

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila,
Policlínico Comunitario Docente “Rafael Pérez Gonzáles”, Bolivia

TÍTULO: Sistema de acciones para mejorar la atención a discapacitados en edades pediátrica, en el municipio Bolivia.

AUTORA: Dra. Elién Padrón Montano.

Bolivia, 2017

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila,
Policlínico Comunitario Docente “Rafael Pérez Gonzáles”, Bolivia

TÍTULO: Sistema de acciones para mejorar la atención a discapacitados en edades pediátrica, en el municipio Bolivia.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

AUTORA: Dra Elién Padrón Montano. Médica Residente de Segundo Año de Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente “Rafael Pérez Gonzáles”, Bolivia

TUTOR: Dr. Héctor Barrio Mera. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Master en asesoramiento Genético. Profesor Instructor. Policlínico Comunitario Docente “Rafael Pérez Gonzáles”, Bolivia

Bolivia, 2017

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a las personas que de algún modo han contribuido a la culminación de este trabajo y a mi formación como médico.

A mi tutor Dr. Héctor Barrio Mera, y en especial Ana Manzano Cué, quién me brindó incondicional ayuda, sin la cual hubiese sido imposible realizar este trabajo, por su comprensión y capacidad de entrega, muchas gracias. A todos mis compañeros.

A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

A mi familia, en especial a mi madre que dio todo porque yo cumpliera mi sueño de ser Doctora.

A mi hermano y a mi esposo que me han ayudado y continúan contribuyendo a que llegue a realizar mi sueño.

PENSAMIENTO

Para precaverse de los riesgos hay que saber dónde están. No nos habilita para vencer los obstáculos y peligros que trae consigo la vida, el que, por una caridad culpable, nos mantiene con los ojos vendados, para que no los veamos, ni sepamos de ellos.

José Martí

RESUMEN

La discapacidad que afecta a la población infantil constituye un problema de salud por su impacto sobre la calidad de vida del niño afectado, su repercusión en la familia, y los recursos que debe destinar la sociedad para su atención. Se realizó un estudio observacional descriptivo en el municipio Bolivia desde febrero 2015 a enero del 2017 con el objetivo de diseñar un sistema de acciones para mejorar la atención de la población infantil menor de 18 años con discapacidad y sus principales causas en el municipio Bolivia. Se aplicó una encuesta de preguntas abiertas y cerradas a padres y profesionales de los servicios de salud y a partir del análisis de los resultados de las mismas se demostró la presencia de factores fundamentalmente subjetivos, los que se agruparon en dos categorías: la falta de información sobre el tema de la discapacidad infantil y la falta de organización. Dentro de las acciones implementadas para dar respuesta a los problemas detectados están: la creación de una escuela para padres de niños con discapacidad, el diseño de un curso de capacitación sobre el tema a los profesionales directamente vinculados en su atención, confección de una multimedia y la creación de una consulta municipal de atención temprana. Se considera, de acuerdo con las experiencias acumuladas en el curso de la investigación, que las acciones propuestas constituyen una alternativa adecuada para contrarrestar los factores negativos detectados e incrementar la calidad de la atención por parte del sistema de salud del municipio, al niño con discapacidad.

Palabras Clave: discapacidad.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	Pág. 1
II. MARCO TEÓRICO	Pág.4
III. MATERIALES Y MÉTODOS	Pág. 9
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	Pág.13
V. CONCLUSIONES	Pág. 23
VI. RECOMENDACIONES	Pág.24
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VIII. ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

Según la definición publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de bienestar físico, psíquico y social, que implica no solo la ausencia de enfermedad, sino que también incluye la relación entre el individuo con una determinada condición de salud y los factores contextuales medio ambientales que le rodean. (1).

La discapacidad es un término que denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno, refleja una limitación en la actividad o una restricción en la participación. La discapacidad no sólo afecta a la persona que la tiene, sino a aquellos que los cuidan, a los familiares, a la comunidad. (2).

La OMS estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo. (3). En la región de las Américas existen aproximadamente 60 millones de personas con discapacidad, lo que constituye el 10% de la población general, lo cual se considera que tiene repercusión sobre el 25% de la población total; de ellos sólo el 2% tiene acceso a los servicios y programas de rehabilitación. (4).

