



RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad, “Evaluar la Calidad de Atención Temprana que brindan 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca, a niños y niñas de cero a cinco años de edad con retraso del desarrollo con o sin discapacidad.

Para esta investigación se utilizó el método descriptivo cuantitativo, basado en el formulario utilizado por el MIES-INFA, este formulario se mide en una escala de 100 puntos, dividido en cuatro variables: infraestructura, proceso de atención, capacidad profesional y participación familiar o de los cuidadores, estableciéndose 25 puntos por cada variable.

Una vez recopilada la información, los datos obtenidos fueron tabulados, analizados y presentados en tablas de frecuencia, utilizando el programa estadístico SPSS. Como resultado de la investigación se puede observar que solo el 20,00%, de las Instituciones Infantiles obtuvo puntaje de muy buena en la calidad de atención temprana. Así mismo el 13,34%, tiene registro legal en el Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia y además se comprobó que solo el 20.00% integran a niños y niñas con discapacidad.

Este estudio servirá para desarrollar el “Programa de Mejoramiento de Calidad de Atención de Niños/as con Trastornos del Desarrollo que se lleva a cabo por la DIUC”. Los únicos beneficiarios de este trabajo son los niños/as pertenecientes a estos centros.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PALABRAS CLAVES: Evaluación, Calidad de Atención, Jardines Infantiles, Centros de Desarrollo Infantil, Sector Privado, Zonas Urbanas, Control de Calidad, Lactante, Preescolar, Discapacidad del Desarrollo, Trastornos del Desarrollo Infantil, Cuenca - Ecuador.



SUMMARY

The present investigation project has as purpose, to "Evaluates you the Quality of Early Attention. That offer 15 Deprive Centers of Infantile Development of the Area Urban from station of the Canton Cuenca, to boys and girls from zero to five years of age with delay of the development with or without "discapacidad".

For this investigation, we used the descriptive quantitative method, which was based on the form used by the MIES-INFA, this form is measured in to scale of 100 points, which is divided in four variable: infrastructure, process of attention, professional capacity and the family or of the caretakers participation, settling down 25 points for each variable.

All at once gathered the information, the obtained dates were tabulated, analyzed and presented in charts of frequency, using the statistical program SPSS. As a result of the investigation. We can observed that only the 20,00% of the Infantile Institutions only obtained a grade of very good in the quality of early attention. Likewise 13,34%, has legal registration in Cantonal the Town council of the Childhood and Adolescence. Besides we can observed that only the 20.00% integrates boys and girls with "discapacidad".

After we have concluded the study in the centers. These results can be used to develop the "Program of Improvement of Quality of Attention of Children with Dysfunctions of the Development that is carried out by DIUC", in this plan they show up as only beneficiaries the children that belonging to these centers.



INDICE

CAPÍTULO I.....	11
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	20
CAPÍTULO II	23
FUNDAMENTO TEÓRICO	23
2.1 Definiciones Importantes.....	23
2.2 La Atención Temprana.....	28
2.3 La Calidad de Atención Temprana	40
2.4 EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA.....	49
2.5 CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL.....	52
CAPÍTULO III	69
OBJETIVOS	69
3.1 Objetivo General	69
3.2 Objetivos Específicos.....	69
CAPÍTULO IV.....	70
DISEÑO Y METODOLOGÍA.....	70
4.1 Tipo de estudio y diseño general	70
4.2. Selección de las Instituciones	71
4.3. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo asignado para recolectar la información	72



4.4.	Definición de las variables.....	74
4.5.	Identificación de las variables.....	76
4.6.	OPERALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION TEMPRANA DE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS CENTRALES	77
4.7.	Aspectos Éticos:.....	85
CAPÍTULO V		87
PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		87
CAPITULO VI.....		111
DISCUSION.....		111
CAPÍTULO VII.....		114
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		117
ANEXO 1		121
ANEXO 2		129



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**“Evaluación de la Calidad de Atención Temprana de 15
Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana
Central del Cantón Cuenca para niños y niñas de 0 a 5
años de edad con Retrasos del Desarrollo con o sin
Discapacidad.**

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

AUTORAS:

Fanny Pintado Andrade

Jenny Vele Cornejo

DIRECTORA:

Lcda. Silvia Sempértegui León

ASESOR:

Dr. Hugo Calle

CUENCA-ECUADOR

Septiembre 2010



DEDICATORIA

Al finalizar esta etapa en mi carrera estudiantil dedico todo mi esfuerzo que está dentro de estas páginas a mis PADRES y HERMANOS, por el infinito esfuerzo e inexorable ayuda y paciencia que me brindaron a lo largo de estos cuatro años.

Fanny



DEDICATORIA

Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser
quien ha estado a mi lado en todo momento.

A mis padres, tíos, amigas, y profesores, que sin esperar nada a
cambio, han sido pilares en mi camino y así, forman parte de este
logro que me abre puertas inimaginables en mi desarrollo
profesional.

Y de manera especial a mi novio Santiago por apoyarme y
ayudarme en los momentos más difíciles.

Gracias a Todos.

Jenny



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos ayudado y permitido la correcta
realización de esta investigación.

Una nota de agradecimiento a la Dra. Lourdes Huiracocha Tutivén,
al Dr. Hugo Calle, que sin su ayuda no se hubiera realizado este
trabajo

Y de manera muy especial a la Licenciada Silvia Sempértegui por
habernos guiado con su sabiduría en la realización del mismo.

Y a todas las personas y amigos que de una u otra forma nos
apoyaron para poder llegar a tan esperada meta.

¡A todos ellos expresamos nuestra más sincera gratitud!



RESPONSABILIDAD

**TODOS LOS CRITERIOS VERTIDOS EN ESTA TESIS SON DE ABSOLUTA
RESPONSABILIDAD DE LAS AUTORAS.**

Fanny Pintado Andrade

Jenny Vele Cornejo



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En los artículos 47 al 49 de la Constitución de la República del Ecuador del año 2008, se 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).

Es importante considerar las garantías que brindan la constitución y, conocer si se cumple el derecho, al cuidado y a la atención del desarrollo; Se observa que el 46%, de la población infantil, no asiste a ningún centro de cuidado o atención, debido a la situación económica de las familias

Los niños menores de seis años de edad comprendida dentro de lo que denomina “pequeña infancia” son los destinatarios de los Servicios de Atención Infantil. Las necesidades de la salud de la pequeña infancia son de



tipo biopsicosocial, y constituyen la base de un desarrollo madurativo adecuados por ello se plantea abordar el cuidado de la salud Infantil en forma integral desde los primeros años de vida. La calidad de atención debería estar enfocada en la prevención, detección, diagnóstico, información y rehabilitación, dirigidos a las personas con trastornos del desarrollo y, realizados por profesionales y equipo inter o transdisciplinarios para mejorar la calidad de vida en todos sus ámbitos cotidianos.

Dentro de esta investigación se considera trascendental, evaluar las condiciones en las que se encuentran las instituciones que acogen a niños y niñas de 0 a 5 años de edad con o sin discapacidad. Para lo cual se evaluó los parámetros: Proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura y participación familiar.

Para llevar a cabo el proyecto se decidió utilizar el método descriptivo cuantitativo, el mismo que nos permite obtener resultados y porcentajes de las características de la Calidad de Atención Temprana, para lograr el cumplimiento se utilizó formularios que son adoptado por el MIES-INNFA, cabe recalcar que los diferentes ítems del estándar de calidad fueron modificados para lograr medir la calidad de atención que reciben los niños/as con Retraso del desarrollo con o sin discapacidad en los 15 centros del desarrollo infantil privados del área Urbana Central del Cantón Cuenca.



Luego de haber realizado el análisis se observó que la calidad de atención que prestan los centros de desarrollo infantil no satisfacen las necesidades requeridas por la población infantil del Cantón Cuenca. El propósito de esta investigación es participar en la concientización y fomentar la posibilidad de crear discusiones compartidas, sobre cómo debe ser un adecuado proceso de atención y evaluación en la calidad de los centros de desarrollo infantil, a través del “Programa de Mejoramiento de Calidad de Atención de Niños y Niñas con trastornos del Desarrollo que se lleva a cabo por la DIUC”

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los Centros de Desarrollo Infantil brindan atención permanente de acuerdo a la edad de desarrollo del niño, por lo cual, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación y Cultura y Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, evalúan a los Centros de Desarrollo Infantil estatales y privados mediante los (Estándares de Calidad) con la finalidad de garantizar el respeto a los derechos de niños. En la última década el número de Centros Infantiles del cantón Cuenca se ha incrementado considerablemente, existiendo pocos centros que están registrados en estas instituciones.

Algunos de los centros de desarrollo Infantil que obtienen el permiso en las diferentes entidades, cambian continuamente de local, lo cual varía la calificación obtenida en los diferentes ítems de los estándares de calidad, por lo



que se debe mantener un control permanente de los mismos y una continua actualización de los datos

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 las de 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 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, 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 retrasos del desarrollo con o sin discapacidades no asisten a los centros o programas

En el Ecuador el 1.7% (17.838), en Cuenca 0.98% son niños y adolescentes con discapacidad (10) pero se piensa que son más porque muchos no son detectados, ni diagnosticados; no se conoce la prevalencia de los trastornos del desarrollo. Investigaciones de otros países indican una frecuencia 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).

La falta de detección en los centros del Ministerio de Salud Pública cuando los niños y niñas acuden ya sea por enfermedad o para vacunación, a pesar de las



normativas y las guías existentes, la mayoría de las veces no se cumple por las numerosas consultas que impiden una evaluación 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 cuando encuentran una alteración o un retraso al compararlos con los demás.

En los programas de desarrollo infantil del Estado Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) e Instituto del Niño y la Familia (INFA), Ministerio de Educación (ME) 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. Los servicios atienden 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 NNA con TD/D por los servicios, porque 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 envuelven en la realidad de las familias o del niño o niña porque no han logrado tener las competencias científicas, tecnológicas y humanas necesarias. 45% de los usuarios indican sentirse poco satisfechos con los servicios recibidos (10).

Con estas limitaciones los niños y niñas permanecen en los centros sin ningún plan de intervención específico (adaptaciones curriculares en infraestructura, competencias profesionales, participación familiar) para sus necesidades especiales.

Por otro lado pocas instituciones integran a niños y niñas con discapacidad porque consideran que no tienen los recursos humanos ni logísticos para hacerlo.

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 la condición de sus hijos, los niños o niñas 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 NN 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.

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 niños y niñas con trastornos del desarrollo 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 a 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).

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación pretende dar a conocer la realidad de 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca, a través de un estudio descriptivo cuantitativo, este permitió la evaluación de la calidad de atención temprana. Este estudio se realizó en 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca para niños y niñas de 0 a 5 años de edad.



Como indica FEAPS la calidad de atención se mide por dos parámetros: los resultados (calidad de vida en la consecución de las habilidades adaptativas para la autonomía) y el proceso, este estudio hará la revisión del proceso de atención con los siguientes elementos básicos:

- Proceso de atención: si se cumple con las evaluaciones periódicas del desarrollo, si se detectan y derivan los casos alarma a un equipo interdisciplinario y a través de esta tarea se podrá tener datos sobre cuántos poseen un diagnóstico y un plan de intervención que les permita a los niños y niñas con TD/D integrarse en sus ámbitos cotidianos.
- La capacidad profesional: si el centro posee recursos humanos que gestionen alternativas, planifiquen y se comuniquen para apoyar a los niños y niñas con necesidades especiales.
- La infraestructura: si la institución tiene la higiene y funcionalidad para favorecer el desarrollo y la integración de los NN con TD/D.
- Participación familiar: Si el centro promueve actividades para que las familias apoyen en la gestión de resolución de problemas de sus hijos, hijas.

