales de oficina, \$20,00 Internet \$25.00

CAPITULO III
RESULTADOS

RESULTADO 1: Actualizar al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años

Para lograr este resultado se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1.1. Elaboración del cronograma de capacitación sobre la detección temprana de niños/as con retraso en el lenguaje

Del 1 al 14 de marzo del 2013 se elaboró el cronograma de capacitación para el equipo de salud el cual constó con temas, expositores, y ayudas metodológicas, en el cual se organizaron los temas a tratar, el expositor y la fecha y hora del evento. En base a varios referentes bibliográficos, el propósito es la buena práctica para la detección temprana de los trastornos del lenguaje y establecer criterios y procedimientos determinar el riesgo asociado, a fin de que puedan ser remitidos a una evaluación diagnóstica completa que permita iniciar prontamente la intervención adecuada. La identificación temprana de estos trastornos resulta de extraordinaria importancia, habida cuenta de que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico a largo plazo de muchos pacientes. La detección temprana cuenta con los siguientes parámetros.

- Valoración de los signos de alertas
- Exámenes complementarios: atención sensible, valoración audiometría.
- Remisión a médico especialidad
- Psicología
- Terapia de lenguaje (plan de tratamiento)

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE NIÑOS/AS CON RETRASO EN EL LENGUAJE

Introducción

El objetivo primordial de la capacitación es la identificación temprana de niños/as con retraso en el lenguaje, y con riesgo de padecer alteraciones o trastornos de mayor riesgo, para que puedan ser remitidos a una evaluación diagnóstica completa que permita iniciar prontamente la intervención.

El interés por la identificación temprana conduce a una mejoría en el pronóstico de la

mayoría de los niños y niñas con retraso en el lenguaje.

Los problemas de la detección temprana del retraso en el lenguaje, ocurre en diferentes ámbitos:

- 1) A nivel familiar, los padres tienen dificultades para detectar los síntomas de retraso en el lenguaje, por la poca información recibida.
- 2) En la salud, los profesionales de la atención primaria carecen de información y formación, tienden a pensar que son problemas leves o transitorios.
- 3) En el ámbito educativo se da una situación desigual en la etapa infantil y principalmente del ciclo 0-6 años; de forma que donde se han desarrollado las escuelas infantiles y los equipos de atención temprana, la sensibilidad y la experiencia en desarrollo evolutivo de los educadores asegura una detección mayor y más temprana
- 4) En el ámbito de los servicios sociales, porque los centros de desarrollo infantil (MIES), tiene limitada formación en trastornos específicos del desarrollo infantil en general.

Los retrasos y trastornos del lenguaje son materias de gran importancia en el desarrollo del niño, el impacto a largo plazo de tales trastornos aumenta la importancia de las acciones para ayudar a los niños/as a adquirir el lenguaje. Los niños con trastornos tempranos del lenguaje están en riesgo de tener problemas sociales y conductuales, así como fracaso escolar.

Recursos Humanos

- ✓ 3 capacitadores
- ✓ Equipo de Salud

Recursos materiales

- ✓ Computadora / Proyector
- ✓ Marcadores
- ✓ Papelógrafos

Metodología

- ✓ Conferencia
- ✓ Charla
- ✓ Trabajo grupal

Recursos económicos

- ✓ Los Recursos económicos son aportados por el maestrante

Evaluaciones: La evaluación de la capacitación se hará de la siguiente forma:

- ✓ Se evaluará mediante una encuesta de satisfacción
- ✓ El interés que demuestren los participantes, material de trabajo, metodología de trabajo.
- ✓ Se evaluará el producto a través de las habilidades, destrezas y experiencias demostradas en los talleres.
- ✓ Será escrita al final de la Capacitación.

Matriz de la capacitación al equipo de salud

TALLER 1: 1 de abril del 2013

TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de trastornos del lenguaje • Detección temprana de los trastornos del lenguaje • Atención en medicina general • Valoración de los signos de alertas 	Charla	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Charlas	

TALLER 2: 2 de abril del 2013

TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes complementarios: atención sensible, valoración audiometría. • Remisión a medico especialidad • Psicología • Terapia de lenguaje (plan de tratamiento) • Protocolos de atención 	Charla	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Charlas	Equipo multimedia

TALLER 3: 3 de abril del 2013

TEMA	METODOLOGIA	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none">• Examen físico• Valoración neurológica y funcional del niño.• Exámenes complementarios• Derivaciones• Esquema de tratamiento• Metas a mediano, corto y largo plazo.	Charla	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Charla	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia
	Exposición	Equipo multimedia

1.2. Ejecución de la capacitación al equipo de salud sobre programa de detección temprana de niños/as menores de 6 años con retraso en el lenguaje

Para el cumplimiento de esta actividad del 1 al 3 de abril del 2013, se llevó a cabo la capacitación al equipo de salud, se firmó la lista de asistencia y se distribuyó el material de apoyo a los participantes. Los temas expuestos fueron de gran importancia para el equipo de salud que emprenderá nuevos lineamientos para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas con retraso el lenguaje. (Ver imagen No. 4 y 5)



Imagen No. 4: Fotografía de la capacitación

2.5. Evaluación de la capacitación al equipo de salud. Aplicación de encuesta de satisfacción

Para el cumplimiento de esta actividad el 4 de abril del 2013 se llevó a cabo la evaluación al equipo de salud, por medio de una encuesta de satisfacción y con el objetivo de valorar la capacitación brindada, la cual fue llenada por todos los participantes de forma positiva, las alternativas fueron sobre la metodología que aplicaron los conferencistas, los temas en detección temprana tratados en la capacitación, periodo de duración de la capacitación, el programa de detección temprana.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DEL RESULTADO Nº 1

RESULTADO 1: Equipo de salud actualizado sobre el programa de detección temprana del retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años.

INDICADORES

Hasta el 3 de abril del 2013 el 90% del equipo de salud actualizado sobre el programa de detección temprana del retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años.

Este indicador se cumple en un 100%, ya que el equipo de salud participó en la actualización de conocimientos sobre programa de detección temprana del retraso en el lenguaje de niños/as menores de 6 años.

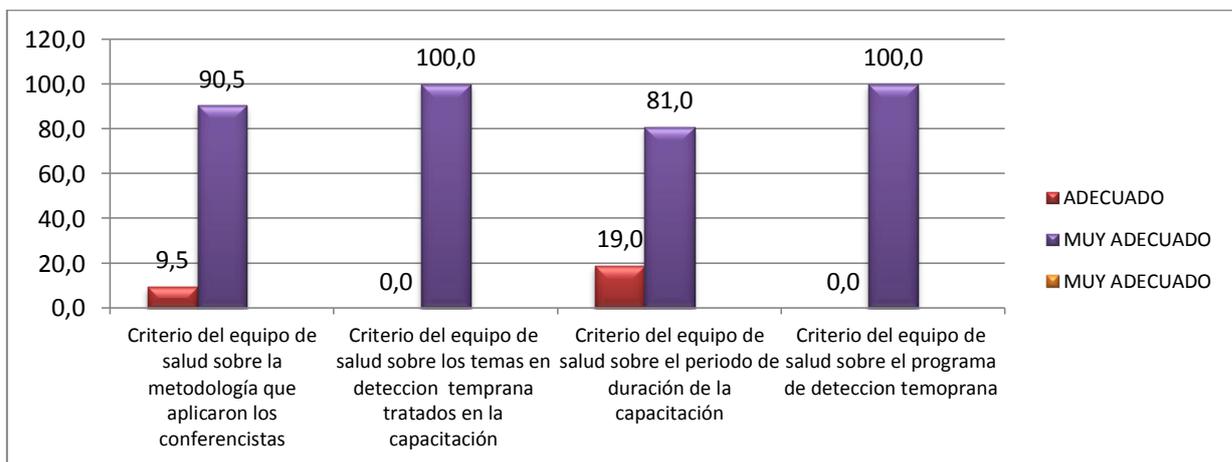
Los talleres de actualización de conocimientos se realizaron del 1 al 3 de abril de 2013 y tuvieron una buena acogida por parte de los participantes. Se aplicó una encuesta de satisfacción después de la capacitación a los 21 participantes o asistentes, cuyos resultados se resumen en los siguientes cuadros y gráficos.

Tabla No. 2. Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a 21 participantes, sobre la capacitación de detección temprana del retraso en el lenguaje

ALTERNATIVAS	ADECUADO		MUY ADECUADO		INADECUADO	
	F	%	F	%	F	%
Criterio del equipo de salud sobre la metodología que aplicaron los conferencistas	2	9,5	19	90,5	0	0,0
Criterio del equipo de salud sobre los temas en detección temprana tratados en la capacitación	0	0,0	21	100,0	0	0,0
Criterio del equipo de salud sobre el periodo de duración de la capacitación	4	19,0	17	81,0	0	0,0
Criterio del equipo de salud sobre el programa de detección temprana	0	0,0	21	100,0	0	0,0
PROMEDIO	1,5	7,1	19,5	92,9	0	0,0

Elaborado por: Viviana Patiño Zambrano
Fuente: encuesta de satisfacción

Gráfico No. 2. Distribución porcentual de la encuesta de satisfacción a 21 participantes, sobre la capacitación de detección temprana del retraso en el lenguaje



Elaborado por: Viviana Patiño Zambrano
Fuente: encuesta de satisfacción

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 1 se puede evidenciar la valoración que de 21 personas del equipo de salud a la capacitación, calificando como muy adecuado los temas en detección temprana, y el programa de detección temprana en un 100%, el 90,5% a metodología y el 81,0% el periodo de duración de la capacitación.

RESULTADO 2: Organizar un área para la detección temprana de retraso en el lenguaje

2.1. Socialización con autoridades

El 2 de abril del 2013 realizó una reunión con los directivos y personal de salud al personal de salud para que expongan verbalmente los inconvenientes que se están dando para ejecutar eficazmente el programa, como resultado se detectó que no existe un área adecuada para posterior a la detección aplicar el debido tratamiento.

Los asistentes quedaron comprometidos en asignar y adecuar el área según los requerimientos

2.2. Planificación de las adecuaciones del área

Del 5 al 9 de mayo del 2013 por medio de la gestión realizada por el maestrante y equipo de salud en la adecuación del área se procedió a organizar el área a utilizar, se adquirieron los insumos, pinturas, sillas, escritorio, mesas, etc.

2.3. Gestión de insumos y materiales

El 21 de mayo del 2013 después de haber realizado la programación de insumos y materiales, fue entregada al jefe administrativo para la posterior aprobación.



Imagen No7. Autorización de insumos y materiales

2.4. Adecuación del área para el tratamiento temprano el retraso en el lenguaje

Se coordinó con el equipo de salud la organización y adecuación del área, mejorando sustancialmente las condiciones de trabajo, ya que un espacio idóneo para la atención infantil mejora las condiciones de progreso de los niños, por medio de la utilización de diversos materiales y herramientas, el acompañamiento del terapeuta de lenguaje y las familias. Estos elementos les proporcionan a los niños con algún retraso en el lenguaje lograr un avance en el sistema propioceptivo, Específicamente, cuando el espacio esta adecuado para estimular varios sentidos. De esta forma, se adquiere un conocimiento a través de un aprendizaje normal, sencillo y seguro para afianzar las habilidades de lenguaje y comunicación. (Ver imagen No. 10 y 13)





Imagen No. 10-11 área adecuada



Imagen No. 12- 13 áreas sin adecuación

EVALUACION DEL INDICADOR DEL RESULTANO N° 2

Resultado 2: Área organizada para el tratamiento temprano del retraso en el lenguaje

Indicador Hasta el 20 de abril del 2013 se organiza un 100% del área para el tratamiento temprano del retraso en el lenguaje

Para el cumplimiento del resultado se llevaron a cabo cuatro actividades que se cumplieron en un 100%, como lo observamos en el siguiente cuadro y gráfico.

