



RESUMEN

OBJETIVO: “Evaluar la calidad de Atención Temprana que ofrecen, nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, área urbana del cantón Cuenca, para niños y niñas de cero a cinco años de edad durante el período Enero a Junio 2009”.

MÉTODO Y MATERIALES: Se utilizó el método descriptivo cuantitativo; para lo cual se empleó un formulario previamente elaborado, en el que se valoró la calidad de atención en los Centros de Desarrollo Infantil del INFA, la escala que se utilizó fue sobre 100 puntos, distribuidos en cuatro variables: proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura y participación familiar o de los cuidadores con un valor de 25 puntos por variable.

Luego de la recolección de la información de los centros, se obtuvieron los datos que fueron tabulados y analizados con el sistema SPSS.

El universo se presentó de la siguiente manera el 88.88% no cuenta con registro legal, el 11.11% si lo posee; el 75% atribuye la causa de no poseer registro legal al desconocimiento, el descuido y el poseer un registro en trámite se registran con un 12.5% cada uno. El 44.44% integran a niños y niñas con Retraso del Desarrollo Psicomotor sin discapacidad, el 11.11% acogen a niños y niñas con discapacidad en los Centros de Desarrollo Infantil. La Calidad de la Atención es de 44.44% es buena y un 55.55% centros es regular.

PALABRAS CLAVES: Jardines Infantiles, Área Urbana, Desarrollo Infantil, Estudios de Evaluación, Crecimiento y desarrollo, Integración Infantil, Preescolares, Lactantes, Innfa, Trastornos del desarrollo, Calidad de la Atención de Salud, Acceso y Evaluación.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the quality of that offer Early Childhood, Child Development Centers nine INFA, urban area in the canton of Cuenca, for children aged zero and five years old during the period January to June 2009.

METHODS AND MATERIALS: We used quantitative descriptive method, for which we used a previously developed form, which valued the quality of care in the Child Development Centers INFA, the scale used was about 100 points, distributed four variables: process of care, professional capacity, infrastructure and family involvement, or caregivers with a value of 25 points per variable. After the collection of information centers, data were obtained were tabulated and analyzed using SPSS system. The universe is presented as follows 88.88% do not have legal registration, 11.11% if it is held, with 75% attributed the cause of not having legal registration of ignorance, neglect and possessing a record pending recorded with a 12.5% each. 44.44% integrate children with delayed psychomotor development without disabilities, 11.11% are home to children with disabilities in the Child Development Centers. Quality of Care is 44.44% is good and regular schools is 55.55%.

KEY WORDS: Quality of early care, child development centers, Infa, inclusion criteria, exclusion criteria, processes of care, professional capacity, infrastructure, Family Involvement.



ÍNDICE

Capítulo I

| | |
|---------------------------------|----|
| Introducción..... | 11 |
| Planteamiento del Problema..... | 12 |
| Justificación..... | 17 |

Capítulo II

Fundamento

| | |
|---|----|
| Teórico..... | 19 |
| Definiciones | |
| Importantes..... | 19 |
| La Atención Temprana..... | 21 |
| La Calidad de Atención Temprana..... | 31 |
| El Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana en los Centros de Desarrollo Infantil..... | 37 |
| Instituto de la Niñez y la Familia “INFA”..... | 40 |

Capítulo III

| | |
|---|----|
| Metodología..... | 44 |
| Tipo de estudio..... | 44 |
| Universo y Muestra..... | 44 |
| Criterios de Inclusión..... | 44 |
| Criterios de Exclusión..... | 44 |
| Definición de las Variables..... | 45 |
| Identificación de la variables..... | 46 |
| Procedimientos..... | 46 |
| Operalización de las Variables..... | 48 |
| Duración del Período de Evaluación..... | 62 |
| Descripción de la Intervención..... | 62 |



| | |
|----------------------|----|
| Aspectos Éticos..... | 62 |
|----------------------|----|

Capítulo IV

| | |
|--|----|
| Presentación y plan de análisis de los resultados..... | 65 |
|--|----|

Capítulo V

| | |
|----------------------|----|
| Discusión..... | 76 |
| Conclusiones..... | 81 |
| Recomendaciones..... | 81 |

Capítulo VI

| | |
|---------------------|----|
| Referencias | |
| Bibliográficas..... | 82 |
| Anexos..... | 85 |



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA DE
NUEVE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL DEL INSTITUTO
DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA INFA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A
5 AÑOS DE EDAD DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA
ENERO A JUNIO 2009.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ESTIMULACIÓN
TEMPRANA EN SALUD**

AUTORAS:

Nathalie del Carmen Bravo Cobos.
Tania Verónica Lazo Berrezueta.
Natalia del Pilar Reinoso Torres.

DIRECTOR:

Dr. Hugo Calle Galán.

ASESORA:

Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén.

**CUENCA-ECUADOR
2010**



RESPONSABILIDAD

El presente trabajo de investigación y las opiniones aquí vertidas son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Nathalie del Carmen Bravo Cobos.

Tania Verónica Lazo Berrezueta.

Natalia del Pilar Reinoso Torres



AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento, a la Universidad de Cuenca, a la Escuela de Tecnología Médica y de una manera especial a todos los profesores y profesoras; del Área de Estimulación Temprana, que nos brindaron todos los conocimientos académicos para desarrollarnos en el campo profesional.

A todas las directoras de los Centros de Desarrollo Infantil del “INFA”, y a todo el personal por habernos brindado la oportunidad de realizar nuestra investigación, de una manera especial al Dr. Hugo Calle y a la Dra. Lourdes Huiracocha, por su acertada dirección y asesoría.



DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis maravillosos padres,
Gracias por todos sus desvelos,
Esfuerzos y confianza depositada.
A mis dos grandes amores
Mi esposo y mi hijo por haber
Sido mi fortaleza en mi vida, por el amor,
La comprensión que me han brindado.

Nathalie Bravo Cobos



Esta tesis lo dedico con mucho cariño a mis
Padres que han estado en todo momento
Apoyándome y por creer en mí,
Aunque hemos. Pasado momentos
Difíciles siempre han estado apoyándome
Y brindándome todo su amor, a mis hermanos gracias
Por estar conmigo y apoyarme siempre.

Tania V. Lazo B.



Dedico esta tesis a toda mi familia,
En especial a mi madre
Que siempre me ha apoyo,
Y que estado a mi lado;
En las buenas y en las malas,
A mi abuelo por sus sabios consejos.
Que han sido fundamentales
Para terminar mi carrera universitaria.

Natalia Reinoso Torres.



CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República del Ecuador del 2008 en sus artículos del 47 al 49, indica que las personas con problemas en su desarrollo y/o discapacidades tienen derecho a la atención que les permita el fortalecimiento de sus capacidades (1).

El Código de la Niñez y Adolescencia en sus artículos 28, 29 y 55 determina los derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes con retardo del desarrollo, discapacidades físicas, mentales o sensoriales a la salud, a la información y a la obligación de recibir atención interdisciplinaria en diagnóstico e intervención - integración para el desarrollo hasta el máximo de sus potencialidades y el disfrute de una vida plena y digna, dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición (2).

La Agenda Social 2007- 2010 “Juntos por la equidad desde el principio de la vida” y el Plan Nacional Decenal de la Niñez y Adolescencia establecen estrategias, metas e indicadores para el establecimiento de servicios de atención a personas con discapacidades (3,4).

En la vigencia de las políticas a favor del “Derecho al Desarrollo” han colocado objetivos y acciones que permiten aumentar el acceso y la cobertura de los niños - niñas regulares y con capacidades diferentes a programas o servicios de desarrollo infantil, educación inicial y educación básica para garantizar el cuidado y atención del desarrollo así como la protección integral y especial. Los objetivos, y metas deberían cumplirse sobre todo en los Centros de Desarrollo Infantil, que son de responsabilidad directa del INFA.



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Atención Temprana implica acciones planificadas y ejecutadas por un equipo interdisciplinario o transdisciplinario de profesionales con el objeto de cuidar y optimizar el curso normal del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, de la familia y su entorno. Uno de sus propósitos es dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes de los niños y niñas con retrasos del desarrollo con o sin discapacidades. Son acciones de la atención temprana: La Atención Primaria cuando fortalece las políticas y los programas de protección integral (garantía de derechos, cuidado, evaluación) del desarrollo y sus trastornos; son de Atención Secundaria cuando se refieren al diagnóstico, derivación y son de Atención Terciaria la intervención, los apoyos técnicos, la integración - inclusión, la protección especial en derechos violentados (5).

La Confederación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retardo Mental (FEAPS) considera que los conceptos de calidad de la Atención Temprana deben girar alrededor de los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familias, es decir la obtención de habilidades adaptativas (destrezas del ser humano para funcionar en lo cotidiano) e integración - inclusión en todos los ámbitos.
- Gestionar los procesos de planificación, ejecución, evaluación, actuación para que la atención primaria, secundaria y terciaria sean adecuadas.

En España se lucha para la consecución de estos objetivos y se implementan herramientas para la calidad en los manuales de “Buen Trato” que conducen a ejecutar acciones eficaces, eficientes y que ocasionan satisfacción del cliente.



El sistema legal y de salud funcionan coordinadamente y existen buenos ejemplos de la calidad de atención que brindan a los niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades (6).

Existen estudios que evalúan la calidad de atención a niños y niñas con discapacidades, uno de ellos es el realizado en Camagüey, Cuba en 2006, en este estudio transversal descriptivo cualitativo cuyo universo y muestra estuvo integrado por profesionales, padres de familia y personal de atención a niños y niñas con discapacidades; realizando una entrevista se identificó 11 problemas que influyen negativamente en la calidad de la atención de este grupo en la Atención Primaria de Salud; estos fueron categorizados en tres grupos: necesidad de recursos materiales, de organización y necesidad de información. El estudio concluyó que se requiere perfeccionar el trabajo organizativo y mejorar las competencias profesionales en pre y postgrado (7).

En Ecuador por las condiciones de inequidad y de pobreza no se cumple el derecho al cuidado y atención del desarrollo porque para el año 2006, la pobreza global representaba el 36% de los hogares ecuatorianos y en el área rural llegó al 62% y, de este grupo, el 13% vive aún en la extrema pobreza. Por esto el porcentaje de niños y niñas que no asisten a ningún centro de cuidado diario es del 46% de la población infantil (8,9). Si se considera que los centros son los lugares en donde mejor se puede ejecutar la atención temprana significa que este es el porcentaje que no recibe el cuidado del desarrollo que se requiere. No existen datos de cuántos niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades no asisten a los centros o programas.

En el Ecuador el 1.7% (17.838), en Cuenca 0.98% son niños, niñas y adolescentes con discapacidad (10) pero se piensa que son más si se identifican los trastornos (retrasos y alteraciones) porque muchos no son



detectados, ni diagnosticados. Investigaciones de otros países indican una prevalencia de los trastornos del desarrollo entre el 5 y 27% (11,14).

En este país el 50% de las personas con discapacidad están en el quintil 1 y 2 de pobreza. Siendo la deficiente calidad de atención de los niños y niñas con trastornos del desarrollo una de las causas para el aumento de la discapacidad, la mala calidad de atención está presente en todos los niveles porque no existe una buena gestión en el proceso de atención y por lo tanto no hay una buena calidad de vida de estos grupos (10).

A pesar de las normativas y las guías existentes, en los Centros del Ministerio de Salud Pública, en cuanto a la detección de los retrasos o alteraciones del desarrollo en el momento que niños y niñas acuden ya sea por enfermedad o vacunación, la mayoría de las veces no se cumplen por las numerosas consultas que impiden una atención más cuidadosa o por la falta de capacitación de los recursos. Luego en los primeros años de vida son los padres de los niños y niñas quienes descubren por sí solos las dificultades de desarrollo de sus hijos al compararlos con los demás.

En los programas de Desarrollo Infantil del Estado (INFA, MIES, ME) y Centros Infantiles del INFA del área urbana del cantón Cuenca, se cumple la evaluación y detección de los casos alarma pero luego los educadores no conocen que hacer y terminan derivando a profesionales que no trabajan en equipo o que no conocen los protocolos de la Atención Temprana ocasionando desconcierto en las familias que empiezan a ir de un profesional a otro buscando la respuesta a sus preguntas.

Los pocos Centros de Atención Temprana son programas costosos con baja cobertura y límite en el acceso, la mayoría son privados, carecen de las estructuras físicas y de recursos humanos capacitados en neurodesarrollo,

atendiendo sin especificidad a todo tipo de problemas; la masificación impide llegar al diagnóstico integral y a la correcta planificación de la intervención-integración. No hay una homogenización de protocolos de la atención temprana que garantice la transferencia de los niños y niñas con trastornos del desarrollo (NNA con TD/D), por los servicios que ofrece dichos centros, puesto que cada equipo tiene sus herramientas de evaluación y la emisión de diagnósticos, la interpretación e información de los resultados a la familia sobre un mismo niño que ha pasado por varios centros, es diferente (15).

Por estas dificultades solo entre el 10 y el 30% de las personas con discapacidad alcanzan un servicio pero no todas las terapias que requiere, esto hace que el 86% solicite servicios relacionados con discapacidades. Los profesionales no se involucran en la realidad de las familias del niño o niña, porque no han logrado tener las competencias científicas, tecnológicas y humanas necesarias. El 45% de los usuarios indican sentirse poco satisfechos con los servicios recibidos (10).

A pesar del desafío y los compromisos institucionales que constan en la Agenda Social, impregnados en la “Campaña por la Inclusión de los Niños, Niñas y Adolescentes al Sistema Educativo” no existen estrategias claras de cómo hacerlo y los educadores de los centros no saben cómo integrar, cómo realizar adaptaciones curriculares, como responder ante los retos de educación de estos niños y niñas. No existen los suficientes centros especiales ni regulares o de terapias que los puedan acoger. La quinta parte de la niñez menor de 5 años no recibe ninguna instrucción.

