



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**“PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS
Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A
SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA,
PORTOVIEJO DE FEBRERO A JULIO DE 2011”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN GERENCIA
DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORA:
LCDA. MARÍA ALEJANDRA RIVADENEIRA ZAMBRANO

DIRECTORA:
Mg. Sp. Marcela Viteri

PORTOVIEJO-MANABÌ-ECUADOR
Agosto del 2011

CERTIFICACIÓN

Mg. Sp. Marcela Viteri.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente Proyecto de acción titulado: **“PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA, PORTOVIEJO DE FEBRERO A AGOSTO DE 2011”**, ha sido realizado bajo mi dirección, por lo que después de reunir los requisitos estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la presentación ante el Tribunal respectivo.

Portoviejo, Agosto del 2011

Mg. Sp. Marcela Viteri

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autora.

Portoviejo, Agosto del 2011

Lcda. María Alejandra Rivadeneira Zambrano
CI. No. 131012181-7

CESIÓN DE DERECHO

Lcda. María Alejandra Rivadeneira Zambrano, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte 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"

Portoviejo, Agosto de 2011

Lcda. María Alejandra Rivadeneira Zambrano
CI. No. 131012181-7

DEDICATORIA

A Dios:

Por llevarme en sus brazos en momentos difíciles.

A mi Madre: Narciza

Por brindarme su apoyo incondicional.

A mi Hermana: Etlip

Por estar conmigo siempre.

A mis amigos:

Con los que conté en todo momento.

María Alejandra

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por permitirme ampliar mis conocimientos y la obtención de este título profesional.

A mi directora de Tesis Mg. Sp. Marcela Viteri de Delgado por su apoyo y motivación durante la Maestría, por su paciencia y sus valiosos conocimientos.

Al Centro de Rehabilitación Medica # 3 INFA-Portoviejo, sus directivos y todo el equipo de Salud por su apoyo brindado en el logro de esta meta.

A los niños especiales y a sus padres y/o cuidadores, por su predisposición y colaboración constantes en el desarrollo de este proyecto.

A mis compañeras y amigas de estudio: Anita, Nieve; y, a Mayanny y su esposo Pablo, por su compañía y apoyo en todo momento.

LA AUTORA

CERTIFICACIÒN INSTITUCIONAL

ÍNDICE

PRELIMINARES

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CESIÓN DE DERECHO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL	Viii
ÍNDICE	lx

APARTADOS

1. RESUMEN	1
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. PROBLEMATIZACIÓN	8
5. JUSTIFICACIÓN	11
6. OBJETIVOS	12
7. MARCO TEÓRICO	
7.1. MARCO INSTITUCIONAL	13
7.1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS	13
7.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL	14
7.1.3. MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN	15
7.1.4. VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN	16
7.1.5. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA	16
7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN	19
7.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA	19
7.1.8. CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN	20

7.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN	21
7.2. MARCO TEÓRICO	21
8. DISEÑO METODOLÓGICO	
MATRIZ DE INVOLUCRADOS	49
ÁRBOL DE PROBLEMAS	51
ÁRBOL DE OBJETIVOS	52
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	53
9. RESULTADOS	
RESULTADO N° 1	57
RESULTADO N° 2	61
RESULTADO N° 3	67
EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADOS	73
EVALUACIÓN DEL PROPÓSITO	89
EVALUACIÓN DEL FIN	91
10. CONCLUSIONES	92
11. RECOMENDACIONES	93
12. BIBLIOGRAFÍA	94
13. ANEXOS	95

El presente proyecto de acción titulado: “PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA, PORTOVIEJO DE FEBRERO A JULIO DE 2011”, se realiza en esta institución de salud, ubicada en la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí – Ecuador, siendo una unidad médica para discapacitados, que tiene las funciones de prevención, rehabilitación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con capacidades especiales.

El equipo de salud que labora en este organismo interesado en mejorar la calidad de atención que brinda a sus usuarios, realiza su diagnóstico situacional, determinando como problema principal el aumento de secuelas discapacitantes en los niños y niñas del Centro de Rehabilitación Médica No. 3-INFA, y estableciendo como factores causales la inexistencia de un manual de normas y protocolos para brindar una atención integral; que el equipo de salud desactualizado sobre normas y protocolos tratamiento integral de rehabilitación; y, los padres de familia desinformados del manejo adecuado del niño/a en casa.

Esta problemática presente, motivó la generación de una propuesta de intervención que se cristaliza a través de un proyecto cuyo objetivo fundamental es brindar un tratamiento integral de rehabilitación a los niños/as con discapacidad motriz moderada a severa que se atienden en el Centro Rehabilitación Medica N° 3 INFA- Portoviejo mediante la aplicación de normas y protocolos, actualización al personal e informar a los padres sobre el manejo de los niños en casa, a fin de disminuir sus secuelas discapacitantes; los específicos estuvieron encaminados a aplicar normas y protocolos de atención a los niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa a fin de lograr el progreso de sus áreas de desarrollo psicomotriz; capacitar al equipo de salud sobre normas y protocolos de atención, para que los niños y las niñas reciban un tratamiento integral; e informar a los padres de familia sobre el manejo adecuado del niño en casa, para lograr su involucramiento en el tratamiento; el fin contribuir a las disminución de secuelas discapacitantes en los niños/as con discapacidad Moderada a severa del CRM •# 3 INFA – Portoviejo; y su propósito, que estos niños reciban un tratamiento integral de rehabilitación.; y los resultados estuvieron orientados a: Diseñar e implementar un manual de normas y protocolos de atención Integral a niños y niñas

con discapacidad motriz moderada a severa; actualizar al equipo de salud sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de rehabilitación en niños y niñas con discapacidad moderada a severa; e, informar a los Padres de familia sobre el manejo adecuado del niño/a en casa

Los resultados esperados en la propuesta se concretaron a través del cumplimiento de actividades e igualmente de tareas las mismas que fueron establecidas en función de cada uno de ellos.

Los resultados fueron fructíferos, ahora contamos con Manual de normas y protocolos de atención integral a niños/as con discapacidad motriz moderada a severa; se cuenta con un personal capacitado sobre el manejo de estas normas; y, actualmente los padres de familia están informado sobre el manejo adecuado en casa.

The present project of action titled: "PROJECT OF INTEGRAL ATTENTION DIRECTED THE CHILDREN AND GIRLS WITH MOTIVE DISABILITY MODERATED TO SEVERE, CENTER OF REHABILITATION MEDICATES N° 3 INFA, PORTOVIEJO FROM FEBRUARY TO JULY GIVES 2011", carries out in this institution of health, located in Portoviejo's city, Manabí's Province-Ecuador, being a medical unit for disabled persons, that it has the functions of prevention, rehabilitation, diagnosis and patients' treatment with special capacities.

The equipment of health that works in this organism interested in improving the quality of attention that drinks to his users, realizes his situational diagnosis, determining the increase of sequels as a principal problem discapacitantes in the children and girls of the Center of Medical Rehabilitation Not. 3-INFA, and establishing as causal factors the nonexistence of a manual of procedure and protocols to offer an integral attention; that the out of date equipment of health on procedure and protocols integral treatment of rehabilitation; and, the family parents misinformed of the suitable managing of the niño/a in house.

This present problematics, there motivated the generation of an offer of intervention that crystallizes across a project which fundamental aim is offer an integral treatment of rehabilitation to the children / aces with motive disability moderated to severe that attend in the Center To Medical Rehabilitation N° 3 INFA - Portoviejo by means of the application of procedure and protocols, update to the personnel and to inform the parents about the managing of the children in house, in order to diminish his sequels discapacitantes; the specifics were directed to apply procedure and protocols of attention to the children and girls by motive disability it was moderating to severe in order to achieve the progress of his areas of development psicomotriz; to qualify the equipment of health on procedure and protocols of attention, integral to children and girls with motive disability moderated to severe; to update the equipment of health on procedure and protocols for the integral treatment of rehabilitation in children and girls with disability moderated to severe; and, to inform the Family parents about the suitable managing of the niño/a in house

The results waited in the offer made concrete across the fulfillment of activities and equally of tasks the same ones that were established depending on each of them.

The results were fruitful, now we possess Manual of procedure and protocols of integral attention to children / aces motive disability moderated to severe; one possesses a personnel qualified on the managing of these procedure; and, nowadays the family parents are informed about the managing adapted in house.

Una discapacidad no es una tragedia, es un inconveniente. La atención a niños con algún tipo de discapacidad no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía. Estos tres conceptos aparecen definidos de la siguiente manera:

Discapacidad significa "restricción o falta (debidas a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia. Las discapacidades son trastornos que se definen en función de cómo afectan a la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, hablar u oír normalmente, para moverse o subir las escaleras, para agarrar o alcanzar un objeto, para bañarse, comer o ir al servicio.

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Art. 7, de los Niños y niñas con discapacidad dice:

"Los Estados partes tomarán las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño. Los estados garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho".

Asimismo, la ONU (2009) en "La ONU y las personas con discapacidad", nos indica que:

En el mundo hay más de 500 millones de personas con discapacidad -lo que equivale a un 10 por ciento de la población mundial. Aproximadamente dos tercios viven en los países en desarrollo. En algunos países en desarrollo casi un 20 por ciento de la población total tiene algún tipo de discapacidad; si se

tienen en cuenta las repercusiones que este hecho supone para las familias, un 50 por ciento de la población se ve afectado.

En Ecuador, según el CONADIS, (2010) en sus Reportes anuales, muestran que cerca de 300.00 niños sufren diferentes formas de discapacidad en Ecuador, aproximadamente el 35% de los niños de orfanatos son discapacitados (sordos, ciegos). (Conadis, 2010).

Según datos registrados por el INNFA, en el informe Discapacidad en Ecuador, indica que:

La discapacidad en los niños y niñas son un problema de salud pública que compromete a toda la sociedad, en el país más de uno de cada 10 niños muestra indicios de discapacidad, existe diferencias sociales en la incidencia de deficiencia motrices, auditivas o visuales tiende a ser mayor en el campo (14%) que en las ciudades (11,4%). Los problemas cognitivos en los diferentes grupos (ciudad, campo, costa, sierra, Amazonía, país) tienen un porcentaje muy alto y similar (18%), este problema se refiere a los niños, niñas que no pueden pensar como los otros niños de su edad, que no entienden todo lo que se les dice, que no puedan hacerse entender por sí solos o no pronuncian con claridad para poder comunicarse.

En el Centro de Rehabilitación INFA No. 3-Portoviejo, de acuerdo a los reportes de atención anuales de la institución, se reporta que:

“Anualmente son atendidos alrededor de 110 niños/as con discapacidad de severa a moderada atendidos en las diferentes áreas terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje con patologías como Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Hidrocefalia etc. frecuentemente los padres no cuentan con un debido asesoramiento del tratamiento y manejo adecuado del niño en casa ya que el tiempo disponible para la atención por niño es de 20 minutos, los técnicos no disponen de un tiempo para coordinar acciones en conjunto y mucho menos se han elaborado guías al respecto”.

Este proyecto de acción se basa tres componentes uno educativo porque propone desarrollar guías para la aplicación de tratamiento integral al niño y así como plantea responder a las inquietudes de los padres y brindar asesoramiento correcto para el manejo adecuado de niño en casa, el segundo componente es el social porque espera disminuir en lo posible la dependencia de los niño/as hacia los padres y otro de salud

porque se espera disminuir a lo máximo las posibilidades que tenga el niño/a a aumentar su discapacidad y obtener un deterioro permanente y sobre todo incrementar las secuelas que le impiden llevar una vida con calidad.

Lo que se espera conseguir con este proyecto es un verdadero estado de conciencia y adiestramiento al personal técnico de salud que labora en el Centro de Rehabilitación Médica No. 3-INFA Portoviejo; y, a los padres para poder compensar las necesidades de salud y protección de los niño/as, por medio de capacitación y sensibilización

El tratamiento integral de Rehabilitación Física se puede definir como “el proceso mediante el cual la persona con discapacidad utiliza recursos y procedimientos de las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con miras a reducir las discapacidades, desarrollar las potencialidades, mejorar la calidad de vida, autosugestión e integración en la sociedad”

El Centro de Rehabilitación No.3-INFA de la Ciudad de Portoviejo afronta en la actualidad diversos problemas administrativos, esto se debe a la transición de institución privado a una pública, problemas políticos por el cambio constante de directivos provinciales y sociales por la remoción de personal con antigüedad y la contratación de un nuevo persona, otra de las circunstancias que se evidencia es que aunque se la considera una nueva institución se viene arrastrando problemas organizativos de la vieja estructura, y el cambio es de difícil aceptación por quienes están acostumbrados a una forma tradicional de trabajo, lo que conlleva a que se dificulta la reorganización en la atención, y poder atender a los pacientes según sus necesidades.

Ante esta situación en el Centro de Rehabilitación Médica #3-INFA se realizó un diagnóstico participativo, mediante la técnica de grupo focal, en el que se identificó como problema central que los niño/as con discapacidad motriz de severa a moderada no reciben un tratamiento integral de rehabilitación, determinándose como factores causales los siguientes:

1. Inexistencia de un manual de normas y protocolos para brindar una atención integral; esto debido a que la necesidad no ha sido identificada por la débil gestión administrativa, esto ocasiona que no haya un progreso integral de las áreas de desarrollo psicomotriz, que el niño tenga un mayor deterioro físico y por ende aumente las limitaciones discapacitantes.
2. Equipo de salud desactualizado sobre normas y protocolos por la inexistencia de políticas y planes de capacitación; por la poca iniciativa de coordinadores departamentales y equipo técnico, esto ocasiona que los niño/as no tengan un tratamiento integral de rehabilitación, incrementando el tiempo de recuperación; y, ocasionando un deterioro permanente del niño/a.

3. Padres de familia desinformados sobre el manejo adecuado del niño en casa, esto se debe a la inexistencia de cartillas que sirvan de apoyo en los hogares gracias a la poca sensibilización sobre la importancia de los refuerzos en casa, lo que ocasiona que los padres de familia no se involucren en el tratamiento de rehabilitación, que haya retraso en la rehabilitación; y, que aumente la dependencia de los niños y niñas hacia los padres.

Toda esta problemática genera que los niño/as con discapacidad motriz moderada-severa aumente las secuelas discapacitantes.

Surge ahora la interrogante ¿Es factible la implementación de un proyecto de atención integral dirigido a los niño/as con discapacidad motriz, moderada a severa, Centro de Rehabilitación Medica N # 3 INFA – Portoviejo?

La estadística muestra que la mayoría de las causas de discapacidad son adquiridas y no genéticas, y son producto de la cronicidad de enfermedades curables, no diagnosticadas a tiempo y no tratadas sistemáticamente. Esto se ha denominado el ciclo vital de la discapacidad.