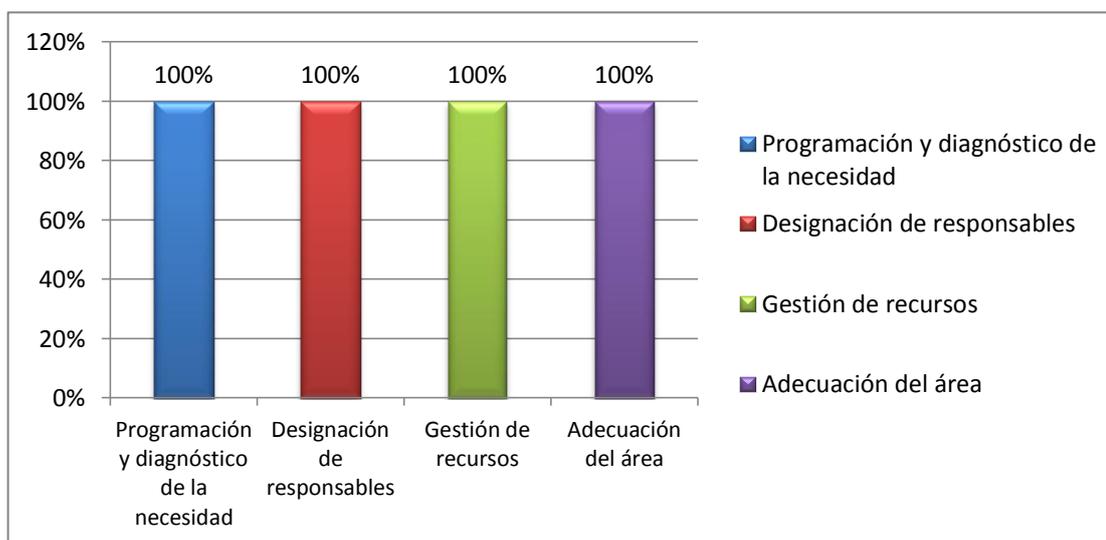
Tabla No. 3 Distribución porcentual del cumplimiento de las actividades

ACTIVIDADES	Número de actividad	Nivel de cumplimiento
Socialización con autoridades	1	100%
Planificación de la adecuación del área <ul style="list-style-type: none"> • Requerimiento del espacio físico • Requerimiento de inmuebles • Requerimiento de materiales 	1	100%
Gestión de recursos	2	100%
Adecuación del área	3	100%
Total	4	100%

Fuente: Planificación de actividades

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Gráfico No. 3 Distribución porcentual del cumplimiento de las actividades



Fuente: Planificación de actividades

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Análisis e Interpretación:

En la tabla y gráfico No. 3 sobre el cumplimiento de las actividades en el programa se cumplieron el 100% de las actividades propuestas en cuanto a la socialización con autoridades planificación de la adecuación del área, requerimiento del espacio físico, inmuebles, materiales y gestión de recursos.

Se aplicó una encuesta a las usuarias del servicio obteniéndose los siguientes resultados:

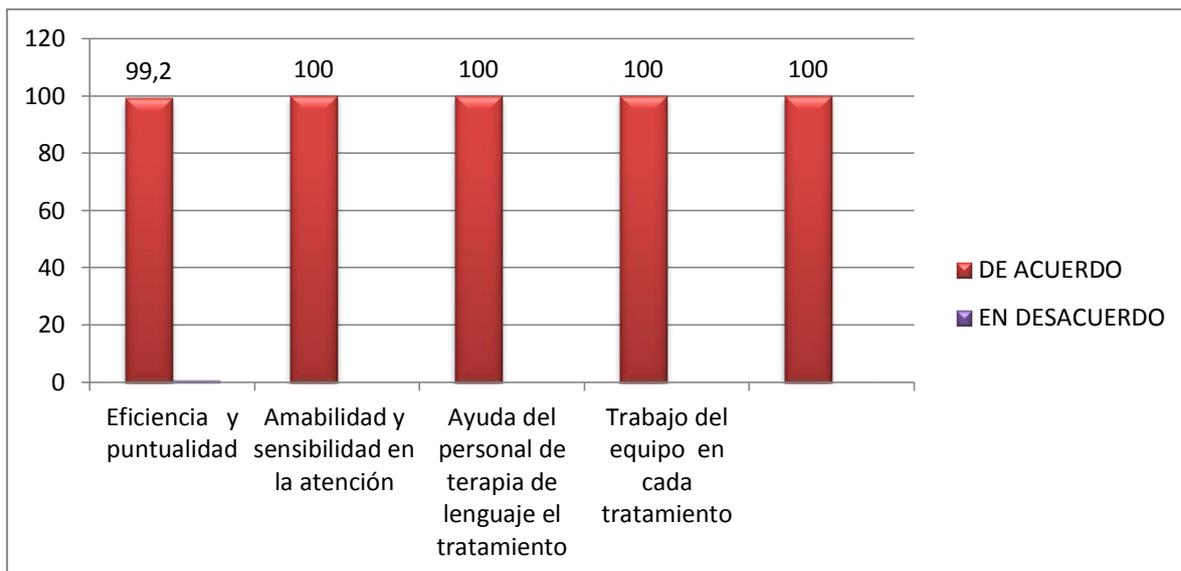
Tabla N° 4. Encuesta de satisfacción del usuario del área de tratamiento temprano del retraso en el lenguaje

INTEMS	DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
	F	%	F	%
Eficiencia y puntualidad	119	99,2	1	0,8
Amabilidad y sensibilidad en la atención	120	100	0	0
Ayuda del personal de terapia de lenguaje el tratamiento	120	100	0	0
Trabajo del equipo en cada tratamiento	120	100	0	0
Accesibilidad, instrucción, explicación y despeje de dudas por parte del equipo de salud	120	100	0	0
PROMEDIO	119,8	99,8	0,2	0,2
Eficiencia y puntualidad	119	99,2	1	0,8

Fuente: Planificación de actividades

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Gráfico N° 4. Encuesta de satisfacción del usuario del área de tratamiento temprano del retraso en el lenguaje



Fuente: Planificación de actividades

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico No.4 nos indica que los usuarios están de acuerdo con la atención del área en cuanto a la amabilidad y sensibilidad en la atención-ayuda del personal de terapia de lenguaje, en el tratamiento, trabajo del equipo en cada tratamiento, accesibilidad, instrucción, explicación y despeje de dudas por parte del equipo de salud en un 100%, y un 99,2% en cuanto a eficiencia y puntualidad

ESTRUCTORA DEL ÁREA, EQUIPAMIENTO Y MATERIALES

AREA ASIGNADA: Área de 37 metros cuadrados.

LISTA DE MATERIALES ADQUIRIDOS

Magnetófono y auriculares

Imágenes asociadas a ejercicios de articulación: Entrenamiento fonético y Voz

Infantil de Ed. CEPE; ambos

Ordenador con equipamiento multimedia

Cintas de sonidos conocidos: campo, ciudad, etc.

Depresores de lengua

Pizarra o caballete para block de pintura

Plancha de corcho en la pared

Material de sopro: globos, norias o molinillos, circuitos de sopro

Rompecabezas de dificultad diversa y maquetas para construir.

Láminas y dibujos de diversos

Cuentos, leyendas

Caja de letras en madera

Teatrillo, marionetas, muñecos para vestir y desvestir

Ropa para disfrazarse.

Juegos para el conocimiento del propio cuerpo,

Instrumentos para juego simbólico

EQUIPAMIENTO

10 sillas de metal color negro

2 escritorios

Dispensador de agua

1 repisa metálica

1 colchoneta

Nº	MATERIALES	CUMPLIMIENTO
1	Magnetófono y auriculares	100%
10	Imágenes asociadas a ejercicios de articulación: Entrenamiento fonético y Voz	100%
10	Infantil de Ed. CEPE; ambos	100%
1	Ordenador con equipamiento multimedia	100%
10	Cintas de sonidos conocidos: campo, ciudad. etc.	100%
100	Depresores de lengua	100%
1	Pizarra o caballete para block de pintura	100%
1	Plancha de corcho en la pared	100%
40	Material de soplo: globos, norias o molinillos, circuitos de soplo	100%
5	Rompecabezas de dificultad diversa y maquetas para construir.	100%
20	Láminas y dibujos de diversos	100%
20	Cuentos, leyendas	100%
10	Caja de letras en madera	100%
5	Teatrillo, marionetas, muñecos para vestir y desvestir	100%
10	Ropa para disfrazarse.	100%
10	Juegos para el conocimiento del propio cuerpo,	100%
5	Instrumentos para juego simbólico	100%

Análisis e interpretación: De los equipos y materiales solicitados para la implementación del área se adquirieron el 100%.

RESULTADO 3: Existencia de coordinación interinstitucional en la detección temprana del retraso en el lenguaje

3.1. Diagnóstico de las instituciones involucradas

Para esta activada se procedió a realizar una reunión con el equipo de salud en la que se procedió a evaluar la necesidad de incorporal a algunas instituciones de desarrollo infantil, se tomaron en cuanto 10 instituciones que forman parte del MIES.

Una vez seleccionadas se les convocó a las charlas para que sean partícipe del programa de detección temprana del retraso en el lenguaje, de esta manera ellos repliquen a los padres de familia sobre los signos de alarma,

3.2. Estrategias de coordinación

Introducción

Son suficientemente conocidos los sucesos estadíos por los que, en general, transcurre el lenguaje infantil, pero estas adquisiciones en la infancia no se producen de manera lineal y uniforme, sino que pueden aparecer múltiples variables que dificulten dichos procesos y, en consecuencia, perjudiquen el desarrollo global de las capacidades del sujeto. Es entonces cuando la atención temprana adquiere su máximo interés y se convierte en una técnica no necesaria, sino absolutamente imprescindible. La Intervención temprana es un proceder terapéutico, creado para ayudar a los niños con alteraciones del desarrollo, a mejorar estos trastornos o a moderar sus efectos. Se entiende como intervención temprana en el lenguaje el conjunto de acciones encaminadas a desarrollar en los niños (sin forzar su propio ritmo evolutivo) las habilidades fonológico/ fonéticas, morfosintácticas, semánticas y pragmáticas necesarias a fin de facilitar los intercambios comunicativos de los más pequeños con su entorno.

Los niños susceptibles de este tipo de intervención proceden de 3 grupos específicos:

- a) Niños en situación de riesgo biológico (prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia, etc.)
- b) Niños en situación de riesgo socioambiental (hijos de madres adolescentes, madres solteras, etc.)
- c) Niños con retrasos, desviaciones o discapacidades del desarrollo ya establecidas.

Objetivos generales:

Una atención temprana dirigida a potenciar el desarrollo y evolución del lenguaje infantil tendrá como objetivos los siguientes:

- Detectar el retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años, de los centros de desarrollo infantil del cantón Chone
- Facilitar el desarrollo de los elementos pre lingüísticos y de los componentes auxiliares del lenguaje oral (balbuceo, imitación de sonidos, entonación, comunicación no verbal, respiración, etc.)
- Favorecer el desarrollo de las dimensiones del lenguaje
- Prevenir la aparición y el desarrollo de alteraciones en el lenguaje infantil (detección temprana, uso de sistemas alternativos de comunicación)

Actividades

- Capacitación a los representantes de los programas sobre los signos de alerta.
- Detección de los signos de riesgos por parte de las educadoras
- Remoción del listado al servicio de salud para la apertura de la historia clínica
- Evaluación médica general
- Remisión a psicología
- Remisión a médico especialista
- Remisión a terapia de lenguaje

3.3. Elaboración del cronograma de capacitación a los centros de desarrollo infantil

Para esta actividad se procedió a establecer los temas de las charlas educativas a los representantes de los centros de atención integral, quedando estructurada de la siguiente manera:

Introducción

El trastorno específico del lenguaje es un trastorno que se define por su especificidad, existen problemas en el desarrollo y adquisición del lenguaje en general, pero no existen otro tipo de problemas localizados o evidentes, por lo menos, en la actualidad las investigaciones relacionadas con trastornos del lenguaje y sus causas no han encontrado las posibles causas de este trastorno, ni alteraciones en otros ámbitos del desarrollo, de ahí el nombre que recibe esta perturbación del lenguaje.