Otra dificultad es la no calificación con el carnet del CONADIS como NNA con discapacidad por algunas razones:

Los padres no aceptan, no son diagnosticados, no son referidos. La tabla de valoración de discapacidad usada por el CONADIS es española, para adultos y



con términos no actualizados pues es una tabla que existe desde 1993 y se ajusta a la legislación española y no a la ecuatoriana. Al no tener el carnet los NNA con TD/D no reciben los beneficios que les permite esta acreditación.

Las instituciones especiales, regulares, las organizaciones, las redes en el campo del desarrollo infantil trabajan pero no logran tener el suficiente impacto por las amenazas sociales, la falta de recursos humanos, financieros y por dinámicas organizativas, políticas o de liderazgo que dispersan los esfuerzos.

El 74% de la población con limitación grave no tiene las ayudas técnicas para desarrollar las habilidades adaptativas de escuchar, hablar, movilizarse y otras. No se integran, ni se incluyen porque solo entre el 5 y el 30% participan en alguna actividad social, religiosa o de asociación (10).

La inadecuada atención de los NNA con TD/D y/o discapacidades causa desconcierto en sus familias haciendo que los excluyan o los invisibilicen.

En el Ecuador se ha encontrado un estudio descriptivo sobre la calidad de Atención a niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidad realizada en el año 2007 en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca (CEDIUC), que atiende el crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 0 a 6 años de edad. Se evaluaron variables calificadas como buenas, regulares y malas, indagando en las historias clínicas y con entrevistas a autoridades, profesionales, estudiantes y padres de familia. Las variables estudiadas fueron proceso de atención (recepción e información, diagnóstico integral en un tiempo oportuno, plan de intervención en ejecución, trabajo con la familia y la comunidad, integración a centros especiales), infraestructura, satisfacción del paciente, capacidad profesional. Los resultados fueron los siguientes: proceso de atención regular y mala en el 63% de los niños y niñas atendidos, grado de satisfacción de la familia por el servicio, el 62.5% dijo que era buena. El 89% de los espacios fueron calificados como regulares. La participación estudiantil calificó como buena en el 80% (1).



III. JUSTIFICACIÓN

Por el llamado de los grupos organizados de esta población afectada directa o indirectamente por la discapacidad o por los trastornos del desarrollo, y a la necesidad de mejorar la calidad de vida, se plantea el Programa de Investigación-Intervención: "Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad con Trastornos del Desarrollo con o sin discapacidad en el área urbana del Cantón Cuenca". Que tiene tres proyectos: investigación, gestión de un sistema de garantía de la calidad de atención, formación de talentos profesionales con postgrados en estas áreas.

El proyecto de investigación pretende conocer la realidad a través de dos estudios cuantitativos y uno cualitativo. De los cuantitativos el primero es de prevalencia de los TD/D (frecuencia y factores de riesgo asociados) y el segundo es de evaluación de la calidad de atención temprana. El cualitativo permitirá evaluar el componente de calidad de vida. Estos estudios se realizarán en las instituciones de cuidado del desarrollo o de educación inicial, especiales, regulares, fiscales y privadas urbanas del cantón Cuenca para niños y niñas de 0 a 5 años de edad.

Se busca evaluar la Calidad de Atención Temprana en nueve centros de Desarrollo Infantil que pertenecen al INFA del área urbana del Cantón Cuenca, este estudio hará la revisión del proceso de atención con las cuatro variables siguientes: proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura, y participación familiar.

Con los datos obtenidos se podrá construir una línea base hacia dónde dirigir la intervención y existirán evidencias para exigir del estado la necesidad de formar un Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención Temprana que corrija las dificultades encontradas, que monitoree y que de respuestas a los problemas de la atención.



Esta tesis es parte del Programa de Investigación - intervención “Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana de los niños, niñas de 0 a 5 años de edad con Trastornos del Desarrollo con o sin discapacidad en el área urbana del Cantón Cuenca”, y del estudio se realizará en nueve centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del área urbana del Cantón Cuenca. Previa a la recolección de datos se concertará detalles de la evaluación con los educadores, las educadoras, madres cuidadoras de los centros.

Los resultados de esta tesis se difundirán en coordinación con el programa antes mencionado, se difundirán en revistas científicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y de la Dirección de Investigación (DIUC).



CAPÍTULO II

IV. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. Definiciones Importantes

4.1.1. El Crecimiento: Es el incremento de la masa del ser vivo que se evalúa con el peso, talla, perímetrocefálico, examen físico. Son alteraciones del crecimiento la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad, macro y microcefalia, malformaciones congénitas.

4.1.2. El Desarrollo: Es la adquisición dinámica y compleja de capacidades funcionales en los sistemas: evolutivo, sensorial, afectivo - conductual, sexual, social, que posibilitan una equilibrada interacción con el mundo circundante. Este proceso requiere de la maduración y plasticidad del sistema nervioso, de una estructura genética y la satisfacción integral de las necesidades (educación, vivienda, alimentación, diversión, familia, amor, solidaridad, generosidad), capacidades, aspiraciones, cuya meta es mejorar la calidad de su vida y posibilitar su incorporación adecuada a un mundo diverso con exigencias, sueños y desafíos.

En términos actuales el desarrollo de la inteligencia, la cognición, la sexualidad, la sensopercepción, la afectividad, es la adquisición de pensamientos, cualidades, comportamientos o actividades cognitivas, sensoriales, afectivas, de relaciones que le permiten al niño, niña o adolescente acercarse a la realidad, para conocerla y encontrar los problemas, las soluciones, crear productos innovadores para mejorar la realidad de la convivencia en la diversidad, construyendo un hombre nuevo, humano, solidario y una sociedad justa y digna (16,17,18).

Se llama “**trastorno del desarrollo**” a un retraso o alteración en la adquisición de las funciones de alguna o de todas las áreas del desarrollo, de acuerdo a la



edad y sexo. Aunque puede ser una palabra no adecuada, es la que se encuentra en el DMS IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y CIE 10 (Clasificadores de patologías) por lo tanto estandarizada a nivel mundial.

4.1.3. Trastornos Transitorios del Desarrollo: Características que se ubican en un continuo entre lo normal y lo anormal o algún retraso que puede compensarse o neutralizarse de forma espontánea.

Deficiencia: Es toda pérdida o anormalidad de una función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Restricción de la capacidad para realizar una actividad que limita el normal desempeño de la persona en la vida diaria.

Minusvalía: Toda situación de desventaja social que limita o impide desempeñarse de manera considerada normal para su edad, sexo y contexto socio - cultural.

Aunque en los nuevos foros se ha intentado asignarles un enfoque más humano no dejan de remarcar más los defectos que las cualidades y la responsabilidad del trastorno solo en el ser humano que la posee. Por eso el libro de “Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud” (CIF) cambia los términos discapacidad y minusvalía por los de “limitación de la función” y “limitación de la participación”, respectivamente. Estas últimas designaciones miran los apoyos familiares y comunitarios (salud, educación, de convivencia) que permite a estos niños y niñas con limitaciones adaptarse. Entendiéndose por adaptación como “El repertorio de habilidades conceptuales que han sido aprendidas por el ser humano para funcionar en su vida cotidiana” (10 ,19).



Otras nominaciones son personas con capacidades diferentes, sin embargo la definición que maneja el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es, persona con Discapacidad es aquella que tiene limitación en la actividad y restricción en la participación, originada por un trastorno que le afecta en forma permanente.

Las alteraciones del crecimiento y desarrollo pueden ser resultantes de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psicosocial y ambiental, que encadenados entre sí pueden producir una o varias alteraciones o trastornos determinados. El conocimiento de estos y la intervención en forma rápida pueden evitar un daño o el agravamiento.

4.2. La Atención Temprana

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-5 años, 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 y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar que actúan sin jerarquía para obtener una visión integral de la persona y potenciar la 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.

4.2.1. Objetivos de la Atención Temprana:

1. Proteger, optimizar e intervenir el curso del crecimiento y desarrollo del niño, niña o adolescente de acuerdo a su condición, en ambientes óptimos, considerando a la familia y a la comunidad como sujetos activos.
2. Detectar, evaluar, diagnosticar y elaborar el plan de intervención en trastornos del desarrollo y/o discapacidades.



3. Facilitar la evolución para la obtención de habilidades adaptativas, potenciación de la autoestima, autodirección, autonomía personal de los niños y niñas con TD/D, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos lúdicos, relationales y funcionales.
4. Facilitar la participación activa de la familia en todo el proceso de intervención.
5. Alcanzar el máximo grado de integración social, facilitando la adaptación de los entornos, desde la familia hasta el medio social proporcionando las estrategias y recursos que permitan el acceso futuro a la igualdad de oportunidades.
6. Promover y ejecutar las leyes que los protejan en sus derechos y deberes.
7. Realizar investigaciones científicas que apoyen la intervención (5).

El Equipo Interdisciplinario: Es aquel, 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.

El Equipo Transdisciplinario: Es aquel en que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o el contacto directo con la familia.

Del modelo biopsicosocial de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Los centros y servicios de Atención Temprana deberán realizar actuaciones de esfuerzos sociales en la administración y en la comunidad para favorecer la salud, la educación y el bienestar social. De manera esquemática se diferencian tres niveles:



- **Prevención Primaria**
- **Prevención Secundaria**
- **Prevención Terciaria**

La Prevención Primaria: Protege la salud para promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal con vocación de llegar a toda la población.

A la Atención Temprana, en este nivel, le corresponde plantear programas y estrategias que permitan mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas con TD/D.

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.

Son competencia de los servicios de salud los programas de prevención de trastornos del desarrollo a través de los programas de:

- Control del embarazo.
- Revisiones regulares y control del niño sano.
- Los programas de seguimiento de niños con alto riesgo de presentar trastornos neuropsicosensoriales, realizados desde las unidades neonatales, servicios de Pediatría y Neurología Infantil.
- Los servicios de Salud Mental Infantil.

Son competencia de los Servicios Sociales la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato de los niños y niñas, las labores de atención a la



familia, los programas dirigidos a colectivos de riesgo social como madres adolescentes, población emigrante y otros.

Son competencia de los Servicios de Educación Inicial, Centros de Desarrollo para niños y niñas de 0 a 5 años de edad, la prevención de los trastornos en el desarrollo al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno de la familia.

La atención primaria debe promover relaciones de “buen trato” que promuevan y apoyen para que todas las personas, incluso los niños y niñas con trastornos del desarrollo y sus familias:

- Descubran y valoren sus propios sentidos (lo que es y lo que quiere).
- Construyan de forma permanente su propio proyecto de vida.
- Se reconozcan diversos e interlocuten en los entornos de vida cotidiana.
- Construyan proyectos de convivencia cotidiana con actoría social, es decir con ciudadanía para la gestión de proyectos de desarrollo local.

Para el cumplimiento de la atención primaria en el Ecuador existen leyes y políticas cuyos objetivos principales son:

- Reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad: accesibilidad a la educación, a la salud y rehabilitación, al empleo, al transporte, a la comunicación.
- Eliminar toda forma de discriminación por razones de discapacidad y sancionar a quienes incurrieren en esta prohibición.
- Establecer un sistema de prevención de discapacidades.
- Gestionar la atención integral de las personas con discapacidad.
- Garantizar la igualdad de oportunidades, la participación equitativa de hombres y mujeres en las instancias de decisión y dirección (1,4).



Las leyes y políticas son integrales y están íntimamente articuladas para tener una visión holística en cada una de ellas, por su espíritu todas involucran atención a las discapacidades:

- Constitución de la República del Ecuador, 2008: derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, art 35, y art 44 al 47.
- El nuevo Código de la Niñez y Adolescencia, 2003.
- Ley vigente sobre discapacidades: 2001.
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Reglamento General de la Ley de Educación.
- Agenda Social de la niñez y adolescencia, Julio del 2007- 2010 “Juntos por la equidad desde el principio de la vida”.
- Reglamento de Educación Especial, Enero del 2002.
- Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia 2004 - 2014.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- Plan de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia del Cantón Cuenca 2008 - 2020.

La Prevención Secundaria: Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados epidemiológicamente en situación de riesgo para la:

- Detección precoz de los trastornos.
- El diagnóstico
- La comunicación del diagnóstico.

La detección temprana de los trastornos en el desarrollo es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es



mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia. Es necesario detectar los Trastornos del Desarrollo Infantil en el momento en que aparecen los primeros signos antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de signos de alerta, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles. La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica.

La detección de los trastornos en el desarrollo infantil deben ser en:

- Los servicios de Obstetricia con la determinación de embarazos de riesgo que lleven a discapacidad.
- La etapa perinatal en los servicios de neonatología con la identificación de riesgos neurobiológicos en el neonato.
- En los servicios de pediatría a través de las visitas regulares al niño en los primeros años de vida y de los programas de control del niño sano. La observación directa del niño y la información sobre todo en aquellos con riesgos perinatales a los cuales se les debe hacer un seguimiento minucioso.
- La escuela infantil, los centros de cuidado diario en donde los maestros y educadores deben evaluar el desarrollo por lo menos 3 veces: al inicio, en el intermedio y al final del período.
- El medio familiar porque los padres, o personas cercanas al niño y niña están en interacción diaria con su hijo en su contexto natural al observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.



Diagnóstico de los trastornos del desarrollo

El diagnóstico es poner en evidencia la alteración en el desarrollo así como el conocimiento de sus supuestas causas, permitiendo la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica.

Ante la sospecha de un trastorno del desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño es, en la mayoría de casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psico-afectiva y condiciones del entorno en general.

El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios.