Con estos elementos se evaluó si la atención primaria (protección integral, cuidado del desarrollo, evaluación), atención secundaria (detección, diagnóstico, información de los trastornos del desarrollo), atención terciaria (intervención, integración, inclusión) se cumplen acorde a las políticas establecidas en la Constitución y en el Código de la Niñez y Adolescencia.



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 dé 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 el estudio se realizó en 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón. Previa a la recolección de datos se concertó detalles de la evaluación con el personal docente y administrativo de los centros. Como estudiantes de Estimulación Temprana, parte activa de esta Investigación, nos planteamos contribuir con este programa.

La evaluación de la misma nos permitirá mejorar la estructura de la misma y optimizar e implementar nuevas propuestas.

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



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definiciones Importantes

El **crecimiento** es el incremento de la masa del ser vivo que se evalúa con el peso, talla, perímetro cefálico, examen físico. Son alteraciones del crecimiento la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad, macro y microcefalia, malformaciones congénitas.

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).

En la bibliografía hay diferentes formas de nominar a los problemas del desarrollo, en esta investigación se definirá a **retraso** cuando un niño o niña no cumple con las destrezas en las áreas del desarrollo de acuerdo a la edad en los cuadros de desarrollo evolutivo. Los retrasos pueden ser globales si falla en todas las áreas o específicos si falla en uno o en dos.

Pueden ser transitorios y permanentes: son transitorios cuando existen características que se ubican en un continuo entre lo normal y lo anormal o que puede compensarse o neutralizarse de forma espontánea. Permanentes cuando a pesar de la intervención el retraso y/o la alteración se mantienen. Los retrasos pueden o no causar discapacidad (8).

Se llama **“Trastorno del Desarrollo”** a la presencia de retrasos o alteraciones del desarrollo acompañados de otros criterios clínicos que le caracterizan como una entidad sindrómica diferente a otra. La nomenclatura trastornos del desarrollo 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.



Los trastornos del desarrollo que se manifiestan en los cinco primeros años de la vida son (5).

- Trastornos neuromotores: Parálisis Cerebral Infantil o Invalidez Cerebral Mínima. Síndrome del niño hipotónico.
- Discapacidades sensoriales: visuales y auditivas.
- Trastorno del espectro autista
- Trastornos específicos del aprendizaje.
- Discapacidad cognitiva.
- Hiperactividad y Déficit de Atención (ADHD).
- Trastornos emocionales: ansiedad de separación o trastornos de vinculación reactiva, trastornos de oposición desafiante: ánimo enojado.

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.



Evaluación: Es un elemento más del currículo. Gracias a ella podemos ejercer control en el proceso de enseñanza-aprendizaje y, por tanto, garantía de la calidad.

Estándar: Constituyen la más antigua de las medidas de calidad, se refiere al desempeño esperado, con el que se compara el trabajo de un profesional o institución.

Los estándares están diseñados para evaluar la práctica y no para asistir a los profesionales directamente.

Calidad: Es un concepto clave hoy en día para los servicios de salud, y la Organización Mundial de la Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Un impacto final en la salud.

Educación: Es un proceso social que posibilita el desarrollo del potencial de cada persona. “Este proceso se da en la vida y para la vida, en interacción con el medio ambiente, donde el niño y la niña se instruyen, se forman y construyen sus pensamientos, sentimientos, actitudes y valores”.



Párvulo: “Es el niño o la niña desde recién nacido a seis años de edad, con las características propias de esta etapa de la vida”.

2.2La 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 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.

Son 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, niñas con TD/D, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos lúdicos, relacionales 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 interdisciplinar 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 transdisciplinares aquel en el 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, 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 apoyen para que todas las personas, incluso los niños, 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 del 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 debe 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 salud 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 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.

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 sindrómico funcional
- Diagnóstico etiológico

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 diagnósticas, 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, 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 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, 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).

2.3 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.



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.

Los Centros forman parte de los tres ámbitos fundamentales que responden a necesidades vitales del ser humano: el ámbito de la vida y la salud (sanidad), el ámbito de la libertad (justicia), y el ámbito de la socialización, el trabajo y el proyecto de vida (la educación).

Estos tres ámbitos constituyen el núcleo de lo que, en los países más industrializados, se llama calidad de vida. Por ello estos países son tan sensibles a la demanda de calidad.

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)

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 o a ordenar las partes del proceso. Para que los procesos se cumplan se requiere de planificación, ejecución, evaluación, 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 en los niños/as 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/as 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/as 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/as, adolescentes y familias con necesidades especiales.



Los aspectos físico ambientales para la calidad de atención implica que los centros deben estar ubicados geográficamente para permitir el acceso de los niños/as 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, 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.

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/as 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).

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 niñas, niños 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 o 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 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 resilientes con su participación, liderazgo han movido acciones en beneficio de los grupos logrando fundar instituciones, generar políticas y profundos cambios sociales.

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.

2.4 EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA

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/as 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:

- Normar 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/as 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.
- Representantes de las familias.
- Representantes de las comunidades.
- Autoridades locales y/o regionales, nacionales.

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/as 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.

2.5CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL

Son aquellos centros que ofrecen cuidado y educación a niños y niñas de 0 a 5 años de edad los mismos que permanecen entre 4 a 8 horas diarias. Los centros de Desarrollo Infantil no solo brindan atención a los niños en relación a las actividades asistenciales, sino que deben de comprender y tener muy presente que como agentes educativos tienen la enorme responsabilidad de educar a los niños ya que en sus manos está el futuro de cada uno de ellos .



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 y 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

Centros de Desarrollo Infantil Privados son creados como medio de apoyo a las familias; ofreciendo un espacio educativo y formativo para sus hijos/as durante su primera infancia brindando atención directa a los niños y niñas en donde la tarea principal es la de potenciar las capacidades mediante formación de hábitos higiénicos, alimenticios, formación de valores y consolidando sus habilidades, para poder brindar una formación que les permita enfrentar un mundo cada vez más competitivo.

El centro de desarrollo infantil debe:

- Asegurar al niño y la niña, un desarrollo físico equilibrado, mediante una alimentación balanceada, que se ajusta a las condiciones particulares de su edad y entorno.
- Colaborar en el logro de la salud física previniendo enfermedades por medio de la vacunación y evaluación médica periódica.
- Detectar periódicamente trastornos del desarrollo, garantiza el desarrollo integral del niño y de la niña, por medio de la planificación de la acción educativa específica.”



En México se imparte la educación inicial dentro de dos modalidades, la escolarizada y la no escolarizada, la primera funciona en Centros de Desarrollo Infantil, que brindan a los pequeños menores de 6 años servicios multidisciplinarios como el pedagógico, médico, social, nutricional y psicológico. Mientras que la segunda funciona en zonas rurales, indígenas y urbano marginadas en donde se capacita a los padres de familia así como a los miembros de la comunidad para que favorezcan y estimulen el desarrollo intelectual, social y psicomotriz, salud, alimentación y conservación de los niños. El Ecuador cuenta con estas dos modalidades como son: los Centros de Desarrollo Infantil y CNH (Creciendo con Nuestros Hijos)

Características de los 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados.

Centro de Desarrollo Infantil Principito.- Ubicado en la calle Cristóbal Colón 1-80 y prolongación Fernando de Aragón, es un establecimiento Privado Regular, sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un Director, tres profesores.

Centro de Cuidado Infantil Cedin Down.- Ubicado en las calles Juan Bautista Vásquez y Lorenzo Piedra esquina, es un establecimiento Privado Especial con registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, dos profesores, un psicólogo, un terapeuta físico, un terapeuta de lenguaje, un estimulador temprano, un médico y otros (3)



Centro de Cuidado Infantil y Desarrollo Integral Efelante.- Ubicado en las calles Remigio Crespo 13-25 y Unidad Nacional, es un establecimiento Privado Regular sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, tres profesores, un psicólogo y un médico.

El Centro de Desarrollo Infantil Crayola.- Ubicado en las calles José Peralta y Av. del Estadio, es un establecimiento Privado Regular sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, seis profesores, un psicólogo, un terapeuta del lenguaje, y un estimulador temprano.

El Centro de Desarrollo Sol de Talentos.- Ubicado en las calles Vega Muñoz entre Borrero y Hermano Miguel, es un establecimiento Privado Regular con registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia en trámite. El establecimiento cuenta con un director, once profesores, un trabajador social, dos estimuladores tempranos.

El Centro de Desarrollo Infantil Sueños y Sonrisas.- Ubicado en las calles Av. 12 de Abril 2-67, es un establecimiento Privado Regular sin registro en Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un Director, tres profesores.

El Centro de Desarrollo Ensueños.- Ubicado en las calles Av. de la Américas y Miguel Heredia, es un establecimiento privado regular sin registro en el



Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, cuatro profesores, un psicólogo, y un terapeuta del lenguaje.

El Centro Abejitas Laboriosas.- Ubicado en la Av. España 13-21, es un establecimiento privado regular, sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, dos profesores, un psicólogo, un estimulador temprano y un médico.

El Centro de Desarrollo Infantil Estrellitas.- Ubicado en las calles Federico Proaño y Remigio Crespo, es un establecimiento privado regular sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con director, trece profesores, un terapeuta de lenguaje, un estimulador temprano, un médico y otros (3).

El Centro de Desarrollo Infantil San José.- Ubicado en las calles Tomás de Heres 7-60 y Prolongación de Padre Aguirre, es un establecimiento privado regular sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un Director, dos profesores, un psicólogo y un médico.

El Centro de Desarrollo Infantil Pulgarcito.- Ubicado en la Av. Primero de Mayo 3-97, es un establecimiento privado regular con registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, cuatro profesores, un psicólogo, un terapeuta de lenguaje, un médico y otros.



El Centro Home School.- Ubicado en las calles Coronel Harris 1-117 y Tarqui, es un establecimiento privado regular, sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, dos profesores, un psicólogo, un terapeuta de lenguaje, un médico y otros (5).

El Centro de Desarrollo Infantil San Blas.- Ubicado en las calles Presidente Córdova 1-77 y Manuel Vega, es un establecimiento Fiscal Especial del Municipio sin registro en Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, cinco profesores, un psicólogo, un estimulador temprano, entre otros.

El Centro de Desarrollo Infantil Planeta Sueños.- Ubicado en las calles Juan Cuesta esquina y prolongación Lorenzo Piedra, es un establecimiento privado regular sin registro en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia. El establecimiento cuenta con un director, cuatro profesores, un psicólogo, un terapeuta de lenguaje, un médico y otros.

Según el MIES-INFA atiende a través de cuatro líneas de acción:

- Desarrollo Infantil
- Protección Especial
- Participación y Ciudadanía
- Atención en Riesgos y Emergencias



El Ministerio de Educación y Cultura en el Área de Educación Inicial establece lo siguiente:

Misión.- El Estado ecuatoriano, con la rectoría del Ministerio de Educación, la corresponsabilidad de la familia, organizaciones comunitarias, instituciones públicas y privadas, asegurarán el acceso, permanencia y desarrollo integral de niños y niñas menores de cinco años de edad, en el nivel de Educación Inicial, dentro del sistema educativo nacional, caracterizado por el respeto a la interculturalidad en la diversidad, calidad, equidad, inclusión, ejercicio de derechos, deberes y responsabilidades de todos los actores.