OBJETIVOS:

- ✓ Potenciar a la familia como entorno funcional, incrementando los conocimientos y las destrezas para detectar alteraciones del lenguaje

EJES TEMÁTICOS

- Entender el desarrollo normal del habla y el lenguaje
- La diferencia entre el habla y el lenguaje
- Señales de alarma de un posible problema
- Causas del retraso del habla o del lenguaje
- Qué hacen los terapeutas del lenguaje
- Qué pueden hacer los padres



Imagen No. 13. Invitación a los participantes

3.4. Ejecución de la capacitación

Con la participación de los padres y madres de familia, y luego de registrar la asistencia, del 10 de mayo del 2013, se les informó cómo detectar problemas de salud y sobre todo los signos de alarma del retraso en el lenguaje (Ver imagen No. 14-16)



Imagen No. 14. Fotografía de la capacitación



Imagen No. 15. Fotografía de la capacitación



Imagen No. 116 Fotografía de la capacitación

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
EN EL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CORDOVA DE LA
CIUDAD DE CHOYE PROVINCIA DE MANABI AÑO 2013

CONTROL DE ASISTENCIA EN LAS CHARLAS A LOS CENTROS DE DESARROLLO
INFANTIL

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Guillermo Pineda Cordero Rodríguez	
	Mónica Macías Luaces Bonobillo	
	Johanna Maricela Palma Velaz	
	Aracelis Monserrate Balleza Urcu	
	Cintya Elizabeth Noroña Bermeo	
	Jennifer Estefanía Haza Arzaga	
	Andrea Gabriela Navarrete Mendoza	
	Mercedes Asunción Zambrano Harón	
	Rosa de las Mercedes Quiroz Moreira	
	Paola Antonia Jajá Haza	
	Diego Wilson Hernández	
	Roberto Parra	
	Christina Ponce	
	Margarita García Vera	
	Ana María Quintero	
	Alfonso Quintero	
	Sallybeth Soano Vera	
	Dora María Quintero	

Imagen No. 16. Registro de firmas de la capacitación

3.5. Evaluación de trastornos del lenguaje a los niños en coordinación con instituciones de desarrollo infantil

Para esta actividad el equipo multidisciplinario, después de una valoración médica, procedió a evaluar a los niños referidos de los centros de desarrollo infantil, según los signos de alarma presentados, se atendieron un total del 320 niños, de los cuales 151 recibieron un esquema de tratamiento a mediano y largo plazo.



Imagen No. 17. Fotografía de la evaluación de los niños/as de los programas de desarrollo infantil.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 3. Coordinación interinstitucional para la detección temprana de problemas del lenguaje

INDICADORES. Hasta el 19 de junio del 2013, el 100% de la coordinación interinstitucional

Este indicador se cumple en un 100%, ya que se logró coordinar con las 10 instituciones de desarrollo infantil y evaluar a 230 niños/as.

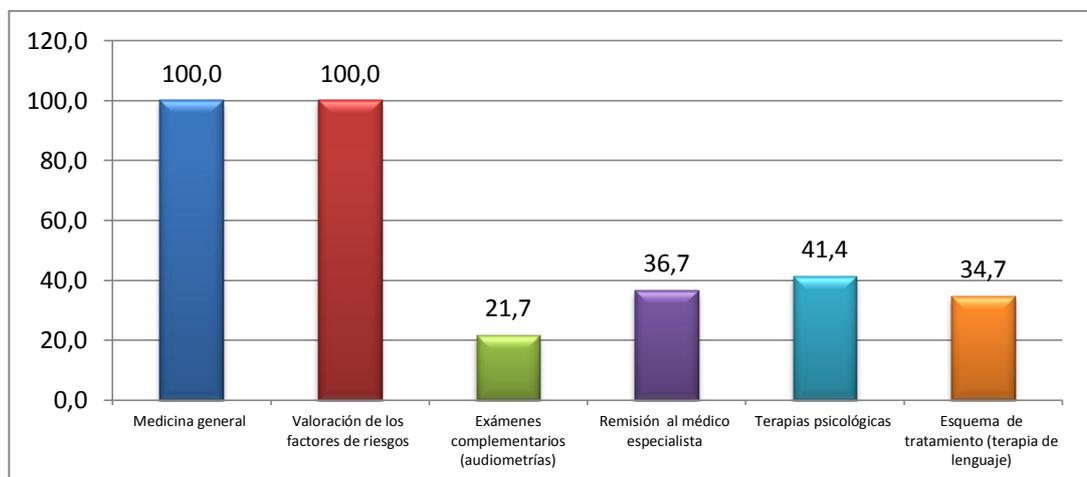
Tabla Nº 6. Distribución porcentual del número de atenciones en coordinación con los centros de desarrollo infantil

ATENCIÓNES BRINDADAS	F	%
Medicina general	320	100
Valoración de los factores de riesgos	320	100
Exámenes complementarios (audiometrías)	34	10,6
Remisión al médico especialista	151	47,2
Terapias psicológicas	133	41,6
Esquema de tratamiento (terapia de lenguaje)	151	47,2

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Tabla Nº 6. Distribución porcentual del número de atenciones en coordinación con los centros de desarrollo infantil



Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 6 referente a la distribución porcentual del número de atenciones, en un grupo de 320 niños se logró establecer que al 100% se le realizó la valoración médica y los factores de riesgos, solo al 105 se les realizó las audiometrías, el 47, 2% lo valoró el médico especialista, el 41,6% a terapias psicológicas y el 47,2% se les aplicó un esquema de tratamiento en terapia del lenguaje.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO: detección temprana del retraso del lenguaje en niños/as menores de 6 años atendidos en el Hospital Napoleón Dávila Córdova

INDICADOR

Hasta noviembre del 2013 se incrementa del 2% al 5% la detección temprana del retraso del lenguaje en niños/as menores de 6 años atendidos en el Hospital Napoleón Dávila Córdova que cuenta con un programa.

Esta actividad se cumplió a cabalidad, en la actualidad se sigue dando apertura a la atención de los niños/as de los centros de desarrollo infantil, con la colaboración del equipo de salud y autoridades del hospital.

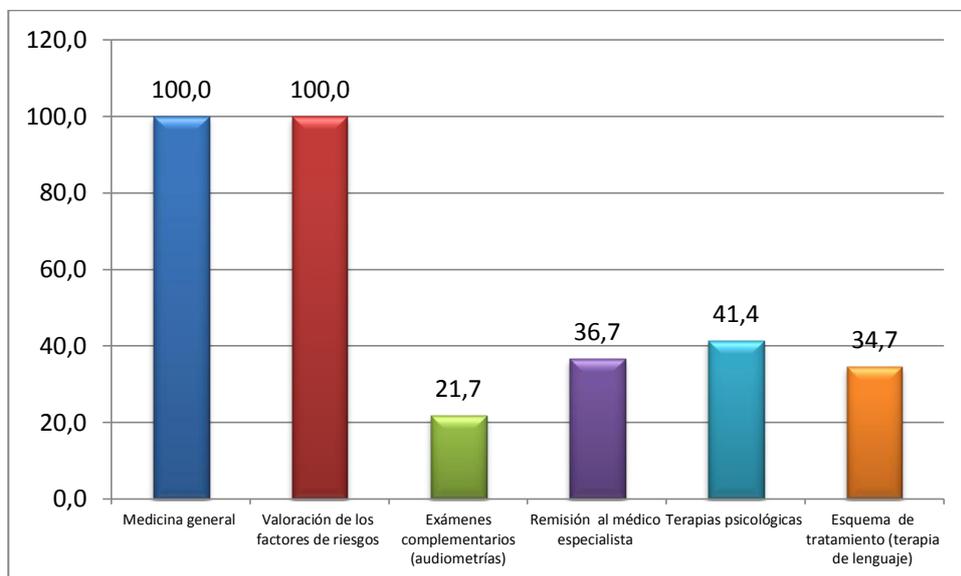
Tabla N° 7. Distribución porcentual del número de atenciones de octubre a noviembre del 2013 de niños/as diagnosticados con retraso en el lenguaje.

ATENCIONES	F	%
Medicina general	580	100,0
Valoración de los factores de riesgos	580	100,0
Exámenes complementarios (audiometrías)	126	21,7
Remisión al médico especialista	213	36,7
Terapias psicológicas	240	41,4
Esquema de tratamiento (terapia de lenguaje)	201	34,7

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Gráfico N° 7. Distribución porcentual del número de atenciones de octubre a noviembre del 2013



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

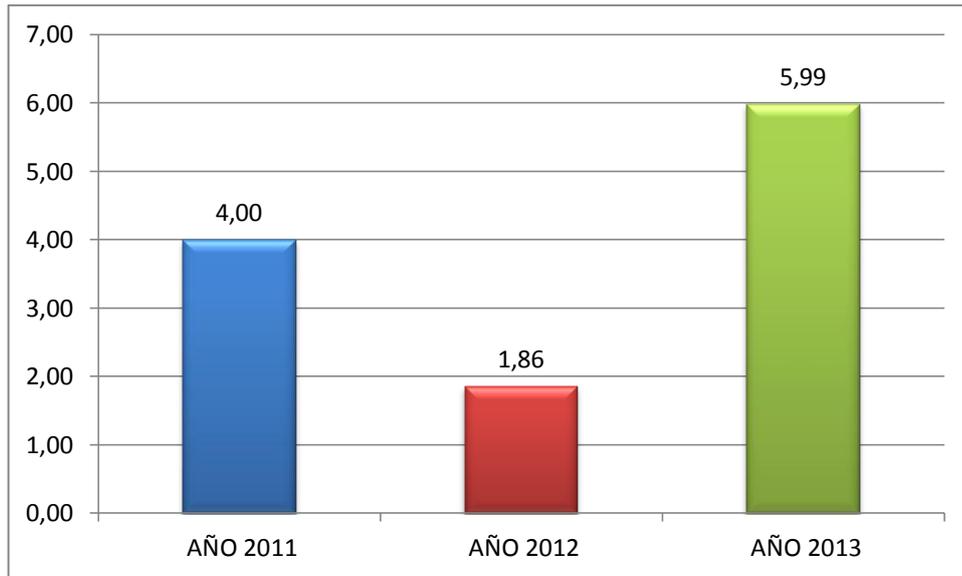
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 7 referente a la distribución porcentual del número de atenciones de octubre a noviembre del 2013, en un grupo de 580 niños se logró establecer que al 100% se le realizó la valoración médica y los factores de riesgos, sólo a 105 pacientes se les realizó las audiometrías, el 21,7% lo valoró el médico especialista, el 36,7% a terapias psicológicas y el 41,4%% se les aplicó un esquema de tratamiento en terapia del lenguaje.

Tabla N° 8. Distribución porcentual del número de atenciones pediátricas y trastornos del lenguaje en los años 2011, 2012,2013.