La rehabilitación que es un proceso que ayuda al paciente a conseguir los máximos niveles posibles de funcionalidad, independencia y calidad de vida, no repara ni hace desaparecer el daño causado por una enfermedad o un traumatismo, sino que favorece la recuperación de la salud, funcionalidad y bienestar óptimos del paciente, este contexto constituye la relevancia científica de este proyecto de intervención.

La persona con discapacidad es un ser integral que al igual que todos necesita satisfacer sus necesidades. Bajo este marco, el discapacitado, debe tener los servicios de rehabilitación que le garanticen vivir de la manera más similar a la de sus semejantes.

A los discapacitados, especialmente a los niños, no se les debe negar el placer del movimiento. Para desarrollarse como un ser integral, el sujeto con discapacidad requiere de todas las posibilidades que su entorno ofrece: libertad para moverse, para autorrealizarse, para vivir...y, para ser libre.

Del mismo modo, si partimos del hecho que la discapacidad es el resultado de una deficiencia que conduce a una limitación de actividad o una restricción de participación, hace necesario verla en términos de sus consecuencias para las actividades y la intervención del individuo, pues según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) una actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo y la participación es el acto de involucrarse en una situación vital, es necesario entonces que el paciente con algún tipo de discapacidad llegue a la plenitud de su vida y que sus actividades sean constantes, reconocidas, y potencializadas para mantener la independencia como un individuo en su medio normal. De allí la relevancia contemporánea de este proyecto.

Por otra parte, los integrantes de la familia se ven afectados por la discapacidad del paciente y, muchas veces, se convierten en co-asistentes del cuidado del enfermo y se ven sometidos a muchos cambios debido a su limitación. Los miembros de la familia

con frecuencia pasan por el mismo período de dolor que el paciente cuando se produce la pérdida de una función.

En lo personal y profesional este proyecto desarrollado en beneficio de los niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa que son atendidos en el Centro de Rehabilitación Física – No. 3-INFA Portoviejo, enmarca una nueva visión de la salud y de la discapacidad que es más inclusiva, justa y humanista, respaldando el derecho que tienen las personas con capacidades especiales de ser una parte natural de la sociedad.

6.1. GENERAL

Brindar un tratamiento integral de rehabilitación a los niños/as con discapacidad motriz moderada a severa que se atienden en el Centro Rehabilitación Medica N° 3 INFA-Portoviejo mediante la aplicación de normas y protocolos, actualización al personal e informar a los padres sobre el manejo de los niños en casa, a fin de disminuir sus secuelas discapacitantes.

6.2. ESPECÍFICOS

- Elaborar y aplicar normas y protocolos de atención a los niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa a fin de lograr el progreso de sus áreas de desarrollo psicomotriz.
- Capacitar al equipo de salud y socializar las normas y protocolos de atención, para que los niños y las niñas reciban un tratamiento integral.
- Informar a los padres de familia sobre el manejo adecuado del niño en casa, para lograr su involucramiento en el tratamiento.

7. MARCO TEÒRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.7.1. Aspectos geográficos del lugar

La ciudad de San Gregorio de Portoviejo, es la capital de la Provincia de Manabí. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre, Junín y Bolívar, al Sur con el cantón Santa Ana, al Oeste con el cantón Montecristi y el Océano Pacífico y al Este con los cantones Pichincha y Santa Ana.

A la ciudad se la conoce tradicionalmente como “la ciudad de los Reales Tamarindos” porque en ella había frondosos árboles de esta especie. El área urbana de la ciudad de Portoviejo está instalada en el valle del Río Portoviejo, presentando características topográficas regulares, no obstante cabe anotar que se está desarrollando inclusive sobre las estribaciones de algunas colinas que rodean la ciudad (Ver foto 1)

Foto 1



PORTOVIEJO, CAPITAL DE MANABÌ

La estructura de la zona rural es diferente al ser zonas dedicadas exclusivamente a las actividades agropecuarias. Un caso especial en el cantón Portoviejo es la parroquia

rural de Crucita que es la única con salida al mar y su entorno se ve afectado con mayores procesos erosivos. (Ver foto 2)

Foto 2



1

De acuerdo a los datos reportados por el I. Municipio de Portoviejo, en su Website: www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec:

El cantón Portoviejo está ubicado geográficamente a los 01 grados, 3 minutos, y 8 segundos de latitud sur, y 80 grados, 27 minutos, y 2 segundos de longitud oeste. Se localiza a 28 Km. de la costa, tiene una superficie de 954,9km². El clima es muy variable, aunque generalmente cálido, en el transcurso del verano el clima es templado. No así en el invierno cuando el clima es muy caluroso. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. Las precipitaciones anuales varían entre 500 y 1000 mm.

7.1.2. Dinámica poblacional

Según los resultados preliminares del V censo de población y IV de vivienda, realizado en Ecuador en Noviembre del 2010; al cantón Portoviejo le corresponde 267.297 habitantes, 238.214 hombres y 29.083 mujeres, que constituyen el 20% de la población provincial. (INEC, 2010).

Según datos los Censos realizados por el INEC: “En el 2010 el cantón Portoviejo posee una superficie de 967.5 km², una densidad poblacional total de 274.330”. Su

población está compuesta mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles, y minorías negras, italianas, libanesas y descendientes de las culturas nativas de la zona. Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas”.

En función de la nacimientos y fallecimientos registrados durante el año 2007, el Cantón reporta una tasa de mortalidad del 0,41% anual y una tasa de natalidad de 2.80%, lo que deriva en una tasa de crecimiento anual neta de 2,40%; excluyéndose de este análisis los factores migratorios.

La pobreza alcanza un 61,8%, convirtiéndose la reducción de este índice, en uno de los mayores retos de la planificación estratégica cantonal.

La migración es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y nacional. Los ingresos de divisas provenientes de los migrantes constituyen el segundo rubro en importancia luego del petróleo.

Los datos preliminares del Censo del INEC, 2010; y recuperados en la web www.inec.gov.ec, se indica que:

“Del total de hogares portovejenses el 5% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino.” Fascículo de Portoviejo.

La mayoría de los emigrantes son hijos de familia, solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

7.1.3. Misión de la institución

En la Secretaría del CRM No. 3-INFA PORTOVIEJO, encontramos la misión de la institución; la misma que dice:

“Brindar atención a pacientes con capacidades especiales y a la comunidad con eficiencia, eficacia y calidez para lograr su rehabilitación física, mental y ocupacional”

7.1.4. Visión de la institución

En la Secretaría del CRM No. 3-INFA PORTOVIEJO, encontramos la misión de la institución; la misma que dice: “Aspiramos proporcionar calidad de atención en todas las áreas y crear puntos satélites familiares”.

7.1.5. Características de la organización administrativa

En enero de 2007, el Presidente de la República designó a la Ministra de Inclusión Económica y Social como Presidenta del Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, INNFA. Con ello inició un amplio proceso de reforma institucional del sector infancia y adolescencia planteada desde 3 vértices:

1. Cambio organizacional general (mecanismos de gestión y diseño institucional) del ex Ministerio de Bienestar Social (MBS), hoy Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), mismo que abarcó a los ex programas: Operación Rescate Infantil (ORI), Fondo de Desarrollo Infantil (FODI), Instituto Nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) y Dirección de Atención Integral a Niños y Adolescentes (AINA).
2. Articulación programática del INNFA privado a las prioridades y requerimientos estratégicos de política pública.
3. Elaboración de la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia, instrumento clave de política pública y de orientación de las acciones fundamentales del Estado en materia de infancia y adolescencia con miras a ser cumplida hasta el 2010.

En el ámbito de infancia y adolescencia, la reforma institucional se planteó para superar problemas estructurales, resultado de más de 60 años de gestión que generaron intervenciones dispersas, crecimiento desmedido de la burocracia,

desperdicio de recursos, instituciones desarticuladas entre sí con una carga de ineficiencia social e incapaz de dar respuestas efectivas a la demanda social de servicios y con pocas responsabilidades frente a la ciudadanía. En este contexto, el Gobierno del Presidente Rafael Correa decidió profundizar los cambios iniciados en 2007 y poner en marcha las acciones para construir un nuevo instituto público de la niñez y adolescencia, INFA público. Es así que, a partir de julio del 2008, se integran los programas ORI, FODI, AINA e INNFA.

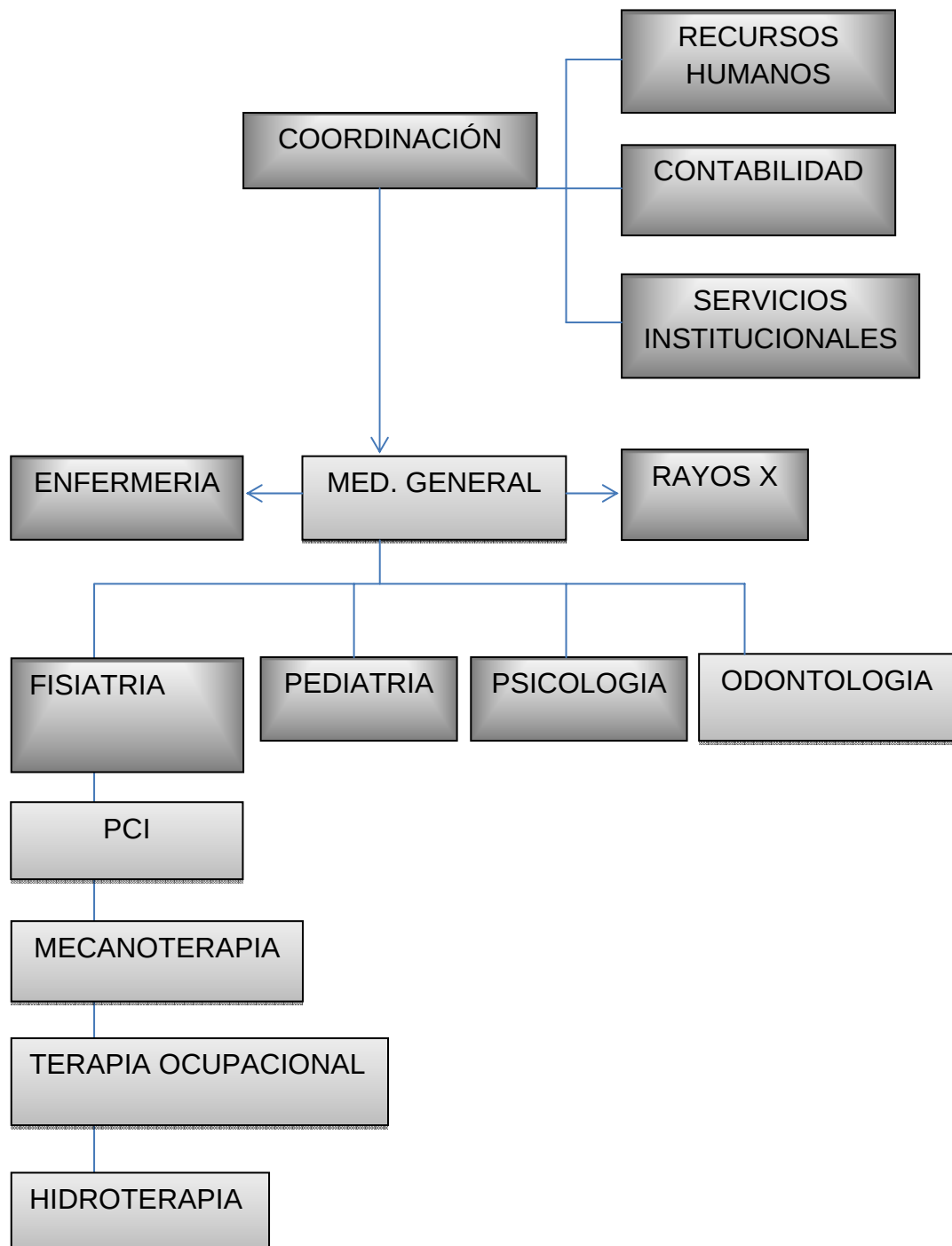
La máxima autoridad de la Institución es la Ministra de Inclusión Económica Social – MIES, luego el Director Nacional del INFA Sra. Patricia Sarzosa, Directora nacional.

A nivel de la provincia de Manabí la máxima autoridad es la Lcda. Kerlly Torres, existen los siguientes Servicios o Coordinaciones Locales: En el cantón Sucre, Chone, Jipijapa, Manta, Portoviejo, Centro de Rehabilitación Médica #3 y la Oficina Provincial.

Cada uno de estos servicios cuenta con personal técnico y administrativo y cuenta con su propio presupuesto.

En el año 2000 el Instituto, inició un proceso de DESCONCENTRACIÓN que “se sustentó, en el mandato constitucional de descentralización; la necesidad de ampliar la capacidad de respuesta de la sociedad civil frente a los DERECHOS de los niños, niñas, adolescentes y familias; y en dar respuesta a las demandas locales desde su realidad, con eficiencia y eficacia.”

Uno de los principales pasos en la desconcentración, fue la creación de once (11) Unidades Territoriales Desconcentradas (UTD) con sus respectivas Coordinaciones Locales

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL CRM# 3 INFA PORTOVIEJO

7.1.6 Servicios que presta la institución

El centro de rehabilitación presta los siguientes servicios a la comunidad. Atención en: Medicina General; Pediatría; Fisiatría; Odontología; Psicología; Trabajo Social; Rayos X; Terapias: Física, de Lenguaje y Ocupacional; y, Enfermería.

7.1.7. Datos estadísticos de cobertura

En el 2010 el total de pacientes atendidos en el CRM # cubre alrededor 1'032.456.

Gráfico No. 1

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN MEDICINA GENERAL 2010

FUENTE: Archivos CRM No. 3-INFA-Portoviejo.
ELABORACION: Lcda. Alejandra Rivadeneira

ANÁLISIS:

De acuerdo a los Archivos CRM No. 3-INFA-Portoviejo, en el 2010 fueron atendidos alrededor de 1'032.456 pacientes; de los cuales el 11.49% fue para lumbalgias; el 11.38% para la HTA; y, el 10.87% Artritis reumatoidea. El resto de patologías con menor porcentaje.

Gráfico No. 2**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN MEDICINA GENERAL
2010**

FUENTE: ARCHIVOS DE CRM 3
ELABORACION: LCDA. FERNANDA RIVADENEIRA

7.1.8. Características geofísicas de la institución

El Centro de Rehabilitación Médica No. 3-INFA Portoviejo, está situado en el cantón Portoviejo; en la parroquia 18 de Octubre; prolongación de la Avenida Manabí s/n Río Amazonas junto al Hospital del IESS.