Visión.- El país contará con el nivel de Educación Inicial universal, equitativo y de calidad que desarrolle competencias y capacidades en las niñas y niños menores de cinco años, en lo afectivo-social, cognitivo y psicomotriz para que sean capaces de construir sus propios aprendizajes y estructurar redes neurocerebrales permanentes.

Base Legal.- La Constitución del Ecuador 2008, el Plan de Acción Educativa "Educación para Todos", el Código de la Niñez y Adolescencia, la tercera Consulta "Educación Siglo XXI" y el Plan Decenal de la Educación, son documentos demandantes de la oferta educativa y como derecho que asiste a las niñas y niños menores de cinco años para acceder a una educación inicial de calidad, intencionalmente organizada y en el marco de una concepción inclusiva (23).



2.5.1 RECURSOS HUMANOS: ORGANIZACIÓN, CAPACITACIÓN

Dirección.- En un centro infantil se suele elegir dos tipos de dirección, la administrativa y la pedagógica, sin embargo estas funciones pueden ser llevadas de manera conjunta por una sola persona.

De carácter general, se puede establecer, que el Director o Directora se ocupe fundamentalmente de los aspectos de carácter organizativo, representativo y de gestión técnico-rectora. Es por así decirlo, de una forma resumida, el gestor, el organizador de la actividad diaria.

“Las principales funciones que se encuentran vinculadas de una forma más específica de los Directores son las siguientes:

- a) La toma de decisiones.
- b) La programación y evaluación de procesos y de resultados.
- c) La coordinación intra y extraescolar”.

Para el mejor cumplimiento de estas funciones, es indispensable la presencia del director de forma permanente en el centro para que pueda estar al tanto de las diversas circunstancias que puedan presentarse durante la jornada.



EDUCADORES PARA ATENCIÓN DIRECTA A LOS NIÑOS

Según el Manual de Auto capacitación indica: Que un educador debe poseer como mínimo las siguientes características:

- “Capaz de crear un clima afectivo y empatía con los niños, niñas y adultos.
- Ser alegre y comunicativo, para que transmita este estado de ánimo a los bebes.
- Ser cuidadoso en el aseo personal de los niños y niñas de la sala.
- Ser precavido en la manipulación de los alimentos.
- Capaz de transmitir seguridad y confianza.
- Actitud de alerta y atención focalizada y múltiple”.

Existen fórmulas para el cálculo del número de educadores que requiere un centro de acuerdo al número de niños con que cuenta, y se presentan a continuación:

Paso 1

Número de niños

Número de maestras

Número de niños por maestra = necesarias para mantener la proporción
(Proporción maestra: niño)



Paso 2 (Para un centro que opera más de 6 horas diarias)

Número de horas con

Número de maestra x la escuela abierta = Número de maestras necesarias
para mantener la proporción / para las horas necesarias por turno.

Estas fórmulas resultan muy útiles al momento de determinar el número de docentes que se necesitan para el centro, a pesar de esto se debe considerar que no puede existir un número inferior de educadores de acuerdo a lo siguiente:

- a) Un Educador/a por cada 5 bebés
- b) Un Educador/a por cada 10 niños de 1 a 2 años
- c) Un Educador/a por cada 15 niños de 2 a 3 años
- d) Un Educador/a por cada 20 niños de 3 a 4 años
- e) Un Educador/a por cada 20 niños de 3 a 4 años
- f) Un Educador/a por cada 25 niños de 4 a 5 años

Si el número de niños supera a lo antes mencionado es indispensable contratar maestros auxiliares que colaboren dentro del aula.

Auxiliar de Enfermería.- Berbely Dugas en el Tratado de Enfermería Práctica sostiene que las enfermeras auxiliares trabajan en ámbitos de asistencia, como hospitales e instituciones de asistencia prolongada.



La enfermera práctica puede actuar con eficiencia en diversos entornos: organizaciones para la conservación de la salud, escuelas, consultorios médicos, también puede proporcionar cuidados independientes a algunos pacientes y trabajar en estrecha colaboración con un médico.

En un centro educativo la auxiliar de enfermería será la encargada de asistir al niño en caso de pequeños accidentes, además de seguir un control trimestral de antropometría, dato esencial para el control médico.

Médico.- La participación de un médico como parte del equipo de un centro infantil es fundamental, ya que es el único que puede proporcionar un control permanente del estado de salud de los niños, no siendo indispensable su permanencia durante toda la jornada de atención del centro, su visita será periódica durante el mes con un mínimo de tres visitas.

El médico debe realizar una evaluación inicial al momento que el niño forma parte del centro, esto es la historia clínica completa con todos los antecedentes del niño y su familia. Además realiza el control antropométrico regular para lo cual debe utilizar tablas estandarizadas para el medio en el que trabaja.

Es necesario que cada niño tenga una ficha individual para facilitar al médico el seguimiento de cada caso, en la misma debe constar el registro de los diversos controles así como los tratamientos recibidos.



El médico del centro también puede participar en la prevención de enfermedades y contagios mediante la capacitación del personal acerca de los cuidados sanitarios básicos, además debe brindar indicaciones al personal para la correcta administración de determinados medicamentos prescritos por él a los niños.

Psicólogo.- Eiserer dentro de las funciones educacionales del psicólogo menciona: “El psicólogo está en condiciones de conocer los aspectos que el maestro ignora sobre motivación, aprendizaje, personalidad, comportamiento, que servirán para organizar estudios formales”.

Un papel del psicólogo muy importante dentro del centro educativo es la realización de seminarios o cursos designados a los maestros, estos se basaran en los problemas reales surgidos del trabajo diario de los maestros y alumnos.

Al igual que el médico debe realizar visitas periódicas al centro, con un mínimo tres visitas al mes, y deberá llevar un registro de las actividades realizadas con los niños o maestros en la ficha individual de los mismos.

Estimulador Temprano.- El Estimulador Temprano está capacitado para valorar, diagnosticar y tratar el desarrollo psicomotor de los niños (as) entre 0 – 5 años, impulsando acciones de prevención y educación para dar al niño la capacidad de desarrollarse en los aspectos : físico, intelectual, social,



emocional, utilizando las experiencias que le brinda un medio ambiente enriquecido y las que su propio aprendizaje pueda crear ; además establecer acciones preventivas para los niños, especialmente los de alto riesgo biológico y ambiental, detectar tempranamente los retrasos en el desarrollo, las patologías incapacitantes, y dar tratamiento oportuno por medio de programas de intervención individual, grupal, a madres embarazadas, familias, siendo parte de un equipo multidisciplinario o dirigiéndolo, y toda actividad que este realiza encaminada a destacar las potencialidades de los niños.

Psicólogo Educativo.- El profesional en Psicología Educativa, estará capacitado para participar, en las áreas de: planificación curricular: asesoría y consultoría educativa, diseño de programas y estrategias de adecuación curricular (para problemas académicos y atención y promoción de talentos), Diseño de estrategias y evaluación psico – educativa, Atención a población discapacitada en las instituciones educativas, etc.

CAPACITACIÓN Y ACTIVIDADES DEL PERSONAL DEL CENTRO

El Código de Trabajo en uno de sus artículos afirma que la administración educativa y los centros escolares deben facilitar a los docentes una formación periódica que les permita actualizarse, científica, didáctica y profesionalmente en instituciones formativas, universidades e incluso empresas.



“La necesidad del perfeccionamiento del profesorado en ejercicio, como factor que mejora la calidad de la enseñanza, demanda una oferta amplia, diversificada y gratuita, que permita el acceso de todos los docentes a las actividades formativas, y favorezca la participación de estos en los diversos programas elaborados a tal efecto”.

La función educativa en la gestión de relaciones humanas adquiere cada vez mayor relevancia y puede ser considerada en tres dimensiones:

- Como instrumento para que cada trabajador pueda desarrollar sus capacidades, en lo técnico de su área de trabajo.
- Comprende también la necesidad de actualización y adiestramiento.
- Como instrumento de evaluación formativa del desempeño, tanto a nivel individual como de los equipos, con el objeto de mejorar su contribución al logro de resultados.

2.5.2 CALIDAD PEDAGÓGICA PARA LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL

Existen fuerzas que presionan al sistema educativo con el fin de provocar cambios que mejoren el servicio que ofrecen como, por ejemplo, la competencia entre centros debida al descenso de la curva de natalidad, la necesidad de la evaluación externa de los centros, la exigencia de una mayor autonomía y participación, la demanda de servicios más acordes a las necesidades y expectativas sociales como el ocio, las nuevas tecnologías, los



nuevos perfiles profesionales. Existe, finalmente, una razón de carácter humanista que justifica la demanda de calidad que los ciudadanos hacen a la escuela. La educación se considera un bien trascendental que asegura el bienestar del individuo y la calidad de vida de una sociedad avanzada.

Por estas razones, desde hace más o menos diez años se ofrecen modelos de gestión de calidad a los centros educativos con el fin de facilitarles la respuesta a este tipo nuevo de demandas.

En el Proyecto de Calidad Integrado se parte de que el concepto de calidad no es ni unívoco ni estable. A lo largo de la historia ha ido evolucionando adoptando significados muy dispares. Por este motivo, en vez de partir de una definición dada de calidad, se lleva a cabo un proceso para que cada centro consensúe su propio concepto de calidad. No obstante, y como referente inicial, sí es cierto que la revisión de la literatura sobre el tema, da lugar a la identificación de una serie de puntos comúnmente aceptados cuando de definir la calidad se trata. Calidad hace referencia al cambio en la forma de trabajo, a la mejora continua de los procesos y de las personas, al crecimiento profesional de los docentes y no docentes, a resultados que responden a las expectativas de los alumnos, familias e instituciones.

Proyecto de Calidad Integrado.- Es un modelo de intervención en centros que tiene por objetivo facilitar el cambio desde una cultura burocrático-formal a una



cultura transformacional, centrada en el crecimiento profesional y humano de las personas que lo constituyen.

Los Principios de Calidad del PCI

1. Principio de satisfacción de las personas.
2. Principio de orientación de toda la actividad educativa dirigida hacia los niños como persona.
3. Principio de implicación.
4. Principio de liderazgo compartido, comprometido en la mejora de la escuela.
5. Principio de evaluación.
6. Principio de eficacia y resultados.

Estructura del Proyecto de Calidad Integrado.- A diferencia de otros modelos de calidad que basan su aplicación en un conjunto de criterios experimentados con éxito en la cultura empresarial, el PCI se estructura en ámbitos, criterios de calidad y en indicadores que concretan éstos en el contexto del centro.

Sistematizamos la vida del centro en seis ámbitos desde los cuales se enseña y educa. Cada ámbito se define en un conjunto de criterios de calidad que se concretan en indicadores.



Los ámbitos son dimensiones fundamentales del desarrollo de las instituciones escolares. En este sentido se establecen seis ámbitos fundamentales:

1. Ámbito de los Planteamientos Institucionales.
2. Ámbito de las Estructuras Organizativas.
3. Ámbito del Sistema Relacional y de Convivencia.
4. Ámbito de la Orientación y Tutoría.
5. Ámbito Curricular.
6. Ámbito de la Familia y el Entorno.

El criterio es una norma para juzgar o valorar. Los diferentes criterios de calidad nos permiten emitir un juicio sobre el grado de calidad logrado en cada ámbito pedagógico. Estos criterios de calidad han sido determinados en función de la investigación educativa y de los estudios sobre mejora, eficacia y calidad en educación.



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la calidad de la atención temprana que ofrecen 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del área urbana central del Cantón Cuenca a los niños y niñas de cero a cinco años de edad con o sin trastornos del desarrollo y/o discapacidad durante el periodo Enero a Junio de 2009.