Años	Número de atenciones pediátricas	Número de niños diagnosticados con trastornos del lenguaje	%
2011	21829	873	4,0
2012	7628	142	1,9
2013	10946	656	6,0

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Gráfico N° 8. Distribución porcentual del número de atenciones pediátricas y trastornos del lenguaje en los años 2011, 2012,2013



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

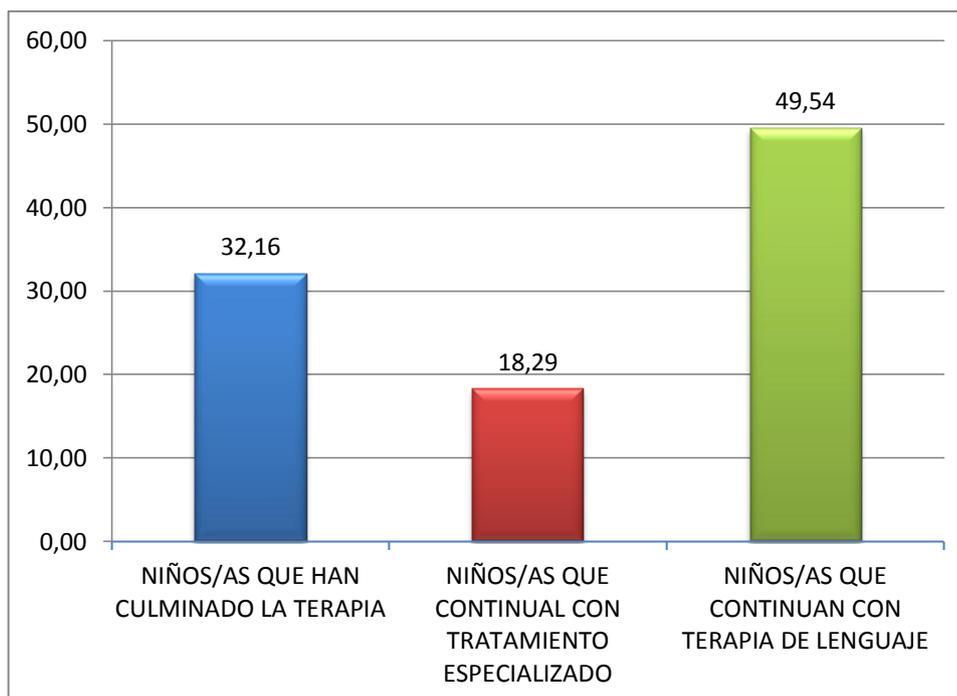
Análisis e interpretación: Según los datos obtenidos de las historias clínicas y atenciones pediátricas, el número de niños diagnosticados con trastornos del lenguaje, el 4% corresponde al 2011, este número bajó en el 2012 al 1,86% y aumentó en el 2013 al 5,9% mediante la aplicación de la detección temprana de los retrasos del lenguaje.

Tabla Nº 9. Distribución porcentual de los niños/as que han culminado la terapia y que continúan con el tratamiento.

ALTERNATIVA	F	%
Niños/as que han culminado la terapia	211	32,16
Niños/as que continúan con tratamiento especializado	120	18,29
Niños/as que continúan con terapia de lenguaje	325	49,54
TOTAL	656	100,00

Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Gráfico Nº 9. Distribución porcentual de los niños/as que han culminado la terapia y que continúan con el tratamiento



Fuente: Historias clínicas
Elaborado por: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Análisis e interpretación: Del cuadro y gráfico podemos observar que un 32,1% de los niños/as han culminado la terapia, el 18,29% continúan con el tratamiento especializado y un 49,5% se encuentran todavía en terapia de lenguaje.

EVALUACION DEL INDICADOR DEL FIN

Contribuir a mejorar la calidad de vida en los niños/as menores de 6 años.

Este indicador no es medible, pero con haber cumplido con el propósito y los objetivos del proyecto, se espera haber contribuido a mejorar la calidad de vida en los niños/as menores de 6 años atendidos en el Hospital Napoleón Dávila Córdova.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Que se cumplió con el 100% de los objetivos.

Que la implementación del programa de detección temprana de niños/as menores de 6 años por parte del equipo de salud, ha permitido mejorar la calidad de vida de los niños/as con el apoyo de sus familiares.

Se capacitó al 100% del equipo de salud sobre detección temprana del retraso del lenguaje en niños/ menores de 6 años, contribuyendo a la disminución de complicaciones.

Se organizó un área para la detección temprana de problemas del lenguaje, logrando un tratamiento eficiente e integral.

Se coordinó con instituciones involucradas en la detección temprana del retraso en el lenguaje, brindando a los padres de familia una orientación adecuada.

Recomendaciones

Que la actualización del equipo de salud contribuya positivamente en el mejoramiento de la salud de los niños/as menores de 6 años.

Las actividades desarrolladas en el programa lograron integrar de manera participativa a las madres y padres de familia que forman parte de la población.

Que la actualización del equipo de salud contribuya positivamente en el mejoramiento de la salud de los niños/as y que la información a los padres de familia junto con los servicios que se brindan, constituyan para el niño y familia el apoyo y tratamiento adecuado.

Que las autoridades coordinen con los responsables del área del lenguaje en programas y proyectos en bienestar de los niños/as con retraso en el lenguaje.

Bibliografía

- Buele M. (2008); *Situación de Salud y sus Tendencias- Módulo III.*
- Buele M. (2010) *Guía Didáctica. Reestructurada Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado II- Módulo IV.* UTPL
- Castejón & Navas, (2011) *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria: Editorial Club Universitario, 2011*
- Dávila, S. (2009); *Siete Encadenamientos Estratégicos para hacer Ingeniería de Procesos,* Ecuador.
- Jiménez S. A. (2009) „Expresión y comunicación Ciclos Formativos. Servicios socioculturales y a la comunidad
- Licha, I. (2009). *Herramientas para la formación de políticas. El análisis de los actores.* Fondo España PNUD.
- López P, Ortiz C & Moldes Viviana (2008) *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y Práctica.* Colección Panamericana de terapia ocupacional: Panamericana, 2008
- Marín, A., Jaramillo, B., Gómez, R., Gómez U.(2008) *Manual de Pediatría Ambulatoria.* Colombia: Ed. Médica Panamericana
- Martínez R. (2010). *La Coherencia y la Coordinación de las Políticas Públicas. Aspectos Conceptuales y Experiencia.* En Jefatura de Gabinete de Ministros de la Presidencia de la Nación, Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina, Proyecto de Modernización del Estado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Peden M. (2008). *World report on child injury prevention. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.*
- Piedra, M. (2010) *Reestructurada: Guía Didáctica Dra. Buele Maldonado, Norita; Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud- Módulo IV.*UTPL
- Ramos M. (2009); *Gerencia Integral en Salud- Módulo I.*
- Salas G. & Lizama E. (2009). *Historia de la Psicología en Chile.* Editorial Universidad de La Serena.
- Trías. D. & Cuadro, A (2008) (Remitido). *Desarrollo de la conciencia fonética: evaluación y seguimiento de un programa de intervención. Rev. Sociedad de Neuropsicología Argentina.*

Linkografías

- Calderón Astorga N: "*Detección de trastornos del Lenguaje*". Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/deteccion>
- López Betancourt M.: "Retraso del lenguaje". Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/retraso_del_lenguaje_1
- García Martínez C M, López Betancourt M, Dávila Corrales U. Programa de intervención del lenguaje dedicado a educadoras y padres. en: *Intervención temprana en niños con retraso del lenguaje*. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-лого/intervencion_temprana_en_ninos_con_retraso_del_lenguaje.pdf
- Lantigua Cruz A, Portuondo Sao M, Collazo Mesa T, Lardoeyt Ferrer R. Epidemiology of Prenatal Genetic and Environmental Factors of Mental Retardation in Cuba. *MEDICC Review International Journal of Cuban Health and Medicine*. 2008; 10 (1). Disponible: en: <http://www.sld.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=5&id=48&a=vahtml>
- Álvarez Gómez MJ, Soria Aznar J, Galbe Sánchez-Ventura J. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100005&lng=es .
- Rossel C. Katherine. «*Apego y vinculación en el síndrome de Down*. Una emergencia afectiva». *Revista Pediatría Electrónica*. 2004; Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol1num1/3.htm>. Consultada 6 de diciembre de 2011.
- Machin Verdes M, Puron Sopena E, Castillo Mayedo JA. Reflexiones sobre la intervención temprana en niños con síndrome de down considerando la familia y la comunidad. *Rev haban cienc méd*. 2009; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100002&lng=es&nrm=iso . accedido en 6 de marzo 2011.
- Unicef (2012) Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_coordina_politicas.pdf

APÉNDICES

Apéndice N^o 1

FICHA DE CONTROL Y AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Lcda. Viviana Patiño Zambrano

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: Detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013.

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)					OBSERVACIONES
		A	S	O	N	D	
RESULTADO 1							
1. Actualizar al equipo de salud sobre la detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años	✓ Hasta marzo del 2013 el 100%, del equipo de salud (21) actualizado sobre detección temprana del retraso en el lenguaje en niños/as menores de 6 años.	100 %					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2							
2. Organizar un área para la detección temprana de retraso de lenguaje	✓ Hasta abril del 2013 el 100% del área para la detección temprana de problemas de lenguaje organizada, con la dotación de un área de 37m ² , materiales lúdicos (cuentos, rompecabezas, audios etc.) equipamiento (escritorios, sillas, mesas) e insumos	100 %					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3							
4. Coordinación con instituciones involucradas en la detección temprana de retraso en el lenguaje	✓ Hasta el 28 de noviembre del 2013 se coordina con 10 instituciones involucradas en la detección temprana de retraso en el lenguaje.		100%				Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Myriam Susana Donoso Paolomeque, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

Apéndice N° 2

Foto-relatoría

Imagen N° 1

Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 2

Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 3

Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 4
Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 5
Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 6
Capacitación



Imagen N° 7
Capacitación



Imagen N° 8
Capacitación



Imagen N° 9
Capacitación



Imagen N° 10
Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 11
Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N° 11
Área de lenguaje sin adecuación



Imagen N°21
Tomas de pruebas en área sin adecuación



Imagen N°21
Tomas de pruebas en área sin adecuación



Imagen N°22



Imagen N°23



Imagen N°24



Imagen N°25



Imagen N°26



Imagen N°27



Imagen N°28



Imagen N°29



Imagen N°30



Imagen N°31



Imagen N°32



Imagen N°33



Imagen N°34



Imagen N°35



Imagen N°36



Imagen N°37

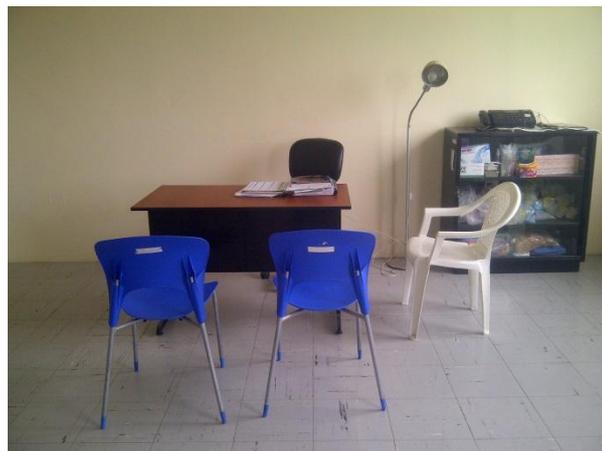


Imagen N°38



Imagen N°39



Imagen N°40



Imagen N°41



Imagen N°42



Imagen N°43

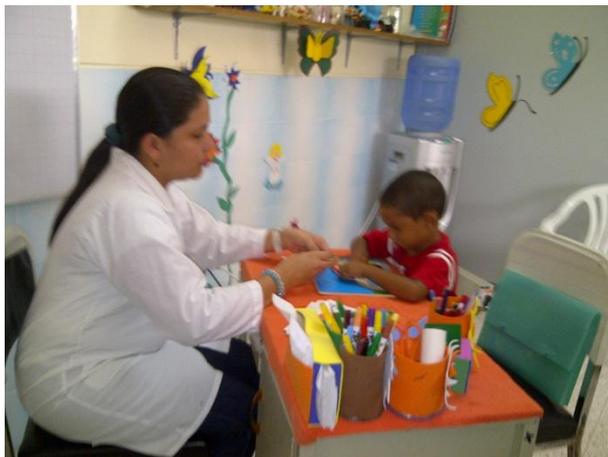


Imagen N°44



Imagen N°45

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL RETRASO DEL LENGUAJE
EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
EN EL HOSPITAL NAPOLEON DÁVILA CÓRDOVA DE LA
CIUDAD DE CHONE PROVINCIA DE MANABÍ AÑO 2013