Es una edificación una sola planta, de H.A. tipo casa, edificada en un terreno aproximado de 10282.57m²; distribuidos así: PCI, Terapia de Lenguaje, Rehabilitación física, administración y consulta externa (1847.50 m²); cubierta metálica (843.00 m²); hidromasaje y rehabilitación (252.68 m²); taller y guardianía (90.00 m²); bodega provincial (237.00 m²); bodega y archivos (147.00 m²); CONADIS (99.00 m²);

Guardianía (10.24%); cancha de uso múltiple (300.00 m²); Jardín (459.00 m²); parterre y área verde (464 m²); área verde-acera (1235.15 m²); aceras y caminería (532.00 m²); áreas libres (2964.00 m²); área adoquinada (105.00 m²); cerramiento sur de malla metálica (188.00 m²); cerramiento Este (236.00 m²); cerramiento Oeste (273.00 m²); Cisterna 1 (23.4 m²); y, Cisterna 2 (33.9 m²).

7.1.9. Políticas de la institución

De acuerdo a los datos estadísticos registrados en el Centro de Rehabilitación Médica No. 3-INFA Portoviejo, se encuentra que:

“El proceso de Asesoría y Auditoría Interna, generará criterios y acciones especializadas, con énfasis a lo preventivo, para el fortalecimiento del modelo de gestión institucional, análisis y toma de oportunidades, de decisiones en concordancia con la normativa y leyes vigente”

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. Atención integral

La Organización Mundial de la Salud, en el 2003, en Reunión Consultiva Internacional para la revisión del modelo de rehabilitación basada en la comunidad, nos dice que:

La discapacidad infantil es un problema que aumenta a medida que se reduce el número de niños y niñas afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, la premadurez o las enfermedades crónicas no transmisibles.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que resulta de la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.

Vásquez Barrios Armando, y cols. (2008) en su compendio El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud, indica que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. La atención integral en salud, en los primeros años de vida del niño/a con discapacidad, tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones fisioterapéuticas optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos sicomotriz y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social y familiar”.

Esto se sustenta en la Declaración Universal de los Derechos del Niño: “El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular”

La Organización de las Naciones Unidas adoptó una versión ligeramente enmendada en 1946 y el 20 de noviembre de 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas

La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en su proceso de desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades.

Narbona J, Reynoso C, (2007) en Pronóstico de los trastornos del neurodesarrollo a través de la clínica: movimientos generales, dice que:

“El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social” (Pág. 39-42).

7.2.2. Desarrollo infantil

La Organización Panamericana de la Salud (2005) en un Documentos de Trabajo Programa Regional de Rehabilitación de Managua, reconoce que:

La capacitación del personal de salud en educación comunitaria o educación para la salud es vital para el logro de cualquier objetivo trazado en atención primaria. Sin embargo, la realidad revela la necesidad no resuelta de políticas que promuevan la formación del personal en educación para la salud mejorando las estrategias ya planteadas".(OPS, 2005)

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la adquisición de funciones importantes como el control postural y desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Cada una está ligada al proceso de maduración del sistema nervioso.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre dos factores los genéticos y ambientales, el factor genético específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo, los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Montero, Federico, (2006) en "El Derecho a la Salud y a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidades), dice que:

Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (Pag. 341-428).

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores.

La evolución de los niños con alteraciones en su desarrollo dependerá en gran medida de la fecha de la detección y del momento de inicio de la Atención Temprana.

Cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos mejor aprovechamiento habrá de la plasticidad cerebral y potencialmente menor será el retraso. En este proceso resulta crucial la implicación familiar, elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional así como para la eficacia de los tratamientos.

7.2.3. Trastornos en el desarrollo

El desarrollo es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

Artigas-Pallarés J. (2007) en Atención precoz de los trastornos del neuro-desarrollo, nos indica que:

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. (Pag. 31-39)

7.2.4. Equipo interdisciplinar

El equipo interdisciplinar es el, formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

Según Mulas F, y otros. (2005) en Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista, el principal objetivo de la Atención Integral es que:

“Los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal”.

La Atención Temprana debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en atención temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno.

De este amplio marco se desprende el siguiente conjunto de objetivos propios a la Atención Temprana:

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

La prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son, prioritariamente, los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Otros departamentos como Trabajo y Medio Ambiente tienen también importantes responsabilidades en este ámbito.

La prevención secundaria en Atención Temprana tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

La prevención terciaria en Atención Temprana agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al niño, a su familia y a su entorno. Con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.

La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, al existir un periodo de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención se inicia ya en la propia unidad.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.

La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social.

7.2.5. Pasos para la atención integral del niño/ña con discapacidad

7.2.5.1. Evaluación del niño y de su entorno

Para realizar la evaluación disponemos de distintos instrumentos

- Observación
- Examen físico y valoración neurológica y funcional del niño.
- Pruebas estandarizadas.
- Exámenes complementarios, consultas especializadas.

La aplicación de estas técnicas nos aportará la información correspondiente al funcionamiento general y específico del niño, tanto a nivel físico, como mental o emocional. Esta información reflejará no sólo las posibles limitaciones y déficits presentados por el niño, sino también el conjunto de sus capacidades y posibilidades.

7.2.6. Elaboración de hipótesis diagnósticas y de un plan de intervención

Es importante establecer prioridades de actuación, posibles pronósticos a corto, medio y largo plazo. Se concretarán, jerarquizarán y temporalizarán los objetivos de la intervención terapéutica, determinándose el profesional o profesionales que se responsabilizarán de llevarlo a cabo. Este primer plan terapéutico estará supeditado a la opinión y posibles elementos nuevos que la familia pueda aportar en la entrevista de devolución.

7.2.7. Entrevista de devolución

El objetivo principal de la entrevista será ofrecer a los padres, utilizando un lenguaje adecuado y comprensible para ellos, toda la información que les sirva para comprender la situación presente de su hijo, las posibles perspectivas de futuro y los medios terapéuticos que podemos proporcionarles desde el centro tanto a ellos como a su hijo, brindándoles nuestro apoyo y acompañamiento. Se propondrá y establecerá de forma conjunta el plan de actuación y se determinará la función o funciones que los padres pueden asumir en el mismo.

Se considerará el pronóstico probable y la posibilidad de recurrencia del trastorno.

7.2.8. Intervención terapéutica

La intervención agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad.

La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo.

El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos así como la evaluación y los modos de consecución de los mismos. La intervención terapéutica en atención temprana va dirigida al niño, a la familia, y al entorno social e institucional en general.

7.2.9. Atención al niño

Cada niño, una vez finalizada la valoración, tendrá un programa de atención global e individualizada, que recogerá las aportaciones de los diversos profesionales del Servicio.

Este programa se realizará siempre que sea posible, con la participación de los padres o tutores, lo cual permitirá a éstos descubrir sus propios recursos y a la vez reforzar la relación con su hijo, aspecto muy importante para su evolución madurativa y afectiva..

El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerán de las necesidades del niño. En algunos casos, en función de su edad y características el tratamiento se podrá realizar en grupos reducidos, tres o cuatro niños como máximo.

7.2.10. Atención a la familia

Una de las principales tareas que se ha de plantear un Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana, es conocer las necesidades de la familia (padres, hermanos y familia extensa) y plantearse qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser las más eficaces para dar una respuesta coherente.

La intervención con las familias debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando reestablecer el feed-back en la relación padres-niño.

Martos J, y otros (2005) en el libro Trastornos generalizados del desarrollo, sugieren que:

"Los médicos deben actuar como asesores cuando diagnostican una deficiencia y deben proporcionar información sobre los servicios que brindan los organismos y la comunidad con el fin de acortar el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de un problema y la iniciación de los servicios especializados" (Pp. 709-24).

La atención individualizada tendrá como objeto prioritario el poder abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres pueden dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Esta atención puede ser el medio propicio, para la familia, de transmisión de sentimientos, dificultades respecto al trastorno del hijo, o esperanzas e ilusiones en relación a los avances alcanzados.

Se deberá informar a los padres debidamente de cualquier cambio que esté relacionado en la atención de su hijo, para todo ello, se debe utilizar un lenguaje comprensivo, ajustándose al marco social y cultural de cada familia y respetando sus diferencias.

El trabajo en grupo puede organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y, a su vez, escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

7.2.11. Evaluación y seguimiento

Entendemos por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados.

Evaluación continuada que permitirá ir ajustando el programa a las necesidades e introducir las modificaciones pertinentes.

Evaluación final que determina si se han cumplido los objetivos marcados en el inicio de la intervención y que servirá también para concretar si ésta se considera finalizada o si se tiene que realizar una derivación.

7.2.12. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

Millá MG. (2005) en el libro titulado Centros de desarrollo infantil y atención temprana, dice que:

“El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención integral de la rehabilitación infantil implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas” (Pp. 311-28).

- La especialización en desarrollo psicomotor infantil: comprender los procesos típicos y atípicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.
- La profundización en psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.
- La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición *sine qua non* para la organización de servicios cualificados de Atención Temprana, al nivel adecuado a su responsabilidad

7.2.13. Discapacidad motriz

7.2.13.1. Concepto

Bersanelli, Silvia (2008) en Las necesidades educativas derivadas de la discapacidad motora; nos indica que:

Una persona con discapacidad motora es un SUJETO que presenta cualquier alteración motora –transitoria o permanente –debido a un malfuncionamiento del sistema: Nervioso, Óseo articular, y, Muscular. Se presenta en grado variable. Supone: ciertas limitaciones al momento de afrontar cualquier actividad atinente a la propia edad.

Discapacidad: término genérico, que engloba: deficiencia; limitaciones en la actividad; y, restricciones en la participación.

7.2.13.2. Factores contextuales:

Incluyen tanto los personales como los ambientales. Pueden ser: facilitadores, barreras y obstáculos

La discapacidad motora se puede clasificar:

De origen cerebral: Parálisis Cerebral; Traumatismos craneoencefálicos; y, Tumores.

De origen espinal: Poliomiелitis anterior aguda; espina bífida; lesiones medulares degenerativas; enfermedad de Werding-Hoffman; síndrome de Wohlfart-Kugelberg; Esclerosis lateral amiotrófica; Ataxia de Friedreich; Traumatismos medulares

De origen muscular: Miopatías; distrofia muscular de Duchenne; distrofia de Landouzy-Dejerine

De origen óseo-articular: Malformaciones congénitas (Amputaciones congénitas Luxación congénita de caderas Artrogriposis); distróficas (Condodistrofia Osteogénesis imperfecta); microbianas (Osteomielitis aguda Tuberculosis óseo-articular); Reumatismos de la infancia (Reumatismo articular agudo Reumatismo crónico); Lesiones osteoarticulares por desviaciones de la columna (Cifosis Lordosis Escoliosis)

Malformaciones congénitas: Luxación congénita de cadera; Malformación congénita de miembros; Malformación congénita de la columna vertebral; y, Artrogriposis

Afecciones congénitas sistémicas o generalizadas del esqueleto: Osteogénesis imperfecta; acondroplasia; y, osteocondrodistrofias (Morquio, etc.)

Osteocondrosis: Enfermedad de Perthes; y, enfermedad de Scheurman.

Afecciones articulares: Artritis y artrosis

Afecciones neuromusculares: Parálisis cerebral; espina bífida; distrofias musculares; y, afecciones de nervios periféricos, parálisis obstétricas,...

Otras afecciones neurológicas: Esclerosis múltiple; E.L.A.; y, Poliomiélitis.

El grado –variable –depende de: **EXTENSIÓN LOCALIZACIÓN/ORIGEN**

7.2.13.3. Atendiendo al Modelo Social de la discapacidad.

Cada persona es un sujeto/individuo único con sus capacidades y limitaciones condicionadas por el contexto social, familiar y escolar. (Factores Ambientales)

Es relevante: conocer el cuadro motor; buscar toda la información posible de los servicios médicos y sociales; tener como fuentes de información inicial a familia y la propia persona; evaluaciones deben ser, en lo posible, multiprofesionales e interinstitucionales.

Ámbitos a evaluar: Afectivo emocional; motivacional; perceptivo visual; autonomía personal; comunicación; y, motor.

7.2.14. Evaluación

En el ámbito motor: **POSTURA MOVIMIENTO MOTRICIDAD GRUESA FINA**

POSTURA: en reposo y Funcional

MOVIMIENTO: capacidad de ambulación

MOTRICIDAD: Habilidad de manipulación

7.2.15. Indicadores

Cómo se mantiene sentado: silla, silla adaptada, etc.

Cómo se traslada: arrastra, deambula, con la mano.

Presenta movimientos involuntarios, reacciones asociadas.

Cómo es su control postural: tiene control cefálico, cae hacia delante, al lateral

Cómo usa el material didáctico: solo, hay que acercarlo, usa las dos manos, qué materiales.

7.2.15.1. Destreza Manual

Usa los dos brazos /coordinación.

Logra la línea media del cuerpo

Lleva las manos a diversas partes del cuerpo y hacia objetos

Abre y cierra el puño voluntariamente

Toma y transporta objetos

Prensión fina y gruesa

Disocia los dedos

Puede señalar con un dedo o con una lapicera

Puede digitar un teclado con un dedo

7.2.16. Comunicación

Dificultad en la expresión se manifiesta a través de: habla lentamente, modifica la entonación, modifica la voz no tiene palabras o sólo usa sonidos guturales

Autonomía Personal: Vestirse y desvestirse- Alimentación: desplazamientos a la escuela (con medio de transporte, otro) -Higiene personal; y, control de esfínteres / necesidad fisiológica

Perceptivo Visual: La estática y la dinámica ocular.- Lentitud e inestabilidad en el foco; oscilaciones de los ojos; y, seguimiento ocular, alzar la vista, convergencia ocular

Indicadores Familiares: Postura cuando está en la casa - Desplazamiento y deambulación; alimentación – Comunicación; interrelación entre los miembros de la familia; y, actitudes de los miembros de la familia.

Mobiliario adaptado: Facilitar el equilibrio - Postura adecuada - Dar seguridad; evitar postura incorrecta; garantizar el apoyo de los pies; y, facilitar la interacción personal.

7.2.17. REHABILITACION (Niños y niñas con discapacidad)

León Carrión, José (2006) en Daño cerebral: una guía para familiares y terapeutas, nos indica que la rehabilitación es:

“El proceso de duración limitado y con un objetivo definido, en caminado a permitir que una persona con discapacidad alcance un nivel físico mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función y a facilitar ajustes o reajustes sociales. También la define como un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas sociales, médicas, educativas y vocacionales, ayuda a los individuos con discapacidad a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad”.

El modelo rehabilitador significa para muchos niños y niñas una posibilidad de supervivencia bastante mayor, como consecuencia de la aplicación de tratamientos médicos utilizados a fin de salvar sus vidas, como asimismo destinados a alcanzar su rehabilitación. Ahora bien, esos niños y niñas ya no son considerados un castigo de los dioses ni un mal augurio. Sin embargo, debido a la existencia de un convencimiento generalizado respecto de que los niños y niñas con discapacidad no son normales, se considera que debe realizarse todo lo necesario a fin de lograr que dichas criaturas se *normalicen*. A dichos fines, se implementa toda una serie de medidas encaminadas a la rehabilitación o habilitación para que dichos niños puedan funcionar en sociedad de una manera más normal.