3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el cumplimiento de los Centros de Desarrollo Infantil con el registro legal del Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia.
2. Identificar a los Centros de Desarrollo Infantil Privados que integran a niños y niñas con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad.
3. Evaluar la calidad de la atención que brindan 15 centros de Desarrollo Infantil Privados del área urbana Central del cantón Cuenca para niños y niñas de cero a cinco años de edad con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad según las variables: proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura, participación del cuidador.
4. Difundir los resultados a las propias Instituciones, a las autoridades, a la sociedad y a la comunidad científica.



CAPÍTULO IV

DISEÑO Y METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño general

4.1.1. Tipo de estudio. La presente investigación se realizó con un diseño Cuantitativo.

4.1.2. Universo de estudio y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación.

4.1.2.1. Universo: Para esta tesis se tomó el universo del Programa “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”, que es de 166 centros.

4.1.2.2 Selección y tamaño de la Muestra: Para el cálculo muestral se utilizó el tipo Clúster, y se determinó que la muestra del programa será de 34 centros. Para esta investigación se seleccionó 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca para niños y niñas de cero a cinco años de edad.

4.1.2.3 Unidad de observación y análisis: Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón



Cuenca: El principito, Efelante, Crayola, Cedisol Sol de Talentos, Sueños y Sonrisas, Ensueños, Angelitos, Abejitas Laboriosas, Estrellitas, San José, Pulgarcito, Home School, Cedisol San Blas, Planeta sueños, Cedin Down

4.2. Selección de las Instituciones

4.2.1. Criterios de inclusión

Centro de Desarrollo Infantil que atienden a niños y niñas de cero a cinco años de edad del área urbana central del Cantón Cuenca de tipo Privado regular que laboran durante el periodo lectivo y acepten la participación.

En la presente investigación consideramos zona urbana central desde los límites:

- **Al Norte:** Av. de las Américas y Av. España
- **Al Sur:** Av. de las Américas y Don Bosco
- **Al Este:** Av. Don Bosco y Paseo Río Yanuncay
- **Al Oeste:** Av. de las Américas



4.2.2. Criterios de exclusión

- Instituciones Infantiles ubicadas fuera del cantón Cuenca.
- Instituciones Infantiles ubicadas fuera del área central del cantón Cuenca.
- Negativa a la participación.

4.3. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar, métodos para el control y calidad de los datos, y tiempo asignado para recolectar la información

4.3.1. Instrumento de recolección de datos. En virtud de que los estándares de evaluación que usa el MIES-INFA para sus centros infantiles, no incluyen indicadores que midan la atención a niños y niñas con retraso del desarrollo con o sin discapacidad, se ha considerado necesario incluir 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 mismo que contiene datos de identificación del centro, información general e información sobre los parámetros que valoran la calidad de atención (Anexo 1).

4.3.2. Descripción del proceso de valoración.

- Talleres para los directores y profesoras de los Centros de Desarrollo Infantil para el involucramiento en la investigación.



- Visita personal de las estudiantes al territorio para ubicar a los 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón de Cuenca.
- 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 del cronograma para la recolección de información en coordinación con las instituciones.
- Recolección de la información:
 - ✓ Se encuestó 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 niñas.
 - ✓ Los datos de cada institución se colocaron en el formulario.
 - ✓ Se escribieron informes para cada una de las instituciones investigadas con los resultados.
 - ✓ Se realizó un taller para entregar los resultados de la evaluación y se entregaran los informes a los directores de cada una de las instituciones.



- ✓ El proceso de evaluación estuvo dirigido por docentes investigadores que supervisara la recolección de la información.

4.3.3. Control de calidad. Para confirmar la certeza de la información, se aplicó una nueva evaluación al 5% de los centros en el mes siguiente a la evaluación inicial.

4.3.4. Tiempo asignado. Se requerirá 2 horas para contactar a los directivos y personal que va a participar en la evaluación, explicarles la importancia e implicaciones del estudio y solicitar la participación. Se requerirá 30 minutos por persona encuestada, 40 minutos para observación de la infraestructura y 10 minutos para introducir la información de cada encuesta en la bases de datos.

4.4. Definición de las variables

4.4.1. 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.



4.4.2. Integración: Cuando la institución atiende a niños o niñas con retrasos del desarrollo con o sin discapacidad.

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

4.4.3.1. 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.

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

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

4.4.3.4 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.

4.5. Identificación de las variables

4.5.1. Variable dependiente. Calidad de la atención.

4.5.2 Variables independientes. Proceso de atención, capacidad profesional, infraestructura, participación del cuidado



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

4.6. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION TEMPRANA DE CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PRIVADOS CENTRALES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
1.REGISTRO LEGAL EN EL CONSEJO CANTONAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	Inscripción en el Consejo Cantonal de la NNA luego del cumplimiento de varios requisitos.		Documento de registro	1. Si 2. No
2.INTEGRACIÓN DE NIÑOS O NIÑAS CON RETRASOS 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 retrasos del desarrollo con o sin discapacidad	SI Integración a NN con RDPM NO Integración a NN con RDPM SI Integración a NN con D NO Integración a NN con D
3. CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.	Cuidado del desarrollo que permite la detección de los trastornos para diagnóstico e intervención, mediante un equipo profesional interdisciplinar 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.
3.1 PROCESO DE ATENCIÓN	Evaluación periódica del desarrollo para su cuidado y detección de los retrasos, 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 de retrasos por un equipo interdisciplinar profesional. d. Adaptaciones curriculares. e. Trabajo con las familias.	Sumatoria de todos los puntajes de cada una de las dimensiones.	Muy Buena: puntaje entre: 20 – 25 puntos. Buena: puntaje entre 19 y 15. Regular: puntaje entre: 14 y 10 Mala: puntaje igual o menor a 9
3.2 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: puntaje entre: 20 – 25 puntos. Buena: puntaje entre 19 y 15. Regular: puntaje entre: 14 y 10 Mala: puntaje igual o menor a 9.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

3.3 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: puntaje entre: 20 – 25 puntos. Buena: puntaje entre 19 y 15. Regular: puntaje entre: 14 y 10 Mala: puntaje igual o menor a 9
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.	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: puntaje entre: 20 – 25 puntos. Buena: puntaje entre 19 y 15. Regular: puntaje entre: 14 y 10 Mala: puntaje igual o menor a 9



UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

1. VARIABLE : PROCESO DE ATENCIÓN	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
	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 con una guía estandarizada evaluar por lo menos al inicio, a mediados y al final impregnando en un informe los resultados.	1. Presencia de fichas registros en el 80 al 100% de los niño/as. 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.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 de los 4 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 o ninguno.
	b. Detección y Derivación: Identificado el problema se comunica a los padres y se traslada a un equipo interdisciplinario para evaluación, diagnóstico e intervención. La bibliografía indica que la frecuencia de retrasos es del 5- 20%. Y en un aula se debe detectar aquellos con problemas para derivarlos.	1. Registro en las fichas del informe de detección y derivación. 2. Registro en las fichas de los niño/as con retraso del desarrollo de los comentarios de los padres frente a la derivación. 3. Registro en las fichas de los niño/as con retrasos 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.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores Buena: puntaje de 4 si cumple con 3 de los 4 pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2 Regular: puntaje de 2 si cumple con 2 Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno.
	c. 3. Diagnóstico y Plan de intervención del trastorno por un equipo interdisciplinario profesional: El equipo hace un diagnóstico funcional o etiológico. El pronóstico. E informa a la institución con un plan de intervención.	1. La maestra conoce el diagnóstico de los niño/as con retrasos 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	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 o ninguno.
	d. Adaptaciones curriculares: El niño con retraso del desarrollo con o sin discapacidad debe tener un plan individual 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	1. En las fichas de los niño/as con retrasos del desarrollo (RD) existen planificaciones de estas adaptaciones. 2. En el 80-100% de las fichas de los niños/as con RD, el equipo de atención temprana del centro escribe sugerencias para las adaptaciones curriculares. 3. En el 80-100% de las fichas de los niños/as con RD, el equipo de atención temprana que no pertenecen al centro escribe sugerencias para las adaptaciones curriculares. 4. El 80 – 100% de los padres colaboran en las adaptaciones curriculares. Consta la colaboración en registros	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. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno.
	e. Trabajo con las familias: programación de actividades que les permita a las familias entender, aceptar y apoyar a sus hijos o hijas con retrasos del desarrollo.	1. En las adaptaciones curriculares constan actividades para desarrollar con las familias de niños/as con necesidades especiales. 2. Existe algún programa o actividad de gestión de la institución para el apoyo a estas familias o niño/as 3. El 80 – 100% de las familias cumplen con todas las tareas encomendadas por el centro para el apoyo a sus hijos/hijas.	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

Fanny Pintado

Jenny Vele

79



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

2. VARIABLE: CAPACIDAD PROFESIONAL	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
	a. Gestión: Participación de cada uno de los profesionales en la consecución de objetivos, misión, visión de la institución. Evaluada por la directora a cada uno de los profesionales.	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.	A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro: 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
	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.	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 5. Tiene cursos de capacitación en el área	A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro: Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con los indicadores 1, 2,4 y 5. Buena: puntaje de 4 si cumple con los indicadores 1,2 y 5. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con los indicadores de 3 y 5 Mala: puntaje de 1 cuando cumple con el indicador 5.
	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	1. Organización del 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 retraso del desarrollo con o sin discapacidad. 5. Mantiene buena comunicación con la familia de los niños y niñas.	A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro: Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2 Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos o tres indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador
	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 (equipos de atención temprana)	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 atención temprana. 3. Firma de convenios con equipos de atención temprana. 4. Profesional que acude al centro por lo menos una vez al mes para evaluar el crecimiento y desarrollo de todos los niño/as. 5. Los profesionales se reúnen para analizar y tomar decisiones sobre los casos	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple 4 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si no está presente 2 Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos o tres indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ningún indicador



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
	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	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 disciplinar 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	A cada uno de los profesionales se les califica y luego se saca un promedio entre todos para sacar la calificación total del centro: Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple con cuatro o tres de los 4 Regular: puntaje de 3 si cumple con dos. Mala: puntaje de 2 cuando cumple con 1 indicador o ninguno.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
3. 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.	- De 1 a 2 m² por niño/a en cada área. - No hay barreras arquitectónicas (el ambiente se arregla para el tipo de discapacidad del niño o niña integrado) - Buenos espacios de recreación. - Espacios propios para las terapias o se rotan con los rincones pero con horario que no interrumpe o superponen actividades en el mismo espacio. - Buena iluminación de los espacios ya sea con luz natural o artificial. - Buena ventilación	Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con 6 de los indicadores. Pero siempre está 2 Buena: puntaje de 4 si cumple con 4 ó 5 de los 6 pero siempre está 2. Puntaje 3 si no está presente 2 Regular: puntaje de 2 si cumple con 2 o 3 Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno.
	b. Materiales de aprendizaje adecuado y material para las adaptaciones curriculares: los niño/as con trastornos del desarrollo requieren diferente material para su desarrollo. Se debe construir con material reciclable y económico.	- Posee todos los materiales necesarios para el área. - Posee material para las adaptaciones curriculares - El material está ordenado, limpio. - Se va renovando el material que se destruye.	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 o ninguno.
	c. Seguridad ambiental: implica protección del ambiente y que los niño/as se benefician y aprendan de ello.	- Certificado de los bomberos - Cumplimiento de los dos criterios: 1. número de servicios higiénicos adecuado para el número de niño/as 2. Limpios. - 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. - Cumplimiento de 2 de los 3 criterios: Lejos de focos de contaminación: basureros comunitarios, mecánicas, fuentes de agua inseguras. - Cumplimiento de juguetes seguros: del tamaño adecuado para evitar que se trague, sin colorantes.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple 4 de los 5 indicadores pero siempre está el 1. Puntaje 3 si cumple con 4 pero no está 1. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos o tres indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno
	d. Higiene: Lugares limpios, sin malos olores libre de material que retiene ácaros.	- Todos los espacios están limpios. - No hay goteras ni en techo ni en tuberías. - No hay paredes cuartadas y peligrosas para caer. - En el 80% de los espacios hay un basurero que permite recolectar adecuadamente la basura (limpios, confusos y tapados). - 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	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco 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 dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
INFRAESTRUTURA	e. Creatividad en la presentación: Los espacios se ven muy bonitos, sin exceso de estímulos visuales.	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.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro 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 o ninguno