CONTROL DE ASISTENCIA EN LAS CHARLAS A LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Gloria Alexandra Liz Liz	
	Ama Garcia Mendoza	Ama Garcia Mend
	Diana Patricia Mora	
	Zambrano Pinales Maricela	
	Mario Lopez Guala	
	Doris Raquel Vela	
	Annabelle Macias Mendoza	
	Gabriela Ines Reyes	
	Lady Saltos Bravo	Lady Saltos
	Betsy Intraco Maricela	
	Diana Bienes Moreira	
	Pada Pinto Montes	
	Johanna Vile M	
	Lina Bruna Rodriguez	
	Diana Haribel Villus Palma	
	Gladys Teresa Gomez	
	Farmen Zambrano	
	Fernanda Cedeño	

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
EN EL HOSPITAL NAPOLEON DÁVILA CÓRDOVA DE LA
CIUDAD DE CHONE PROVINCIA DE MANABÍ AÑO 2013

CONTROL DE ASISTENCIA EN LAS CHARLAS A LOS CENTROS DE DESARROLLO
INFANTIL

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Guido Alex Cedeño Rodríguez	
	Macías Macías Viana Annabelle	
	JOHANNA MARICHA PAJMA VELEZ	
	Mercades Monserrate Positiva Jerez	
	Cintya Elizabeth Noroña Bermeo	
	Jennifer Estefanía Meza Arteaga	
	Andrea Gabriela Navarrete Mendoza	
	MERCEDES ASUNCIÓN ZAMBRANO MAREN	
	Rosa de las Mercedes Quiroz Moreira	
	Bazman Katiushka Ugo Haza	
	Díaz Wilson Hernández	
	Roberto Parra	
	CHRISTINE PRONAI	
	Margarita García Vera	
	ANDRÉS BARRAL	
	ALFONSO SUAREZ	
	Sallez. Susana Vera	
	DR. P. K. S. CONDOR	



CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL RETRASO DEL LENGUAJE
EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS
EN EL HOSPITAL NAPOLEON DÁVILA CÓRDOVA DE LA
CIUDAD DE CHONE PROVINCIA DE MANABÍ AÑO 2013

CONTROL DE ASISTENCIA EN LAS CHARLAS A LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	Chóez Zambrano Andrea Juliana	Chóez Andrea
	Sánchez Sánchez Naomi Auxiliadora Gloria Alejandra Díaz Díaz	Naomi Sánchez Gloria Díaz
	Sandry García Espino Lucía Cedeno Branda	Lucía García Branda Cedeno
	Nancy Estrella Cedeno Vélez	Nancy Cedeno
	Naomi Beatolina Vélz Páez	Naomi Vélz
	Rosaleoná Guzmán Espino	Rosaleoná Guzmán
	Mariela Guadalupe Zambrano Parrales	Mariela Zambrano
	Corrao Baque Panny Stephanie	Panny Corrao
	Delgado Tráez Ana María	Ana Delgado
	Sandra Pizarro Aleixar	Sandra Pizarro
	Valeria Lissette Ancherndia Rodríguez	Valeria AR
	Stephanie Virginia Zambrano Argandoña	Stephanie Zambrano
	Mariela del Rocío Cedeno Intrigó	Mariela Cedeno
	Nelly Yadira Ruiz Cuervo	Yadira Ruiz C.
	Gecondá Bohórquez A.	Gecondá Bohórquez A.
	Silvia Medina Rosado	Silvia Medina

Apéndice N 5

OFICIOS

Chone 2 de mayo de 2013.

Lcda

María Zambrano Mejía

**REPRESENTATE LEGAL DEL PROYECTO DE DESARROLLO INFANTIL DEL
MIES**

Ciudad.-

Como maestrante de la Carrera de Gerencia en Salud, de la Universidad Técnica Particular de Loja, y con motivo de realizar mi Tesis titulada: "Programa de detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013. Me dirijo a usted para hacerle la cordial invitación a participar de las charlas educativas de detección de retraso en el lenguaje, que se realizara el día 10 de mayo del 2013, en las instalaciones del hospital, así mismo realizar un cronograma para la atención de los niños/as que requieran un plan de tratamiento.

Por la atención que se sirva dar a la presente le quedo agradecida.



Lcda. Viviana Paola Patiño Zambrano
MAESTRANTE UTPL



Chone, 21 de febrero de 2013.

Econ.

Benhur Rodríguez

**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE CHONE "DR. NAPOLEÓN DÁVILA
CÓRDOVA"**

Ciudad.-

Como es de su conocimiento me encuentro realizando mi tesis titulada: "Programa de detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013. Por este motivo me dirijo a usted con el requerimiento de los materiales para del área de atención temprana a pacientes con retraso en el lenguaje, una vez que ya ha sido asignado el espacio físico para el mismo.

Por la atención que se sirva dar a la presente le quedo agradecida.

Viviana Patiño Zambrano

Lcda. Viviana Paola Patiño Zambrano
MAESTRANTE UTPL



Adjunto requerimiento de insumos y materiales.

Chone , Mayo 25 de 2013.

Econ.

Benhur Rodríguez

**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE CHONE "DR. NAPOLEÓN DÁVILA
CÓRDOVA"**

Ciudad.-

Como es de su conocimiento me encuentro realizando mi tesis titulada: "Programa de detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdoba de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013. Por este motivo me dirijo a usted para solicitar autorización para la ejecución de la capacitación al equipo de salud referente al tema entes mencionados. Este evento se realizará los días 1-3 de abril del 2013.

Por la atención que se sirva dar a la presente le quedo agradecida.



Viviana Patiño Z.

Lcda. Viviana Paola Patiño Zambrano
MAESTRANTE UTPL

Adjunto Plan de capacitación.

Chone Enero 20 de 2013.

Ec.

Benhur Rodríguez

**GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE CHONE "DR. NAPOLEÓN DÁVILA
CÓRDOVA"**

Ciudad.-

Como maestrante de la Carrera de Gerencia en Salud, de la Universidad Técnica Particular de Loja, y con motivo de realizar mi Tesis titulada: "Programa de detección temprana del retraso del lenguaje en niños menores de 6 años en el Hospital Napoleón Dávila Córdoba de la ciudad de Chone provincia de Manabí año 2013. Me dirijo a usted para solicitarle autorización en la ejecución de las actividades del programa.

Por la atención que se sirva dar a la presente le quedo agradecida.

Viviana Patiño Z.

Lcda. Viviana Paola Patiño Zambrano
MAESTRANTE UTPL



Apéndice N 6

GUIA ATENCION TEMPRANA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS PON RETRASO EN EL LENGUAJE

RESUMEN

El propósito de esta Guía de Buena Práctica para la Detección Temprana de los Trastornos del lenguaje es establecer criterios y procedimientos para la identificación temprana de niños y niñas con riesgo de padecer de un problema severo conjuntivo, a fin de que puedan ser remitidos a una evaluación diagnóstica completa que permita iniciar prontamente la intervención adecuada. La identificación temprana de estos trastornos resulta de extraordinaria importancia, habida cuenta de que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico a largo plazo de muchos pacientes.

En primer lugar, se presenta la valoración objetiva de la situación actual de la detección temprana, En segundo lugar, se recomienda el proceso de detección a seguir, delimitando los pasos a dar, los servicios implicados y los instrumentos disponibles.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este informe es facilitar la identificación temprana de niños con riesgo de padecer alteraciones del lenguaje, para que puedan ser remitidos inmediatamente a una evaluación diagnóstica completa, que permita iniciar prontamente la intervención.

El interés por la identificación temprana radica en la evidencia acumulada durante los últimos diez años, que establece que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños y niñas con trastornos del lenguaje

Además, el periodo que transcurre desde las primeras sospechas hasta el diagnóstico del caso provoca angustia, incertidumbre y desorientación para las familias; de forma que todo aquello que proporcione a la familia los apoyos necesarios, va a reducir notoriamente el estrés y el sufrimiento familiares y va a ayudar a planificar los servicios comunitarios requeridos posteriormente.

Las barreras que provocan este reconocimiento tardío se encuentran en los canales de detección:

- 5) A nivel familiar, los padres tienen dificultades para detectar los síntomas de las alteraciones comunicativo-sociales en una fase temprana del desarrollo, tanto si se trata de padres primerizos como de padres expertos
- 6) En el ámbito de salud, los pediatras y demás profesionales de la atención primaria a menudo carecen de la información y la formación necesaria, por lo que no reconocen las conductas alteradas. Además, con frecuencia tienden a pensar - erróneamente - que se trata de problemas leves o transitorios en el desarrollo, o a recomendar la espera cuando detectan problemas de lenguaje.
- 7) En el ámbito educativo se da una situación desigual en la etapa infantil y principalmente del ciclo 0-6 años; de forma que donde se han desarrollado las Escuelas Infantiles y los Equipos de Atención Temprana, la sensibilidad y la experiencia en desarrollo evolutivo de los educadores asegura una detección mayor y más temprana
- 8) Lo mismo ocurre en el ámbito de los servicios sociales, porque el desarrollo de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) de los Centros Base de Bienestar Social, y de las Unidades de Atención Temprana es muy desigual, con una limitada formación en las alteraciones específicas del desarrollo infantil.

PROCESO DE DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

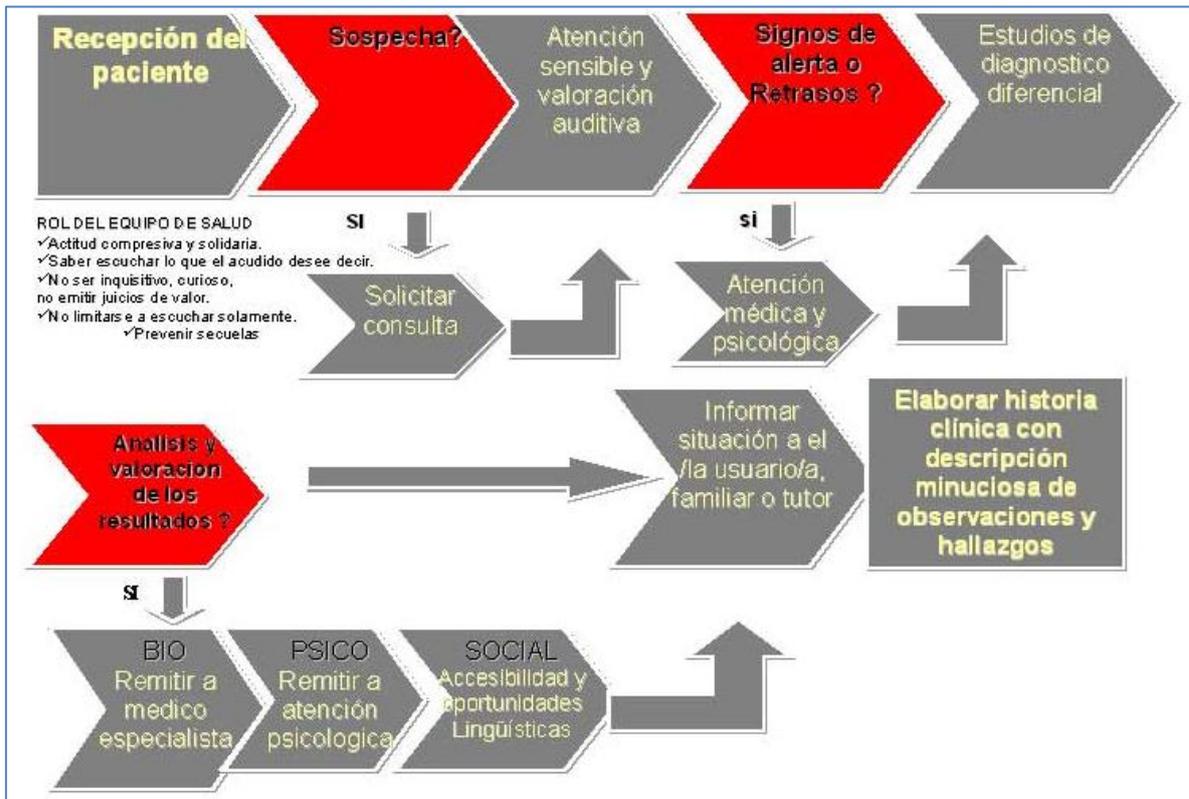
Nivel uno

- Vigilancia del desarrollo

Nivel dos

- Detección específica

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Anamnesis

Como en cualquier otra entidad clínica, el pediatra debe comenzar por realizar una buena historia clínica. Ciertamente, en los primeros años de la vida los TA parecen muy silentes, pero si hacemos una buena historia clínica podemos recoger durante los dos primeros años de edad datos como: pequeñas desviaciones en el tono muscular y en la motricidad gruesa y fina, en el nivel de atención, de actividad, de respuesta sensorial o temperamento.