El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar 3 niveles

- **Diagnóstico Funcional**
- **Diagnóstico Sindrómico**
- **Diagnóstico Etiológico**

El Diagnóstico Funcional: Constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño y niña, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas.



El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

El Diagnóstico Sindrómico: Está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica estable, transitoria, evolutiva determinada de base predominante orgánica o ambiental. La identificación de un síndrome o cuadro sindrómico permite conocer cuáles son las estructuras, (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y orienta sobre la etiología del mismo y hacia los ámbitos sobre los que se debe obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico.

El Diagnóstico Etiológico: Es el que informa sobre las causas de carácter biológico o psico-social o ambos, considerando siempre la probable multifactorialidad de los trastornos del desarrollo.

A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos se intentará establecer un diagnóstico de presunción. Delimitar la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios adecuados a las hipótesis diagnosticadas, si bien es importante considerar que la normalidad de dichos exámenes no indica la ausencia de una base orgánica del trastorno.

El diagnóstico funcional constituye la base imprescindible para una planificación terapéutica; los diagnósticos sindrómico y etiológico permiten facilitar información biomédica a la familia y en algún caso un tratamiento específico.

El seguimiento evolutivo es fundamental para poder llegar a confirmar las hipótesis diagnósticas iniciales.

La Comunicación de la información diagnóstica a los padres ante una situación de riesgo, o ante la presencia probable de un trastorno en el desarrollo de su hijo, constituye un tema muy importante de la Atención Temprana. Informar genera en ellos una significativa conmoción emocional, con ansiedad y angustia, miedos, sentimientos de rechazo y negación; iniciándose un proceso de duelo que será distinto en cada familia y para cada miembro de la misma.

Por eso es necesario cuidar todo el proceso informativo y las formas de llevarlo a cabo, incluyendo la atención de los profesionales, los espacios y momentos seleccionados.

Una buena información facilita que la familia pueda llegar a tener una mejor comprensión y asimilación de la realidad de su hijo y pueda adecuar su entorno a necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño. Es recomendable que el padre y la madre reciban la información diagnóstica de forma simultánea y conjunta, tras haber visto, y si fuese posible, haber tenido en brazos a su hijo. La comunicación debe ser asertiva, es decir realista pero no catastrófica, hablando también de las cualidades de los niños y niñas. Debe ser registrada en la historia clínica del niño o niña.

A la prevención terciaria: Le corresponde las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican con el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno en el desarrollo. La instrumentación social para evitar que esta crisis se profundice e impulsar soluciones que activen un proceso de reorganización de la crisis que causa el cambio de los proyectos familiares y personales al existir limitación en la movilidad, en la comunicación y en la autonomía de un miembro de la familia.

La prevención terciaria en Atención Temprana agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño, su familia y su entorno con el objetivo de mejorar, atenuar



o superar las disfunciones de su desarrollo; prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo.

La intervención dirigida a los niños y niñas que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo ya sea en la unidad de neonatología, en las consultas pediátricas o en las escuelas infantiles.

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 o niña en las distintas áreas 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 para lograr la integración en todos sus ámbitos cotidianos.

La integración e inclusión son parte de un mismo proceso, mientras la integración significa hacer que el niño, niña o adolescente con todos sus esfuerzos y apoyos de adaptación (humanos y técnicos), pueda ingresar a cualquier sistema regular de la cotidianidad. La inclusión significa que la sociedad está lista y organizada de tal manera que puede acoger y ofrecer las mismas oportunidades a todas las personas, incluso a los niños, niñas o adolescentes con necesidades especiales. La finalidad es conseguir la participación de la diversidad (género, cultura, edad, competencias, religión) en el aprendizaje, en el juego, en las tareas, en la escuela, en la vida social diaria junto con todos los demás.



Cuando el niño asiste a la escuela infantil, ésta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre los procesos de socialización y aprendizaje, al actuar reforzando el proceso terapéutico específico, por lo que es fundamental establecer una adecuada coordinación (5,6).

4.3. La Calidad de Atención Temprana

Se considera como “Calidad de Atención” a los procesos de gestión en la prevención primaria (promoción y protección), secundaria (detección, diagnóstico, información) y terciaria (rehabilitación) dirigidas a las personas con trastornos del desarrollo y realizadas por equipos profesionales y no profesionales inter o transdisciplinarios para mejorar la calidad de vida en todos sus ámbitos cotidianos.

4.3.1. La Calidad de Vida: Es la satisfacción de las necesidades, el desarrollo de las capacidades y el alcance de las aspiraciones de las personas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades, sus familias y sus cuidadores.

El concepto calidad de vida implica la consideración de lo multidimensional: social, biológico, cultural, ambiental y de las interrelaciones y emergencias que surgen en un contexto y que caracterizan a cada uno de los grupos humanos.

Este abordaje permite una visión del todo y las partes en interacción, interlocución con la participación activa del que vive “actor social, proyectos de vida individuales, ciudadano”; o la relación “globalizante intersubjetiva de significados, proyectos de convivencia” como idea fundamental del poder, del existir.

Para cumplir con esta definición se requiere de condiciones que garanticen el desarrollo de habilidades adaptativas para la integración - inclusión en todos los ámbitos de la cotidianidad. Materializando y definiendo apoyos centrados en ellos y que les permita tomar decisiones y participar en proyectos de convivencia



comunitaria y de buen trato. En este concepto se debe identificar la innovación de prácticas profesionales y de los servicios para hacerlos más eficientes a nivel de la organización y del sistema social, es decir la implementación de procesos de Calidad de Atención Temprana (20).

4.3.2. El Proceso de Gestión: Es el conjunto de fases sucesivas e integradas que conducen a la obtención del resultado o un producto previamente establecido. Cada fase incluye actividades que pueden requerir de procedimientos: herramientas o protocolos que ayuden a simplificar y ordenar las partes del proceso. Para que los procesos se cumplan se requiere de planificación, ejecución, evaluación y acción.

En el proceso de gestión se debe considerar la dirección, los recursos humanos y materiales, la comunicación y el entorno.

Procesos que deben garantizar que los niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades se cumplan los niveles de la atención temprana, es decir que en los centros de cuidado diario o de educación inicial sean:

- Protegidos por un ejercicio continuo de buen trato (prevención primaria).
- Evaluados, detectados, diagnosticados y sus familias comunicadas (prevención secundaria).
- Con un plan de integración-inclusión con los apoyos humanos (competencias profesionales) y un entorno apropiado (infraestructura) que les permita a los niños y niñas con trastornos del desarrollo y sus familias la participación social y por lo tanto la optimización de su calidad de vida (prevención terciaria).



Por lo tanto la obtención de calidad de atención de los niños, niñas y sus familias es una responsabilidad compartida entre:

- Los padres de familia, en el reconocimiento de sus “sentidos”, “actoría”, proyectos individuales y que, con la interlocución, ternura (reconocerse diferentes) construyan proyectos de convivencia colectivos que garanticen la consecución de sus derechos y deberes.
- Los niños, niñas y adolescentes con o sin trastornos del desarrollo como actores propulsores de las respuestas a sus necesidades.
- Los profesionales con competencias humanas, científicas, tecnológicas para el trabajo en la Atención Temprana.
- La sociedad que con actoría y buen trato articulan los proyectos en cada uno de los entornos de la vida cotidiana dentro de un contexto mayor: la comunidad, el barrio, la ciudad, la localidad, el territorio dando la dimensión de “desarrollo local para la integración - inclusión”.
- Las instituciones y autoridades para la ejecución de políticas, acciones que garanticen los derechos y deberes de los niños, niñas, adolescentes y familias con necesidades especiales.

4.3.3. Los Aspectos Físico Ambientales: Para la calidad de atención implica que los centros deben estar ubicados geográficamente para permitir el acceso de los niños y niñas con o sin trastornos del desarrollo y/o discapacidades.

La infraestructura de los centros debe responder a:

- La función
- El equipamiento
- La seguridad ambiental



En la función se debe considerar las dimensiones, la distribución y el diseño que deben responder a los criterios de iluminación, accesibilidad (pasillos, puertas, distribuidores que permitan maniobrar carritos y sillas de niños y niñas), buena ventilación, control del ruido (espacios para sonidos y espacios de silencio, y relajación).

En el equipamiento no solo desde el punto de vista de la dotación de materiales sino desde la consideración de la influencia que pueden tener en la infraestructura del propio espacio y en la posibilidad de apoyar el aprendizaje de los niños y niñas con trastornos del desarrollo (adaptaciones curriculares).

La seguridad del centro debe responder a la legislación de vigor que incluso contemple un plan de Emergencia y de Seguridad conocido por el personal ofreciendo efectividad a los usuarios.

Es importante en la seguridad: señalización de salidas de emergencia, extintor de incendios, señalización de los dispositivos de mandos de agua y gas, cierres de seguridad, ventanas protegidas, control de acceso. Los materiales deben ser inocuos, no tóxicos, resistentes a la ignición, rotura y fragmentación.

Para garantizar la higiene debe no haber goteras, cuidar el estado físico de la construcción, recolectar adecuadamente la basura y evitar los materiales que retienen ácaros.

4.3.4. La Capacidad Profesional: Se refiere a los conocimientos y la experiencia de todos los profesionales del centro o de la Atención Temprana. La participación profesional dentro del equipo para una buena comunicación y gestión para el cumplimiento de la calidad de atención de los niños y niñas con o sin trastornos del desarrollo y/o discapacidades y sus familias.

Profesionales con competencias (conocimientos, habilidades y valores) para desarrollar de forma idónea las actividades o tareas de la atención temprana. Profesionales con desempeño para cumplir los deberes u obligaciones



inherentes a su puesto de trabajo y la disposición a trabajar en equipo. Personal que se aproxime a la realidad de los niños/as para conocerla y buscar alternativas en la participación (5,6).

4.3.5. La Participación de las Familias: Como forma de garantizar la ciudadanía es ejercer con autoestima e identidad su criterio político y sentido de pertenencia en el espacio donde actúa (casa, centro, trabajo) aceptando su diversidad, afrontando con energía sus limitaciones para superar las dificultades que trae la diferencia. La participación implica conocer los derechos, ser responsable de ellos y respetuoso de los derechos de los demás. La participación es el ejercicio de los deberes por encima de los intereses individuales que permite identificar al uno tan legítimo como al otro, con la misma responsabilidad y participación con leyes que regulan las relaciones.

La Convención sobre los Derechos del Niño demanda que los Estados Partes reconozcan a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y por tanto sujetos de ciudadanía y de participación, protagonistas de la convivencia social aquí y ahora.

La dimensión social de la ciudadanía y la participación otorga el poder de la población para manifestar su voluntad en demanda de Atención Temprana de calidad (21,22).

Sin embargo, salvo pocas excepciones, las instancias de atención no logran envolver en la participación de las actividades de exigibilidad y ejecución de los derechos y deberes a las familias y a la comunidad haciendo que cualquier actividad de atención sea dispersa, débil y con poco cambio individual o ningún impacto social.

La baja participación social de las familias o de los ciudadanos a pesar de que el 25% de la población está ligada directa o indirectamente a la discapacidad se debe probablemente a la mala calidad de Atención de los Trastornos del



Desarrollo, la exclusión de estas personas que los lleva a esconderse y a no sentirse parte del grupo en relación con las discapacidades.

Tal vez se deba a los niveles de pobreza de esta población que está apurada en trabajar para obtener los recursos financieros que les permita sobrevivir y no les queda tiempo para la participación o probablemente por el miedo, fruto de la constante sumisión o maltrato. El 50% de las personas con discapacidad están ubicadas en el quintil 1 y 2 de pobreza (indígenas). Entre el 5 y el 30% de las personas o sus familias se involucran en actividades sociales, religiosas u otras (10).

Tal vez se deba a los programas de atención verticales, poco humanos y no solidarios que no han entendido la dinámica ciudadana. La falta de credibilidad en las organizaciones porque han usado el trabajo comunitario para reivindicaciones individuales o porque han actuado desde una visión clientelar para satisfacer necesidades individuales.

La actuación de algunos con conciencia paternalista ha generado una población desmotivada con una actitud de espera que le convierte en presa fácil de caridad.

El no considerar a los niños, niñas y adolescentes regulares y menos a los con trastornos del desarrollo como ciudadanos protagonistas de su realidad.

Las realidades no se cambian desde afuera con planificaciones desde el papel, con direcciones que indiquen a la gente como vivir, como aceptar la salud, la enfermedad. El camino hacia la construcción colectiva del desarrollo social sostenible se lo sigue estando con la gente, comprendiendo su dinámica de cotidianidad, su cultura, su contexto socio económico. Es encontrar los matices que motivan a las personas a ser luchadoras o tibias, participativas o inactivas, ejecutoras o receptoras. Las personas se organizan, se mueven



colectivamente, el punto es encontrar el espíritu y las formas para lograr la participación.

Es verdad que también familias residentes con su participación, liderazgo han movido acciones en beneficio de los grupos logrando fundar instituciones, generar políticas y profundos cambios sociales.

4.3.6. El Buen Trato: Las actitudes que deben mantenerse con los usuarios y familias de los centros deben estar siempre enmarcadas en la disposición de escuchar y comprender los estados personales y las problemáticas individuales para generar un clima de confianza, de ayuda a la comunicación en la búsqueda de soluciones. Buen trato es mantener el respeto absoluto a las opiniones de las personas, es recoger las demandas y expectativas validando las sugerencias y detectando las necesidades.

Se debe brindar la adecuada información a las familias, profesoras y otros sobre la verdadera problemática y las medidas necesarias para atenderla.

Las actividades de los profesionales deben ir encaminadas a incluir a las familias en toda la continuidad de la atención con una participación activa voluntaria sin gestos de crítica y culpabilización cuando exista debilidad en la participación, sino un entendimiento y motivación para la reinserción.