El Ministerio de Salud Nicaragua (2006) en su Programa Nacional de Rehabilitación ABC de la Discapacidad, indica que:

Poniendo este modelo el énfasis en el aspecto médico de la diversidad funcional y no en las circunstancias sociales de la misma, es lógico que sus respuestas sociales y jurídicas no presten ninguna atención a la condición de niñez de la persona. Desde una perspectiva médica, poco importa, a menos que se trate de una diversidad funcional asociada a la edad, que la persona objeto del

tratamiento sea un adulto, un mayor, o un niño. Ello explica la falta de respuestas de este modelo a aspectos tan esenciales para el desarrollo de la niñez como el ocio, el juego, el aprendizaje, la vida en familia, etc.

El aspecto más evidente de esta falta de previsión de la condición de niñez lo podemos encontrar en la institucionalización de menores con discapacidad, que al plantearlo como la respuesta social a su integración social, les impide vivir su niñez bajo las condiciones mínimas que todo menor tiene derecho a gozar, coartándole de experimentar relaciones tan esenciales y primordiales, como el juego con otras niñas o niños, o la protección y el cariño de su familia. La práctica de la institucionalización tradicionalmente ha dado lugar, a un tratamiento degradante y una forma de exclusión de las niñas y niños con discapacidad en todos los ámbitos de la vida en sociedad.

Con los nuevos paradigmas conceptuales el término atención integral es sinónimo de rehabilitación integral. Para que la atención de una persona con discapacidad sea integral debe partirse de considerarla como totalidad, es decir, como un ser bio-psico-social lo que significa que tiene una estructura biológica y funcional, un comportamiento propio e individual y un patrón de relaciones con la sociedad determinado por factores como la edad, el sexo y las condiciones socioculturales del colectivo al que pertenece.

La comprensión de la triple dimensión de la persona con discapacidad como un ser biológico, psicológico y social, es la base de la rehabilitación integral.

Para Peden M. et al. (2008). World report on child injury prevention, la atención integral es:

“El proceso mediante el cual la persona con discapacidad utiliza recursos y procedimientos de las áreas de salud, educación, trabajo, asistencia social y otras, con miras a reducir las discapacidades, desarrollar las potencialidades, mejorar la calidad de vida, autosugestión e integración en la sociedad”.

La atención integral implica una oferta de apoyos de naturaleza personal e individualizada dirigidos a la persona de acuerdo a sus necesidades.

Medidas sobre su entorno para lograr la equiparación e igualdad de oportunidades: de acceso al medio físico, al cultural, a la vivienda, al transporte, a los servicios sociales y de salud, a la educación al trabajo, a la información y a las demás que se requieran para posibilitar la integración de las personas con discapacidad a la sociedad.

7.2.18. Rehabilitación Funcional

Machuca Murga, Fernando y cols. (2006) en Eficacia de la rehabilitación neuropsicológica de inicio tardío en la recuperación funcional de pacientes con daño cerebral traumático, se encuentra que la rehabilitación funcional es:

“La parte del proceso de la rehabilitación funcional que tiende a evitar la aparición de deficiencias que puedan presentarse durante el curso de la enfermedad o accidente, que incluye las situaciones de ansiedad que puedan generarse por no informar oportuna y adecuadamente sobre las consecuencias médicas, educativas, profesionales y sociales que acarreará la enfermedad o lesión”.

Esta etapa del proceso se propone alcanzar el máximo grado de capacidad física, mental, profesional y social, en aquellos casos en que la deficiencia no pudo ser prevenida.

Coruña, A. y cols. (2007) en Medicina Física y Rehabilitación: Competencias de la Real Academia de la Medicina, nos indica que:

En la rehabilitación funcional deben tomarse en consideración medidas médicas, psicológicas, educativas, vocacionales y sociales. Coordinando éstas en tal forma que el proceso integral se desarrolle precoz, oportuna, continua y paulatinamente, durante todo el período comprendido entre la aparición de la enfermedad o deficiencia y el momento en que la persona con discapacidad se integre o reintegre a la sociedad. Debe visualizar el estado futuro de la persona. El equipo de Rehabilitación no sólo debe hacer un pronóstico, sino actuar positivamente en favor de la alternativa más favorable.

Comprende lo que tradicionalmente ha sido llamado Rehabilitación Médica y la Educación Especial. Conlleva acciones médicas, educativas y psicológicas.

7.2.19. Medidas Médicas.

Están encaminadas a restituir , mejorar o desarrollar habilidades psicofisiológicas, del conocimiento, de la comunicación, adaptación social,, que han sido perdidas o han faltado desde el nacimiento. Estas medidas forman parte de los procedimientos aplicados en el área de la salud.

Incluye servicios de: Detección temprana; diagnóstico; intervención; atención y tratamientos médicos; capacitación entrenamiento de autocuidado (movilidad, comunicación, A.V.D.); suministro de ayudas técnicas y de movilidad; y, otros dispositivos especiales.

7.2.20. La fisioterapia infantil

En la fisioterapia infantil o fisioterapia en niños se engloban todas aquellas estrategias terapéuticas encaminadas a obtener el mayor nivel funcional posible en niños con deficiencias motoras comprendidos entre los 0 y los 18 años. Entre estas estrategias encontramos la Estimulación Precoz y Atención Temprana (en niños de 0 a 6 años).

Los objetivos en cada caso dependerán del diagnóstico clínico del niño y de sus características individuales, entre otros factores.

Hablamos aquí de afectaciones del Sistema Nervioso Central (PCI (parálisis cerebral infantil), malformaciones del tubo neural, sufrimiento fetal...), del Aparato Locomotor (malformaciones congénitas, deformidades, miopatías, tortícolis, escoliosis infantil, parálisis braquial obstétrica,...), Síndromes genéticos, etc.

La fisioterapia infantil o para niños actúa en el tratamiento precoz de problemas de salud en la infancia y utiliza una gran variedad de técnicas para el tratamiento de las patologías o desórdenes de los niños.

El fisioterapeuta infantil está especializado en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los recién nacidos, niños y adolescentes con una gran variedad de desórdenes o alteraciones congénitas, de desarrollo, neuromusculares o musculo-esqueléticas. Los tratamientos se centran en la mejora de las habilidades motoras, tanto básicas como finas, mejora del equilibrio y la coordinación, fuerza y resistencia así como de la integración y mejora sensorial y cognitiva.

Niños con retrasos en el desarrollo motor o intelectual, parálisis cerebral, espina bífida y tortícolis son algunos de los casos que pueden ser tratados por los fisioterapeutas infantiles.

Los fisioterapeutas infantiles ayudan a los recién nacidos, niños, adolescentes con problemas motores a adquirir un nivel de independencia óptimo y una adecuada funcionalidad para la casa, escuela y la vida en sociedad.

7.2.21. La fisioterapia neurológica infantil

La fisioterapia neurológica es una parte de la fisioterapia infantil. La fisioterapia neurológica infantil se dedica a permitir que niños que tuvieron una lesión neurológica como, por ejemplo, parálisis cerebral, tengan un desarrollo motor adecuado o alcancen un desarrollo motor óptimo que les permita un grado de independencia en las tareas de la vida diaria.

La website www.fisioterapia-PCI-valenciafisioterapia-infantil-vojta, nos indica que:

“Durante los 2 primeros años de vida el cerebro de los bebés tiene la cualidad de la plasticidad neuronal, esto quiere decir que las estructuras que hayan podido sufrir un daño en el Sistema Nervioso Central pueden ser recuperadas gracias a la proliferación de conexiones en los axones de las neuronas cerebrales, las cuales pueden "rellenar" o expandirse hacia aquellas zonas que hayan sufrido un trauma o muerte celular”.

7.2.22. Técnicas de rehabilitación

El concepto Vojta o fisioterapia especializada para niños es una técnica desarrollada y aplicada a recién nacido con sospecha de daño cerebral, niño y adolescente con problemas motores, traumatológicos u ortopédicos.

Es una terapia muy eficaz en problemas de distonías motoras, tales como las ataxias o atetosis cerebelares y patologías que cursen con alteraciones del tono muscular.

Se aplican estímulos desde zonas distales y proximales del cuerpo y se obtienen respuestas a nivel global en los grupos musculares antigravitatorios que son los que nos sostienen en contra de la gravedad y los que no puede ejercitar un niño afectado con lesión neurológica. El modo en que actúa es a nivel del sistema piramidal estableciendo vías aferentes y eferentes a nivel de los sistemas de integración cerebral hasta llegar a la corteza cerebral, que es la estructura más evolucionada del ser humano.

7.2.23. El concepto bobath en niños

Es un enfoque de tratamiento global para el niño y el bebé, se basa en la comprensión del movimiento normal y utilizamos técnicas dinámicas para recuperar el movimiento normal. Es importante contar con la participación del niño.

El Concepto Bobath es una importante técnica de rehabilitación en el cuidado de pacientes con lesiones cerebrales o en la médula espinal. Debe su nombre a sus creadores, la fisioterapeuta Berta Bobath y su marido, el neurólogo Karel Bobath.

Vázquez M. (2006) en Fisioterapia en neonatología. Tratamiento fisioterápico y orientaciones a los padres, indica que:

Las técnicas de rehabilitación se basan en la capacidad del cerebro de reorganizarse, que significa que las partes sanas del cerebro aprenden y adquieren las funciones que fueron realizadas previamente por las regiones

dañadas del cerebro. El requisito previo para esto es, sin embargo, un soporte y un estímulo aplicado al paciente por parte del Fisioterapeuta. El concepto ha alcanzado buenos éxitos en la rehabilitación, particularmente en el caso de los enfermos que sufren parálisis en un lado del cuerpo (hemiplejía) después de un traumatismo.

El valor principal del concepto Bobath es, por otra parte, apoyar al lado afectado del cuerpo tanto como sea necesario para adaptar sus movimientos de manera acorde con el lado menos afectado del cuerpo. Es, en definitiva, un modo de equilibrar el cuerpo en cuanto a funcionalidad y movilidad.

Otra de las claves del concepto Bobath trata de inhibir los patrones anormales que resultan de la propia lesión y facilitar el movimiento para conseguirlo de la manera más funcional, siempre siguiendo los hitos obtenidos en el neurodesarrollo humano.

7.2.24. Cómo se aplican estas técnicas.

Primero se efectúa una evaluación global del niño, que determina su grado de retraso y nos da una idea sobre el pronóstico.

Luego se trabaja con la madre y el bebé y se tiene muy en cuenta el estado emocional de ambos, generalmente necesitan mucho apoyo emocional durante la primera fase.

Cada ejercicio es explicado a la madre, al igual que una relación del desarrollo normal para que valore los avances del niño o niña.

7.2.25. La familia como educadora del discapacitado

La responsabilidad de la educación de todos los hijos, incluidos los discapacitados, corresponde a la familia.

La constitución de la familia no es sólo un hecho biológico o sociológico. La Revelación nos muestra que en la familia se inscribe la genealogía de la persona en cuanto imagen, reflejo de Dios. Por esto, si la familia nace del amor de Dios, también

debe permanecer en este amor, y esta es la característica fundamental, la base en la que se apoya todo el entramado familiar.

Por esta razón, se puede decir que el compromiso principal de los cónyuges en esta labor de educación del hijo discapacitado consiste en mantener vivo el amor en su vida conyugal y en inculcarlo a todos sus hijos. El niño, en su familia, debe sentirse amado, buscado, valorado por sí mismo, en su realidad irrepetible.

Así pues, es preciso aprovechar todo el enorme «capital humano» de la familia, al que la sociedad debe contribuir.

Los padres deben procurar que la vida en familia sea gratificante para todos sus miembros, mediante su ejemplo, su alegría, su afabilidad. Deben comportarse en familia de modo que las cualidades y los defectos de cada uno de sus miembros sean conocidos y aceptados por todos los demás.

La comunicación entre los cónyuges es fundamental para sus hijos. Estos aprenden y viven en su dimensión personal, participando en la comunicación entre sus padres, y comunicándose entre sí con una naturalidad que deriva de la misma naturalidad de la relación filial.

Pérez A. (2009) en Psicoanálisis, pediatría, familia y derecho, dice que:

La familia da sentido de seguridad al hijo, le enseña las nociones del bien y del mal, le presenta el valor de su existencia en el mundo, le comunica la alegría que deriva del amor dado y recibido. Corresponde también a la familia enseñar al hijo el significado del dolor, del sufrimiento, de las limitaciones físicas y de la pobreza. Este es el «código» antropológico de la familia. Por consiguiente, la familia no puede renunciar a esta responsabilidad y no debe permitir que otras instituciones -educadores, administradores, agentes sanitarios y sociales- la asuman en la educación del hijo discapacitado.

7.2.26. Actitudes negativas y positivas

Compete, ante todo, a la familia, superado el primer momento de desconcierto ante la llegada de un hijo discapacitado, comprender que el valor de la *existencia* trasciende

el de la *eficiencia*. Por consiguiente, la familia no debe caer en la trampa de buscar a toda costa tratamientos o cuidados extraordinarios, pues corre el peligro de quedar defraudada, desilusionada, cerrada en sí misma, si no se logran los resultados de curación o recuperación esperados.

Hay varias actitudes que los padres deben evitar para un mejor desarrollo de su hijo discapacitado. Hemos dialogado sobre algunas:

La primera actitud negativa es *el rechazo*, la negación de la realidad. Este rechazo nunca es totalmente abierto, pero se vislumbra a través de las explicaciones que los padres tratan de dar a su mala suerte. En efecto, de forma inconsciente, se sienten culpables del resultado y tratan de echar la culpa a otros.

Otro comportamiento negativo es *el temor*: se refiere a un peligro imaginario y pone de manifiesto la incapacidad de una persona de afrontar la realidad. Este temor va acompañado de una incapacidad para tomar decisiones, para adaptarse a la nueva situación, para buscar los medios necesarios a fin de resolver las dificultades.

Menos conocida, pero no menos negativa, es la actitud de *superprotección* del hijo discapacitado. A primera vista, esta actitud muestra una loable solicitud y dedicación a ese hijo. Pero los padres, al hacerlo todo en vez del hijo, le impiden cualquier grado de autonomía.

Por último, la actitud de *resignación* es también negativa, porque impide a los padres asumir una actitud positiva, activa, hacia el hijo discapacitado, y por consiguiente entorpece el desarrollo del niño hacia la autonomía.

Cuando los padres *aceptan la realidad* de la discapacidad de su hijo empiezan a tener la posibilidad de ser felices en su prueba. Cuando los padres se muestran alegres a pesar de las dificultades de su situación, pueden hacer feliz a su hijo, cualquiera que sea su discapacidad.