- antecedentes obstétricos: prematuridad, bajo peso, infecciones, etc
- primeros hitos del desarrollo psicomotor: edad de sedestación y deambulación autónoma, primeros bisílabos propositivos, primeras palabras y frases.
- enfermedades intercurrentes: cualquier enfermedad crónica que pudiese justificar absentismo escolar, etc.
- Signos de alarma: precisar si existen los signos de alarma señalados en la tabla 2, correspondientes a los distintos rangos de edad: preescolar, educación primaria y secundaria (18, 19).
- Antecedentes familiares: hay un componente genético en la etiología de la dislexia, del déficit de atención/hiperactividad y de la discalculia (20).
- Comorbilidad: descartar trastornos comórbidos como ansiedad, depresión, problemas de

conducta, problemas de autoestima y trastorno por déficit de atención.

<p>Educación infantil (0-6 años)</p> <p>Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Problemas de pronunciación, habla ininteligible<input type="checkbox"/> Dificultad para entender órdenes sencillas<input type="checkbox"/> Dificultad para entender preguntas<input type="checkbox"/> Desarrollo lento en la adquisición de palabras y/o frases<input type="checkbox"/> Dificultad para expresar deseos o necesidades a través del lenguaje oral<input type="checkbox"/> Dificultad para rimar palabras<input type="checkbox"/> Falta de interés en relatos o cuentos	
<p>Motricidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Torpeza en motricidad gruesa (como correr, saltar)<input type="checkbox"/> Equilibrio pobre<input type="checkbox"/> Torpeza en la manipulación fina (como atarse botones o ponerse los zapatos).<input type="checkbox"/> Evitación de actividades como dibujar, hacer trazos, etc.	
<p>Desarrollo cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Problemas en memorizar los días de la semana, el alfabeto, etc.<input type="checkbox"/> Problemas para recordar las actividades rutinarias<input type="checkbox"/> Dificultades en la noción causa-efecto, en contar y secuenciar<input type="checkbox"/> Dificultades en conceptos básicos (como tamaño, forma, color)	
<p>Atención:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Alta distraibilidad, dificultades para permanecer en una tarea<input type="checkbox"/> Hiperactividad y/o impulsividad excesiva	
<p>Habilidad social:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Problemas de interacción, juega solo<input type="checkbox"/> Cambios de humor bruscos<input type="checkbox"/> Fácilmente frustrable<input type="checkbox"/> Rabietas frecuentes<input type="checkbox"/> Repetición constante de ideas, dificultad para cambiar de idea o de actividad	
<p>Educación primaria</p> <p>Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificultad para aprender la correspondencia entre sonido/letra	

- Errores al leer
- Dificultades para recordar palabras básicas-Inhabilidad para contar una historia en una secuencia

Matemáticas:

- Problemas para aprender la hora o contar dinero
- Confusión de los signos matemáticos
- Transposición en la escritura de cifras
- Problemas para memorizar conceptos matemáticos
- Problemas para entender la posición de los números
- Dificultades para recordar los pasos de las operaciones matemáticas

Motricidad:

- Torpeza, pobre coordinación motor
- Dificultad para copiar en la pizarra
- Dificultad para alinear las cifras en una operación matemática
- Escritura pobre

Atención:

- Dificultades para concentrarse en una tarea
- Dificultades para terminar un trabajo a tiempo
- Inhabilidad para seguir múltiples instrucciones
- Descuidado, despreocupado
- Rechazo ante los cambios de la rutina o ante conceptos nuevos

Habilidad social:

- Dificultad para entender gestos o expresiones faciales
- Dificultad para entender situaciones sociales
- Tendencia a malinterpretar comportamientos de compañeros o adultos
- Aparente falta de «sentido común»

Los trastornos de lenguaje o de la coordinación motora pueden ser para el pediatra señales de alerta para valorar evolutivamente en esos niños el rendimiento escolar y poder detectar así un TA. Se debe preguntar siempre a los padres sobre la opinión del maestro acerca del aprendizaje del niño. Bastantes estudios apoyan que el profesorado de los primeros años escolares puede ser el mejor indicador de futuros problemas académicos, con una sensibilidad del 61 % y una especificidad del 86%, mejor que muchas de las herramientas de *screening* disponibles actualmente). Además, será útil poder ver los boletines de calificaciones y algunos de los trabajos escolares del niño, fijarnos en qué asignaturas domina mejor y en cuales tiene más dificultades nos ayudará a orientar también el problema.

Por otra parte, hay que tener en cuenta siempre la calidad de la enseñanza del niño en la escuela, y especialmente el contexto de grupo en el que se mueve; así por ejemplo, un chico con un TA puede no detectarse tampoco durante los primeros años de escolaridad dentro de un grupo de chicos con un bajo nivel escolar entre los que puede ser, en esos momentos, un estudiante sin problemas.

La anamnesis sobre el rendimiento escolar la haremos periódicamente en cada revisión del niño, pues muchos TA no se hacen evidentes hasta que aumenta la exigencia académica en educación secundaria. El rendimiento satisfactorio de estos chicos en cursos inferiores declina significativamente, lo que genera frustración y mina la autoestima en una edad tan crítica como la adolescencia (18, 19). Algunas veces los padres no refieren los problemas escolares sino que consultan el problema de adaptación social de su hijo (23) o quejas psicósomáticas varias que pueden ser la manifestación de un TA.

b) Exploración clínica

El pediatra debe realizar una exploración física general del niño para descartar otras entidades, incluyendo una completa exploración neurológica para excluir enfermedades neuropediátricas.

Deberá descartar problemas sensoriales visuales y/o auditivos. En presencia de éstos sólo podrá diagnosticarse un TA cuando las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dicho déficit sensorial.

Habrá que fijarse en ligeras alteraciones del tono muscular y descartar la presencia de los llamados “signos neurológicos menores” (*soft signs*), que se consideran signos importantes de un trastorno menor y no signos menores de una lesión importante (25). Algunos son, a cualquier edad, manifestación de una disfunción neurológica leve, pero otros sólo tienen significado a partir de una determinada edad. Los buscaremos en los niños entre los 6 y 12 años de edad valorando:

- las praxias (capacidad del niño para ejecutar acciones motrices por imitación o ante una orden verbal). Se exploran pidiendo al niño que saque la lengua y la mueva a los lados, que atornille y desatornille el martillo de reflejos, etc.
- las gnosias (proceso de percepción, reconocimiento y denominación de estímulos). Se pueden explorar pidiendo al niño que haga el reconocimiento digital con los ojos cerrados, que reconozca objetos al tacto, etc.
- Las sincinesias (presencia de movimientos superfluos, no propositivos, que aparecen en un movimiento propositivo). Son fenómenos fisiológicos; lo que les convierte en patológicos es bien su exageración, su ausencia (por ejemplo la ausencia del balanceo de brazos, propio de la marcha bípeda) y su persistencia fuera de la edad habitual. Las sincinesias se consideran normales hasta la edad de 8-9 años. A partir de esta edad, por ejemplo, un niño no debería mostrar movimientos superfluos en las manos cuando camina con el borde externo de los pies en consulta.
-

El pediatra se planteará si debe descartar enfermedades como ferropenia o anemia, hipotiroidismo, intoxicación por plomo, etc. Hay estudios que demuestran que los escolares malnutridos o con déficit de hierro rinden peor académicamente (26, 27), por lo que este dato merece valoración. Pruebas más complejas y costosas (TAC, RM, PET, etc.), aunque son habitualmente requeridas por los padres, son útiles en el campo de la investigación, pero no son necesarias hoy por hoy en la práctica para establecer el diagnóstico de TA.

c) Exploración “neuropsicológica” en la consulta de pediatría

La valoración neuropsicológica del niño la realizará, lógicamente, un experto en la materia. La misión del pediatra será explorar “a grandes rasgos” algunas funciones cognitivas para detectar posibles trastornos del desarrollo o dificultades específicas de aprendizaje, para remitir al niño adecuadamente a dicho estudio. Por ello, los pediatras deben tener conocimientos en psicología del desarrollo

Para valorar el lenguaje puede usarse un breve diálogo informal (“¿qué ves en la tele?, ¿a qué te gusta jugar?). Convendría seleccionar cuatro o cinco preguntas, y hacer siempre las mismas a todos los niños, lo que permitiría establecer comparaciones. En los niños más pequeños es útil un pequeño rato de juego informal (con una casita con muñecos, un coche, un teléfono de juguete), utilizando también preguntas abiertas. Puede utilizarse también láminas de dibujos en las que se representa un cuento-visual, que el niño debe relatar con palabras. La repetición de palabras y pseudo palabras también es muy útil; las dificultades en la repetición, sobre todo de pseudo palabras, es una prueba muy sensible para detectar problemas de lenguaje. De esta forma, se obtiene información de la organización del lenguaje en todos los aspectos formales y funcionales.

Al final del primer año de vida el niño emitirá sus primeras palabras. Entre los 18-24 meses el niño empezará a construir sus primeras frases de 2 palabras y entre los 24-30 meses dominará bastante bien la oración simple y hará frases de unas 3 palabras. Hacia los 3,5 años el niño ha adquirido ya lo esencial de la lengua y hacia los 5 años su lenguaje es prácticamente como el del adulto en cuanto a morfología y sintaxis, si bien el resto de aspectos evolucionan hasta más allá de la adolescencia (28, 29). De manera que, si se observa un retraso en las habilidades anteriormente señaladas para cada edad o si el niño tiene problemas para comunicarse mediante el lenguaje a la edad de 3 años, deberemos remitirle para una valoración más profunda. Los problemas de pronunciación o dislalias se consideran fisiológicas hasta los 5 años y, si el resto de elementos del lenguaje son correctos, no suelen precisar tratamiento hasta que el chico finaliza la educación infantil.

Observando la manera en que se ata los botones y los cordones de los zapatos mientras se viste tras la exploración física nos dará una idea de su motricidad fina. La pobre habilidad manipulativa,

aceptable a los 3 años, ya no lo es a partir de los 5-6 años.