4.4. El Mejoramiento de la Calidad de Atención Temprana en los Centros de Desarrollo Infantil

En una evaluación debe establecer la situación real, estableciendo una línea básica para alcanzar progresivamente niveles óptimos de calidad en todos aquellos aspectos que caracterizan un servicio y su enlace con otros para obtener mejores logros en la atención de los niños, niñas y sus familias que a consecución de las alteraciones del desarrollo (diversas en su etiología y en sus manifestaciones).

El mejoramiento de la calidad requiere la planificación estructurada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Normalizar los procesos de atención en todos los programas/modelos: protocolos, transferencia.
- Establecer estándares e indicadores de calidad.
- Definir un mecanismo de monitoreo y mejoramiento continuo de la calidad.
- Desarrollar una cultura de calidad orientada hacia la satisfacción del usuario/a.
- Garantizar la participación comunitaria y familiar en el sistema.
- Organizar instancias de veedurías en la vigilancia de la calidad.
- Fortalecer un sistema informático como una herramienta del control de la calidad.
- Sistematizar las experiencias de los procesos para apoyar en la toma de decisiones políticas en la protección integral y especial.
- Conseguir que los niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades y sus familias mejoren sus condiciones de vida con la evaluación del impacto de los programas de protección integral y especial (5,6).

Para el cumplimiento de estos objetivos se requiere considerar los siguientes momentos metodológicos:

- La conformación del Comité Directriz del Sistema.
- La definición Operativa.
- La medición o monitoreo.
- Introducción de cambios.
- La participación ciudadana.
- La toma de decisiones en protección integral y especial.



La conformación del Comité Directriz del Sistema: Que planifique el mejoramiento. Debería estar conformado por:

Profesionales con:

- ✓ Perfil que le permita ejercer este trabajo, con funciones y tiempo suficiente. Que no sean nombramientos representativos o por gente que no va a asumir la responsabilidad.
- ✓ Nominados por concurso, provenientes o con representatividad para cada una de las instancias del Sistema de Servicios Concertados.
- ✓ En coordinación con los Directores de los Programas de Protección Integral y Especial.
- ✓ En articulación estrecha con los programas/modelos en ejecución.
- ✓ Con experiencia en trastornos del desarrollo y/o discapacidades.

La Definición Operativa: Con la revisión de los objetivos, metas de cada uno de los programas/modelos construir o fortalecer estándares e indicadores. Los estándares son criterios de calidad que permite confrontar la práctica en la atención a niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o discapacidades y sus familias. Los indicadores son cada uno de los criterios del estándar con medidas verificables cuantitativas o cualitativas.

El estándar es lo deseable pero no necesariamente lo alcanzado pero permite determinar el camino. Habrá que elaborar estándares e indicadores.

La Medición o Monitoreo de la Calidad: Es el proceso de recolección y análisis de datos para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, a través de indicadores medidos y comunicados periódicamente.

Introducción de Cambios: Implementar una metodología que permita introducir cambios en los procesos de atención a través de ciclos rápidos; que facilita



proponer objetivos de mejoramiento, planificar los cambios y ejecutarlos, y medir si los cambios realizados realmente producen el mejoramiento.

La Participación Ciudadana: Implica efectivizar en el espacio que le corresponde la oportunidad de que la gente exprese sus opiniones del proceso de atención. Así como realizar foros, ferias, eventos científicos de participación ciudadana.

La Toma de Decisiones en Protección Integral y Especial: Con el apoyo de las investigaciones científicas y cualitativas interpretar los datos que permitan tomar decisiones en la planificación.

4.4.1. Centros de Desarrollo Infantil: Son aquellos centros en los que los niños y niñas permanecen entre 4 a 8 horas diarias y que ofrecen cuidado y educación. Estas instituciones comparten con la familia y la sociedad, la responsabilidad de brindar las condiciones favorables para el desarrollo integral del niño y de la niña en forma graduada, equilibrada, armónica en los diferentes aspectos: desarrollo personal, desarrollo del conocimiento del entorno inmediato, desarrollo de la expresión y comunicación creativa, siempre respetando las etapas evolutivas y las diferencias individuales.

4.5. INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y LA FAMILIA “INFA”

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), a través del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA), garantiza los derechos de niños, niñas y adolescentes en el Ecuador, poniendo en ejecución planes, normas y medidas que imparte el Gobierno Nacional en materia de protección integral a los niños, niñas y sus familias.

El modelo de atención define la forma como el INFA ejecutará las modalidades y servicios de protección integral para los niños, niñas y adolescentes y sus



familias de acuerdo con las competencias definidas tanto en el Código de la Niñez y la Adolescencia, como en el decreto ejecutivo de su creación.

4.5.1. Objetivos Específicos del INFA

- Lograr el Desarrollo Infantil integral con enfoque de derechos desde los 6 meses hasta los 4 años, 11 meses y 30 días, a través de la atención directa a niñas y niños, mejorando los hábitos de crianza de madres y padres mediante procesos de formación a la familia y comunidad.
- Desarrollar las capacidades cognitivas, afectivas, motrices y sociales de los niños y niñas que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil.
- Promover acciones de salud para la atención y prevención de salud de los niños y niñas en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.
- Ofrecer a los niños y niñas que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil el 70 % de los requerimientos nutricionales.
- Ofrecer a las niñas y niños con bajo y muy bajo peso que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil una adecuada complementación nutricional.
- Incluir en la atención a niñas y niños con capacidades especiales.

4.5.2. Su Gestión se Desarrolla en Cuatro Líneas de Acción

- Desarrollo Infantil
- Protección Especial
- Participación y Ciudadanía
- Atención en Riesgos y Emergencia.

4.5.3. El INFA Apoya la Ejecución de las Siguientes Modalidades

- Centros de desarrollo infantil - CDI
- Creciendo con nuestros hijos - CNH
- Wawa kamayuk Wasi - WKW



En Desarrollo Infantil, el MIES - INFA atiende a cerca de 500 mil niños y niñas, de entre 0 y 5 años, en cuidado diario, alimentación, estimulación, formación y capacitación familiar.

Los niños, niñas y adolescentes son atendidos por: Protección Especial cuando se encuentran en situación de: **Maltrato, abuso, explotación sexual y laboral, trata y tráfico, migración, extravío, padres privados de la libertad, discapacidad, embarazo adolescente, mendicidad.** Lo hace con acciones de prevención, exigibilidad y restitución de derechos.

La Participación Ciudadana de los niños, niñas y adolescentes del Ecuador es también una de las prioridades del MIES - INFA, por lo que promueve espacios para que estos participen y opinen sobre los temas que les afectan.

Así también, el MIES - INFA, a través de su línea de Riesgos y Emergencias, implementa estrategias para reducir la amenaza causada por desastres naturales en niños, niñas, adolescentes y sus familias, además de mecanismos de protección ante catástrofes individuales y situación de refugio; ayudas médicas emergentes a las personas que necesitan de algún tipo de servicio, insumo, medicamento o bien, que no pueda ser entregada por ninguna otra institución pública de salud.

Es así como, el MIES a través del INFA es el ejecutor de servicios de modo directo y a través de terceros, mediante el establecimiento de reglas transparentes, recursos de asignación competitiva y con base en acuerdos de co-inversión, de tal manera que se ha constituido en la institución líder en la ejecución de políticas de protección integral de la niñez y la adolescencia (21).



V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

“Evaluar la Calidad de Atención Temprana que ofrecen Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, del área urbana del cantón Cuenca a niños y niñas de cero a cinco años de edad con o sin trastornos del desarrollo y/o discapacidad durante Enero - Junio 2009.”

5.2. Objetivos Específicos:

1. Verificar el cumplimiento de los Centros de Desarrollo Infantil con el registro legal del Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia.
2. Identificar los Centros de Desarrollo Infantil, que integran - incluyen a niños y niñas con retraso del desarrollo psicomotor y/o discapacidad.
3. Determinar la calidad de la atención de nueve centros de desarrollo Infantil del INFA; proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura, participación familiar o de los cuidadores.
4. Difundir los resultados a las propias Instituciones, a las autoridades, a la sociedad y a la comunidad científica.



CAPÍTULO III

VI. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo cuantitativo, nos permitió conocer la calidad de atención temprana de niños y niñas de 0 a 5 años de los centros de desarrollo infantil del INFA en la ciudad de Cuenca, en primera instancia separar en cuatro variables: proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura y participación familiar y de los cuidadores. Para alcanzar este propósito se empleó un formulario previamente elaborado.

6.2. Universo y Muestra

El universo está representado por nueve centros de Desarrollo Infantil del INFA del Área Urbana del Cantón Cuenca: CDI “Los Polluelitos”, “Los Pinos”, “Ardillitas del Bosque”, Centro Educativo Trilingüe “San Agustín”, “Anima”, “El Vecino”, “Bellavista”, “Los Cipreses” y “Sirenitas”.

6.3. Criterios de Inclusión

Los nueve Centros del INFA, que atienden a niños y niñas de 0 a 5 años de edad del área urbana del cantón Cuenca; que laboraron durante el período enero a junio del 2009. Y aceptaron la participación.

6.4. Criterios de Exclusión

- Centros Infantiles del INFA ubicados fuera del cantón Cuenca.
- Negativa a la participación.



6.5. Definición de las Variables

6.5.1. Registro Legal:

Permiso de funcionamiento otorgado por algunos de los Ministerios del Estado y cumplimiento de varios requisitos para la inscripción en el Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El registro tiene como objetivo controlar las acciones de las entidades para la eficacia en la protección integral de los derechos de los niños y niñas.

6.5.2. Integración:

Cuando la institución atiende a niños y niñas con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad.

6.5.3. Calidad de Atención:

Cuidado del desarrollo que permite la detección de los trastornos para diagnóstico e intervención, mediante un equipo profesional interdisciplinario y la participación de la familia o cuidadores. Proceso que garantiza una atención integral de su condición. Se considera lo siguiente:

6.5.3.1. Proceso de Atención:

Evaluación periódica del desarrollo para su cuidado y detección de los trastornos, derivación a un equipo profesional interdisciplinario para el diagnóstico y plan de intervención. Realización de una adaptación curricular y trabajo con las familias para la comprensión y apoyo.

6.5.3.2. Capacidad Profesional:

Conocimientos, prácticas y valores en el proceso de atención y gestión en la institución.



6.5.3.3. Infraestructura:

Higiene, funcionalidad que favorece el desarrollo y la integración de los niños y niñas con o sin trastornos del desarrollo.

6.5.3.4. Participación Familiar o de los Cuidadores:

Familias y/o cuidadores que se identifican y realizan las actividades programadas en la institución y/o de apoyo a sus hijos e hijas, al centro o a la comunidad.

6.6. Identificación De Las Variables:

6.6.1. Variable Dependiente:

- Calidad de Atención.

6.6.2. Variables Independientes:

- Proceso de atención.
- Capacidad profesional
- Infraestructura
- Participación del cuidador.

6.7. Procedimientos para la Recolección de Información, Instrumentos a Utilizar, Métodos para el Control y de los Datos, y Tiempo Asignado para Recolectar la Información

6.7.1. Instrumento de Recolección de Datos

En virtud que los estándares de evaluación que usa el MIES-INFA para sus centros infantiles, no incluye indicadores que midan la atención a niños y niñas con retraso del desarrollo con o sin discapacidad, se consideraron otros indicadores basados en los principios del control de la calidad que plantean los



“Manuales de Calidad de la Atención Temprana”. Este formulario se probó en el pilotaje y se reajustó. El formulario contiene datos de identificación del centro, información general e información sobre los parámetros que valoran la calidad de atención (anexo 1).

6.7.2. Descripción del Proceso de Valoración

- Talleres para los directores, profesoras y cuidadoras de los Centros de Desarrollo Infantil para el involucramiento en la investigación.
- Formación para la Base de Datos. Visita personal de las estudiantes al territorio para localizar todos los Centros de Desarrollo Infantil del área urbana del cantón de Cuenca, para hacer un inventario de los mismos.
- Selección aleatoria de los centros que son parte de este estudio.
- Firma de consentimientos informados.
- Ejecución de talleres para estandarizar conceptos, procesos de evaluación.
- Pilotaje en Centros que no fueron parte de la muestra.
- Ajustes al proceso de recolección y al formulario. Talleres de repaso ajuste teórico y de experiencia práctica.
- Realización de cronograma para la recolección, coordinación con las instituciones.
- Recolección de la información.
- Se encuestará al director y a todo el personal docente que estará laborando en el centro.
- Algunos indicadores exigirán, la observación de la estructura física y la comprobación de la información a través de la revisión de las historias clínicas de los niños y niñas.
- Los datos de cada institución se colocara en el formulario.



- Se escribirán informes con los resultados para cada una de las instituciones investigadas.
- Se realizará un taller para entregar los resultados de la evaluación y se entregarán los informes a los directores de cada una de las instituciones.
- El proceso de evaluación estará dirigido por docentes, investigadores, que supervisara la recolección de la información.

6.7.3. Tiempo Asignado

La recolección de la información y la valoración de cada centro, en promedio, duró alrededor de 2 horas; sumado al tiempo para desplazamiento hacia los diferentes centros y otras actividades relacionadas al proyecto, significó que por cada centro se tomó aproximadamente tres horas; por lo que la recolección total de la información de campo de esta tesis duró 1 mes.