7.2.27. La ayuda que los padres deben recibir de los profesionales

Para poder cumplir la misión de educar a sus hijos, la familia necesita recibir de profesionales que se ocupan de los niños discapacitados la información y la ayuda adecuada a su condición. Los profesionales pueden y deben ayudar a los padres a salir de su bloqueo afectivo, para afrontar con realismo su situación.

Los científicos, los médicos y los investigadores deben ser especialmente sensibles a la situación de dificultad en que vive una familia después del nacimiento de un hijo discapacitado. Conviene, en primer lugar, recordar a esta familia que la ciencia tiene límites y que la salud física no es un derecho, sino un don.

El papel de los médicos consiste en ayudar a esta familia a encontrar la actitud correcta frente al hijo discapacitado. Por esto, los médicos y los especialistas tienen el deber de comunicar a los padres los conocimientos y adquisiciones relativos a la discapacidad de sus hijos. Deben hacerlo con espíritu de servicio y solidaridad, de modo humano, usando un lenguaje accesible e inteligible, con paciencia y comprensión, y con plena honradez profesional.

Los padres necesitan esa permanente comunicación del saber científico para afrontar la realidad de la situación de su hijo discapacitado. Una vez informados, podrán dar al hijo el tipo de educación y el tratamiento más conveniente a su situación.

La familia necesita un apoyo adecuado por parte de la comunidad. Aunque la familia es indispensable para acoger al hijo discapacitado y para educarlo, no podrá conseguir con sus solas fuerzas resultados plenamente satisfactorios. Aquí se abre el espacio para la intervención de asociaciones especializadas y para otras formas de ayuda extrafamiliar, que aseguren la presencia de personas con las que el niño pueda instaurar relaciones educativas.

Esos sistemas de ayuda son aún más necesarios en los momentos críticos de la vida familiar, cuando la convivencia en la familia resulta difícil, si no imposible. Por esto, es

importante el desarrollo de estas pequeñas estructuras de comunidad que pueden acoger al discapacitado durante un período de tiempo, o acogerlo como miembro permanente después de la muerte de uno o de ambos progenitores.

7.2.28. Normas de atención y protocolos

7.2.28.1. Normas de Atención

Araujo, M, y cols. (2005) en Pautas para la elaboración, aplicación y evaluación de guías clínicas, indica que: “La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado”.

7.2.28.2. Protocolos

Así mismo, Araujo, M, y cols. (2005) en Pautas para la elaboración, aplicación y evaluación de guías clínicas, indica que: “Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una guía de práctica clínica o guía de atención”.

7.2.29. Objetivos de una guía de atención, guías de práctica clínica, protocolos

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.

- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.
- Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas

7.2.30. Metodología para elaborar una guía de atención o protocolo.

Requisitos para solicitar la realización o actualización de una guía, manual de normas protocolo de atención:

La unidad o establecimiento que considere necesario elaborar o actualizar una guía o protocolos, debe realizar el trámite ante el grupo conductor según cronograma oficial mediante una carta de solicitud del aval correspondiente para la construcción de la guía o protocolo de atención, que incluya la descripción del problema y los objetivos, según se establece en este mismo documento; y, desarrollo de una guía de atención o protocolo

Para elaborar una guía de atención, deben seguirse los siguientes pasos:

El grupo conductor selecciona un problema o situación de salud según la priorización establecida, el cual puede ser de interés local o nacional o un grupo de profesionales de una unidad específica selecciona un problema.

El Grupo Conductor conforma o avala un Grupo Ejecutor que realiza lo siguiente:

- Revisa y analiza la bibliografía y evidencia científica relativa al problema o situación de salud por atenderse.
- Analizar y diseñar el proceso de atención del problema o situación de salud.
- Desarrolla un documento borrador de Guía de Atención o protocolo del problema específico o situación en salud basado en el formato de presentación establecida.

- Presenta un borrador de la Guía o protocolo a diferentes actores del proceso de atención en todos los niveles, lo mismo que a organizaciones de profesionales.
- Presenta el borrador de la Guía al Grupo Conductor de la Sub-Área Gestión
- Técnica en Servicios de Salud para su aval.
- Valida el borrador de la Guía de Atención con grupo de expertos y personal de salud de las diferentes disciplinas y niveles de atención, personas con el problema o situación de salud según corresponda. Debe tomarse en cuenta la opinión de otros departamentos según su pertinencia.
- Entrega el documento final a publicar al grupo conductor para su revisión final y aval, quien lo presenta oficialmente a la Gerencia Médica.
- Desarrolla el plan de capacitación propuesto con las unidades de salud, sobre los contenidos de la guía de atención o protocolos
- Establece indicadores, tiempos y responsabilidades para la implantación.
- Realiza el proceso de evaluación y seguimiento de la implantación de la guía o Protocolos, en coordinación con el grupo conductor.
- El proceso de construcción debe fundamentarse en la metodología de la institución.
- El contiene elementos básicos de esta metodología como referencia

7.2.30.1. Proceso de elaboración

Resume el proceso por el cual se logró producir el protocolo de atención especificando: La conformación del grupo ejecutor para la elaboración de los protocolos; las fuentes bibliográficas utilizadas, así como, criterios de inclusión o exclusión aplicados para seleccionar los estudios utilizados en la elaboración de la guía: meta-análisis, ensayos aleatorios y otros; se debe anotar las preguntas clínicas estructuradas que llevaron a la búsqueda de evidencia que son relevantes en el tema a tratar, que sean tan claras y específicas como sea posible; descripción clara de los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Si se utilizaron métodos de consenso informal, la guía debe describir cómo se resolvieron las áreas de

desacuerdo; y, el proceso de validación de los mismos por el grupo de expertos, personal de salud y usuarios y usuarias implicados

7.2.30.2. Validación

Los procesos de validación deben ser coordinados por el grupo conductor y por el grupo ejecutor, asegurando la participación de las personas (usuarios meta) que deben aplicar la guía o protocolos en los diferentes niveles de atención involucrados.

Se realiza una validación de la calidad técnica del documento y una validación de la factibilidad de los procedimientos que se establecen en la guía – validación operativa para lo que se sugiere la utilización de la técnica FODA, la cual permite identificar las fortalezas y oportunidades con que se cuenta, así como las debilidades y amenazas que se puedan presentar.

7.2.30.3. Implantación

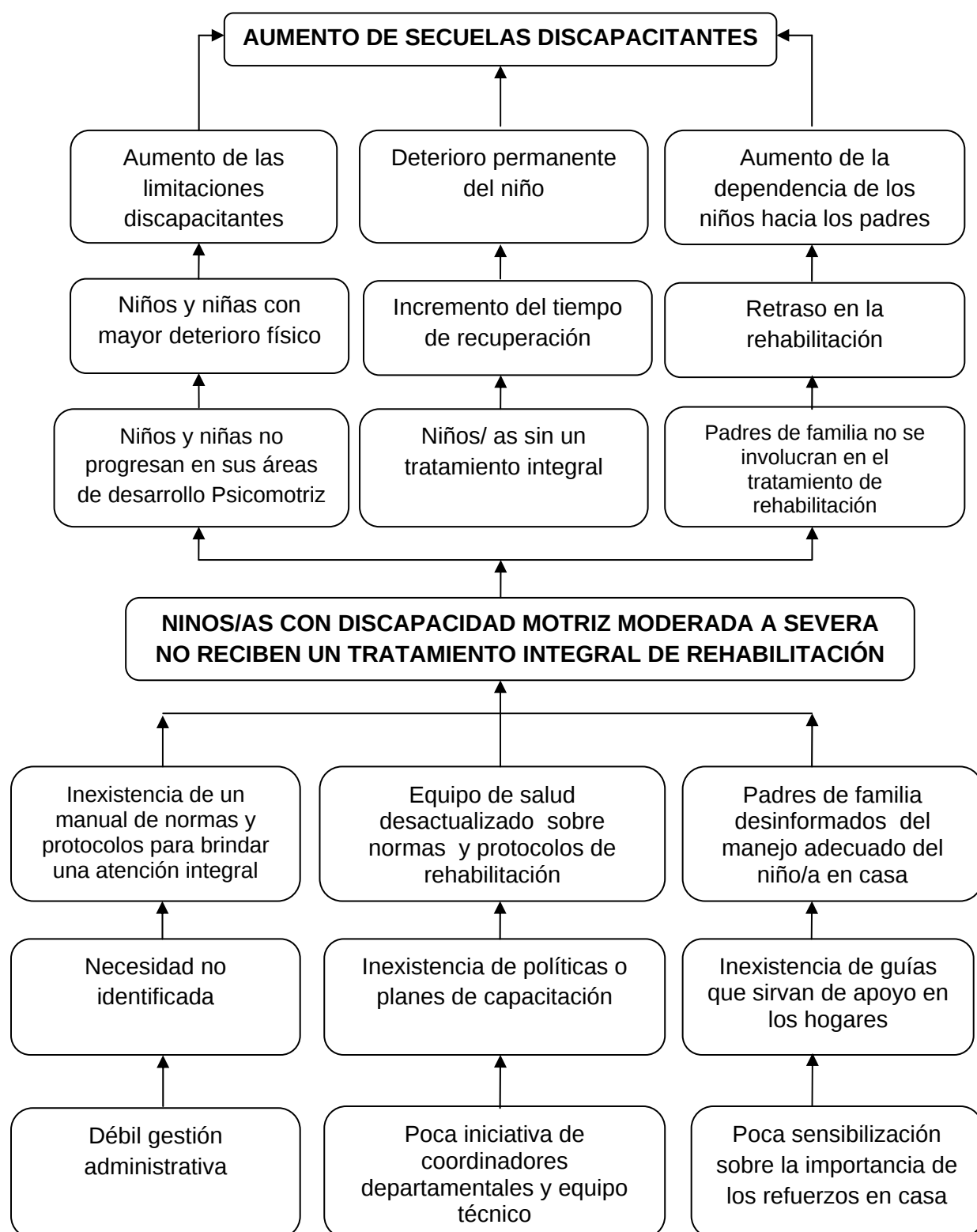
Cada área de salud, clínica u hospital, debe designar un grupo coordinador local, el cual recibe capacitación sobre los contenidos de las guías o protocolos elaborados para que pueda presentar al personal de su unidad.

Se llevará a cabo una actividad de capacitación con los grupos coordinadores para el conocimiento, manejo, seguimiento y evaluación de las guías. La convocatoria para esta se realiza vía Gerencia Médica, según el procedimiento institucional.

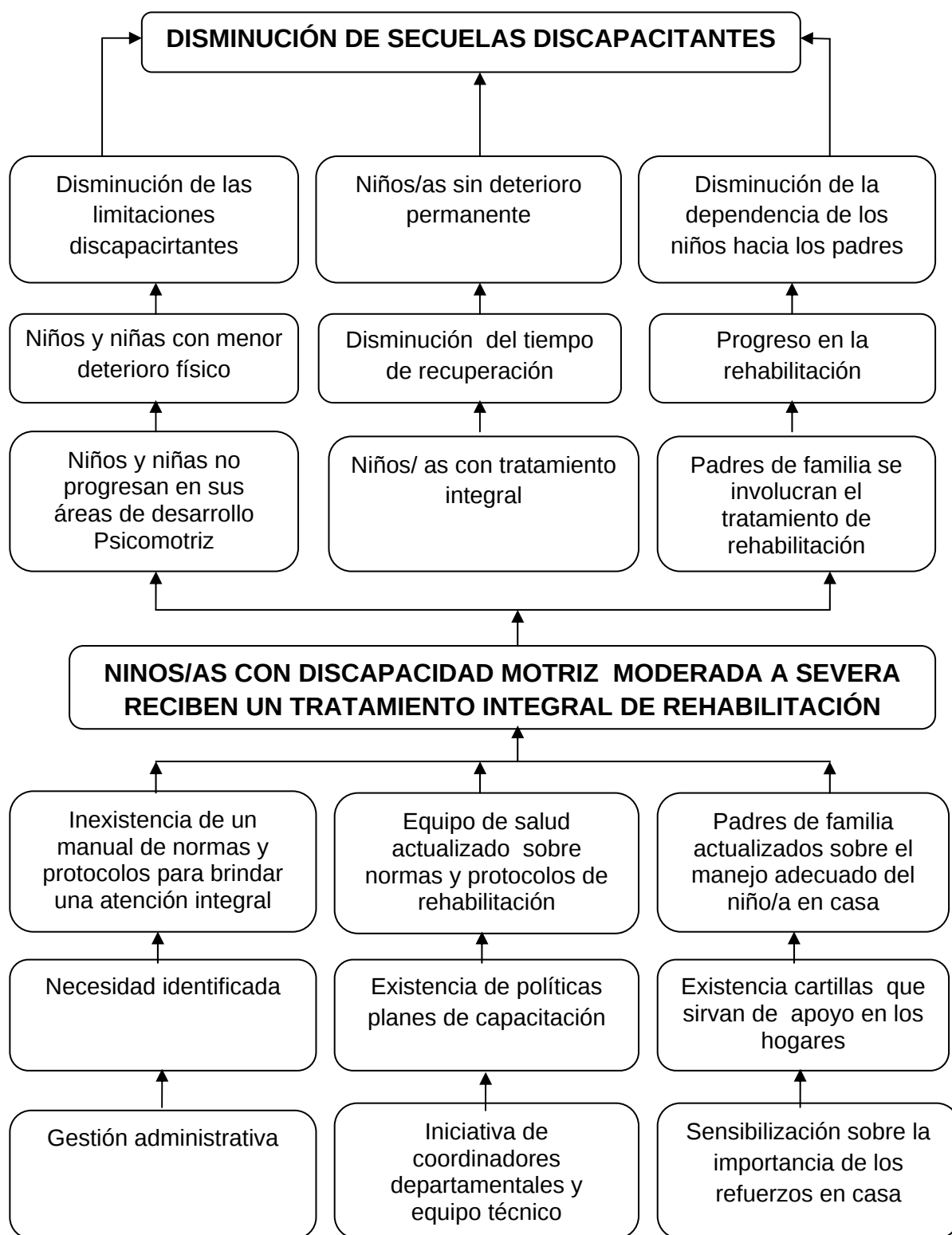
8.1. Matriz de involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Director del CRM# 3 de la ciudad de Portoviejo	Establecer estrategias y políticas de atención para brindar atención de calidad.	Recursos Humano, económicos, tecnológico Mandatos Art. 47: Constitución política del Ecuador, sección sexta Personas con discapacidad	Escasez recursos económicos. Escasos recursos humanos Ausencia de estrategias y planes de capacitación al personal de salud y usuarios del centro
Equipo de salud	Brindar tratamiento de salud para mejorar las condiciones de los usuarios	Recursos Humanos Económicos Tecnológico Mandatos Art. 47. Constitución política del Ecuador, sección sexta Personas con discapacidad	Falta de organización Poca gestión administrativa Poca programas de capacitación
Comunidad	Ser atendido de calidez y calidad, participar y colaborar para mejorar su estado de salud	Recursos Humanos Económicos Tecnológico Mandatos Art. 47. Constitución política del Ecuador, sección sexta Personas con discapacidad	Larga espera para la atención. Problemas económicos para acceder a la rehabilitación Falta de personal Inexistencia de material informativo
Padres/ madres de familia o familiares	Que el/la integrante de su familia reciba atención de calidad, rápida, oportuna y eficiente, involucrarse en la rehabilitación y tratamiento integral de su hijo	Recursos Humanos Económicos Tecnológico Mandatos Art. 49. Constitución política del Ecuador, sección sexta Personas con discapacidad	Limitado acceso a la información. Inadecuado tiempo de tratamiento
Maestrante	Ejecutar acciones en pro del bienestar de la comunidad	Recursos Humanos Económicos Tecnológico Mandatos Art. 47- 48. Constitución política del Ecuador, sección sexta Personas con discapacidad	Falta de gestión Poca coordinación Falta de motivación de la comunidad