Podemos tener también unos pequeños cubos de madera con los que pedirle que haga unas simples construcciones: hacia los 2 años será capaz de hacer con ellos un tren, hacia los 3 años nos hará un puente y a los 4 años una puerta (15). Con una hoja de papel y un lápiz le pediremos a los 2,5 años que nos imite un trazo horizontal y vertical, a los 3 años podrá copiar un círculo, a los 4 años copiará una cruz, a los 5 un triángulo y a los 6 años un rombo; siendo capaz de copiar formas más complejas a partir de esa edad (30). A partir de los 3-3,5 años le podemos pedir que dibuje un niño. El test de dibujo de la figura humana de Goodenough (31) nos aporta información sobre su capacidad cognitiva global –en las edades más inferiores únicamente-, su habilidad grafomotriz e incluso sobre su estado emocional. En torno a los 4 años será capaz de representar monigotes y hacia los 6 años la calidad de su representación será muy buena. Si al final del período de educación infantil el niño no fuese capaz de reconocer en sí mismo los elementos que componen su cuerpo o no fuese capaz de representarlo con cierta fidelidad, pensaríamos en un retraso en la elaboración del esquema corporal.

Es básico explorar la lateralidad en consulta, pues está relacionada con aprendizajes tan importantes como la lectura y la escritura. Algunos autores afirman que es a los 4 años cuando se establece la dominancia manual, aunque las últimas publicaciones establecen un marco de referencia más amplio situando el límite en torno a los 6 años. Para valorarlo le pedimos al niño que haga espontáneamente una serie de gestos: “haz que comes, haz que te lavas los dientes, coge una pelota que te lanzo con una sola de tus manos, haz que dé patadas a un balón, mira por un catalejo, etc.”. Debemos recordar que no es lo mismo la dominancia lateral que el dominar las nociones espaciales derecha-izquierda. Hacia los 6 años el niño será capaz de ubicar derecha-izquierda en las diferentes partes de su cuerpo, pero hasta los 8 años no lo logra en otra persona

Valoraremos también la capacidad de atención del niño. Los niños de 3 a 5 años pueden permanecer quietos mientras se les cuenta un relato corto. Para los niños de educación primaria podemos utilizar los criterios diagnósticos DSM-IV o cuestionarios para descartar problemas atencionales.

Exploraremos la lectura haciendo que el chico lea en voz alta en consulta y haciéndole algunas preguntas sobre el texto para explorar su comprensión. La habilidad lectora se consigue en el primer ciclo de educación primaria, de modo que si el niño no ha adquirido una lectura automatizada y comprensiva a esa edad – en torno a los 7 años- deberíamos remitirle para un estudio en profundidad. Si hacemos leer siempre el mismo texto a todos los niños podremos también adquirir cierta experiencia y establecer comparaciones. Nos fijaremos en la velocidad lectora (un niño de primero de primaria leerá en torno a 30 palabras por minuto y uno de segundo curso unas 70 palabras por minuto) y analizaremos si comete errores como inversiones, sustituciones, omisiones, adiciones, etc. que pudiesen orientarnos hacia una posible dislexia; con más peso si además el niño tiene un

trastorno de la lateralidad, de la orientación visoespacial o dificultades en el desarrollo lingüístico

Para explorar la escritura le haremos poner su nombre debajo del dibujo, o escribir una frase espontáneamente, al dictado y en copia, fijándonos por ejemplo en señales como la confusión de grafismos que son iguales salvo en su orientación en el espacio (b-d-p-q). También a final del primer ciclo de educación primaria el niño tiene que haber conseguido desarrollar la escritura y conocerá algunas reglas básicas de la ortografía castellana.

Esta somera exploración, añadida a la exploración pediátrica general, puede suponer un coste adicional de 15 minutos. Precisa de recursos sencillos, perfectamente disponibles en las consultas. Con su utilización sistemática, el pediatra puede adquirir cierta experiencia para sospechar posibles TA. Con ese diagnóstico “de sospecha” y evitando a toda costa adoptar la postura de “esperar a ver si el chico madura” o aceptando etiquetas de “vago” que a veces el niño trae ya puestas, el pediatra debe remitir al niño a los equipos de orientación psicopedagógica de su centro escolar y/o a un equipo donde se pueda establecer o descartar el diagnóstico de TA.

EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

El diagnóstico psicopedagógico o neuropsicológico de las dificultades de aprendizaje ha de hacerse siempre en el contexto clínico, sin limitarlo a la aplicación de una batería de tests. Se trata de realizar una valoración tanto cuantitativa, al comparar el rendimiento obtenido por el niño con el grupo normativo de su edad, como cualitativa, al analizar el modo de enfrentarse a la tarea, estrategias cognitivas que utiliza, etc. Se trata de detectar sus puntos débiles y fuertes. De esta forma, nos aproximamos a la realidad funcional del niño, a sus formas de procesamiento, más que evaluar el *producto* final. La evaluación psicopedagógica nos permite emitir hipótesis realistas acerca de su “zona de desarrollo potencial” y así plantear los objetivos y las estrategias de reeducación más adecuados. De acuerdo con la patología sospechada en la primera entrevista, en función de los datos anamnésticos del desarrollo del niño y de la conducta cotidiana en el medio familiar y escolar, se seleccionan las pruebas estructuradas según la edad del niño y las funciones cognitivas que se quieren evaluar: inteligencia, atención y control directivo, memoria, lenguaje, gnosis y praxias y lecto-escritura. En la tabla 3 se señalan las pruebas que se utilizan para evaluar las dimensiones anteriormente citadas. El detalle de las referencias bibliográficas y de firmas distribuidoras puede consultarse en: Narbona y Chevie Muller (37), Narbona y Crespo (38) y en los Catálogos de TEA (Madrid 2005) y de PSYMTEC (Madrid 2005).

Factores	Abrev	Nombre del test	Edad (años)	Referencia
INTELIGENCIA Y DESARROLLO		Desarrollo Psicomotor Primera Infancia	0 - 2,5	Brunet-Lezine 1980; Josse 1997
		Escala Bayley de Desarrollo Infantil	0 - 2,5	Bayley, 1977
		Inventario de Desarrollo de Gesell	0 - 5	Gesell, 1947
INTELIGENCIA GENERAL	TFHG	Test de figura humana Goodenough	4 - 10	Goodenough, 1971
	MSCA	Escala McCarthy Aptitudes Psicomotricidad	2,5 - 8,5	McCarthy, 1988
	WPPSI	Escala Wechsler de precolar-primaria	4 - 6	Wechsler, 1986
	WISC-R	Escala Wechsler de inteligencia, revisada	6 - 16	Wechsler, 1993
	WISC-IV	Escala Wechsler de inteligencia-IV	6 - 16	Wechsler, 2005
	K-ABC	Batería para examen psicologico de niños	2,5 - 12,5	A.y N.Kaufman, 1983
INTELIGENCIA NO VERBAL	LIPS	Leiter Intelligence Perfomance Scale	2 - 20	Leiter 1948, Roid y Miller 1996
	CMMS	Escala de Madurez Mental Columbia	3 - 15	Burgemeister, 1979
	CPM	Test de matrices progresivas. Escala color	4 - 11	Raven, 1964
	APM	Test de matrices progresivas. Escala superior	11 - 65	Raven, 1972
ATENCIÓN Y CONTROL	CPT	Test de Ejecución Continua	4- adultos	Conners, 1990
	SCWIT	Test Stroop de Colores y palabras	7- adultos	Golden, 1994

DIRECTIVO	WCST	Wisconsin Card Sorting Test	6- adultos	Heaton, 1993
	TED	Escucha Dicótica con Atención forzada	6- adultos	Pearson y Lane, 1991
	TPD	Test Percepción de Diferencias “Caras”	6 - 10	Thurstone y Yela, 1985
	AGL	Atención global y local	12 - 18	Blanca, Zalabardo y cols, 2005
	MFF-20	Test de emparejamiento de figuras conocidas	6 - 12	Cairns y Cammock, 2002
MEMORIA	TAVECI	Test de Aprendizaje Verbal	3 - 16	Benedet, Alejandro y cols, 2001
	MEVECI	Test Memoria Verbal Ciclo Inicial	6,5 - 9,5	Peralta y Narbona, 1994
	FCR	Figura Compleja, memoria	4 - 15	Rey, 1984
	ITPA	Memoria secuencial auditiva y visomotora	3 - 10	Kirk y cols, 1986
	TOMAL	Test de memoria y aprendizaje	5 - 19	Reynols y Bigler, 2001
	RBMT	Test de memoria conductual Rivermead	5 - 14	Wilson y cols, 1991
LENGUAJE	ITPA	Test Aptitudes Psicolingüísticas de Illinois	3 - 10	Kirk y cols, 1986
	SMB	Test de Lenguaje de Spreen y Benton	3 - 12	Mendilaharsu, 1981
	PLON	Prueba de Lenguaje oral de Navarra	4 - 6	Aguinaga, 1989
	TSA	Test de Sintaxis receptiva y expresiva	3 - 7	Aguado, 1989
	BNT	Test de Vocabulario de Boston	5,5 - 10,5	Goodglass y Kaplan, 1993
	BOEHM	Test Boehm de Conceptos Básicos	4 - 7	Boehm, 1990
	TVIP	Test de Vocabulario en Imágenes Peabody	3 - 16	Dunn y cols, 1986

	RFI	Registro fonológico inducido	3 - 6,5	Monfort y Juárez, 1989
	BEL-P	Batería exploración del lenguaje, preescolar	3 - 4	De la Osa, 1993
GNOSIAS- PRAXIAS	PANESS	Neurological Examination Subtle Sings	5 - 10	Denckla, 1985
	BESMEN	Integración perceptivo motriz	6 - 8	López y Narbona, 1988
	FCR	Figura Compleja, copia	4 - 15	Rey, 1984
		Reversal Test	3 - 8	Edfeldt, 1955
	TPVNM	Test de percepción visual no motriz	4 - 9	Colarusso y Hamill, 1980
LECTURA/ ESCRITURA	TALE	Test de Análisis de Lecto-escritura	6 - 10	Toro y Cervera, 1984
	TEDE	Test Exploratorio de Dislexia Específica	6 - 10	Condemarín, 1992
	CLP	Complejidad Lingüística Progresiva	6 - 11	Alliende y cols, 1991
	EDIL-1	Dificultades Individuales de la Lectura	5 - 7	González Portal, 1989
	NSP-1	Escala de Lectura Comprensiva Silenciosa	7 - 17	Feldman, 1993
	PROLEC	Test de Procesos de la Lectura	6 - 9	Cuetos y Rodríguez, 1990
	PROLECse	Test de Procesos de la Lectura secundaria	10 - 16	Ramos y Cuetos, 2003
	PROESC	Procesos de escritura	8 - 16	Cuetos, Ramos y Ruano, 2002

Pruebas estructuradas para evaluar las diferentes funciones cognitivas

Desarrollo psicomotor: durante el primer trienio de vida, los métodos de examen estructurado para evaluar el desarrollo psicomotor, como las escalas de Gesell, Brunet-Lézine y Bayley, presuponen unos logros determinados para cada “edad de desarrollo”. Abordan por separado las áreas postural-motora, manipulativa, verbal y socio-adaptativa.

Nivel intelectual: el cociente intelectual (CI) del niño resulta necesario a efectos de clasificación y orientación. Para conocer el modo de funcionamiento intelectual, las escalas Wechsler son las más utilizadas: WIPSI para preescolares y WISC para escolares de 6 a 16 años. El WISC-R (1993) ofrece tres puntuaciones principales clásicas: CI total, CI verbal y CI manipulativo. El WISC-IV (2005) produce cinco puntuaciones principales: CI total, Comprensión Verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

Se pueden emplear también escalas que miden “factor g” o potencial de aprendizaje a través de tareas de clasificación y seriación lógica de imágenes, como el Raven y Leiter.

Sistema ejecutivo y atención: con las pruebas indicadas en la tabla 3 “atención y control directivo” podemos valorar las siguientes funciones ejecutivas:

-atención selectiva que permite seleccionar, entre múltiples y cambiantes referencias, sólo aquellas que son pertinentes; ya sea focalizada sobre un solo tipo de información o dividida entre varias informaciones o tareas.

Atención sostenida que mantiene la direccionalidad cognitivo-comportamental sobre un determinado tipo de estímulo o de tarea a lo largo del tiempo.