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

	DIMENSIONES: CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
4.VARIABLE: PARTICIPACIÓN FAMILIAR	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.	- Entre el 80 - 100% de los padres cumplen el requisito obligatorio de la institución: pago de cuotas económicas a tiempo. - Entre el 80 - 100% de los padres cumplen el requisito obligatorio de la institución: asistencia a reuniones o mingas. - Entre el 80 - 100% de los padres pagan las cuotas económicas a destiempo y con insistencia. - Entre el 80 - 100% de los padres asisten a actividades voluntarias.	Muy Buena: puntaje de 5 si cumple con los criterios 1,2, 4. Buena: puntaje de 4 si cumple con los criterios 1, 2 . Regular: puntaje de 3 si cumple con al menos el criterio 3 Mala: puntaje de 1 cuando no cumple con ninguno
	b. Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijo/as:	- Entre el 80 - 100% de los niño/as cumplen con las tareas que se les envía a casa de manera limpia y ordenada. - Entre el 80 - 100% de niño/as asisten limpios al centro. - Entre el 80 - 100% de los padres acuden cuando son llamados por la institución. - Entre el 80 - 100% de los padres cumplen con las tareas encomendadas para el cuidado de sus hijo/as.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cuatro indicadores Buena: puntaje de 4 si cumple con tres de los 4 indicadores pero siempre está el criterio 3. Puntaje 3 si cumple con 3 de los indicadores pero no está presente el criterio 3. Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno.
	c. Comunicación con los otros familiares o cuidadores	- En las reuniones se le observa que entre el 80 - 100% de los padres se integran con los demás. - No hay peleas o agresiones con los otros padres de familia o cuidadores. - Entre el 80 - 100% de los padres participan la mayor parte de las veces de manera activa y alegre en las reuniones. - Entre el 80 - 100% de los padres están prestos a ayudar a los demás. - Entre el 80 - 100% de los padres manifiestan sus divergencias con el grupo de manera tranquila y consensual.	Muy Buena: puntaje de 5 cuando cumple con los cinco indicadores Buena: puntaje de 4 cuando cumple con 3 de los 5 indicadores pero siempre está el 2. Puntaje 3 si cumple con 3 de los indicadores pero no está presente el criterio 2 Regular: puntaje de 2 cuando cumple con dos indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando cumple con 1 indicador o ninguno
	d. Comunicación con los profesionales o responsables de la institución.	- Entre el 80 - 100% de los padres acuden cuando se les llama. - Entre el 80 - 100% de los padres utilizan un lenguaje verbal y no verbal amable para expresar sus acuerdos y desacuerdos. - Entre el 80 - 100% de los padres se acercan por iniciativa propia a preguntar por sus hijos o hijas.	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
	e. Iniciativas de gestión para la institución Junto con los otros tiene y lleva a la práctica iniciativas para resolver los problemas del centro.	- Entre el 80 - 100% de los padres se prestan para ayudar - Entre el 80 - 100% de los padres dan ideas para solucionar problemas - Entre el 80 - 100% de los padres ejecutan las tareas voluntarias. - Entre el 80 - 100% de los padres acompaña a reuniones o actividades de visita a autoridades que pueden apoyar.	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 o 2 indicadores. Mala: puntaje de 1 cuando no cumple con ninguno



4.7. Aspectos Éticos:

1. Las instituciones participantes en el estudio no sufrieron ningún riesgo o daño, porque el estudio solamente observó las condiciones en las que el centro funciona.
2. Se informó a los/as directores y personal que se trata de un estudio que busca determinar la calidad de la atención y de implementar mecanismos para el mejoramiento de la calidad de atención y por lo tanto cada institución participante se beneficia del proceso al tener información sobre su condición actual; con lo cual la propia institución, si considera pertinente, realizará un análisis y propondrá sus propios cambios.
3. 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.
4. 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).
5. Los estudiantes que participaron en el proceso demostraron calidad humana, solvencia ética y conocimiento del ámbito que se investigó.
6. La investigación se desarrolló de acuerdo al diseño establecido en el protocolo.



7. 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.
8. 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.



CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Manejo de los datos: Los datos precodificados se introdujeron en formatos desarrollados en el sistema SPSS, las tablas se hicieron en Excel y luego fueron introducidos a Word. El análisis estadístico realizado en ese mismo sistema.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Los resultados de la Evaluación de las Características Generales de la Calidad de Atención Temprana considerando las variables de Registro Legal, Integración de niños y niñas con retraso del desarrollo y la Calidad de la Atención de los Trastornos del Desarrollo, mediante aplicación de formularios de documentación de la investigación, se pueden observar en la tabla N° 1.

Tabla 1
Características Generales de la Evaluación de la Calidad de Atención Temprana de 15 centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca, para Atención a niños y niñas de 0 a 5 años edad.

1.Registro Legal	SI		%		NO		%		TOTAL N°		TOTAL %	
	2		13,34		13		86,66		15		100,00	
2. Integración de niños y niñas con Retrasos del Desarrollo												
2.1 Integración de NN RDPM sin discapacidad	SI		%		NO		%		TOTAL N°		TOTAL %	
	11		73,34		4		26,66		15		100,00	
2.2 Integración de NN con discapacidad	SI		%		NO		%		TOTAL N°		TOTAL %	
	3		20,00		12		80,00		15		100,00	
3. Calidad de la Atención de los Trastornos del Desarrollo	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
	3	20,00	11	73,33	1	6.66	0	0,00	15	100,00		

Del análisis a los resultados de la evaluación de las características generales presentadas sobre la calidad de atención temprana por variables se tiene el siguiente comportamiento:



1. Registro Legal.

De los 15 Centros Desarrollo Infantil Privados, dos centros equivalentes al 13,34%, cuentan con el Registro Legal y, trece centros equivalentes al 86,66%, no cuentan con Registro Legal, como puede observarse en el cuadro N°1.

Cuadro 1

**Porcentaje del Registro Legal por el número de
Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de
Cuenca.**

Registro Legal	N° de Centros	% de Centros
SI	2	13,34
NO	13	86,66
Total	15	100,00

Fuente: Directa

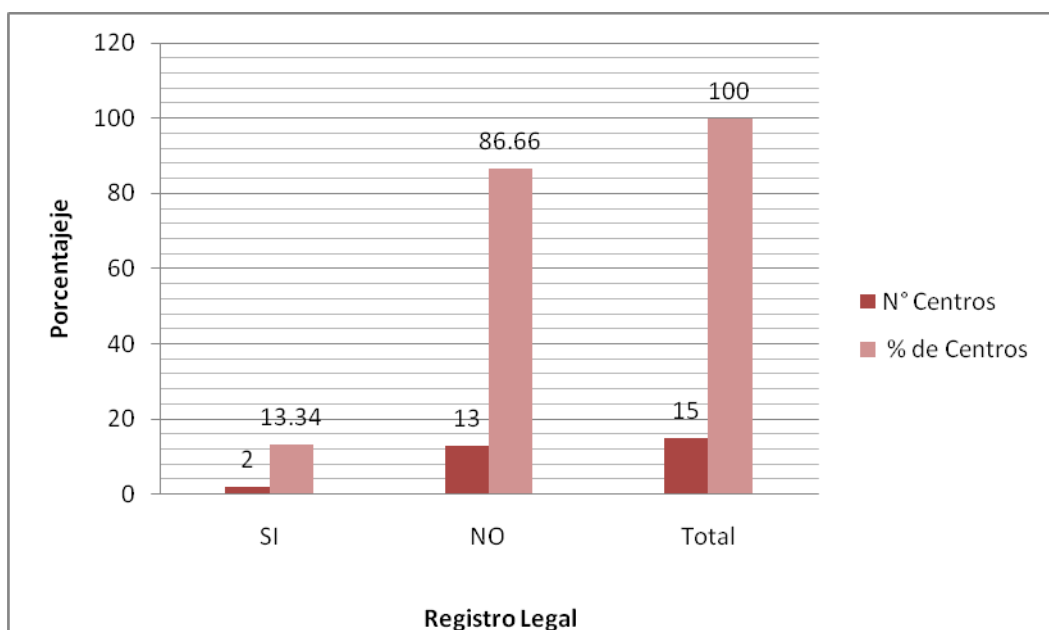
Elaboración: Tesistas

El comportamiento de los datos del registro legal por el número de Centros de Desarrollo pueden observarse en el Gráfico N°1.



Gráfico 1

Porcentaje del Registro Legal por el número de Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca.



La causa por las que cuatro centros, equivalentes al 26,66%, no están registrados en el Concejo Cantonal, entre otras son por el desconocimiento sobre este trámite y, nueve centros equivalentes al 60,00% porque consideran que el trámite es demorado, los datos de las causas y su comportamiento, respectivamente, pueden observarse en el cuadro y gráfico 1.1



Cuadro 1.1

**Causas del No Registro Legal del Concejo Cantonal de la Niñez y
Adolescencia de 13 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área
Urbana Central de Cuenca.**

CAUSA DE NO REGISTRO	TOTAL	
	Nº de Centros	% de Centros
DESCONOCIMIENTO	4	26,66
TRAMITE DEMORADO	9	60,00
TOTAL	13	86,66

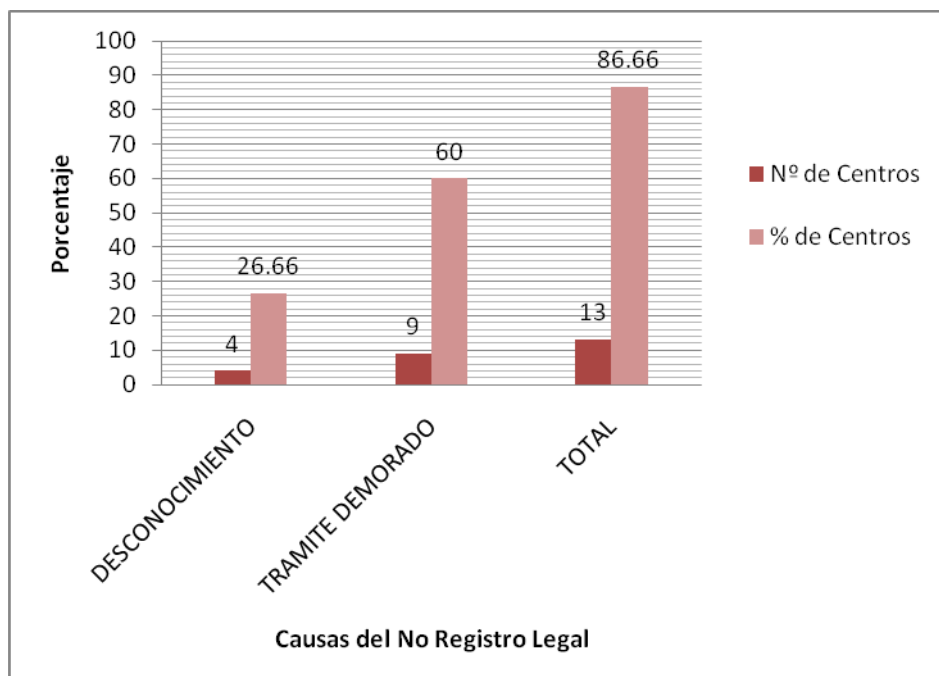
Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas



Grafico 1.1

**Causas del No Registro Legal del Concejo Cantonal de la Niñez y
Adolescencia de 13 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área
Urbana Central de Cuenca.**





2. Integración de niños y niñas con Retraso del Desarrollo.

Los resultados de la Integración de los niños y niñas con retraso del desarrollo con o sin discapacidad por centros de desarrollo, se pueden observar en el cuadro N°2.