6.8. Operalización de las Variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|---|---|--|---|--|
| REGISTRO LEGAL DEL CENTRO EN EL CONSEJO CANTONAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA | Es un mandato legal que todas las instituciones deben tener la autorización de unos de los Ministerios y del Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. | | Documento de Registro. | 1. Si 2. No |
| INTEGRACIÓN DE NIÑOS O NIÑAS CON RETRASO DEL DESARROLLO | El centro tiene integrado un niño o niña que tiene retraso del desarrollo. | a. Con discapacidad b. Sin discapacidad | El registro de la asistencia de los niños y niñas con retraso del desarrollo con o sin discapacidad | SI Integración a NN Con RDPM No integración a NN con RD PM SI Integración a NN Con D No integración a NN con D |
| CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO | Cuidado del desarrollo para la detección de los trastornos en diagnóstico e intervención, con un equipo profesional interdisciplinario y la participación de la familia o cuidadores. Proceso que garantiza una atención integral de su condición. | a. Proceso de atención. b. Capacidad profesional. c. Infraestructura d. Participación familiar o de los cuidadores. | Sumatoria de cada uno de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la calidad. | Muy buena: 80-100 puntos Buena: 60-79 puntos. Regular: 40-59 puntos. Mala: 39 puntos o menos. |
| PROCESO DE ATENCIÓN | Evaluación periódica del desarrollo para su cuidado y detección de los trastornos, derivación a un equipo profesional interdisciplinario para el diagnóstico y plan de intervención. Realización de una adaptación curricular y trabajo con las familias para la comprensión y apoyo. | a. Evaluación periódica del desarrollo. b. Derivación c. Diagnóstico y Plan de Intervención del trastorno por un equipo interdisciplinario profesional. d. Adaptaciones curriculares. e. Trabajo con las familias. | Sumatoria de todos los puntajes de cada una de las dimensiones. | Muy Buena: 20 – 25 puntos. Buena: 19 y 15. Regular: 14 y 10 Mala: igual o menor a 9. |



| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|--|---|--|---|--|
| CAPACIDAD PROFESIONAL | Conocimientos, prácticas y valores en el proceso de atención y gestión en la institución. | a. Gestión. b. Preparación de los profesionales. c. Práctica profesional. d. Existencia de equipo de profesionales para cumplir con la atención. e. Comunicación adecuada con los niños y el entrevistador. | Sumatoria de todos los puntajes de cada una de las dimensiones. | Muy Buena: 20 – 25 puntos. Buena: 19 y 15. Regular: 14 y 10 Mala: igual o menor a 9 |
| INFRAESTRUCTURA | Higiene, funcionalidad que favorece el desarrollo y la integración de los niños y niñas con o sin trastornos. | a. Espacios funcionales. b. Material adecuado para las adaptaciones curriculares. c. Seguridad ambiental. d. Higiene. e. Creatividad en la presentación. | Sumatoria de todos los puntajes de cada una de las dimensiones. | Muy Buena: 20 – 25 puntos. Buena: 19 y 15. Regular: 14 y 10 Mala: igual o menor a 9 |
| PARTICIPACIÓN FAMILIAR O DE LOS CUIDADORES | Familias y/o cuidadores que se identifican y realizan las actividades programadas en la institución y/o de apoyo a sus hijos e hijas, al centro o a la comunidad. | a. Aporte en las actividades o programación. b. Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos o hijas. c. Comunicación con los otros familiares o cuidadores. d. Comunicación con los profesionales o responsables de la institución. e. Iniciativas de gestión para la institución. | Sumatoria de todos los puntajes de cada una de las dimensiones. | Muy Buena: 20 – 25 puntos. Buena: 19 y 15. Regular: 14 y 10 Mala: igual o menor a 9 |



| | DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|---------------------------------|---|---|---|
| 1. VARIABLE: INFRAESTRUCTURA | a. Espacios funcionales: Espacio, iluminación, aireación que permite que las áreas de aprendizaje, descanso y recreación favorezcan el desarrollo de los niño/as regulares y con trastornos del desarrollo. | <ol style="list-style-type: none">1. De 1 a 2 m² por niño/a en cada área.2. No hay barreras arquitectónicas.3. Buenos espacios de recreación.4. Espacios propios para las terapias o se rotan con los rincones pero con horario que no interrumpe o sobre montan actividades en el mismo espacio.5. Buena iluminación de los espacios ya sea con luz natural o con artificial.6. Buena ventilación. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con 6 de los indicadores. Pero siempre está 2.</p> <p>Buena: puntaje de 4 si cumple con 4 ó 5 de los 7 pero siempre está 2. Puntaje 3 si no está presente 2.</p> <p>Regular: puntaje de 2 si cumple con 2.</p> <p>Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | b. Material adecuado para las adaptaciones curriculares: Los niño/as con trastornos del desarrollo requieren diferente material para su desarrollo. Se debe construir con material recicitable y económico. | <ol style="list-style-type: none">1. Posee todos los materiales necesarios para el área.2. Posee material para las adaptaciones curriculares.3. El material está ordenado, limpio.4. Se va renovando el material que se destruye. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores.</p> <p>Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2.</p> <p>Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores.</p> <p>Mala: 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>c. Seguridad ambiental: Implica protección del ambiente y que los niño/as se beneficien y aprendan de ello.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de los bomberos. 2. Cumplimiento de los 2 criterios: 1° número de servicios higiénicos adecuado para el número de niño/as. 2° Limpios. 3. Cumplimiento de 4 de los 5 criterios de no peligros potenciales: baños con puertas, no objetos punzantes, no vidrios o ventanas rotas, buenas instalaciones eléctricas, escaleras seguras. 4. Cumplimiento de 2 de los 3 criterios: lejos de focos de contaminación: basureros comunitarios, mecánicas, fuentes de agua inseguras. 5. Cumplimiento de juguetes seguros: del tamaño adecuado para evitar que se traguen, sin colorantes. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los 5 indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 o 4 de los 5 indicadores pero siempre está el 1. Puntaje 3 si no está presente 2. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con 2 indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | <p>d. Higiene: Lugares limpios, sin malos olores, libre de material que retiene ácaros.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los espacios están limpios. 2. No hay goteras, ni en el techo, ni en tuberías. 3. No hay paredes cuartadas y peligrosas para caer. 4. En cada espacio hay un basurero que permite recolectar adecuadamente la basura (limpios, confundidos y tapados). 5. Buen control de ácaros, si cumple con 3 o 4 de los 4 criterios: no alfombras, cortinas limpias, no peluches, no polvo en los muebles. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los 5 indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 o 4 de los 5 indicadores pero siempre está el 4. Puntaje 3 si no está presente 4. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con 2 indicadores. Mala: 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |



| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>e. Creatividad en la presentación: Los espacios se ven muy bonitos, sin exceso de estímulos visuales.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Buen manejo de la combinación de los colores: relajantes, suaves, o suaves que contrastan con un fuerte.2. Decoración para niño/as.3. Juegos con material del medio.4. Implementación de espacios que permitan la recreación o el aprendizaje de los niño/as con trastornos del desarrollo. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4. Regular: puntaje de 3 si cumple con dos. Mala: puntaje de 2 cuando cumple con 1 indicador</p> |
|--|---|---|--|



| | DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|-------------------------------------|--|--|--|
| 2. VARIABLE: PROCESO DE ATENCIÓN | <p>a. Evaluación periódica del desarrollo: Los niños y niñas adquieren en estas edades nuevas habilidades y destrezas, los problemas o dificultades deben ser identificados tempranamente, de ahí la necesidad de contar con una guía estandarizada evaluar por lo menos al inicio, a mediados y al final impregnando en un informe los resultados.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Presencia de fichas, registros en el 80 al 100% de los niños y niñas.2. Registro en las fichas del 80 a 100% de los niño/as de las evaluaciones que debieron ser realizadas a la fecha de la recolección de la información.3. Registro en las fichas de los niño/as con problemas sobre la comunicación a los familiares y sus comentarios.4. Registro en las fichas de las fortalezas de los niños y niñas. | <p>Muy Buena: 5 cuando cumple con los cuatro indicadores. Buena: 4 cuando cumple con 3 de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Y 3 si no está presente 2. Regular: 2 cuando cumple con 2. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | <p>b. Derivación: Identificado el problema se comunica a los padres y se traslada a un equipo interdisciplinario para evaluación, diagnóstico e intervención.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Registro en las fichas del informe de derivación.2. Registro en las fichas de los niño/as con trastornos del desarrollo de los comentarios de los padres frente a la derivación.3. Registro en las fichas de los niño/as con trastornos del desarrollo, del nombre del equipo o de la institución que recibió a los niños.4. Lista de instituciones o profesionales que trabajan en atención temprana. | <p>Muy Buena: 5 cuando cumple con los cuatro indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>c. Diagnóstico y plan de intervención del trastorno por un equipo interdisciplinario profesional: El equipo hace un diagnóstico funcional o etiológico, permanente o transitorio, además de un pronóstico e informa a la institución con un plan de intervención.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. La maestra conoce el diagnóstico de los niño/as con trastornos del desarrollo. 2. Informe escrito del equipo que diagnosticó en las fichas. 3. Plan de intervención escrito incluido en las fichas. 4. Registro de los logros, dificultades y participación de las familias en la intervención. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | <p>d. Adaptaciones curriculares: El niño con necesidades especiales debe realizar todas las actividades como el resto de sus compañeros pero con los apoyos y adaptaciones pedagógicas, físicas que la condición individual le exige, de manera que pueda optimizar su desarrollo y evitar secuelas. Estos apoyos deben ser planificados, evaluados y registrados en las fichas.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. En las fichas de los niño/as con trastornos del desarrollo existen planificaciones de estas adaptaciones. 2. Constancia en las fichas de que los niños o niñas con trastornos del desarrollo reciben terapias de apoyo: lenguaje, estimulación, física u otra dentro de la institución. 3. Se tienen los informes de los niños o niñas que reciben las terapias de apoyo fuera de la institución. 4. Existe en la planificación o en algún registro la coordinación del trabajo con los padres y familia. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |



| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>e. Trabajo con las familias: Programación de actividades que les permita a las familias entender, aceptar y apoyar a sus hijos o hijas con trastornos del desarrollo.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. En la planificación de la institución constan actividades para desarrollar con las familias de los niño/as con necesidades especiales.2. Existe algún programa o actividad de gestión de la institución para el apoyo de los niño/as y sus familias.3. Las familias cumplen con todas las tareas encomendadas por el centro para el apoyo a sus hijos e hijas. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cumple con los tres indicadores. Buena: puntaje 4 si cumple con 2 de 3. Regular: puntaje 2 si cumple con 1. Mala: puntaje de 1 cuando no cumple con ninguno.</p> |
|--|---|---|---|



| | DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|--|--|---|--|
| 3. VARIABLE: PARTICIPACIÓN FAMILIAR O DE LOS CUIDADORES | a. Aportes en las actividades o programación: Las familias comparten con la institución la responsabilidad del cuidado de sus hijo/as y considera que apoyar al centro es una de estas tareas. | <ol style="list-style-type: none">1. Cumplimiento del requisito obligatorio de la institución: pago de cuotas económicas a tiempo.2. Cumplimiento del requisito obligatorio de la institución: asistencia a reuniones o mingas.3. Cumplimiento del requisito obligatorio de la institución: pago de cuotas económicas a destiempo y con insistencia.4. Asistencia a actividades voluntarias. | <p>En todas las dimensiones: a cada uno de los padres sorteados dentro de la institución se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro:</p> <p>Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con los criterios 1,2, 4.</p> <p>Buena: 4 si cumple con los criterios 1, 2.</p> <p>Regular: 3 si cumple con al menos el criterio 3.</p> <p>Mala: 1 cuando no cumple con ninguno.</p> |
| | b. Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijo/as. | <ol style="list-style-type: none">1. Los niño/as cumplen con las tareas que se les envía a casa de manera limpia y ordenada.2. Los niño/as asisten limpios al centro.3. Los padres acuden cuando son llamados por la institución.4. Los padres dan cumplimiento a tareas encomendadas para el cuidado de sus hijo/as. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores.</p> <p>Buena: 4 si cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el criterio 3. Puntaje 3 si no está presente 3.</p> <p>Regular: 2 cuando cumple con dos indicadores.</p> <p>Mala: 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |



| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>c. Comunicación con los otros familiares o cuidadores.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. En las reuniones se les observa que se integra con los demás.2. No hay peleas o agresiones con los otros padres de familia o cuidadores.3. Participa en la mayor parte de las veces de manera activa y alegre en las reuniones.4. Está presto a ayudar a los demás.5. Manifiesta sus divergencias con el grupo de manera tranquila y consensual. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores. Buena: 4 cuando cumple con 3 de los 5 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2. Regular: 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | | | |
| | <p>d. Comunicación con los profesionales o responsables de la institución.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Acude cuando se le llama.2. Utiliza un lenguaje verbal y no verbal amable para expresar sus acuerdos y desacuerdos.3. No habla mal de la institución fuera de ella. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los 3 indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 2. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con 1. Mala: puntaje de 1 cuando no cumple con ninguno.</p> |
| | | | |
| | <p>e. Iniciativas de gestión para la institución: Junto con los otros tiene y lleva a la práctica iniciativas para resolver los problemas del centro.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Se presta para ayudar.2. Da ideas para solucionar problemas.3. Ejecuta las tareas voluntarias.4. Acompaña a reuniones o actividades de visita a autoridades que pueden apoyar. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los 4 indicadores. Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con 1. Mala: puntaje de 1 cuando no cumple con ninguno.</p> |