En su 58ª Asamblea en abril de 2005 sobre la discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, la OMS conociendo que el número de discapacitados es cada vez mayor propiciado por el rápido crecimiento de la población, la violencia, los accidentes, el envejecimiento poblacional, el abuso del alcohol y las drogas, la desnutrición, la pobreza extrema, las malas condiciones de vida, la reducción de la mortalidad, las enfermedades crónicas y emergentes, los desastres naturales, las guerras, insta a los estados miembros a que promuevan la introducción e identificación tempranas de la discapacidad, en especial de los niños y la plena accesibilidad física, informativa y económica en todas las esferas de la vida, a que promuevan y fortalezcan programas comunitarios de rehabilitación vinculada a

la atención primaria de salud, a que incluyan un componente de discapacidad en sus políticas y programas de salud, en particular en las esferas de la salud del niño y del adolescente.(5).

Diferentes organismos internacionales destacan que la dimensión de la discapacidad debe reflejarse en las políticas de desarrollo de las Comisiones Internacionales y que deben elaborarse programas específicos para abordar los problemas de prevención, asistencia, capacitación y estigmatización. (6).

Conocer las características de la discapacidad como problema de salud, sus tendencias de comportamiento y sus causas, es una tarea priorizada de las instituciones de salud en todo el mundo, en la que desempeña un papel fundamental el médico de familia en particular y la comunidad en general. La política del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es de proyección eminentemente comunitaria a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS), modelo que ha sido puesto en marcha en el país en 1984, basado en un abordaje integral de la atención en la comunidad y considera la unidad de todos los aspectos curativos con los preventivos , de lo biológico con lo social y las condiciones del ambiente físico en interacción con el individuo y la colectividad, condicionando así el proceso salud enfermedad, a través de acciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de Salud. (7,8).

Como parte de los esfuerzos que realiza el estado cubano para elevar la calidad de vida de las personas, en el año 2006 se elaboran las proyecciones de la Salud Pública para el año 2015. Estas proyecciones incluyen dentro de sus ocho áreas prioritarias la discapacidad, por ser uno de los problemas emergentes que debe enfrentar la sociedad actual. Las directrices presentadas muestran las líneas principales de acción en que se concentrará la fuerza de organización para alcanzar las metas proyectadas y así lograr la excelencia en la atención médica a nivel de los recién inaugurados servicios integrales de rehabilitación, dentro de ellos podemos citar las siguientes: aplicar el nuevo clasificador internacional de funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), aprobado en la 54ma. Asamblea Mundial de la Salud

en el 2001 como herramienta de la estadística de investigación, de política social, educativa y de la clínica; perfeccionar los resultados del trabajo de los Servicios Integrales de Rehabilitación; ampliar la aplicación de los programas para detección precoz y atención temprana especialmente a niños con trastornos del desarrollo, discapacidades y de riesgo. (9).

El municipio Bolivia el más extenso de la provincia con una población infantil de 3829 y 20,8 % vive en zonas rurales, predominando los niños en el rango de edades 5-14 con 1987 lo que representa el 60 % de la población infantil. En el estudio psicosocial de personas con discapacidad y estudio psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con retraso mental realizado en el 2003 en Cuba, el municipio de Bolivia se encontraba entre los 10 municipios con la más alta tasa 2,12 por cada 100 habitante.

A partir de las consideraciones antes expuestas enunciarnos el siguiente **Problema Científico** ¿Cómo contribuir a mejorar la atención de los niños con discapacidad en la atención primaria de salud en el municipio Bolivia?

El objeto **de estudio** factores que afectan la atención de los niños con discapacidad.

Objetivo General

Elaborar un sistema acciones para mejorar la atención de los niños con discapacidad en el municipio Bolivia.

.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la situación de la discapacidad en las edades pediátricas pediátrica.
2. Identificar las causas más frecuentes que afectan la atención de los niños con discapacidad en la atención primaria de salud.
3. Diseñar un sistema de acciones para mejorar la atención de los niños con discapacidad pediátrica en el municipio Bolivia.