Cuadro 2

Porcentaje de Integración de Niños y Niñas con y sin discapacidad por el número de Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca.

Integración NN RDPM sin discapacidad	SI	% N° de Centros	NO	% N° de centros	Total N° de Centros	Total %
	11	73,34	4	26,66	15	100,00
Integración NN con discapacidad	SI	%	N°	%	Total N°	Total %
	3	20,00	12	80,00	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas



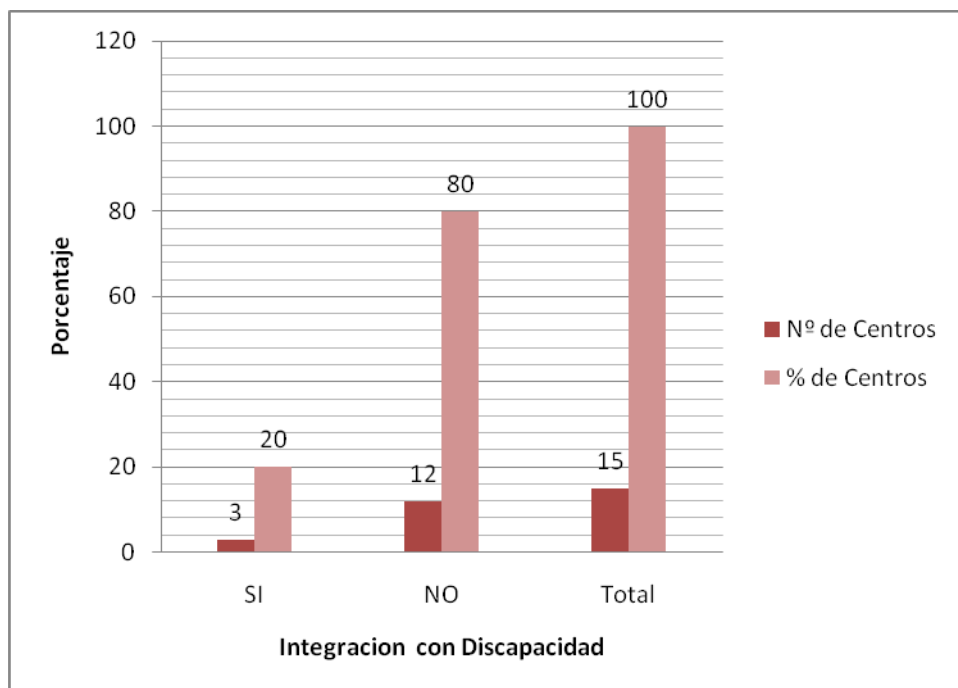
El comportamiento de los resultados de la integración de niños y niñas con y sin discapacidad es el siguiente:

2.1. Integración de niños y niñas con discapacidad.- De los 15 centros estudiados, tres centros equivalentes al 20,00% integran y doce centros equivalentes al 80,00% no integran a niños y niñas con discapacidad.

El comportamiento de los resultados de la Integración de los niños y niñas con discapacidad puede observarse en el gráfico 2.1.

Gráfico 2.1

La Representación Gráfica de la Integración de Niños y Niñas con discapacidad por Centro de Desarrollo Infantil



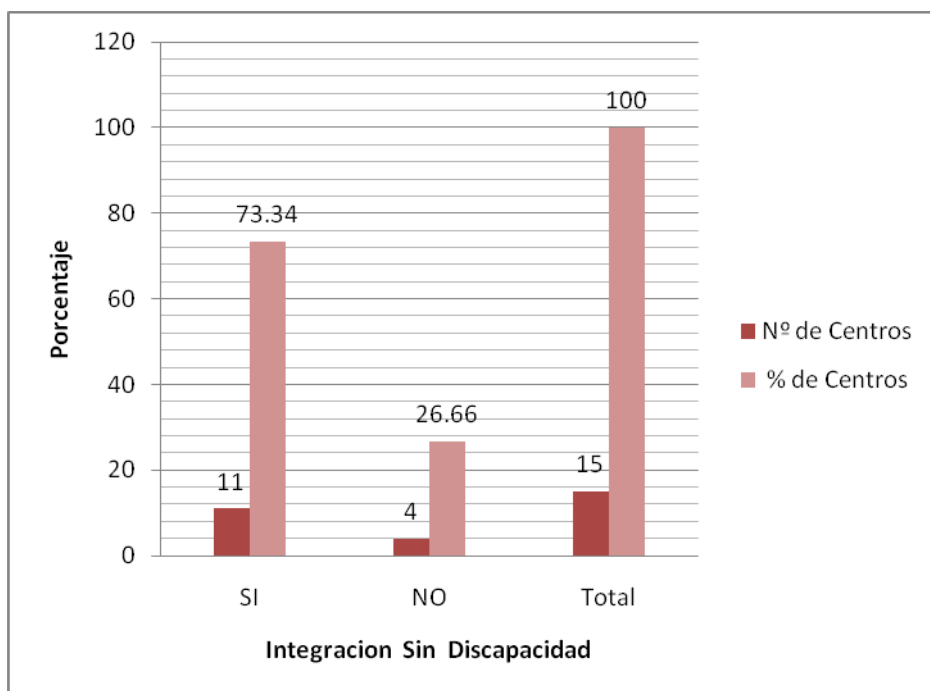


2.2. Integración de niños y niñas sin discapacidad.- De los 15 centros estudiados, once centros equivalente al 73,34%, integran y cuatro centros equivalente al 26,66%, no integran a niños y niñas sin discapacidad.

El comportamiento de los resultados de la Integración de los niños y niñas sin discapacidad puede observarse en el Gráfico 2.2.

Gráfico 2.2

La Representación Gráfica de la Integración de Niños y Niñas sin discapacidad por Centro de Desarrollo Infantil





3. Calidad de la Atención de los Trastornos del Desarrollo.

Los resultados de la evaluación se pueden observar en el cuadro N°3.

Cuadro 3

**Calidad de Atención de 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área
Urbana Central de Cuenca**

CALIDAD DE LA ATENCIÓN	N° DE CENTROS	% DE CENTROS
MUY BUENA	3	20,00
BUENA	11	73,34
REGULAR	1	6,66
MALA	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas

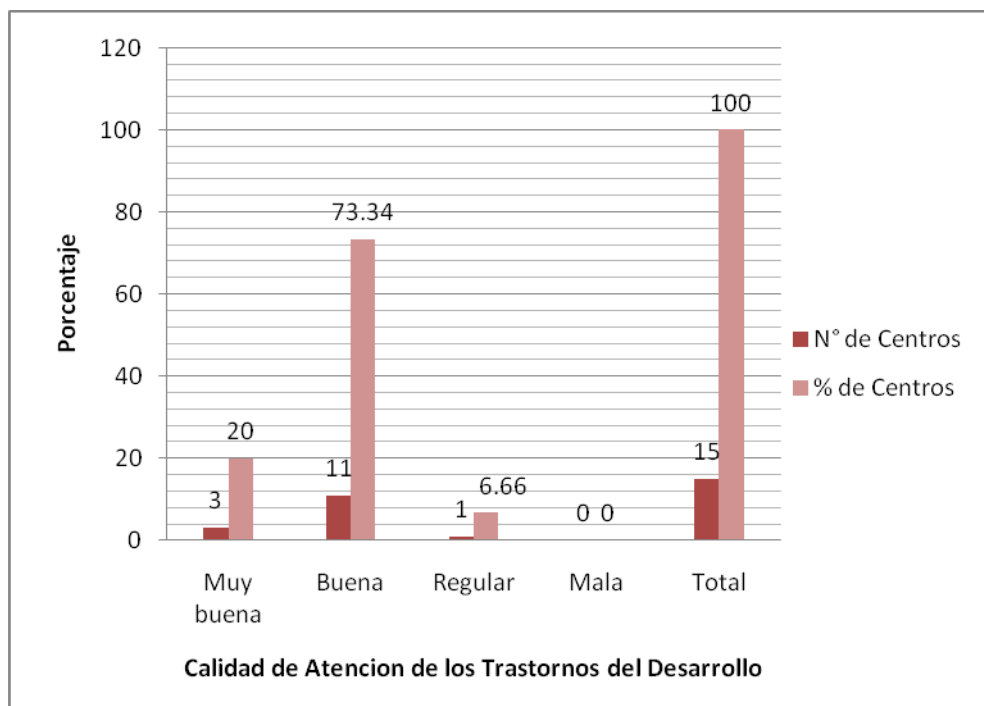
De los 15 centros estudiados, tres centros equivalentes al 20,00%, tienen muy buena calidad; once centros equivalentes al 73,34%, buena calidad y, un centro, equivalente al 6,66%, tiene una calidad regular en atención de los trastornos del desarrollo.



El comportamiento de los resultados del estudio de la calidad de atención de los trastornos del desarrollo se puede observar en el Gráfico N°3.

Gráfico 3

Calidad de Atención de los Trastornos del Desarrollo de 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca





**Resultados de la Evaluación de la Calidad de Atención de los Trastornos
del Desarrollo por Dimensiones y Sub Dimensiones**

Los resultados de la evaluación de las dimensiones de la Calidad de Atención de los trastornos del Desarrollo se pueden observar en el siguiente cuadro.

**DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL
DESARROLLO**

CALIFICACION	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIMENSIONES										
Proceso de atención	3	20,00	1	6,66	3	20,00	8	53,34	15	100,00
Capacidad profesional	7	46,66	8	53,34	0	0,00	0	0,00	15	100,00
Infraestructura	6	40,00	9	60,00	0	0,00	0	0,00	15	100,00
Participación familiar/cuidador	11	73,34	3	20,00	1	6.66	0	0,00	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas

El comportamiento de los resultados de la evaluación de las dimensiones de la calidad de atención de los trastornos del desarrollo es el siguiente:



3.1 Proceso de Atención: De los 15 centros estudiados, tres equivalentes al 20,00%, tienen un muy buen proceso de atención; un centro, equivalente al 6,66%, un buen proceso de atención; tres centros equivalentes al 20,00% tiene un proceso de atención regular y, 8 centros equivalentes al 53,34%, tiene un mal proceso de atención.

3.2 Capacidad Profesional: De los 15 centros estudiados, siete equivalentes al 46,66%, tienen una muy buena capacidad profesional y, ocho centros equivalentes al 53,34%, buena capacidad profesional.

3.3 Infraestructura: De los 15 centros estudiados, seis equivalentes al 40,00%, tienen muy buena infraestructura y, nueve centros equivalentes al 60,00%, tienen una buena infraestructura.

3.4 Participación Familiar: De los 15 centros estudiados, once, equivalentes al 73,34%, tienen una muy buena participación familiar; tres centros equivalentes al 20,00%, tiene una buena participación familiar y, un centro equivalente al 6,66%, tiene una regular participación familiar.