| 4. VARIABLE: CAPACIDAD PROFESIONAL | DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN | INDICADORES | ESCALAS CUALITATIVAS |
|------------------------------------|---|---|---|
| | | | |
| | <p>a. Gestión: Participación de cada uno de los profesionales en la consecución de objetivos, misión, visión del CEDIUC. Evaluada por la directora a cada uno de los profesionales.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Cumplimiento responsable de todas las tareas asignadas.2. Contribuye con creatividad en la planificación de la institución.3. Trabajo colaborativo no remunerado de planificación por la satisfacción de dar solución a los problemas. | <p>A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro:</p> <p>Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con los tres indicadores.</p> <p>Buena: puntaje 4 si cumple con 2 de 3.</p> <p>Regular: puntaje 2 si cumple con 1.</p> <p>Mala: 1 cuando no cumple con ninguno.</p> |
| | <p>b. Preparación Profesional: Cumplimiento del requisito académico para el cargo que está ocupando y/o título de cuarto nivel. Verificación de carpetas de profesionales que deben tener las instituciones.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Cumplimiento del requisito que solicita el centro para el cargo.2. Título de tercer nivel en el área del cargo.3. Título de tercer nivel diferente al cargo.4. Título de cuarto nivel. | <p>A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro:</p> <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores.</p> <p>Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2.</p> <p>Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores.</p> <p>Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>c. Práctica Profesional: La forma como realiza su trabajo que da cuenta de la experiencia en el manejo. Evaluada por la directora a cada uno de los profesionales.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Organización en el aula, material listo y ordenado. 2. Planificaciones creativas sobre todo en las adaptaciones curriculares. 3. Control disciplinar del grupo de niños y niñas: los niño/as le quieren pero le obedecen. 4. Interés en el apoyo de los niño/as con trastornos del desarrollo | <p>A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro:</p> <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores.</p> <p>Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2.</p> <p>Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores.</p> <p>Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
| | <p>d. Existencia de Equipo: Todos las instituciones de atención deben tener médico, psicólogo, estimuladoras o similares y un equipo de apoyo fuera o dentro de la institución.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. En el momento de la recolección de datos se da constancia de la participación de todos los profesionales que el centro indica. 2. Tienen los profesionales de cuidado pero no de apoyo. 3. Firma de convenios con equipos profesionales de trabajo. 4. Profesional que acude al centro por lo menos una vez al mes para evaluar el crecimiento y desarrollo de todos los niño/as. | <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores.</p> <p>Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2.</p> <p>Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores.</p> <p>Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador.</p> |



| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>e. Comunicación adecuada con los niño/as y con el entrevistador: Amabilidad en el contacto, expresado en lenguaje verbal y no verbal, de escuchar, contestar, acoger y atender a los niño/as y entrevistador para que se sientan confortables durante su permanencia en el centro.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Lenguaje no verbal cortés entendido como sonrisa y ternura en la atención de los niño/as.2. Lenguaje verbal cortés entendido como escucha y explicación con paciencia lo ocurrido o trabajado con el niño/a.3. Control disciplinario del grupo: ordenado.4. Lenguaje no verbal cortés entendido como sonrisa y ternura en la atención al entrevistador.5. Lenguaje verbal cortés entendido como escuchar y explicar al entrevistador. | <p>A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro:</p> <p>Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores.</p> <p>Buena: puntaje de 4 cuando cumple con tres de los 5.</p> <p>Regular: puntaje de 3 si cumple con dos.</p> <p>Mala: puntaje de 2 cuando cumple con 1 indicador.</p> |
|--|--|--|---|



6.9. Duración del Período de Evaluación

La recolección de la información y la valoración de cada centro, en promedio, duró alrededor de 2 horas; sumado al tiempo para desplazamiento hacia los diferentes centros y otras actividades relacionadas al proyecto, significó que por cada centro se tomó aproximadamente tres horas; por lo que la recolección total de la información de campo de esta tesis duró 1 mes.

6.10. Descripción de la Intervención

Previa a la recolección de la información se recibió capacitación sobre comunicación, mecanismos para tomar contacto con los directivos y el personal de los centros.

6.11. Aspectos Éticos

6.11.1 Consideraciones Generales

1. Los centros participantes en el estudio no sufrieron ningún riesgo o daño, porque el estudio solo observó las condiciones en las que el centro funciona.
2. Los centros que participaron en el estudio se beneficiaron con una valoración sobre la calidad de atención que ofrecen.
3. La autorización para la participación en el estudio se realizó a través del consentimiento informado, recibieron una copia del mismo, los directivos de la institución y los miembros del personal que participaron proporcionando la información (anexo 2).
4. Se demostró calidad humana, solvencia ética y conocimiento del ámbito que se investigó.



5. La investigación se desarrolló de acuerdo, al diseño establecido en el protocolo.
6. Los resultados de la investigación fueron entregados personalmente por los docentes del equipo a los/as directores/as de cada uno de los centros investigados.
7. El personal que realizó el trabajo de campo registró la información en la ficha individual de cada institución. Se evitaron comentarios no pertinentes frente a los directivos, personal de los centros u otras personas; no se hicieron comparaciones con respecto a otros centros; se mantuvo la confidencialidad de la información de cada centro.

6.11.2. Información que se Proporcionará a los Directivos y Personal que Laboran en los Centros de Desarrollo Infantil para Invitarles a Participar en el Proyecto y Para que Otorguen el Consentimiento Informado.

- Se informó que se trata de un estudio que busca determinar la calidad de la atención.
- El objetivo del estudio es implementar mecanismos de capacitación para mejoramiento de la calidad de atención.
- El estudio le proporcionó a cada centro información sobre su condición actual de funcionamiento; con lo cual el propio centro, si considera pertinente, realizar un análisis y propondrá sus propios cambios.
- El estudio no pretende juzgar la actividad de cada centro, sino proporcionarles una información que les puede ser de utilidad para su fortalecimiento y reclamar al estado sus derechos.
- El consentimiento informado (anexo 2) deberá ser firmado por el directivo del centro y el personal del centro que participe en la investigación.



6.11.3. PERSONAL QUE TENDRÁ ACCESO A LOS DATOS

El acceso a todos los datos tiene la directora del “Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Atención Temprana de Niños y Niñas de 0 a 5 años de edad con Trastornos del Desarrollo”, el/la coordinadora del proyecto. “Evaluación de la Calidad de Atención Temprana que ofrecen nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, área urbana del cantón Cuenca, para niños y niñas de cero a cinco años de edad durante el período Enero a Junio 2009”.

La asesora metodológica del proyecto; quien debe garantizar la confidencialidad de los mismos.

6.11.4. Acontecimientos Adversos

En el estudio no se espera acontecimientos adversos, por ser un estudio observacional.



CAPÍTULO IV

VII. PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

7.1. Manejo de los Datos:

Los datos precodificados fueron introducidos en formatos desarrollados en el sistema SPSS y el análisis estadístico fue realizado en ese mismo sistema.

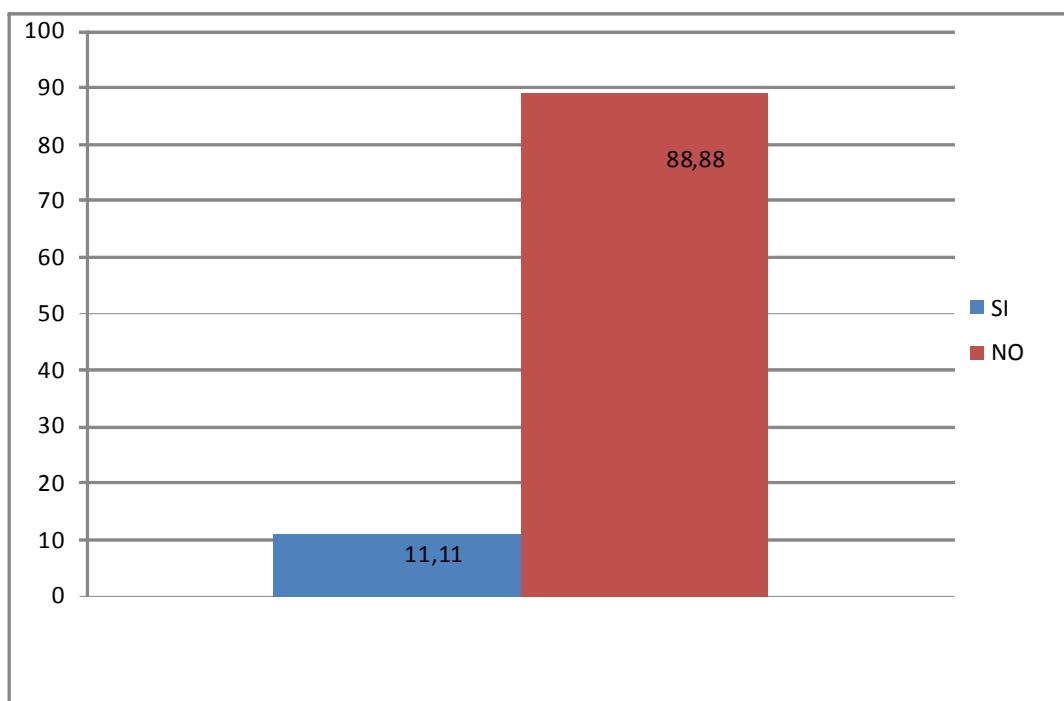
7.2. Presentación de los Resultados



Gráfico 1.

Registro Legal en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, para Niños y Niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca.

Enero a Junio 2009.



Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

En el gráfico 1. Se observa que del 100% de los centros en estudio el 88.88% no cuenta con registro legal, el 11.11% si lo posee. Se evidencia una diferencia significativa a pesar que todos son centros del estado, existe un porcentaje que incumple con el registro.



Tabla 1

Causas del No Registro Legal del Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia de ocho Centros de Desarrollo Infantil del INFA, para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca.

Enero a Junio 2009.

| CAUSA DE NO REGISTRO | TOTAL | |
|------------------------|-------|--------|
| | Nº | % |
| DESCONOCIMIENTO | 6 | 75.00 |
| DESCUIDO | 1 | 12.50 |
| EN TRAMITE | 1 | 12.50 |
| TOTAL | 8 | 100.00 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

La tabla 1. Indica que del 100% de centros en estudio el 75%, atribuye la causa de no poseer registro legal al Desconocimiento, el descuido y el poseer un registro en trámite se registran con un 12.5% cada uno.



Tabla 2

Integración de Niños y Niñas con Retraso del Desarrollo Psicomotor sin discapacidad en Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca.

Enero a Junio 2009.

| INTEGRACIÓN NN RDPM SIN DISCAPACIDAD | N° | TOTAL % |
|--------------------------------------|----------|--------------|
| SI | 4 | 44.44 |
| NO | 5 | 55.55 |
| TOTAL | 9 | 99.99 |

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Las Autoras

Tabla 2. Se observa que del 100% de los centros en estudio, el 44.44% integran a niños y niñas con Retraso del Desarrollo Psicomotor sin discapacidad, siendo un porcentaje bajo.



Tabla 3

Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA del Área Urbana del Cantón Cuenca, que integran o no a niños y niñas de 0 a 5 años de edad con Retraso del Desarrollo Psicomotor con discapacidad.

Enero a Junio 2009.

| INTEGRACIÓN NN RDPM CON DISCAPACIDAD | Nº | TOTAL % |
|--------------------------------------|----------|--------------|
| SI | 1 | 11.11 |
| NO | 8 | 88.88 |
| TOTAL | 9 | 99.99 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 3. Indica que el 100% de los centros en estudio. Solo el 11.11% acogen a niños y niñas con discapacidad en los Centros de Desarrollo Infantil del INFA.



Tabla 4

Calidad de Atención de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009.

| CALIDAD DE LA ATENCIÓN | Nº | TOTAL % |
|------------------------|----|---------|
| Muy buena | 0 | 00.00 |
| Buena | 4 | 44.44 |
| Regular | 5 | 55.55 |
| Mala | 0 | 00.00 |
| TOTAL | 9 | 99.99 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 4. De los Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA, la Calidad de la Atención en 4 centros es Buena con un porcentaje de 44.44% y en los 5 centros restantes la calidad de atención es regular con un 55.55%.



Tabla 5

Variables de la Calidad de Atención de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009.

| DIMENSIONES | Variables de la Calidad de Atención | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|------|-------|-------|-----|
| | Muy buena | | Buena | | Regular | | Mala | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Proceso de Atención | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100 | 9 | 100 |
| 2. Capacidad Profesional | 1 | 11.11 | 4 | 44.44 | 4 | 44.44 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 3. Infraestructura | 1 | 11.11 | 3 | 33.33 | 3 | 33.33 | 2 | 22.22 | 9 | 100 |
| 4. Participación Familiar/Cuidador | 7 | 77.77 | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 5. En las Variables de la calidad de atención de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA la mejor dimensión en la calidad es la participación familiar con Muy buena con un porcentaje de 77.77%, en capacidad profesional es buena con un porcentaje de 44.44% y lo deficiente es el proceso de atención en los nueve centros con mala.



Tabla 6

El Proceso de Atención Temprana que brinda Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009.

| DIMENSIONES | PROCESO DE ATENCIÓN | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-------|-------|-------|---------|-------|------|--------|-------|-----|
| | MUY BUENA | | BUENA | | REGULAR | | MALO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| 1. Evaluación periódica del desarrollo | 2 | 22.22 | 2 | 22.22 | 2 | 22.22 | 3 | 33.33 | 9 | 100 |
| 2. Detección y Derivación | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100.00 | 9 | 100 |
| 3. Diagnóstico y Plan de Intervención | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100.00 | 9 | 100 |
| 4. Adaptaciones Curriculares | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100.00 | 9 | 100 |
| 5. Trabajo con las familias | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100.00 | 9 | 100 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 6. En los centros se realizó la evaluación periódica del desarrollo sin embargo no existe ninguna actuación de apoyo a los niños y niñas, Retraso de Desarrollo Psicomotor con o sin discapacidad a lo que se refiere a:

- a. Detección y Derivación
- b. Diagnóstico y Plan de Intervención
- c. Adaptaciones Curriculares
- d. Trabajo con las familias.



Tabla 7.