II. MARCO TEORICO

La discapacidad es una realidad humana percibida de manera diferente en diferentes períodos históricos y civilizaciones. La visión que se le ha dado a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición considerada deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad, incluyendo actitudes o unas normas de accesibilidad que favorecen a una mayoría en detrimento de una minoría. (10).

La evolución de la sociedad ha ido mejorando desde los años 1980 y se han desarrollado modelos sociales de discapacidad que añaden nuevas apreciaciones al término. Por ejemplo, se distingue entre una persona con discapacidad (en cuanto posee una habilidad disminuida siendo objetivamente menor que la de la media) y una persona con capacidades distintas de las normales y que -aunque no representa ninguna ventaja o inconveniente- a menudo es considerado un problema debido a la actitud de la sociedad o el hecho de que los estándares están basados en características medias. En la sociedad actual existe una tendencia a adaptar el entorno y los espacios públicos a las necesidades de las personas con discapacidad, a fin de evitar la exclusión social, pues una discapacidad se percibe como tal, en tanto que la persona es incapaz de interactuar por sí misma con su propio entorno. (11).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (12).

En general la población percibe la discapacidad como una condición permanente. Sin embargo, hay discapacidades temporales y discapacidades permanentes. Esto nos hace pensar que cualquier de nosotros o de nuestros allegados estuvo en situación de discapacidad alguna vez, pero probablemente no lo percibimos de tal forma. Por otra parte, también hay niveles de discapacidad: leve, moderada o severa. Según el tipo de discapacidad, habrá un profesional o varios profesionales que evalúen a través de distintas pruebas específicas, el nivel que presenta. Señalar que estos niveles no son siempre fijos. Una persona puede evolucionar o involucionar, y pasar de un nivel severo a leve, o de moderado a severo (también dependiendo del tipo de discapacidad que hablemos).

Dicho esto, pasemos a ver los distintos tipos de discapacidad (12-13).

De manera general hablamos de:

- **Discapacidad Intelectual** (Mental, Cognitiva...), que es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental, Síndrome de Down...
- **Discapacidad Física** (motora, motriz...)- Quienes la padecen ven afectadas sus habilidades motrices. Algún ejemplo sería la Parálisis Cerebral, Espina Bífida...
- **Discapacidad Sensorial**.- Aquí se encuentran aquellas discapacidades relacionadas con la disminución de uno o varios sentidos. Dentro de esta clasificación, diferenciamos entre: D. Auditiva, D. Visual o incluso D. Multisensorial.

La Discapacidad intelectual es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. En los niños, los niveles de discapacidad intelectual varían ampliamente, desde problemas muy leves hasta problemas muy graves. Los niños con discapacidad intelectual puede que tengan dificultad para comunicar a otros lo que quieren o necesitan, así como para valerse por sí mismos. La discapacidad

intelectual podría hacer que el niño aprenda y se desarrolle de una forma más lenta que otros niños de la misma edad. Estos niños podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela.

Por lo general, mientras más grave sea el grado de discapacidad intelectual, más temprano se identificarán los síntomas. Sin embargo, podría ser difícil indicar la manera como la discapacidad intelectual afectará a los niños más tarde en la vida.

Causas de la discapacidad.

Prenatales

- Edad de los padres (menores de 20 o mayores de 40 años).
- Irregularidades genéticas (El Síndrome de Down).
- Exposición a radiaciones (Rx y US).
- Historia Familiar de Enfermedades Genéticas.
- Enfermedades maternas asociadas (Diabetes mellitus, HTA, AB, Epilepsia, las cardiopatías, la anemia y la desnutrición).
- Infecciones maternas (rubeola, sífilis, toxoplasmosis).
- Período Intergenésico corto.
- Consanguinidad.

Perinatales

- Anoxia o hipoxia neonatal.
- Hemorragia cerebral.
- Infecciones del SNC.
- Conflicto RH.
- Infecciones congénitas.
- Traumatismos del parto.
- Sufrimiento fetal.
- Prematuridad y bajo peso.