Los resultados de la evaluación de la Calidad de Atención de los Trastornos del Desarrollo por subdimensiones es el siguiente:

3.1 Proceso de Atención Temprana.

Los resultados de la evaluación de las subdimensiones del Proceso de Atención, puede observarse en el cuadro 3.1

Cuadro 3.1

El Proceso de Atención Temprana que brindan 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca.

CALIFICACION	PROCESO DE ATENCIÓN									
	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SUBDIMENSIONES										
Evaluación periódica del desarrollo	11	73,34	2	13,34	1	6,66	1	6,66	15	100,00
Detección y Derivación	1	6,66	2	13,34	2	13,34	10	66,66	15	100,00
Diagnóstico y Plan de Intervención	3	20,00	1	6,66	2	13,34	9	60,00	15	100,00
Adaptaciones Curriculares	2	13,34	0	0,00	3	20,00	10	66,66	15	100,00
Trabajo con las familias	1	6,66	3	20,00	2	13,34	9	60,00	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas

El comportamiento de los resultados de la evaluación de las subdimensiones del proceso de atención por los 15 centros de desarrollo infantil es el siguiente:



- 1. Evaluación periódica del desarrollo:** De los 15 centros estudiados, once equivalentes al 73,34% tienen una muy buena evaluación; dos centros equivalentes al 13,34%, tienen una buena evaluación; un centro, equivalente al 6,66%, tiene una regular evaluación y, un centro equivalente al 6,66%, tiene una mala evaluación.
- 2. Detección y Derivación:** De los 15 centros estudiados, un centro equivalente al 6,66%, tiene una muy buena detección; dos centros equivalentes al 13,34%, tienen una buena detección; dos centros equivalentes al 13,34%, tienen regular detección y, diez centros equivalentes al 66,66% tiene una mala detección.
- 3. Diagnóstico y Plan de Intervención:** De los 15 centros estudiados, tres equivalentes al 20,00%, tienen un muy buen Diagnóstico; un centro equivalente al 6,66%, tiene un buen diagnóstico; dos centros equivalentes al 13,34%, tienen un diagnóstico regular y, nueve centros equivalentes al 60,00% tienen un mal diagnóstico.
- 4. Adaptaciones Curriculares:** De los 15 centros estudiados, dos equivalentes al 13,34%, tienen una muy buena adaptación; tres centros equivalentes al 20,00% tiene una adaptación regular y, diez centros equivalentes al 66,66%, tienen una mala adaptación.



5. Trabajo con las familias: De los 15 centros estudiados, un centro equivalente al 6,66%, tiene un muy buen trabajo; tres centros equivalentes al 20,00%, un buen trabajo; dos centros equivalentes al 13,34%; tienen un trabajo regular y, nueve centros equivalentes al 60,00%, tiene un mal trabajo.



3.1 Capacidad Profesional.

Los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la capacidad profesional, puede observarse en el cuadro 3.2

Cuadro 3.2

Capacidad Profesional en la Atención Temprana que brindan 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca

CAPACIDAD PROFESIONAL

CALIFICACION	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SUBDIMENSIONES										
Gestión	13	86,66	2	13,34	0	0,00	0	0,00	15	100,00
Preparación Profesional	1	6,66	6	40,00	0	0,00	8	53,34	15	100,00
Práctica Profesional	5	33,34	4	26,66	6	40,00	0	0,00	15	100,00
Existencia de Equipo	4	26,66	6	40,00	5	33,34	0	0,00	15	100,00
Comunicación Adecuada	1	6,66	3	20,00	2	13,34	9	60,00	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas



El comportamiento de los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la capacidad profesional por los 15 centros de desarrollo infantil es el siguiente:

1. **Gestión:** De los 15 centros estudiados, trece centros equivalentes al 86,66%, tienen una muy buena gestión y; dos centros equivalentes al 13,34%, tiene una buena gestión.
2. **Preparación Profesional:** De los 15 centros estudiados, un centro equivalente al 6,66%, tienen una muy buena preparación; seis centros equivalentes al 40,00%, tienen una buena preparación y, ocho centros equivalentes al 53,34%, tienen una mala preparación.
3. **Práctica Profesional:** De los 15 centros estudiados; cinco centros equivalentes al 33,34%, tienen una muy buena práctica; cuatro centros equivalentes al 26,66%, tiene una buena práctica y, seis centros equivalentes al 40,00%, tiene una práctica regular.
4. **Existencia de Equipo:** De los 15 centros estudiados; cuatro centros equivalentes al 26,66%, tiene muy buena existencia; seis centros equivalentes al 40,00%, tiene buena existencia y, cinco centros equivalentes al 33,34%, tiene una regular existencia.



- 5. Comunicación Adecuada:** De los 15 centros estudiados, un centro equivalente al 6,66%, tienen muy buena comunicación; tres centros equivalentes al 20,00%, tiene buena comunicación; dos centros equivalentes al 13,34%, tiene una regular comunicación y, nueve centros equivalentes al 60,00%, tiene una mala comunicación.



3.2 Infraestructura.

Los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la infraestructura, puede observarse en el cuadro 3.3

Cuadro 3.3

Infraestructura en 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área

Urbana Central de Cuenca

INFRAESTRUCTURA

CALIFICACION	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
SUBDIMENSIONES										
Espacios Funcionales	4	26,68	10	66,66	1	6,66	0	0,00	15	100,00
Materiales de aprendizaje adecuados	4	26,68	10	66,66	1	6,66	0	0,00	15	100,00
Seguridad ambiental	3	20,00	11	73,34	1	6,66	0	0,00	15	100,00
Higiene	8	53,34	7	46,66	0	0,00	0	0,00	15	10,00
Creatividad en la presentación	4	26,68	10	66,66	1	6,66	0	0,00	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas

El comportamiento de los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la Infraestructura por los 15 centros de desarrollo infantil es el siguiente:



1. **Espacios Funcionales:** De los 15 centros estudiados; cuatro centros equivalentes al 26,68%, tienen un espacio muy bueno; diez centros equivalentes al 66,66%, tienen un espacio bueno y, un centro equivalente al 6,66%, tiene un mal espacio.
2. **Materiales de aprendizaje adecuados:** De los 15 centros estudiados; cuatro centros equivalentes al 26,68%, tienen muy buen material; diez centros equivalentes al 66,66%, tienen buen material y, un centro equivalente al 6,66%, tiene mal material.
3. **Seguridad ambiental:** De los 15 centros estudiados; tres equivalentes al 20,00%, tienen muy buena seguridad; once centros equivalentes al 73,34%, tienen buena seguridad y, un centro equivalente al 6,66%, tiene mala seguridad.
4. **Higiene:** De los 15 centros estudiados; Ocho equivalentes al 53,34%, tienen muy buena higiene y, siete centros equivalentes al 46,66%, tienen buena higiene.
5. **Creatividad en la presentación:** De los 15 centros estudiados; cuatro centros equivalentes al 26,68%, tienen muy buena creatividad; diez centros equivalentes al 66,66%, tienen buena creatividad y, un centro equivalente al 6,66%, tiene mala creatividad.



3.3 Participación Familiar o de los Cuidadores.

Los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la Participación Familiar, puede observarse en el cuadro 3.4

Cuadro 3.4

Participación Familiar o de los Cuidadores en la Atención Temprana que brindan 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central de Cuenca

PARTICIPACIÓN FAMILIAR O DE LOS CUIDADORES

CALIFICACION	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
SUBDIMENSIONES										
Aportes en las actividades	5	33,34	3	20,00	6	40,00	1	6,66	15	100,00
Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos e hijas	12	80,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00	15	100,00
Comunicación con otros familiares o cuidadores	10	66,66	4	26,68	1	6,66	0	0,00	15	100,00
Comunicación con profesionales o responsables de la institución	9	60,00	6	40,00	0	0,00	0	0,00	15	100,00
Iniciativas de gestión para la institución	2	13,33	7	46,66	4	26,68	2	13,33	15	100,00

Fuente: Directa

Elaboración: Tesistas



El comportamiento de los resultados de la evaluación de las subdimensiones de la Participación Familiar o de los Cuidadores por los 15 centros de desarrollo infantil es el siguiente:

1. **Aporte en las actividades:** De los 15 centros estudiados; cinco centros equivalentes al 33,34%, tiene muy buen aporte; tres centros equivalentes al 20,00%, tienen un buen aporte; seis centros equivalentes al 40,00%, tiene regular aporte y, un centro equivalente al 6,666%, tienen un mal aporte.
2. **Apoyo en tareas y responsabilidades con sus hijos e hijas:** De los 15 centros estudiados; doce centros equivalentes al 80,00%, tiene muy buen apoyo y, tres centros equivalentes al 20,00%, tienen un buen apoyo.
3. **Comunicación con otros familiares o cuidadores:** De los 15 centros estudiados; diez centros equivalentes al 66,66%, tienen muy buenacomunicación; cuatro centros equivalentes al 26,68%, tiene buena comunicación y, un centro equivalente al 6,66%, tiene regularcomunicación.
4. **Comunicación con profesionales o responsables de la institución:**
De los 15 centros estudiados; nueve centros equivalentes al 60,00%,



tienen muy buena comunicación con profesionales y, seis centros equivalentes al 40,00%, tiene buena comunicación con profesionales.

5. Iniciativas de gestión para la institución: De los 15 centros estudiados; dos centros equivalentes al 13,34%, tienen muy buenas iniciativas de gestión; siete centros equivalentes al 46,66%, tienen buenas iniciativas de gestión; cuatro centros equivalentes al 26,68%, tienen regulares iniciativas de gestión y, dos centros equivalentes al 13,34%, tienen malas iniciativas de gestión.



CAPITULO VI

DISCUSION

La Constitución de la República del Ecuador del 2008 en sus artículos del 47 al 49, dispone que las personas con problemas en su desarrollo y/o discapacidades tienen derecho a una atención integral para el fortalecimiento de sus capacidades; bajo esta disposición, la investigación llevada a cabo da cuenta de la situación en la que se encuentran los 15 Centros de Desarrollo Infantil Privado del Area Urbana Central del Cantón Cuenca.

En el Ecuador toda entidad que brinde atención para poder registrarse debe cumplir una serie requisitos como; el Acuerdo Ministerial para la Personería Jurídica, tener el RUP (registro único de proveedores), RUC (Registro Único de Contribuyentes), el RUOSC (Registro Único de Organizaciones Civiles), los permisos del Ministerio de Salud, la Aprobación de los Bomberos, el Plan Estratégico, el Monitoreo de la Calidad de Atención y otros. (23). En este estudio se determinó que el 86,66%, de los centros privados investigados no cumplen con estos requisitos(grafico 1), aludiendo la falta de información y el trámite demorado acerca de este cumplimiento; sin embargo en nuestro país no se consideran ilegales los centros que no tienen la calidad adecuada ni brindan los servicios apropiados.