La Capacidad Profesional en la Atención Temprana de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca". Enero a Junio 2009.

| DIMENSIONES | CAPACIDAD PROFESIONAL | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-------|-------|-------|---------|-------|------|-------|-------|-----|
| | MUY BUENA | | BUENA | | REGULAR | | MALO | | TOTAL | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Gestión | 6 | 66.66 | 2 | 22.22 | 1 | 11.11 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 2. Preparación Profesional | 0 | 00.00 | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 7 | 77.77 | 9 | 100 |
| 3. Práctica Profesional | 1 | 11.11 | 0 | 00.00 | 6 | 66.66 | 2 | 22.22 | 9 | 100 |
| 4. Existencia de Equipo | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 5 | 55.55 | 2 | 22.22 | 9 | 100 |
| 5. Comunicación Adecuada | 7 | 77.77 | 0 | 00.00 | 2 | 22.22 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 7. Los cuidadores tienen buena comunicación y gestionan la actividad pero no existe una buena preparación, ni práctica profesional.



Tabla 8

La Infraestructura de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009.

| DIMENSIONES | INFRAESTRUCTURA | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-------|-------|-------|---------|-------|------|-------|-------|-----|
| | MUY BUENA | | BUENA | | REGULAR | | MALO | | TOTAL | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Espacios Funcionales | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 5 | 55.55 | 2 | 22.22 | 9 | 100 |
| 2. Materiales de Aprendizaje Adecuados | 0 | 00.00 | 5 | 55.55 | 2 | 22.22 | 2 | 22.22 | 9 | 100 |
| 3. Seguridad Ambiental | 1 | 11.11 | 2 | 22.22 | 5 | 55.55 | 1 | 11.11 | 9 | 100 |
| 4. Higiene | 4 | 44.44 | 3 | 33.33 | 2 | 22.22 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 5. Creatividad en la Presentación | 0 | 00.00 | 4 | 44.44 | 2 | 22.22 | 3 | 33.33 | 9 | 100 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 8. En infraestructura los espacios son funcionales e higiene, pero no existe materiales de aprendizaje adecuado y seguridad ambiental.



Tabla 9

La Participación Familiar o de los Cuidadores en la Atención Temprana de Nueve Centros de Desarrollo Infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Junio 2009.

| DIMENSIONES | PARTICIPACIÓN FAMILIAR O DE LOS CUIDADORES | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|---------|-------|------|-------|-------|-----|
| | MUY BUENA | | BUENA | | REGULAR | | MALO | | TOTAL | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1. Aportes en las actividades | 4 | 44.44 | 2 | 22.22 | 3 | 33.33 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 2. Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos e hijas | 7 | 77.77 | 2 | 22.22 | 0 | 00.00 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 3. Comunicación con otros familiares o cuidadores | 6 | 66.66 | 2 | 22.22 | 1 | 11.11 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 4. Comunicación con profesionales o responsables de la institución | 7 | 77.77 | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 0 | 00.00 | 9 | 100 |
| 5. Iniciativas de gestión para la institución | 3 | 33.33 | 4 | 44.44 | 1 | 11.11 | 1 | 11.11 | 9 | 100 |

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las Autoras

Tabla 9. La participación familiar en todos los ítems son adecuados. Con un 77.77% Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos e hijas, y Comunicación con profesionales o responsables de la institución.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La calidad de atención temprana, exige hoy en día que los centros de desarrollo infantil, sea cual fuera su tipo privado o público, tiendan a elevar sus niveles de educación, capacitación de docentes, modernizar estrategias metodológicas de enseñanza y evaluación, fomentar aprendizajes significativos de y para la vida del niño. Por este motivo se ha distribuido en cuatro variables: infraestructura, proceso de atención, capacitación profesional y participación familiar o de los cuidadores, que son puntos importantes para analizar si los centros de Desarrollo Infantil del “INFA”, son aptos para integrar a niños y niñas con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

Lamentablemente los resultados, que se obtuvieron acerca de la calidad de atención temprana, que brindan los nueve centros de desarrollo infantil del “INFA”, no es eficiente encontrándose que el 44.44% es buena y el 55.55% son regulares. (Tabla 5).

En cambio la participación familiar o de los cuidadores en la atención temprana, en todos los ítems son adecuados; como el apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos e hijas, comunicación con profesionales o responsables de la institución están en un porcentaje de muy buena de 77.77% y en un 66.66% que es muy buena en comunicación con otros familiares o cuidadores. (Tabla 10).

Se determinó que un porcentaje considerable no tiene Registro Legal del Consejo Cantonal de la Niñez y la Adolescencia a pesar de ser centros del estado. Ya que el 88.88% no presenta registro legal (Tabla 1). La causa del incumplimiento de



esta norma se debe al: desconocimiento, descuido o porque se encuentra en trámite (Tabla 2).

En los centros del INFA se encontró un porcentaje del 44.44% equivalente a bajo, que acogen a niños y niñas con retraso del Desarrollo Psicomotor sin discapacidad, un 11.11% acogen a niños y niñas con retraso del Desarrollo Psicomotor con discapacidad que es también un porcentaje bajo. (Tabla 3 -Tabla 4).

La capacidad profesional en la atención temprana, y la comunicación es adecuada entre los padres y cuidadoras teniendo un puntaje de 77.77% que equivale a muy buena. En la parte de Gestión es adecuada con un porcentaje de 66.66%, que equivale a muy buena y en participación profesional la mayoría son madres cuidadoras, que no han culminado su educación primaria, ni secundaria por este motivo obtuvieron un porcentaje de malo que equivale a 77.77% (Tabla 8).

Muchos centros adolecen de una buena infraestructura, mobiliario, y de recursos. Teniendo en cuenta que ninguna de las dimensiones alcanzan puntajes altos: espacios funcionales, seguridad ambiental obtuvieron una puntuación de 55.55% que equivale a regular. En cambio el material de aprendizaje obtuvo un 55.55% que equivale a buena. (Tabla 9).

El estudio demuestra que el cuidado infantil de alta calidad contrarresta las carencias de la pobreza, efectos de un ambiente familiar negativo y ofrecen una buena base para el desarrollo de habilidades escolares.

Es probable que las familias pobres estén demasiado abrumadas por el estrés de la supervivencia como para dedicar tiempo o recursos para ayudar a sus hijos a



alcanzar el éxito académico posterior, pero Dearing cree que el cuidado infantil de alta calidad puede llenar este vacío.

"Incluso la exposición mínima a un cuidado infantil de alta calidad fue suficiente para compensar las carencias observadas a menudo entre los que crecen en la pobreza", aseguró Dearing, cuyo equipo analizó los datos de más de 1,300 niños, muchos de los cuales vivían en o por debajo de la línea federal de pobreza, en diez regiones de Estados Unidos. Los datos, que son parte de un estudio federal de largo plazo que comenzó en 1991, incluían observaciones de medio día de niños en Centros de Desarrollo Infantil.

Dearing sugirió la necesidad de educar mejor a los padres sobre cómo obtener un cuidado infantil diurno de calidad así como ofrecer más financiación pública para Centros de Desarrollo Infantil. Para los niños que no tienen acceso a un cuidado infantil de mayor calidad. Desde luego, tiene sentido, ya que conocemos el papel crítico que tienen las experiencias tempranas en el desarrollo de los niños, dijo Flaum. "Los primeros años de vida son muy críticos para la estimulación del lenguaje, el razonamiento y la resolución de problemas, y para estimular la curiosidad y el amor por el aprendizaje.

Estas son ventanas de oportunidad para dominar con maestría estos puntos de referencia tan importantes, y si durante este período no se adquieren habilidades, el aprendizaje será mucho más lento y existe el riesgo de que se produzca un retraso permanente en el desarrollo" (23).

El estudio demuestra que un cuidado infantil de alta calidad contrarresta las carencias de la pobreza. Uno de los problemas asistenciales más relevantes de



los trastornos del desarrollo es que gran parte de ellos son reconocidos tardíamente en el período escolar, con el consiguiente sufrimiento del niño y la familia.

La integración de los niños y niñas con discapacidad en Latinoamérica es un proceso continuo y progresivo cuya finalidad es incorporar al individuo con necesidades especiales a la comunidad, y constituye uno de los fenómenos de mayor trascendencia en la educación.

No basta con formular un conjunto de políticas y medidas legales que legitimen los derechos de las personas con necesidades educativas especiales, es necesario además informar y capacitar a los miembros de las comunidades educativas para que modifiquen sus actitudes y tomen conciencia de su responsabilidad ante la integración de estos niños para el desarrollo de sus potencialidades en un ambiente menos restrictivo.

La Educación Integradora nace de la idea de que la educación es un derecho humano y básico y proporciona los cimientos para lograr una sociedad más justa. “Todos los alumnos tienen derecho a la educación” (Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Cultura y la Educación - UNESCO, 1994), cualesquiera que sean sus características o dificultades particulares. Este derecho se justifica educativamente por la necesidad de que se eduquen todos los niños juntos obligando a las escuelas a idear modalidades de enseñanza para las diferencias individuales; socialmente porque al educar a todos los niños juntos se sientan las bases para una sociedad más justa, animando a la gente a vivir junta en paz y económicamente ya que se ha determinado que el educar a todos los alumnos juntos resulta menos costoso que establecer distintos tipos de escuelas (UNESCO 2003).



Estos planteamientos integradores en educación se han adoptado en los países del hemisferio norte apoyados en las políticas educativas, presentando experiencias exitosas en la práctica pedagógica, asumiendo el reto y modificando los elementos curriculares (Barton, 2002; Daane, Beirne-Smith y Latham, 2000; McLeskey y Waldron, 2002; McNeela, 2002; Rasmussen, 2002; Timmons, 2002; Wolfe, Hall y Tracey, 2003).

En los países iberoamericanos, España encabeza el grupo propulsor de este cambio en el sistema educativo, descartando a la educación especial como la educación de un determinado grupo de alumnos, dejando en desuso el antiguo modelo médico y psicológico (Arnaiz, 1997). La integración escolar ha puesto de manifiesto que la atención a la diversidad es un proceso complejo, que a pesar de sus esfuerzos no ha cubierto la totalidad de sus objetivos, sin embargo, ha representado un cambio importante en el panorama educativo.

Por ello se atraviesa actualmente por un cambio ideológico que transforma la integración en la inclusión de las minorías, basados en los principios propuestos por la UNESCO (2003).

La integración educacional es entonces válida, satisfaciendo las necesidades generales de las personas con discapacidad en un aula regular y las específicas en su interacción con el docente especialista. Estas ideas constituyen una visión universal sobre la integración, pero esta generalidad ha sido observada desde diversas perspectivas según las experiencias e investigaciones regionales.

Las investigaciones sobre Integración Educativa de los discapacitados efectuadas en Latinoamérica, no sólo de la Educación Especial que pretende brindar las condiciones más satisfactorias para una evolución más normalizada de las personas con discapacidad, sino también de la educación en general, quienes se enfrentan a este nuevo reto, de desarrollo personal, comunitario e institucional (24).



CONCLUSIONES:

1. La calidad de atención en los centros en estudio es regular
2. Se encontró que la integración a niños y niñas con y sin discapacidades es bajo.
3. Existen las debilidades en el desempeño del personal que atiende a los niños y niñas.
4. Los cuidadores tienen buena comunicación con los padres, pero no existe una buena preparación, ni práctica profesional.
5. Se pudo observar que la atención o cuidado que se les brinda a los niños y niñas que acuden a los centros del INFA que son del estado no cumple con el objetivo de ser responsables, protectores y ejecutadores de los derechos.
6. Hubo disponibilidad por parte de las directoras y el personal de los centros para realizar nuestro estudio.

RECOMENDACIONES:

1. Promover la integración – integración de niños y niñas con retraso y/o discapacidad.
2. Fortalecer la capacitación a los cuidadores de los centros para mejorar sus competencias de educadores y sus protectores.
3. Emprender un programa de mejoramiento de la calidad de atención.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Asamblea Constituyente. Constitución 2008. Ministerio de Gobierno, Policía y Cultos. República del Ecuador. 2008:24-25, 33-43.
2. Foro por la Niñez y Adolescencia. Ecuador país: Código de la Niñez y Adolescencia. Ecuador. 2004: 44-62
3. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Empleo. Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007- 2010. Juntos por la equidad desde el principio de la vida. Ecuador. 2007.
4. Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia. Plan Nacional decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. Acuerdo Nacional. Documento Ejecutivo. Editorial RISPERGRAF. Ecuador. 2005.
5. Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales de España. "Libro Blanco de la Atención Temprana". 4^a. Edición. Edita Real patronato de discapacidad. Madrid. 2002: 13-15.
6. FEAPS. Atención Temprana. Orientaciones para la Calidad. FEAPS. Madrid.1999.
7. Pérez L, Sánchez E. Análisis de la calidad de la atención al niño con discapacidad en el municipio Camagüey. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n2/t01-a06208.gif> Acceso el 12 de febrero del 2009, 16:10.
8. Observatorio Social del Ecuador, UNICEF. Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en el Ecuador 2005. Quito. UNICEF. 2006.
9. UNICEF. (Programa de Computadora). Supervivencia Infantil en el Ecuador: avances y desafíos. 2008. (1 disco compacto). 2008.



10. Consejo Nacional de Discapacidades, Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador. (Programa de Computadora) La Discapacidad en Cifras. Análisis de resultados de la encuesta nacional de discapacidades. (1 disco compacto) 2005.
11. Takeuchi Y, Guevara J. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali. 1999; 30: 74-81
12. Aláez M, Martínez R, Rodríguez C. Prevalencia de Trastornos Psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Ed. Universidad Complutense. Madrid. 1998.
13. PRUNAPE. Pesquisa de trastornos del desarrollo Psicomotor en el Primer Nivel de Atención. Argentina. Abril. 2008. 106(2): 119-125.
14. Huiracocha L. “Frecuencia del retraso del Desarrollo Psicomotor en 284 niños y niñas menores de 6 años de edad del CEDIUC de la Universidad de Cuenca. 2002”. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2004; 26: 53-58.
15. UNICEF. El abandono y la estigmatización pueden llevar a la exclusión de los niños y niñas con discapacidades. Estado mundial de la infancia 2006. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/>. Acceso el 14 de febrero del 2009.
16. Acevedo M, Posada A, Ramírez A. Crecimiento y Desarrollo. En: Correa A. Fundamentos de Pediatría Tomo I. Medellín. Corporación para investigaciones Biológicas. 1998: 30 - 55.
17. Cuminsky M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington DCE. Organización Panamericana de la Salud. Colección Paltex. 1986:1 - 97.