8.2 Árbol del problema



7.3 Árbol de objetivos



8.4. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a las disminución de secuelas discapacitantes en los niños/as con discapacidad Moderada a severa del CRM -# 3 INFA – Portoviejo			Comprometimiento de autoridades Que los niños discapacitados asistan a recibir atención en el CRM No. 3 INFA-Portoviejo.
PROPOSITO Niños/as con discapacidad Moderada a Severa que acuden al CRM # 3 INFA – Portoviejo reciben un tratamiento integral de rehabilitación.	Hasta el 29 -07-2011 el 80% de los niños/as con discapacidad moderada a severa reciben un tratamiento integral de rehabilitación	Estadísticas de atención.	Iniciativa del equipo técnico Participación del equipo autoridades y padres de familia
1. Manual de normas y protocolos atención Integral a niños y niñas con	Hasta el 29 de Julio del 2011 el 100% del manual de atención integral a niños y	Manual de normas y protocolos Estadísticas de pacientes	Disponibilidad de recursos y apoyo logístico. Participación del equipo

discapacidad motriz moderada a severa diseñadas e implementadas	niñas con discapacidad motriz moderada a severa, diseñado y aplicándose	atendidos.	técnico
2. Equipo de Salud actualizado sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de rehabilitación en niños y niñas con Discapacidad moderada a Severa	Hasta el 13-05-2011 el 100% del equipo de salud actualizado sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de los niños y niñas.	Firmas de asistencia en las reuniones Registro de observaciones y conclusiones Fotos Evaluaciones	Equipo de salud participando activamente de las capacitaciones
3. Padres de familia informados sobre el manejo adecuado del niño/a en casa	Hasta el 24 – 06 – 2011, 90% de padres disponen de la información necesaria para manejar a los niños en casa	Documento con el plan de capacitación. Registro de asistencia. Evidencia fotográfica.	Participación y compromiso de los padres en replicar el tratamiento

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO /RECURSOS
PRIMER RESULTADO			
Manual de normas y protocolos de atención Integral a niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa diseñadas e implementadas			
1.1. Extensión de oficios a las autoridades	Maestrante	10 de Marzo del 2011	Impresiones \$5,00
1.2. Búsqueda de información	Maestrante	Del 1 al 8 de Abril/2011	Internet \$200,00 Impresiones \$40
1.3. Diseño del manual normas y protocolos de atención Integral a niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa	Maestrante	Del 10 al 20 de Abril/2011	Materiales de oficina \$50,00
1.4. Aprobación del manual de atención a los Niños y Niñas con discapacidad de moderada a severa	Maestrante	Del 22 al 28 de Abril/2011	Copias y anillados \$60,00
1.5. Aplicación de las manual	Maestrante	24 de Mayo a Julio/2011	Impresiones \$60,00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO /PRESUPUESTO
SEGUNDO RESULTADO:			
Equipo de Salud actualizado sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de rehabilitación en niños y niñas con discapacidad motriz, moderada a severa			
2.1. Elaboración de la planificación de la capacitación (metodología- recursos- facilitador.	Maestrante	29 de Abril/2011	Materiales de oficina \$50,00
2.2. Extensión de oficios a las autoridades para la aprobación de la capacitación y planificación.	Maestrante	3 de Mayo/2011	Material de oficina \$5,00
2.3. Invitación a los participantes.	Maestrante	6 de Mayo/2011	Material de oficina
2.4. Ejecución de la capacitación.	Maestrante	11-12-13-19 y 20 Mayo	Material de oficina \$20,00 Refrigerio \$150.00
2.5. Evaluación de la capacitación (aplicación de encuesta).	Maestrante	20 de Mayo/2011	Material de oficina \$10.00
2.6. Socialización y entrega de protocolos para el tratamiento integral de rehabilitación en niños/as con discapacidad motriz moderada a severa	Maestrante	20 de Mayo 2011	Copias y anillados 200\$

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	COSTO
TERCER RESULTADO:			
Padres de familia informados sobre el manejo adecuado del niño/a con discapacidad motriz severa a moderada en casa			
3.1. Entrevista con Coordinador de Centro de Rehabilitación Física No. 3-INFA Portoviejo, para solicitar autorización para la capacitación de padres de familia.	Maestrante	23 Mayo/2011	Materiales de oficina \$20.00
3.2. Planificación de la capacitación y elaboración de cartillas.	Maestrante	24 al 31 Mayo/2011	Material de oficina 50,00
3.3. Aprobación de las cartillas	Maestrante	2 de Junio/2011	Materiales de oficina, \$20,00 Internet \$25.00
3.4. Citación a los Padres de familia de los niños.	Maestrante	13 de Junio/2011	Material de oficina \$5,00
3.5. Ejecución de la capacitación y Conformación del Club de Madres.	Maestrante	20-24 de Junio/2011	Refrigerio, material de oficina \$150,00 Convocatoria \$5.00 Material de oficina \$20.00
3.6. Evaluación de la capacitación a padres de familia.	Maestrante	9 de Junio/2011	Material de oficina \$5.00

**ANEXO 1: REGISTRO DE
AVANCE DEL PROYECTO**



FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN- ACCIÓN.

Nombres y Apellidos: María Alejandra Rivadeneira Zambrano.

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: "PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA, PORTOVIEJO DE FEBRERO A JULIO DE 2011"

REHABILITACIÓN MEDICINA Y FISIOTERAPIA, FORTOVIEJO DEL FEBRERO A JULIO DE 2011									
RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)							OBSERVACION ES
		F	M	A	M	J	J	A	
RESULTADO 1									
Manual de normas y protocolos atención Integral a niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa diseñado e implementado	Hasta el 28 de abril el 100% del manual de normas y protocolos diseñados		15%	15%	20%	20%	25%	5%	Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
	Hasta el 29 de Julio del 2011 el 100% de manuales de atención aplicándose		15%	15%	20%	20%	25%	5%	Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2									
Equipo de Salud actualizado sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de rehabilitación en niños y niñas con Discapacidad moderada a Severa	Hasta el 13-05-2011 el 100% del equipo de salud actualizado sobre normas y protocolos para el tratamiento integral de los niños y niñas.				50%	50%			Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3									
Padres de familia informados sobre el manejo adecuado del niño/a en casa	Hasta el 24 – 06 – 2011, 90% de padres disponen de la información necesaria para manejar a los niños en casa				50%	50%			Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

ANEXO 2: OFICIOS ENVIADOS

Portoviejo, 10 de Marzo de 2011

Dr.
Xavier Basurto
**COORDINADOR DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN MEDICA N° 3- INFA PORTOVIEJO**
Presente.-

De mis consideraciones:

Me dirijo a usted para darle a conocer lo siguiente:

Actualmente me encuentro cursando el último semestre de la Maestría En Salud para el Desarrollo Local, en la Universidad Técnica Particular de Loja; uno de los requisitos para obtener la titulación es la ejecución de un proyecto de salud en beneficio de la Institución en la que laboro, es por esto que pongo a su consideración la ejecución de este proyecto cuyo tema es el siguiente.

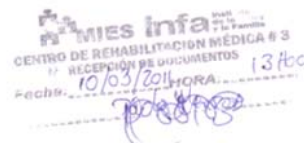
"PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO DE MARZO A AGOSTO DE 2011"

Por este motivo solicito a usted su respectiva aprobación y autorización, para la realización de este proyecto.

Estando segura de contar con su apoyo y comprometimiento, le quedo agradecida.

Atentamente.


Lcda. Alejandra Rivadeneira
**MAESTRANTE UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA**



MIES infa
CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Fecha: 10/03/2011 HORA: 13:00

Portoviejo, 3 de Mayo de 2011

Dr.
Xavier Basurto
COORDINADOR DEL CRM# 3 PORTOVIEJO
Presente.-

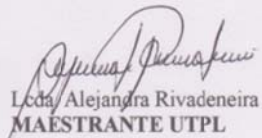
De mis consideraciones:

El motivo de la presente es comunicarle que en relación a las gestiones para la realización de las capacitaciones al personal de Salud inmersa en las actividades para la obtención del título de Magister de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, se ha considerado realizarlas los días 11- 12- 13-19 y 20 de Mayo del presente año, en el auditorio del CRM, de 8:00 a 16:00 horas, en el tema: TRATAMIENTO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA,

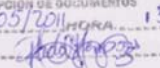
Por lo anteriormente expuesto le solicito a ud. se sirva autorizar la realización del evento y extender la autorización y trámite pertinente para la asistencia al equipo de salud.

Esperando contar con su apoyo y aprobación le quedo agradecida.

Atentamente.


Lcda/ Alejandra Rivadeneira
MAESTRANTE UTPL

Adjunto Planificación


CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA # 3
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Fecha: 3/05/2011 15:00



Dr. Xavier Basurto Z.
COORDINADOR CRM# 3

Portoviejo, 2 de Junio del 2011

Dr.
Xavier Basurto
**COORDINADOR DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN MEDICA N° 3- INFA PORTOVIEJO**
Presente.-

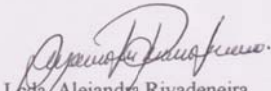
De mis consideraciones:

El motivo de la presente es para solicitarle que una vez autorizado la ejecución de mi tesis para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, me sirvo presentarle **LA CARTILLA PARA EL MANEJO EN CASA DEL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA**, que asisten al Centro de Rehabilitación Medica N° 3 –INFA Portoviejo.

Por lo anterior expuesto solicito se me apruebe dicha cartilla, para su manejo y ejecución.

Esperando contar con su apoyo y autorización le quedo agradecida.

Atentamente.


Lda. Alejandra Rivadeneira
**MAESTRANTE UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA**


INFA
VICI
DINAD

Adjunto Cartilla


INFA
CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA # 3
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Fecha: 2/06/2011 HORA: 13:40
RECIBIDO

Portoviejo, 11 de Marzo de 2011

LCDA.
Kerly Torres
DIRECTORA PROVINCIAL INFA MANABI
Presente.-

*Autógrafa
Bosquito - Cordoba
14-03-2011*

De mis consideraciones:

Me dirijo a usted para darle a conocer lo siguiente:

Actualmente me encuentro cursando el último semestre de la Maestría en GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL, en la Universidad Particular Técnica de Loja; uno de los requisitos para poder obtener la titulación es la ejecución de un proyecto de salud en beneficio de la institución en la que laboro, es por esto que pongo a su consideración la ejecución de este proyecto cuyo tema es el siguiente:

"PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA, CENTRO DE REHABILITACIÓN MEDICA N° 3 INFA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, DE MARZO A AGOSTO DE 2011"

Por este motivo solicito a usted la respectiva aprobación y autorización, para la realización de este proyecto.

Estando segura de contar con su apoyo y compromiso, le quedo agradecida.

Atentamente,

Alejandra Rivadeneira
Lcda. Alejandra Rivadeneira
MAESTRANTE UTPL

*Autógrafa
Bosquito - Cordoba
14-03-2011*

	infa Instituto de la Mujer y la Familia
MIES ARCHIVO	
Fecha:	11 MAR. 2011
Hora:	10:10
<i>RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS</i>	

 **MIES infa**
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS 10425

Portoviejo, 22 de Abril de 2011

Dr.
Xavier Basurto
**COORDINADOR DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN MÉDICA N° 3- INFA PORTOVIEJO**
Presente.-

De mis consideraciones:

El motivo de la presente es para solicitarle que una vez autorizado la ejecución de mi tesis para la obtención del título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, me sirvo presentarle el **MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA**, que asisten al Centro de Rehabilitación Médica N° 3 –INFA Portoviejo.

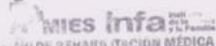
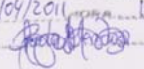
Por lo anterior expuesto solicito se me apruebe dicho manual para su manejo y ejecución.

Esperando contar con su apoyo y autorización le quedo agradecida.

Atentamente.


Lcda. Alejandra Rivadeneira
**MAESTRANTE UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA**


D. Basurto
Centro de Rehabilitación Médica N° 3- INFA Portoviejo


CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA N° 3
RECIBIÓ DOCUMENTOS
Fecha: 22/04/2011 Hora: 13:00




Instituto de la Niñez y la Familia-INFA

Oficio N° 007-XBZ-CRM#3

Portoviejo, 28 de Abril de 2011

Lcda.

Alejandra Rivadeneira

MAESTRANTE UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente le informo que una vez revisado el **"Manual de Atención Integral al Niño y Niña con Discapacidad Moderada a Severa"**, para ser aplicada a los usuarios del área de Parálisis Cerebral Infantil que acuden al Centro de Rehabilitación Medica N° 3 –INFA Portoviejo, ha sido aprobado.

Continúe con su proyecto y elabore un informe de los resultados obtenidos

Atentamente.

Dr. Xavier Basurto Zambrano

**COORDINADOR DEL CENTRO DE REHABILITACION MEDICA NO.3
INFA MANABI.**

JUNTOS POR EL BUEN VIVIR

Prolongación Avenida Manabí junto al Hospital del Seguro
Telefono 052633696



Instituto de la Niñez y la Familia-INFA

Oficio No. 034- CRM 3 INFA-2011.

Portoviejo, Junio 6 de 2011

Lcda.
Alejandra Rivadeneira
MAESTRANTE UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente le informo que una vez revisada **La Cartilla para el Manejo en Casa del Niño y Niña con Discapacidad Moderada a Severa**, para ser aplicada por los usuarios del Centro de Rehabilitación Medica N° 3 –INFA Portoviejo, en sus domicilios, ha sido aprobada.

Continúe con su proyecto y elabore un informe de los resultados obtenidos.

Atentamente.