La Atención Temprana tiene como objetivos planificar y ejecutar programas de protección integral y especial para cuidar y optimizar el curso del crecimiento y desarrollo de niños y niñas con trastornos (5); lo cual no se cumple en su totalidad por lo que solamente un 20,00%, de los centros integra a niños y niñas con retrasos del desarrollo psicomotor con discapacidad y el 73,34%, de los centros integra a niños y niñas con retrasos del desarrollo psicomotor sin discapacidad. (Cuadro 2)

Existe un estudio descriptivo en Ecuador 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 a niños y niñas de 0 a 6 años de edad. Existiendo 3 puntos iguales a la de la presente evaluación: Proceso de Atención, Infraestructura y Capacidad Profesional; que fueron calificadas como buenas, regulares y malas; obteniéndose los siguientes resultados El Proceso de atención regular y malo en el 63% de los niños y niñas atendidos. El 89% de los espacios fueron calificados como regulares. La Capacidad Profesional calificada como buena en el 40%, (1). Mientras que en el estudio de la Evaluación de la Calidad de Atención Temprana, los resultados fueron: En el Proceso de atención el 53,34%, de los centros son malos; en la Capacidad Profesional el 53,34%, de los centros son buenos; en Infraestructura el 60,00%, de los centros son buenos, observándose que los porcentajes se mantienen en el mismo rango en las tres variables.



“En Sevilla - España se realizó un estudio sobre la Calidad de Educación Infantil, la calidad de los entornos educativos encontrada en estos estudios, nos señala unas aulas que rozan la calidad mínima, con diferencias dentro de las comunidades españolas y entre los países europeos. Las aulas, especialmente de Sevilla, demandan materiales, patios apropiados, servicios y cuartos de baños con las condiciones mínimas, un ayudante en el aula, etc. En este estudio, se puede observar cómo se encuentra la infraestructura; de los 15 centros estudiados; seis equivalentes al 40,00%, tiene muy buena infraestructura; diez centros equivalentes al 66,66%, tiene buen material; diez centros equivalentes al 66,66%, tienen buenos espacios funcionales; once centros equivalentes al 73,34%, tienen buena seguridad ambiental; ocho centros equivalentes al 53,34%, tienen muy buena higiene; diez centros equivalentes al 66,66%.tienen un buena creatividad.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenida la información de los 15 Centros de Desarrollo Infantil Privados del Área Urbana Central del Cantón Cuenca, se obtuvo los siguientes resultados lo que permite presentar el siguiente conjunto de conclusiones:

- En la presente investigación no se pueden obtener resultados generales de la Calidad de Atención, porque la metodología utilizada del Programa de Mejoramiento de Calidad de Atención de Niños/as con Trastornos del Desarrollo que se lleva a cabo por la DIUC, no permite abordar una conclusión general, pero podemos dar una conclusión por parámetros. Delos 15 Centros de Desarrollo Infantil el 86.66%, no cumplen con el requisito de registrarse en el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, demostrando que no hay un interés por parte de los mismos.
- Este estudio demuestra que el 73,34%, integran a niños y niñas con retrasos en el desarrollo sin discapacidad, pero en un 80,00% no hay integración a niños y niñas con retraso del desarrollo con discapacidad, demostrando que no se trabaja en la inclusión e integración a niños discapacitados manifestando incumplimiento a estos derechos; para los



Centros de Desarrollo Infantil Privados significa incrementar costos por la contratación de personal calificado.

- La calidad de atención en los centros privados notablemente es buena en un 73,33%, a pesar de que falta preparación y capacitación profesional por parte de los docentes y la infraestructura no es la adecuada para llevar un apropiado desempeño laboral.

7.2 RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos se desglosan las siguientes recomendaciones:

- Mantener un control constante de los centros de desarrollo Infantil por parte de los Ministerios y Organismos pertinentes de acuerdo con los estándares de calidad.
- Capacitar a los Directivos de los centros y personal que labora dentro de las áreas que conforman la Educación Especial a través de adaptaciones curriculares, con el fin de tener un mejoramiento continuo en las diferentes áreas para el beneficio de los niños, niñas y sus familias.



- Incrementar personal capacitado en las áreas con mayor riesgo, para garantizar de este modo una buena calidad en atención de los niños, niñas y su familia.
- Los padres de familia deben recibir talleres sobre atención para niños y niñas, relaciones humanas y valores, para así poder contribuir a un mejor desempeño tanto a nivel académico como personal de sus hijos.
- Implementar en la materia de administración de centros la capacitación de los y las alumnas de estimulación temprana temas importantes como: Manejo y evaluación de los estándares de calidad, creación de sus propios centros infantiles con un enfoque de calidad y calidez.



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”. 4ª. 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, Ramirez 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.
21. <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
22. <http://www.horreum.net/pai.pdf>.
23. Instituto Nacional de la Niñez y la Familia, UNICEF. Protección Especial y Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Quito. UNICEF. 2000.
24. Simón F. Derecho y ley: instrumentos del mediador para la actoría del niño. Quito. CECAFEC. 1996.



25. Bermejo, L. "Gerontología Educativa". Como diseñar proyectos educativos con personas mayores. 1ra ed. Buenos Aires-Argentina. Médica panamericana. 2005. Págs.: 119-120
26. Ministerio de Bienestar Social. "Manual de Auto capacitación". Quito. UNP. 1991. Pág.: 12-10 -39 - 40
27. Asociación Nacional para la Educación Infantil (NAEYC), Noviembre, 1995 Disponible en: <http://www.dcf.state.fl.us/childcare/docs>
28. Educación Inicial Modalidades No Escolarizadas. Disponible en: <http://www.oei.es/linea3/inicial>
29. García, F. "Organización escolar y gestión de centros educativos" 1ra ed. Santiago de Chile. ALGIDE. 1997. Págs.: 192- 195
30. Eiserer P. Centro regional de ayuda Técnica. "Psicólogo Escolar". Buenos Aires: Editorial Troquel S.A.; 1971. Págs. 106 - 107
31. Honorable Congreso Nacional, Ministerio de trabajo." Código del trabajo". Quito. Editorial Edype, 2007. Pág. 47 – 48 – 20

ANEXOS



ANEXO 1

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

1. 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 _____

2. Características generales del centro

2.1 Registro en el Consejo
Cantonal de la Niñez y
adolescencia

1. ☐ Si 2. ☐ No

2.2 Integración a NN con RDPM

1. ☐ Si 2. ☐ No

2.3 Integración a NN con
discapacidad

1. ☐ Si 2. ☐ No

2.4 Personal que labora en el
centro

1. ☐ Director	
2. ☐ Profesores	N° ____
3. ☐ Psicólogo	N° ____
4. ☐ Trabajador social	N° ____
5. ☐ Terapeuta físico	N° ____
6. ☐ Terapeuta del lenguaje	N° ____
7. ☐ Estimulador temprano	N° ____
8. ☐ Médico	N° ____
9. ☐ Otros	N° ____

3. Proceso de atención

3.1 Evaluación periódica del desarrollo

1. ☐ Fichas de los niños/a en 80 a 100%
2. ☐ Registro de evaluaciones en 80 a 100%

Puntaje

1. ☐ Muy bueno
2. ☐ Bueno



3. ☐ Registro de comunicación a familiares
4. ☐ Registro de fortalezas

3. ☐ Regular
4. ☐ Malo

3.2 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

3.3 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

3.4 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

3.5 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

Puntaje ☐

1. ☐ Muy bueno



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.

2. ☐ Bueno
3. ☐ Regular
4. ☐ Malo

Calificación de proceso de atención

Puntaje ☐

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

4. Capacidad profesional

4.1 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

4.2 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

4.3 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

Puntaje ☐

1. ☐ Muy bueno
2. ☐ Bueno



quieren y le obedecen

4. ☐ Demuestra interés en el apoyo de los niños/as con TD

3. ☐ Regular

4. ☐ Malo

4.4 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

4.5 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

5. Infraestructura

5.1 Espacios funcionales

1. ☐ Existencia de 1-2 m² por cada niño en cada área de trabajo, juego o descanso

2. ☐ No hay barreras arquitectónicas

Puntaje ☐



- | | |
|---|---------------------------------------|
| 3. ☐ Buenos espacios de recreación | 1. ☐ Muy bueno |
| 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 | 2. ☐ Bueno |
| 5. ☐ Iluminación natural o artificial buena | 3. ☐ Regular |
| 6. ☐ Ventilación buena | 4. ☐ Malo |

5.2 Material adecuado para las adaptaciones curriculares

Puntaje ☐

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

5.3 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. | Puntaje ☐ |
| 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). | 1. ☐ Muy bueno |
| 5. ☐ Juguetes seguros: tamaño adecuado para evitar que se traguen y sin colorantes. | 2. ☐ Bueno |
| | 3. ☐ Regular |
| | 4. ☐ Malo |

5.4 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 | Puntaje ☐ |
| 4. ☐ En cada espacio del centro hay un basurero (limpio, con funda y tapado) que permite recolectar adecuadamente la basura | 1. ☐ Muy bueno |
| | 2. ☐ Bueno |



5. ☐ Control de ácaros (3 de los cuatro criterios siguientes: ausencia de alfombras, cortinas limpias, muebles limpios y ausencia de peluches)

3. ☐ Regular
4. ☐ Malo

5.5 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

6. Participación familiar

6.1 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

6.2 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

Puntaje ☐

1. ☐ Muy bueno
2. ☐ Bueno



encomendadas para el cuidado de sus hijos/as

3. ☐ Regular

4. ☐ Malo

6.3 Comunicación con los otros familiares o cuidadores

1. ☐ En las reuniones se observa que se integran con los demás

Puntaje ☐

2. ☐ No hay peleas o agresiones con los otros padres de familia o cuidadores

1. ☐ Muy bueno

3. ☐ Participación en las reuniones la mayor parte de las veces de manera activa y alegre

2. ☐ Bueno

4. ☐ Está presto para ayudar a los demás

3. ☐ Regular

5. ☐ Manifiesta sus divergencias con el grupo de manera tranquila y consensual.

4. ☐ Malo

6.4 Comunicación con los profesionales o responsables de la institución

Puntaje ☐

1. ☐ Acude cuando se le llama

1. ☐ Muy bueno

2. ☐ Utiliza un lenguaje verbal y no verbal amable para expresar sus acuerdos y desacuerdos

2. ☐ Bueno

3. ☐ No habla mal de la institución fuera de ella

3. ☐ Regular

4. ☐ Malo

6.5 Iniciativa de gestión para la institución

Puntaje ☐

1. ☐ Se presta para ayudar

1. ☐ Muy bueno

2. ☐ Da ideas para solucionar problemas

2. ☐ Bueno

3. ☐ Ejecuta las tareas voluntarias

3. ☐ Regular

4. ☐ Acompaña a reuniones o actividades de visita a autoridades que puedan apoyar

4. ☐ Malo

Calificación de participación familiar

Puntaje ☐

1. ☐ Muy bueno

2. ☐ Bueno

3. ☐ Regular



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

4. ☐ Malo

**CALIFICACIÓN DE CALIDAD
DE ATENCIÓN**

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

Puntajes parciales

Puntaje

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

7. Observaciones-

Evaluador

Revisor de la información

Fecha: // (día, mes, año)

Fecha: // (día, mes, año)



ANEXO 2

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 en los centros de
Desarrollo Infantiles Privados del área Urbana central del Cantón Cuenca
que atienden a niños/as de cero a cinco años de edad durante el periodo
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 el periodo lectivo 2008-2009.
Universidad de Cuenca. Cuenca. 2008".

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.

Pág. 1 de 3



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 una hora y media, 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. Esa 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.

Las responsables de la investigación: Fanny Patricia Pintado Andrade, Jenny Maricela Vele Cornejo, se ha comprometido a responder personalmente o por



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Teléfono las preguntas e inquietudes que surjan de la evaluación de nuestro centro; para lo que nos ha dado su dirección y teléfono.

Jenny Vele Cornejo: Cdla. Chilcapamba 087135498, Patricia Pintado Andrade:
Av. 10 de Agosto y Hortencia Mata 084260044

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/a

Firma

CI _____

Cuenca, _____ de 2009