18. Culbertson J, Newman E, Willis D. "Desarrollo psicológico en la niñez y la adolescencia". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2003; 4: 721-796.
19. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Madrid. Editorial Grafo. 2001.
20. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Disponible en página web de INICO. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Acceso 4 de Abril de 2009, 15h00. <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
21. Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, UNICEF. Protección Especial y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Quito. UNICEF. 2000.
22. Simón F. Derecho y ley: instrumentos del mediador para la actoría del niño. Quito. CECAFEC. 1996.
23. Dearing E, Ph.D., associate professor, developmental and educational psychology, Boston College, Lynch School of Education; Flaum M, Ph.D., Chappaqua, N.Y.; James Drover, Ph.D., assistant professor, psychology, Memorial University, St. John's, Newfoundland, Canada; September/October 2009, Child Development) Disponible en: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.aspx?docID=631063>
Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. Acceso el 16 de agosto del 2010, 20:15
24. Integración educativa de las personas con discapacidad en Latinoamérica Rosalinda Romero y Paola Lauretti: La Universidad del Zulia Maracaibo Maracaibo – Venezuela. Disponible en: rosalindaromero@cantv.net
Educere v.10 n.33 Meridad jun. 2006 scielo 16:40



ANEXOS



IX ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Formulario de recolección de datos

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN DIARIA URBANOS DEL CANTÓN CUENCA QUE ATIENDEN A NIÑOS Y NIÑAS DE CERO A CINCO AÑOS DE EDAD DURANTE EL PERÍODO ENERO A JUNIO 2009.

Datos de identificación del centro

Fecha: // (día, mes, año) Cuestionario N°
Nombre del centro _____
Dirección _____
Teléfonos: 1. _____ 2. _____ 3. _____
Nombre del director _____ Nombre del
encuestado _____

1. Características generales del centro

1.1 Registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y adolescencia

1. Si
2. No

1.2 Integración con NN con RDPM

1. Si
2. No

1.3 Integración con NN con D

1. Si
2. No

1.4 Personal que labora en el centro

- | | |
|--|----------|
| 1. <input type="checkbox"/> Director | Nº _____ |
| 2. <input type="checkbox"/> Profesores | Nº _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Psicólogo | Nº _____ |
| 4. <input type="checkbox"/> Trabajador social | Nº _____ |
| 5. <input type="checkbox"/> Terapista físico | Nº _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> Terapista del lenguaje | Nº _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> Estimulador temprano | Nº _____ |
| 8. <input type="checkbox"/> Médico | Nº _____ |
| 9. <input type="checkbox"/> Otros | Nº _____ |

2.

Proceso de atención

2.1 Evaluación periódica del desarrollo

1. Fichas de los niños/a en 80 a 100%
2. Registro de evaluaciones en 80 a 100%
3. Registro de comunicación a familiares
4. Registro de fortalezas

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

2.2 Derivación

1. Registro de informe de derivación
2. Registro de los comentarios de padres frente a la derivación de niños con TD
3. Registro del equipo o institución que recibió al niño con TD
4. Lista de instituciones o profesionales que trabajan en atención temprana

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo



2.3 Diagnóstico y plan de intervención del trastorno por un equipo interdisciplinario profesional

1. Maestra conoce diagnóstico de niños/as con trastornos TD
2. Ficha contiene informe escrito del equipo que diagnosticó el TD
3. Ficha contiene plan de intervención escrito en los niños con TD
4. Registro de logros, dificultades y participación de las familias en la intervención

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

2.4 Adaptaciones curriculares

1. Planificación de las adaptaciones curriculares en fichas de los niños/a con TD
2. En 80-100% de las fichas de los niños/as con TD constan las terapias de apoyo: lenguaje, estimulación, terapia física u otra dentro de la institución
3. Fichas con informes de los niños/as que reciben las terapias de apoyo fuera de la institución
4. En la planificación o en algún registro consta la coordinación del trabajo con los padres y familia

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

2.5 Trabajo con las familias

1. En la planificación de la institución constan actividades para desarrollar con las familias de niños/as con necesidades especiales
2. La institución tiene un programa o actividad de gestión para el apoyo a los niño/as con necesidades especiales y sus familias.
3. Las familias cumplen con todas las tareas encomendadas por el centro para el apoyo a sus hijos/hijas.

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

Calificación de proceso de atención

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

3.

Capacidad profesional

3.1 Gestión

1. Cumplimiento responsable de todas las tareas asignadas
2. Contribuye con creatividad en la planificación de la institución
3. Trabajo colaborativo no remunerado de planificación por la satisfacción de dar solución a los problemas

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

3.2 Preparación profesional

1. Cumple con los requisitos solicitados por el centro para el desempeño del cargo
2. Título de tercer nivel en el área del cargo
3. Título de tercer nivel en un área diferente al requerido para el cargo
4. Título de cuarto nivel

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo



3.3 Práctica profesional

1. Aula organizada, materiales de trabajo listos y ordenados
2. Planificaciones creativas, en especial en las adaptaciones curriculares
3. Control del grupo de niños/as: los niños/as le quieren y le obedecen
4. Demuestra interés en el apoyo de los niños/as con TD

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

3.4 Existencia de equipo

1. En el momento de la recolección de la información se cuenta con la participación de todos los profesionales que el centro indica
2. El centro cuenta con los profesionales de cuidado pero no de apoyo
3. Existen convenios firmados con equipos de profesionales
4. Los profesionales acuden al centro por lo menos una vez al mes para evaluar el crecimiento y desarrollo de todos los niños/as

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

3.5 Comunicación adecuada con los niño/as y con el entrevistador

1. Lenguaje no verbal cortés con el niño/a: sonrisa y ternura en la atención de los niños/as.
2. Lenguaje verbal cortés con niños/as: escucha y explica con paciencia lo ocurrido o trabajado con los niños/as
3. Control disciplinario del grupo. El grupo se mantiene ordenado
4. Lenguaje no verbal cortés con el entrevistador. Sonrisa y ternura en la atención al entrevistador.
5. Lenguaje verbal cortés con el entrevistador. Escucha y explica al entrevistador.

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

Calificación de capacitación profesional

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

4. Infraestructura

4.1 Espacios funcionales

1. Existencia de 1-2 m² por cada niño en cada área de trabajo, juego o descanso
2. No hay barreras arquitectónicas
3. Buenos espacios de recreación
4. Espacios propios para las terapias o utilización de rincones pero sin sobremontar actividades en el mismo espacio y sin interrumpir los horarios de otras actividades
5. Iluminación natural o artificial buena
6. Ventilación buena

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

4.2 Material adecuado para las adaptaciones curriculares

1. Se dispone de todos los materiales necesarios en el área de trabajo
2. Dispone de material para las adaptaciones curriculares
3. El material está ordenado y limpio
4. El material que se destruye es sustituido

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular



4.3 Seguridad ambiental

1. Permiso de funcionamiento otorgado por los bomberos
2. Se dispone de un servicio higiénico por cada 10% niños/as y los mantienen limpios
3. Cumplimiento de 4 de los 5 criterios de no peligros potenciales: baños con puertas, no objetos punzantes, no vidrios o ventanas rotas, buenas instalaciones eléctricas, escaleras seguras.
4. Libre de focos de contaminación (2 de los 3 criterios siguientes: centro ubicado lejos de focos de contaminación como basureros comunitarios, mecánicas, fuentes de agua inseguras).
5. Juguete seguros: tamaño adecuado para evitar que se traguen y sin colorantes.

4. Malo

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

4.4 Higiene

1. Todos los espacios están limpios
2. No hay goteras en techo ni en tuberías
3. No hay paredes cuarteadas y/o en peligro de caerse
4. En cada espacio del centro hay un basurero (limpio, con funda y tapado) que permite recolectar adecuadamente la basura
5. Control de ácaros (3 de los cuatro criterios siguientes: ausencia de alfombras, cortinas limpias, muebles limpios y ausencia de peluches)

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

4.5 Creatividad en la presentación

1. Buen manejo de la combinación de los colores: tonalidades relajantes, suaves o suaves que contrastan con un fuerte
2. Decoración para niños
3. Juegos con materiales del medio
4. Implementación de espacios que permitan la recreación o el aprendizaje de los niños/as con TD

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

Calificación de infraestructura _____

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

5. Participación familiar

5.1 Aportes en las actividades de participación

1. Pago de cuotas económicas a tiempo
2. Asistencia a reuniones o mingas
3. Pago de cuotas económicas fuera de tiempo y luego de insistencia
4. Asistencia a actividades voluntarias

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo



5.2 Apoyo en las tareas y responsabilidades con sus hijos/hijas

1. Los niños/as cumplen con las tareas que se les envían a casa de manera limpia y ordenada
2. Los niños/as asisten limpios al centro
3. Los padres acuden cuando son llamados por la institución
4. Los padres cumplen con las tareas encomendadas para el cuidado de sus hijos/as

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

5.3 Comunicación con los otros familiares o cuidadores

1. En las reuniones se observa que se integran con los demás
2. No hay peleas o agresiones con los otros padres de familia o cuidadores
3. Participación en las reuniones la mayor parte de las veces de manera activa y alegre
4. Está presto para ayudar a los demás
5. Manifiesta sus divergencias con el grupo de manera tranquila y consensual.

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

5.4 Comunicación con los profesionales o responsables de la institución

1. Acude cuando se le llama
2. Utiliza un lenguaje verbal y no verbal amable para expresar sus acuerdos y desacuerdos
3. No habla mal de la institución fuera de ella

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

5.5 Iniciativa de gestión para la institución

1. Se presta para ayudar
2. Da ideas para solucionar problemas
3. Ejecuta las tareas voluntarias
4. Acompaña a reuniones o actividades de visita a autoridades que puedan apoyar

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

Calificación de participación familiar

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

CALIFICACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

1. Proceso de atención
2. Capacitación profesional
3. Infraestructura
4. Participación familiar

Puntajes parciales

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntaje

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo

7. Observaciones _____



Evaluador

Fecha: / / (día, mes, año)

Revisor de la información

Fecha: / / (día, mes, año)



9.2. ANEXO 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Consentimiento informado
Para el estudio

“Evaluación de la calidad de atención temprana de los nueve centros de desarrollo infantil del INFA para niños y niñas de 0 a 5 años de edad del área urbana del cantón Cuenca”.

Enero a junio 2009.

Yo, _____ en calidad de _____ del centro de cuidado diario _____ he sido invitado/a a participar en el estudio “Evaluación de la calidad de atención temprana en los centros de cuidado diaria urbanos del cantón Cuenca que atienden a niños/as de cero a cinco años de edad durante Enero a Junio 2009. Universidad de Cuenca.

Se me ha informado que es un estudio que busca conocer la calidad de atención de los centros de cuidado diario en el área urbana del cantón Cuenca que atienden a niños/as de cero a cinco años de edad, con el objetivo de implementar medidas de capacitación profesional en caso que fuesen necesaria.

La investigación considerará parámetros para la valoración del proceso de atención de los niños que asisten al centro, capacitación profesional las personas que laboran en el centro, infraestructura que tiene el centro y la participación familiar en las actividades del centro y responsabilidades para con los niños y niñas. Para lo cual se me ha solicitado que responda con absoluta sinceridad a las preguntas y permita que los investigadores puedan observar las fichas de los niños, los registros, los lugares de trabajo y las actividades que se desarrollan con los niños.

He sido comunicado/a que las actividades para esta investigación requerirán aproximadamente de dos horas, tiempo que estoy dispuesto/a a colaborar.

El centro recibirá el beneficio de una evaluación gratuita acerca de su funcionamiento, lo que proveerá de datos seguros, obtenidos por una institución independiente. Esta información permitirá a los directivos del centro, personal que labora en el mismo y familiares de los niños que asisten a los centros, realizar un análisis interno sobre la realidad de nuestra institución, conocer nuestras fortalezas y debilidades, buscar y solicitar los recursos necesarios para mejorar los servicios que necesitan los niños/as.

Pág. 1 de 2



Las responsables de la investigación, Nathalie del Carmen Bravo Cobos, Tania Verónica Lazo Berrezueta, Natalia del Pilar Reinoso Torres - se ha comprometido a responder personalmente o por teléfono las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de nuestro centro; para lo que nos ha dado su dirección y teléfono.

Nathalie del Carmen Bravo Cobos. Riveras del Tomebamba. Cajamarca L. 2863997

Tania Verónica Lazo Berrezueta. Cdla. Tosí 860900

Natalia del Pilar Reinoso Torres. Manuel Vega y Vega Muñoz 2846717

Se nos ha asegurado, que la información obtenida de nuestro centro, sólo se nos dará a conocer a quienes laboramos en el mismo; y servirá exclusivamente para el estudio antes mencionado.

Luego de analizar las condiciones de participación, he decidido colaborar en el estudio en forma libre y voluntaria, y podemos abandonar el mismo cuando consideremos conveniente. Pienso que nuestra participación contribuirá para mejorar el conocimiento y calidad de vida de los niños/as.

Firma
CI _____

Cuenca, _____ de 2009

Pág. 2 de 2

- 93 -

Autoras: *Nathalie Bravo*
Tania Lazo
Natalia Reinoso