Dr. Xavier Basurto Zambrano
COORDINADOR DEL CENTRO DE REHABILITACION MEDICA NO.3
INFA MANABI.

JUNTOS POR EL BUEN VIVIR

Prolongación Avenida Manabí junto al Hospital del Seguro
Telefono 052633696

Portoviejo, 9 de Junio de 2011

Dr.
Xavier Basurto
COORDINADOR DEL CRM# 3 PORTOVIEJO
Presente.-

De mis consideraciones:

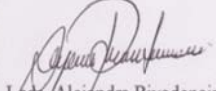
Como es de su conocimiento una de las actividades para la ejecución de mi tesis para la obtención del título de Magister de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, es la capacitación a las familias, dicha se ha planificado para los días 20, 21, 22, 23, 24 de junio del presente año, en el área de Parálisis Cerebral Infantil, de 8:00 12:00 horas, en el tema: **CONOCIMIENTO DEL MANEJO ADECUADO DEL NIÑO/A CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA EN CASA.**

Así mismo se pretende aprovechar estos días de capacitación e información a las familias para conformar un **CLUB DE MADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD**, que asisten al Centro de Rehabilitación Medica

Por lo anteriormente expuesto le solicito a ud. se sirva autorizar la realización del evento.

Esperando contar con su apoyo y aprobación le quedo agradecida.

Atentamente.


Lcda. Alejandra Rivadeneira
MAESTRANTE UTPL

Adjunto Planificación


Dr. Xavier Basurto
COORDINADOR DEL CRM# 3 PORTOVIEJO

CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA # 3
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
Fecha: 9/06/2011 HORA: 13:00

ANEXO 3: ENCUESTA

EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

TEMA: ACTUALIZACIÓN AL EQUIPO DE SALUD SOBRE MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DEL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

FECHA

*A continuación usted encontrará unas preguntas que nos permitirán evaluar varios aspectos de la capacitación que se acaba de realizar. Con base en sus respuestas esperamos hacer que estos espacios de capacitación sean cada día mejores y estén de acuerdo con sus necesidades, por lo tanto le solicitamos sea lo más sincero posible. Por favor **elijan una sola respuesta** para cada pregunta, marcando con una x la respuesta con la que más se identifica.*

Califique el contenido de esta capacitación, en los siguientes aspectos:

El lenguaje utilizado por el expositor para transmitir sus conocimientos me pareció:	Muy teórico	Algo confuso	Regular	Claro	Excelente
La forma como el expositor me resolvió mis dudas fue:	Muy teórico	Algo confuso	Regular	Claro	Excelente
El folleto que me entregaron para facilitar y aclarar el desarrollo del taller me pareció	Muy teórico	Algo confuso	Regular	Claro	Excelente
Lo que yo esperaba de esta sesión de capacitación	No se cumplió del todo	Se cumplió un poco	Mas o menos se cumplió	Casi todo se cumplió	Se cumplió del todo
Los temas tratados en esta capacitación me aportan y los puedo poner en práctica	No en mi caso particular	Quizás unos pocos de ellos	La mitad	Casi todos	Definitivamente sí

Si tiene alguna sugerencia, cambio en esta capacitación, tiene algún comentario puede escribirlo.

.....

GRACIAS POR SUS SINCERAS RESPUESTAS

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE REHABILITACION MEDICA N° 3

TEMA: CAPACITACION A LAS FAMILIAS SOBRE EL MANEJO ADECUADO EN CASA DEL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA QUE ASISTEN AL CRM # 3 INFA.

FECHA:

A CONTINUACIÓN USTED ENCONTRARÁ UNAS PREGUNTAS QUE NOS PERMITIRAN EVALUAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENE USTED SOBRE LOS ASPECTOS REHABILITATORIO DE SU HIJO/ JA; POR FAVOR ELIJA UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA, MARCANDO CON UNA X LA RESPUESTA QUE CONSIDERA CORRECTA.

1. Los cambios posturales son: de sentado a arrodillado, de arrodillado a parado, de puntilla, de talón, volteo, de acostado a sentado.

SI ☐ NO ☐

1. Para que su hijo o hija pueda caminar, ponerse de pie, trasladarse sin ayuda, es importante estimular la postura y no el equilibrio.

SI ☐ NO ☐

2. Para la estimulación sensorial usted le debe realiza masajes de estimulación y evitar la estimulación contexturas.

SI ☐ NO ☐

3. Después del gateo hay que estimular la posición de pie y marcha.

SI ☐ NO ☐

4. Usted debe movilizar al niño para que empiece a caminar.

SI ☐ NO ☐

5. Para mantener el tono muscular y evitar la rigidez articular y deformaciones usted debe mover a su hijo todos los días

SI ☐ NO ☐

ANEXO 4: LISTAS DE ASISTENCIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE REHABILITACION MEDICA N° 3 INFA -PORTOVIEJO
CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD
REGISTRO DE FIRMAS DE PARTICIPANTES



FECHA:

#	NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE CEDULA	FIRMA
	Angggy Benavente Cellari	1306769520	
	Victor W. Lopez Hernandez	130661226-6	
	Regina Cely Gonzales	130683230	
	J. L. Loza	13049383-7	
	Lisette Thoma Yaneza	130983568-2	
	Silvia Alba Chavez	131166603-4	
	Margarita Garcia Vera	130669081-1	
	Angggy Benavente Cellari	090913325-8	
	Rodolfo Ponce Tamayo	130668885-7	
	Orlinda Picante Tijon	090745371-6	
	Jorge Chavez Escobar	130703274-3	

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE REHABILITACION MÉDICA# 3
CAPACITACION A LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS CON
DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA
REGISTRÓ DE FIRMAS DE ASISTENCIA

#	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	C.I.
1	JENNIFER GABRIELA INTRIAGO R.		131388198-7
2	Yolima Garcia Morias		120465883-3
3	Beverly Marisol Vera		
4	Anacely Leon	130937418-7	080304467
5	Gema Cajope Intriago		13119637-0
6	Deonice Zuñillos Parraga		131044447-4
7	Andrea Gabriela Navarrete Mendoza		131048745-7
8	Ramirez Gomez Verónica R.		131008711-7
9	Barrueta Alvarado Geronimo	Barrueta Alvarado	180808594-1
10	Julia Monserrate Vaca Aguirre		131504069-9
11	José Macías Annabel Elizabeth		130960052-4
12	Kathy Venerosa Navarrete Quiroz		131050520-9
13	Hilda Elizabeth Salazar Intriago		131082893-3
14	Luis LÓPEZ BELLO		13115542-3-0
15	Jorge Hancin L Vaca Solís		130971896-1
16	Molina Pilligua Maria Jose		
17	Ana Lucia Macías		130816757-4

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE REHABILITACION MÉDICA# 3

CAPACITACION A LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS CON

DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA

REGISTRÓ DE FIRMAS DE ASISTENCIA

[illegible]

**ANEXO 5: INVITACIONES,
CITACIONES**

INVITACIÓN

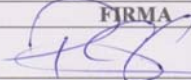
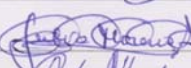
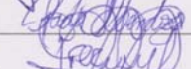
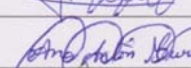
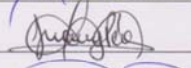
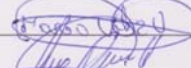
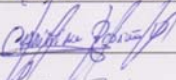
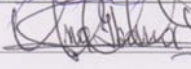
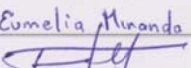
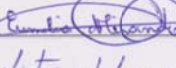
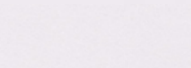
Es grato extender la invitación al personal de salud y general que labora en el CRM N° 3 de la Ciudad de Portoviejo, a la capacitación que se realizará los días 11- 12-13-19 y 20 de Mayo del presente año, en el auditorio del CRM, de 8:00 a 16:00 horas, para tratar el tema: TRATAMIENTO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD MODERADA A SEVERA.

Atentamente,

Lcda. Alejandra Rivadeneira
MAESTRANTE UTPL

Dr. Xavier Basurto
COORDINADOR DE CRM N° # 3-INFA
PORTOVIEJO

REGISTRO DE FIRMAS DEL RECIBIDO

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Rafael Cepeda Sandoval	
Juarez Moreno Antequera	
Grada Beatriz Monaloga Miranda	
COLÓN FERNANDO CARLOS CARRERA	
Ana Anton Oberrillo	
Juana Alicia Ruez Plaza	
Maria Salazar	
	
Reinier Zumbado	
Ana Lisbeth Miana Garcia	
	Eumelia Miranda Parraza
Victor W Lucas Hernandez	

CITACIÓN

Se cita a los Padres de Familia del Centro de Rehabilitación Médico No. 3-INFA Portoviejo, a una conferencia sobre “manejo adecuado en casa de los niños y niñas con discapacidad motriz moderada a severa que asisten al Centro de Rehabilitación Médica # 3 de la ciudad de Portoviejo”.

DÍA: 20 -24 de Junio del 2011-08-24

HORA: De 08H00 a 11H00

LOCAL: Área PCI- Centro de Rehabilitación INFA – Portoviejo

Su asistencia compromete nuestra gratitud.

Atentamente,

**Lcda. Alejandra Rivadeneira,
MAESTRANTE U.T.P.L.**

ANEXO 6: FOTOGRAFÍAS

ATENCION INTEGRAL EN REHABILITACION



ESTIMULACION PROPIOCEPTIVA



MOVILIZACIONES PASIVAS



CONTROL POSTURAL (CONTROL CEFALICO)





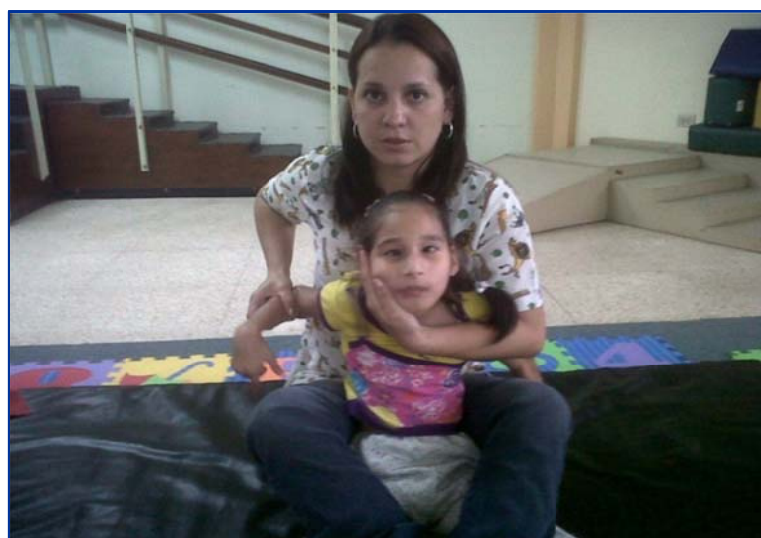
EQUILIBRIO SENTADO



REFLEJOS Y EQUILIBRIO Y CONTROL POSTURAL (CUELLO Y TRONCO)



HIDROTERAPIA



REJACION (DESBLOQUEO TREN SUPERIOR)



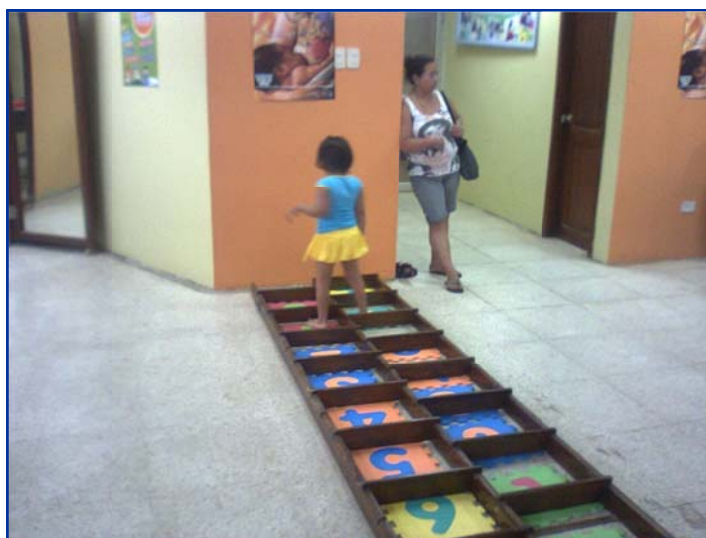
RELAJACION (CONTROL CEFALICO Y TRONCO)



CAMBIOS DE DECUBITOS (VOLTEO)



EQUILIBRIO



MARCHA



CONTROL POSTURAL (TRONCO)



VOLTEO



CAMBIO DE DECUBITO



BOBATH



MARCHA EN PARALELAS













CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD











CAPACITACION A LAS FAMILIAS







ENTREVISTA CON AUTORIDADES



7. ANEXOS

ANEXO 10-1

PLANIFICACIÓN PARA LA REALIZACION DE LA CAPACITACIÓN DE ACTUALIZACIÓN AL EQUIPO DE SALUD SOBRE MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DEL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACI[ON MEDICA # 3 CIUDAD DE PORTOVIEJO

INTRODUCCIÓN

La capacitación es de gran importancia para el éxito de toda institución. La capacitación desempeña una función central en la alimentación y el refuerzo de estas capacidades,. Los avances en el campo de la salud requieren que los empleados afinen de manera continua su conocimiento, aptitudes y habilidades, a fin de manejar los nuevos procesos y sistemas. El término capacitación se utiliza con frecuencia de manera casual para referirse a la generalidad de los esfuerzos iniciados por una organización para impulsar el aprendizaje de sus miembros. Sin embargo, muchos expertos distinguen entre capacitación, que tiende a considerarse la manera más estrecha y ha orientarse hacia cuestiones de desempeño de corto plazo, y desarrollo, que se orienta más a la expansión de las habilidades de una persona en función de las responsabilidades futuras.

La razón fundamental de capacitar a los empleados es darles los conocimientos, aptitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño satisfactorio.

La capacitación sirve hoy para un propósito mucho más amplio de lo que ha sido en el pasado. La capacitación solía ser un tema rígido y de rutina en la mayoría de las empresas. El objetivo era por lo general impartir las aptitudes técnicas necesarias para realizar el trabajo. En la actualidad, más empresas están aprovechando el hecho de que la capacitación puede mejorar el compromiso del empleado. Algunas cosas

ejemplifican el compromiso de una empresa hacia su personal más que proporcionar las oportunidades continuas para mejorar uno mismo; por tanto, las oportunidades de capacitación pueden ayudar a moldear el compromiso del empleado.

Las personas con Discapacidad Moderada a Severa dependiendo del tipo de patología tienen frecuentemente alteraciones sensoriales: tales como visuales, auditivas y táctiles, entre las más comunes se describen la disminución de la audición (hipoacusia de grado variable) y las deficiencias visuales (estrabismo, disminución de agudeza visual) siendo también muy frecuente la presencia de alteraciones perceptuales tales como: la dificultad de mantener el equilibrio en el espacio, dificultad para reconocer figuras, fondo y para discriminar a través del tacto las características de un objeto determinado.