Postnatales

- Infecciones del SNC (Meningoencefalitis, Meningitis).
- Accidentes.
- Enfermedades sistémicas
- Intoxicaciones.
- Psicotraumas.
- Desnutrición.
- Medicamentos.
- Convulsiones.
- Carencia grave de estímulos ambientales
- Hábitos Tóxicos.(Tabaquismo, consumo de alcohol)

La discapacidad infantil es un problema que se incrementa en la medida que se reduce la mortalidad de los niños afectados por condiciones como el bajo peso al nacer, la prematuridad, o las enfermedades crónicas no transmisibles.(14).

De los 60 millones de personas con discapacidad en América Latina y el Caribe aproximadamente el 25 % son niños (as) y adolescentes; un 2% a 3 % de los recién nacidos presentan graves deficiencias y 6% a 8 % de la infancia son niños de alto riesgo. De la población infantil con discapacidad sólo 20% a 30 % asiste a la escuela y únicamente el 5% logra finalizarla. Las niñas con discapacidad sufren aún más discriminación, violencia y maltrato que cualquier otro niño y a menudo se encuentran institucionalizados. (5,6).

Según informe estadístico de la OMS el 30% de los niños de la calle tienen discapacidades, la mortalidad correspondiente a los niños con discapacidad puede alcanzar hasta un 80% en países en los que este indicador en menores de cinco años en su totalidad ha disminuido por debajo del 20%; el 90% no asiste a la escuela y por cada niño que muere en zonas de guerra, tres resultan heridos y permanentemente discapacitados Las investigaciones indican que la violencia contra los niños con discapacidad ocurre a tasas anuales por lo menos 1.7 veces mayores que en el caso de sus pares no discapacitados; 500,000 niños cada año pierden parte de su visión por un problema de deficiencia de la vitamina A; 41 millones son

expuestos a daños mentales debido a la falta de yodo en la dieta de sus madres; los niños que trabajan y son maltratados pueden desarrollar enfermedades mentales, física, psicológica y discapacidad. (15,16).

Como parte de los esfuerzos que se realizan en el mundo actual a favor de la integración de la personas con discapacidad el 13 de diciembre de 2006 se aprueba la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad con el propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales y promover el respeto de su dignidad inherente. (4, 6, 17,19).

Con todo el desarrollo alcanzado en los Servicios Integrales de Rehabilitación la discapacidad infantil pasa a ser más que un problema de la salud pública o de la educación especial, a un problema esencialmente de la comunidad en el que interactúan todos los factores allí presentes, que permita abordar el problema en su aspecto biológico, en su impacto psicológico y en su consecuencia social, pero para que estos factores desarrollen sus acciones de forma eficiente deben estar debidamente actualizados en los adelantos que se producen en el mundo en este campo del saber. (7, 8, 20).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el municipio Bolivia desde febrero 2015 a enero del 2017 con el objetivo de proponer un sistema acciones para mejorar la atención de la población infantil menor de 18 años con discapacidad en el municipio Bolivia.

Primera etapa: Se procedió a identificar la población infantil discapacitada a través de la creación de una base de datos municipal de niños con discapacidad para lo que se emplearon como fuente de información: los registros de de la sala de rehabilitación, La matrícula de las escuelas especiales del municipio, los resultados del Estudio nacional sobre discapacidad en lo referido al municipio, las bases de datos de las consultas de Genética, de Neuropediatría, Pediatría, de los consultorios del médico de familia, de los Psicopedagogos del municipio, del centro municipal de diagnóstico y orientación (CDO) y de las Organizaciones de Discapacitados ANCI, ANSO, ACLIFIM.

Segunda etapa: Una vez actualizada la base de datos a través de las fuentes mencionadas se procedió a la valoración clínica para la confirmación diagnóstica de los niños, por un equipo interdisciplinario previamente capacitado.