Control de impulsividad que inhibe las respuestas no reflexivas.

Otras funciones como la planificación, flexibilidad cognitiva, etc.

Son muy útiles los cuestionarios para padres y profesores (39-41) que permiten evaluar el déficit de atención, la hiperactividad y la eventual asociación de trastorno de conducta.

Memoria: la valoración de la memoria posee gran relevancia ya que está implicada en la mayor parte de los procesos cognitivos. Todo aprendizaje comprende de estas operaciones superpuestas que conducen al almacenaje de la información para poder recuperarla: registro del estímulo en la memoria inmediata, para lo que se requiere atención; mantenimiento a corto plazo mientras se aprecia su relevancia y se realiza su procesamiento o codificación; consolidación y almacenamiento permanente en la memoria a largo plazo. Las pruebas de memoria principalmente valoran la memoria declarativa y semántica, y se analizan las estrategias de almacenamiento, evocación y reconocimiento.

Lenguaje: al evaluar el lenguaje se explora de forma simultánea aspectos conceptuales, emocionales, comunicativos y lingüísticos; lo que el sujeto conoce, lo que expresa y cómo lo expresa, así como las estrategias comunicativas que utiliza (42, 43). Por tanto la evaluación debe contemplar los aspectos:

Instrumental: buco-facio-lingual.

Formal: fonología, morfología y sintaxis.

Cognitivo: léxico y semántica; el conocimiento de objetos, de la relación entre los objetos y de la relación entre acontecimientos.

-Interactivo: uso del lenguaje o funciones sociales; función intrapersonal-matética e interpersonal-pragmática.

Se debe comprobar si la alteración del lenguaje es del desarrollo (disfasia) o adquirida (afasia); si el lenguaje está retrasado o si también está cualitativamente distorsionado; si afecta a la vertiente expresiva o también a la comprensiva; si la patología verbal va aislada o forma parte de un determinado contexto como deficiencia mental, autismo u otros trastornos neurológicos (44-47).

-Gnosias y Praxias: el proceso gnósico es la integración unimodal y multimodal (visual, auditiva, táctil, etc.) de las aferencias en unidades más o menos complejas de información significativa. El proceso práxico es la formulación y programación del gesto simple o sofisticado. La correcta maduración perceptivo-motriz parece ser requisito necesario para la buena marcha de los aprendizajes. Es importante la interpretación clínica de los “signos neurológicos suaves o menores” ya que pueden ser indicativos de “organicidad” en trastornos de aprendizaje, de la atención o de la conducta. La evaluación de la psicomotricidad incluye el examen de: representación temporo-espacial, coordinación estática y dinámica, lateralización, esquema corporal, somatognosia-esterognosia y control del movimiento.

-Lectoescritura: existen pruebas para valorar las capacidades implícitas en los procesos de lectoescritura:

-coordinación visomanual.

-orientación espacial.

-análisis fonológico, discriminación auditiva e integración auditiva

-análisis secuencial auditivo y visual.

-memoria auditiva y visual.

-transposición grafo-fonémica (en la lectura) y auditivo-grafémica (en la escritura).

En la lectura se valora la exactitud lectora: los errores cualitativos (silabeo, prosodia, acentuación, etc.) y los errores cuantitativos (sustituciones, adiciones, omisiones, etc.); y la comprensión lectora.

En la escritura se realiza una valoración analítica: los errores de ortografía arbitraria (acentuación, reglas de ortografía) y de ortografía natural (sustituciones, uniones, fragmentaciones, inversiones, etc.); y una valoración descriptiva: sintaxis, contenido expresivo y conductas implicadas en el acto gráfico (tamaño de letras, irregularidad, interlineación, soldaduras, etc.).

Algunas de las pruebas que se pueden utilizar para la valoración de la lectoescritura son las siguientes:

-“Test de Análisis de Lectoescritura” (TALE): determina los niveles generales y las características específicas de la lectura (de sílabas, palabras y texto) y escritura (espontánea, dictado y copia de sílabas, palabras y frases), en los cuatro primeros cursos de enseñanza primaria.

-“Test de procesos lectores”: permite obtener información sobre las capacidades y estrategias lectoras de niños de 6-9 años (PROLEC) y de 10 a 16 (PROLEC-SE), para detectar los mecanismos que no funcionan adecuadamente. Las subpruebas se dividen en: identificación de letras, nivel léxico, sintáctico y semántico.

-“Exploración de las dificultades individuales de la lectura” (EDIL): incluye tres escalas que permiten la evaluación diferenciada de: exactitud lectora (discriminación visual y aprendizaje de correspondencia grafema-fonema); comprensión lectora; y velocidad lectora.

-Cálculo: los tests que se utilizan para evaluar las habilidades de cálculo matemático valoran:

-los requisitos cognitivos: conservación, clasificación, seriación y orden.

-la mecánica de las operaciones aritméticas básicas.

-la fijación y la evocación mnésicas.

-el conocimiento del concepto de número y de las expresiones de cantidad (comparativas y superlativas).

Para evaluar estas habilidades son útiles las subpruebas de la escala McCarthy (MSCA) que configuran el “Índice Numérico”: Cálculo, Memoria numérica, Recuento y distribución y Formación de conceptos; así como la subescala Aritmética (WISC-R). Las escalas que valoran las nociones de clasificación, seriación, reversibilidad, conservación de la materia y correspondencia término a término son útiles también para poner a prueba los prerrequisitos intelectuales para aproximarse a las nociones numéricas. Se pueden utilizar pruebas cualitativas con papel y lápiz para analizar la organización espacial para el cálculo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación psicopedagógica, se puede determinar si el niño presenta un trastorno específico del aprendizaje (TA) o un déficit en otras áreas del desarrollo (lenguaje, atención, habilidad motora), que puede repercutir en los aprendizajes escolares o presentar una alta comorbilidad con el TA:

-Retraso intelectual: un niño con retraso mental tiene dificultades de aprendizaje porque su nivel de desarrollo cognitivo es menor. Algunos niños con retraso mental pueden mostrar unos aprendizajes desproporcionadamente pobres a los que cabría esperarse por su nivel intelectual, por lo que podemos considerar que éstos presentan además un TA.

-Déficit específico del lenguaje: los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEL) o disfasias pueden clasificarse en (44-47): trastornos expresivos (subtipos: disprogramación fonológica y dispraxia verbal); trastornos mixtos, en los que están afectadas las vertientes receptiva y expresiva (subtipos: agnosia verbal y déficit fonológico-sintáctico); y trastornos específicos complejos, que presentan dificultades en los aspectos formales o del uso del lenguaje en ausencia de problemas fonológicos (subtipos: anómico-sintáctico y semántico-pragmático). Los niños con TEL tienen mayor riesgo de presentar dislexia (6 veces mayor que los niños con un desarrollo lingüístico normal), sobre todo cuando existen problemas en el desarrollo fonológico. Por tanto, el TEL debe ser considerado como un grupo de riesgo para el aprendizaje de la lectoescritura. Además del tratamiento logopédico

que reciban, es conveniente proporcionarles programas de intervención temprana para prevenir o limitar las dificultades lectoras (36, 48-50).

-Déficit de atención: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por labilidad atencional, estilo comportamental impulsivo, hiperactividad estéril y fragilidad de los mecanismos adaptativos al entorno. Se trata de un trastorno que afecta al 6-9% de niños en edad escolar (51, 52). Un 60-80% de los niños con TDAH tienen dificultades en el medio escolar, no sólo a causa del trastorno atencional y de la hiperactividad sino por presentar déficit neurocognitivos específicos para los aprendizajes, especialmente de la lectoescritura. En la literatura se señala que hasta un 40% de los TDAH presentan además dislexia (53-57).

-Trastorno específico de los aprendizajes escolares:

-Lectoescritura (dislexia y disortografía): entre las clasificaciones más difundidas de dislexia se encuentran la clasificación de Boder (58) (disfonética y diseidética) y la de Bakker (59) (dislexia perceptiva y lingüística). Existe una estrecha vinculación entre las dificultades en el aprendizaje de la lectura (dislexia) y de la escritura (disortografía). Habitualmente se dan juntas, aunque existen casos infrecuentes de disortográficos que leen de manera aceptable. Es importante distinguir la disortografía de la disgrafía (también denominada discaligrafía o disgrafía motora), que suele manifestarse como parte de un síndrome dispráxico o dentro de un cuadro de torpeza motora.

-Cálculo (discalculia): la gran mayoría de niños con retraso escolar fallan de forma particular en las matemáticas, lo cual suele ser un reflejo de deficiencias más globales (inteligencia, lenguaje, atención, memoria, etc) que se manifiestan en esta actividad especialmente compleja. Pero el niño con discalculia presenta una dificultad específica en el aprendizaje y manejo de los números y se encuentran a dos desviaciones estándar por debajo de su grupo de edad en las nociones aritméticas y en los cálculos matemáticos, mientras que su nivel de inteligencia es normal.

Una vez detectado el TA y analizado tanto las áreas deficitarias como las áreas de rendimiento normal en la evaluación diagnóstica, el psicopedagogo propondrá el programa de intervención personalizado y adecuado a cada caso particular.

SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON TA POR EL ESPECIALISTA

Una vez iniciado el tratamiento establecido según los resultados de la evaluación neuropsicológica, el pediatra deberá seguir acompañando al niño y a su familia, mostrar interés por la evolución y mantener algún tipo de comunicación con los terapeutas y con la escuela.

No puede generalizarse sobre la evolución de los TA pues dependerá de la severidad del trastorno, edad a la que se diagnostica y trata, tipo y duración del tratamiento, presencia o ausencia de problemas asociados de otro tipo y soporte escolar y familiar que el niño tiene. Si todo ello es adecuado, la mayoría de los niños puede completar su educación en un centro ordinario (3, 60).

Dichas dificultades académicas pueden potenciar la vulnerabilidad de estos estudiantes a manifestar otros problemas en áreas no académicas como la social (carencias en las habilidades sociales y de interacción social, relaciones conflictivas con personas significativas), personal (autoconcepto bajo), conductual (agresión, conducta antisocial). Por lo tanto, hay que tener en cuenta que entre un 25-50% de los niños con TA sufren problemas sociales, emocionales y conductuales a lo largo de su vida

El pediatra debe transmitir a la familia que el TA es una condición de por vida y debe seguirles durante toda la niñez hasta la adolescencia. Quizá puede desempeñar también una labor preventiva de educación para la salud dando unos consejos muy básicos a todos los niños como son: dormir las horas suficientes, comer de forma equilibrada -y en especial hacer un desayuno muy completo, sobre todo en aquellos estudiantes que están sometidos a jornadas intensivas de mañana-. Se debe aconsejar a los padres que no sometan a los niños a excesivas actividades extraescolares (los niños deben tener tiempo para hacer sus tareas escolares, para jugar y para aburrirse) y que limiten el tiempo y los contenidos frente a la televisión, ordenador y videoconsolas.

El papel de los padres en el aprendizaje escolar es fundamental. El estudio requiere tiempo y hábito. Los padres deben facilitar un lugar adecuado y deben enseñar al niño a tener sus cuadernos y libros en orden, manejar la agenda escolar, planificar las horas de estudio; deben estar disponibles, dar sensación al niño de que están para escucharle y ayudarle. Motivación y afecto son dos pilares fundamentales en el proceso de aprendizaje y los padres están en una posición privilegiada para ofrecer ambas cosas.

Es importante que la familia, y sobre todo el niño, se centren en los puntos fuertes de su perfil de valoración neuropsicológica y que entiendan que ésta no va dirigida a poner etiquetas sino a ayudarle a desarrollar actitudes y aptitudes para solventar sus dificultades, de modo que pueda generalizar rápidamente estos nuevos aprendizajes con el objeto de utilizarlos de forma autónoma y fuera del ámbito de la reeducación.