JUSTIFICACION

En cuanto al papel de la Rehabilitación en la atención de los niños y niñas con algún tipo de discapacidad de Severa a moderada tan pronto se establece el diagnóstico de su tipo de deficiencia se debe iniciarse un programa de rehabilitación con el fin de cumplir el siguiente objetivo:

Estimular conductas sensoriomotoras cada vez más maduras inclusive cualquier forma de locomoción de acuerdo a la edad y el compromiso desde el punto de vista psicomotor. Promover el desarrollo de formas de comunicación (lenguaje expresivo, oral, gestal, escrito o simbólico). Estimular áreas cognitivas para desarrollar habilidades sociales y aprendizaje. Lograr el máximo nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. Proporcionar al niño herramientas sensoriomotoras y cognitivas.

Para alcanzar todos estos objetivos es necesario tener un equipo integral de profesionales especializados en rehabilitación que cuente con un médico fisiatra, psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Terapeuta del lenguaje, equipo que de acuerdo a las necesidades individuales de la persona y con un enfoque

interdisciplinario aplique las técnicas mas adecuadas de acuerdo a las necesidades individuales.

OBJETIVO

- ✓ Actualizar al equipo de salud sobre el Tratamiento Integral de Rehabilitación del Niño y Niña con discapacidad de Moderada a Severa.

RESPONSABLE:

- ✓ Lcda. Alejandra Rivadeneira

LUGAR:

- ✓ Instalaciones del CRM # 3 / INFA / Portoviejo.

FECHA:

- ✓ 11,12, 13, 19 y 20 de Mayo del 2011

JORNADA DE TRABAJO

8 Horas

• FACILITADORES

- ✓ Lcdo. Santos Bravo Loo(F.T. PROGRAMA NAR.)
- ✓ Lcdo. Adriano Reyes (T.O.)
- ✓ Lcda. Ana Antón Murillo, Maestrante(T.F.)
- ✓ Licdo. Guido Tumbaco (F.T.)
- ✓ Lcda. Alejandra Rivadeneira UTPL
- ✓ Lcda. Marjorie Ibarra (T.L.)

- **RECURSOS**

Recursos humanos

- 1 capacitador
- 1 coordinador
- Equipo de Salud

Recursos materiales

- Computadora / Enfocuss
- Marcadores
- Papelografos

Metodología

- Conferencia
- Charla
- Trabajo grupal
- Trabajo practico

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 la asistencia
- ✓ 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 CAPACITACION AL EQUIPO DE SALUD SOBRE EL
MANUAL DE NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO
INTEGRAL DE REHABILITACIÓN AL NIÑO Y NIÑA CON DISCAPACIDA
MOTRIZ DE MODERADA A SEVERA**

FECHA: 11 de Mayo de 2011

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 8:20 a 10:30	.Generalidades de las discapacidades	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 10:30 a 11:00	Receso		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 11:00 a 12:00	Funciones de las técnicas de rehabilitación	Exposición	Enfocus Computadora	Licda. Ana Antón
De 12:00 a 13:30	Técnicas de Rehabilitación	Exposición	Enfocus Computadora	Licda. Ana Antón
De 13:30 a 14:00	ALMUERZO			
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Licda. Ana Antón
De 15:400 a 16:00	-Clausura y refrigerio	Despedir a los participantes	Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira

FECHA: 12 de mayo de 2011

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 8:20 a 10:30	Tipos de Discapacidades	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Santos Bravo
De 10:30 a 11:00	Receso		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 11:00 a 12:00	Introducción a la técnicas	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Santos Bravo

	rehabilitación			
De 12:00 a 13:30	Protocolos de Rehabilitación generalizado	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Santos Bravo
De 13:30 a 14:00	ALMUERZO			
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Lcda. Santos Bravo
De 15;400 a 16:00	-Clausura y refrigerio	Despedir a los participantes	Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira

FECHA: 13 de Mayo de 2011

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 8:20 a 10:30	Técnica específicas de rehabilitación	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Guido Tumbaco
De 10:30 a 11:00	Receso		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 11:00 a 12:00	Actualizaciones en T. Bobath	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Guido Tumbaco
De 12:00 a 13:30	Actualizaciones de Vojta	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Guido Tumbaco
De 13:30 a 14:00	ALMUERZO			
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Lcdo. Guido Tumbaco
De 15;400 a 16:00	-Clausura y refrigerio	Despedir a los participantes	Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira

FECHA: 19 de mayo de 2011

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 8:20 a 10:30	Introducción a la rehabilitación motriz fina	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
De 10:30 a 11:00	Receso		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 11:00 a 12:00	Técnicas específicas de motricidad fina y T.O.	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
De 12:00 a 13:30	Técnicas de Rehabilitación	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Adriano Reyes
De 13:30 a 14:00	ALMUERZO			
De 14:00 a 15:40	Actividad Practica	Demostración	Colchoneta	Lcdo. Adriano Reyes
De 15:40 a 16:00	-Clausura y refrigerio	Despedir a los participantes	Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira

FECHA: 20 de Mayo de 2011

HORA	OBJETIVO / TEMA	METODOL OGIA	RECURSO	RESPONSABLE
De 8:00 a 8:20	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 8:20 a 10:30	Estimulación senso motriz/ técnicas específicas	Exposición	Enfocus Computadora	Licda. Ana Antón
De 10:30 a 11:00	Receso		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira
De 11:00 a 12:00	Lenguaje y audición	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Marjorielbarra
De 12:00 a 13:30	Técnicas específica	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Marjorielbarra
De 13:30 a 14:00	ALMUERZO			
De 14:00 a 15:40	Socialización y entrega del manual	Charla	Manual	Alejandra Rivadeneira
De 15:40 a 16:00	-Clausura y refrigerio		Refrigerio	Lcda. Alejandra Rivadeneira

ANEXO 10-2

PLAN PARA LA REALIZACION DE LA CAPACITACION A LOS FAMILIAS SOBRE EL MANEJO ADECUADO EN CASA DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ MODERADA A SEVERA QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACION MÉDICA # 3 DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

Fundamentación:

La atención a un niño/a con algún tipo de discapacidad no sólo deben estar dirigida al niño, sino sobre todo promover la creación y/o fortalecimiento de ambientes adecuados donde el niño pueda desarrollarse en óptimas condiciones, así pues la familia se convierte en un objetivo de trabajo dentro del marco de intervención a la discapacidad.

Debemos empezar por revalorizar la función de la familia, dentro de ella, la madre y el padre juegan un papel determinante en su desarrollo, sobre ellos recae la responsabilidad de educar, cuidar y estimular, y son sin duda los que mejor conocen al niño.

En la medida que trabajemos en pos de los mismos objetivos y de manera conjunta, tanto padres como profesionales, desarrollaremos mayores capacidades para atender y responder de manera adecuada a las necesidades especiales de los niños y niñas que asisten al área de PCI

Por ello el presente toma a la familia dentro del conjunto de necesidades, tanto de capacitación para potenciar las habilidades del menor con discapacidad (Dimensión individual); como de estabilidad emocional que le posibilite una convivencia armónica y feliz (Dimensión Grupal).

OBJETIVOS:

- ❖ Potenciar a la familia como entorno funcional, incrementando los conocimientos y las destrezas necesarias para ayudar al menor con discapacidad a desarrollarse óptimamente.
- ❖ Favorecer la calidad de vida de la familia.

METAS:

Este taller de capacitación está dirigido a los padres de familia de los niños con discapacidad en un total de 30 niños que asisten al Área de PCI del CRM # 3 Portoviejo.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS

El programa tendrá dos dimensiones en el trabajo con la familia:

- ✓ Charlas de sensibilización del trabajo del niño/a en casa
- ✓ Charlas sobre el manejo terapéutico del niño en casa
- ✓ Actividades practicas

- **CHARLA DE SENSIBILIZACIÓN DEL TRABAJO DEL NIÑO/A EN CASA**

Abordar temas relativos a la discapacidad y su influencia en la vida familiar. Permite la expresión de sentimientos en un contexto donde está garantizada la empatía por el hecho de que los participantes han vivido, o están viviendo, experiencias semejantes.

Objetivos:

- Facilitar el conocimiento entre los padres y el apoyo interfamiliar.
- Proporcionar nuevas fuentes de apoyo emocional, social, de ayuda y comunicación.
- Compartir experiencias relativas al hijo con discapacidad.
- Favorecer el equilibrio entre las demandas de la discapacidad y las necesidades de la familia.
- Facilitar la aceptación de la discapacidad en los miembros de la familia.
- Aprender estrategias de interacción con el niño/a discapacitado.

Estrategias:

- ✓ Reunir a los padres por grupos de acuerdo al tipo de discapacidad del menor.
- ✓ De preferencia los grupos deben ser homogéneos en cuanto a la discapacidad, pues cuando se trata de trastornos más semejantes, los padres se identifican mejor.
- ✓ El profesional es un moderador.

- **CHARLA SOBRE EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL NIÑO EN CASA.**

Consiste en brindar información de actividades que los padres pueden realizar en casa con los niño/as

Objetivos:

- Facilitar el contacto entre las familias estrechando lazos de ayuda y amistad
- Responder a las necesidades de los padres sobre la información necesaria sobre el cuidado y manejo del niño.
- Mejorar la formación de los padres en temas relativos a la discapacidad.
- Estimular la autonomía de las familias en la resolución de problemas.
- Capacitar a las familias en el uso de técnicas de intervención.

- Informar sobre la existencia de materiales y recursos existentes.

Estrategias

- ✓ Se contará con la participación de profesionales invitados
- ✓ Se realizarán en dinámicas participativas

- **ACTIVIDAD PRÁCTICA**

Es la presencia física de alguno de los padres o persona responsable encargada en la sesión de estimulación que el profesional lleva a cabo con el niño. La observación directa de los intercambios que el profesional realiza con el niño sirven de modelo y punto de reflexión sobre las propias estrategias ellos poseen.

Objetivos:

- Establecer una relación de confianza mutua padre-profesional
- Aprender a observar las potencialidades del bebé niño.
- Aprender técnicas concretas de estimulación en casa

Estrategias:

- ✓ Explicar a las familias lo que se espera de ellas en la sesión, de modo que sepan cómo tienen que participar. No son meros observadores, sino agentes activos de la sesión.
- ✓ Explicar claramente que no hay fórmulas establecidas y válidas para todas las personas.
- ✓ Descubrir la mejor forma de interactuar con el niño/a.
- ✓ Partir de la interacción natural madre-hijo/a sin hacer juicios de valor, reforzando sus competencias y proponiendo acciones concretas, nunca imponiéndolas.
- ✓ Sugiriendo la adaptación de juegos o acciones realizados en la situación de estimulación a la situación natural de rutinas o juego en el hogar.
- ✓ Responder a las dudas concretas que los padres plantean.

MATRIZ DE LOS TALLERES

FECHA: 20 de Junio

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
10 min.	-Dinámica de integración	Expresar las habilidades, gustos y disgustos de su hijo/a		Maestrante
40 min.	Sensibilizar el trabajo del niño/a en casa	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño.
40	Dar a conocer aspectos relacionados con la nutrición	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño
20	Refrigerio			Maestrante
50 min.	Introducción al Manejo terapéutico del niño en casa.	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Christian Proaño
50 min.	Actividad Practica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Maestrante
10 MIN	-Clausura	Despedir a los participantes		Maestrante

FECHA: 21 de Junio

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Sensibilizar sobre las secuelas incapacitantes propias de los niños	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño.

	con algún tipo de Discapacidad			
40	Explicar la importancias de adecuaciones en el hogar	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño
20	Refrigerio			Maestrante
50 min.	Manejo terapéutico del niño en casa, movilidad pasiva y activa asistida	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Christian Proaño
50 min.	Actividad Practica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Maestrante Lcdo. Christian Proaño Lcda. Yenny Cedeño
10 MIN	-Clausura	Despedir a los participantes		Maestrante

FECHA: 22 de Junio

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Enseñar los materiales útiles para las adecuaciones en el hogar	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño.
40	Que los padres expliquen los materiales que utilizan en casa y las adecuaciones que tiene en el hogar	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño
20	Refrigerio			Maestrante
50 min.	Manejo terapéutico	Exposición	Enfocus	Lcdo. Christian

	del niño en casa, cambios posturales, posturas viciosas, controles posturales		Computadora	Proaño
50 min.	Actividad Practica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Maestrante Lcdo. Christian Proaño Lcda. Yenny Cedeño

FECHA: 23 de Junio

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Explicar los recursos utilizados en los hogares para la estimulación motriz, sensorial, lenguaje etc	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño.
40	Actividad practica	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño
20	Refrigerio			Maestrante
50 min.	Posturas inhibitorias de patrones anormales, acciones para seguir en casa	Exposición	Enfocus Computadora	Lcdo. Christian Proaño
50 min.	Actividad Practica	Actividad grupal	Colchoneta, balón, Rodillo	Maestrante Lcdo. Christian Proaño Lcda. Yenny Cedeño

10 MIN	-Clausura	Despedir a los participantes		Maestrante
--------	-----------	------------------------------	--	------------

FECHA: 24 de Junio

Tiempo	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSO	RESPONSABLE
10 min.	-Dar la Bienvenida -Introducción de la actividad	Charla		Maestrante
50 min.	Actividad practicas : Medios de estimulación	Exposición	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño.
40	Actividad practica : Medios de estimulación	Trabajo grupal	Enfocus Computadora	Lcda. Yenny Cedeño
20	Refrigerio			Maestrante

RESPONSABLE:

- Lcda. Alejandra Rivadeneira

LUGAR:

- Instalaciones del CRM # 3 / INFA / Portoviejo.

FECHA:

- 20-21-22-23-24 de Junio de 2011

JORNADA DE TRABAJO

- Horas

FACILITADORES

- Licdo. Cristian Proaño (F.T.)

- Lcdo. Jeny Cedeño (T.F.)
- Lcda. Ana Antón Murillo, Maestrante (T.F.)
- Lcda. Alejandra Rivadeneira UTPL

METODOLOGÍA

- Conferencia
- Charla
- Trabajo grupal
- Trabajo practico

RECURSOS

HUMANOS

- o Equipo multidisciplinario
- o Niños/a, familia

MATERIALES

- Instrumentos de evaluación pre y post taller
- Materiales educativos: guías de apoyo a las familias
- Materiales de rehabilitación colchoneta, balón etc.

FINANCIAMIENTO

- Recursos Propios de la institución
- Recursos propios de la maestrante

EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación pre y post taller para evaluar los conocimientos adquiridos.