Tercera etapa: Proponer un sistema de acciones para mejorar la atención del niño con discapacidad (Anexo 4)

Se aplicó la encuesta con una pregunta abierta, según los criterios de Sampier (16), a los padres o personas directamente encargadas de la custodia y atención del niño con discapacidad, para conocer su criterio acerca de los factores que influyen negativamente por parte del sistema de salud del territorio en la atención de su hijo. (Anexo 2)

Se aplicó una encuesta con ocho preguntas cerradas dicotómicas (16, 17), a los profesionales de la atención primaria de salud vinculados directamente en la atención al niño con discapacidad en el territorio. (Anexo 3)

En ambas encuestas fueron aplicadas por un personal previamente entrenado al respecto y los resultados fueron analizados mediante el empleo del método de estadística descriptiva y presentándose mediante tablas confeccionadas al efecto.

Al quedar identificados los factores que según la opinión de las personas encuestadas, influyen negativamente en la atención al niño con discapacidad, fue diseñado de acuerdo a los recursos disponibles, un sistema de acciones que cuenta con cuatro acciones y cinco temas dirigidas a padres y profesionales de la salud. (Anexo 4).

El Universo de estudio estará constituido por todos los niños discapacitados del municipio y los profesionales de la atención primaria de salud vinculados directamente en la atención de los mismos.

Criterios de inclusión.

- 1.-Aceptación por parte las madres para participar en el estudio.
- 2.- Que se encuentran en el área en el momento del estudio.

Criterios de exclusión.

1. Paciente que vivan en el área de forma transitoria durante un periodo menor al que contempla esta investigación.
2. Residentes temporales en el área de salud
3. Negación de la madre a participar en el estudio.

Criterios de Salida:

- 1.-Fallecimiento del paciente.
- 3.-Salida definitiva del municipio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

INDEPENDIENTE: Sistema de acciones para mejorar la atención de la población infantil menor de 18 años con discapacidad

DEPENDIENTE

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua	0-5 años 6-10 años 11-18 años	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
Sexo	Cualitativa Nominal	F M	Según sexo	Número y porcentaje según grupo de edad.
Zona de residencia	Cualitativa Nominal	Urbano Rural	Según lugar de residencia	Número y porcentaje según grupo de edad.
Tipo de discapacidad	Cualitativa nominal	Retraso Mental Enfermedades Crónicas Trastornos Sensoriales visuales Trastornos Sensoriales auditivos Deficiencias Físico	Según tipo de discapacidad	Número y porcentaje según grupo de edad.

		motoras Trastornos de la comunicación		
Causas de la discapacidad.	Cualitativa Nominal	Prenatales Natales Post natales No precisada	Según causa	Número y porcentaje según grupo de edad.
Situación económica	Cualitativa nominal	Se explica por sí mismo	Según situación económica	Número y porcentaje según grupo de edad.
Factores que afectan la atención de los niños con discapacidad en los servicios de salud del municipio Bolivia	Cualitativa nominal	Información científica Desconocimiento Deficiencias en la dispensarización Detección precoz de la discapacidad Trabajo en equipo	Según factores	Número y porcentaje según grupo de edad.

Métodos de obtención de información

La información se recogerá a través de las historia psicosociales, encuestas y entrevistas a padres, maestros y psicopedagogos.

Todos los resultados se llevarán a una base de datos, utilizando Microsoft Access.

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Comportamiento de la discapacidad en el municipio Bolivia.

TIPO DE DISCAPACIDAD	No.	%
Retraso Mental	96	69,06
Enfermedades Crónicas	16	11.7
Trastornos de la comunicación	21	15.4
Deficiencias Físico motoras	1	0.73
Trastornos Sensoriales visuales	3	2.2
Trastornos Sensoriales auditivos	2	1.4
Total	139	100

Fuente: Historias individuales y familiares.

De población total entre 0 a 18 años en el municipio de 136 presentan alguna discapacidad para tasa de 4,1 por cada 100 habitante, siendo el retraso mental con 69,06 % seguido por los trastornos en la comunicación 15,4%. En los estudios realizados en el 2003 la tasa de discapacidad fue de 2.21 por cada 100 habitante Los resultados exhibidos en el presente trabajo se relacionan con los descritos en el estudio genético antes detallado, en el que coincidió el retraso mental como primera causa de discapacidad.

Tabla 2. Tipo de discapacidad y grupo de edades.

TIPO DE DISCAPACIDAD	0 a 5		6 a 10		11 a 18	
	No	%	No	%	No	%
Retraso Mental	13	13,5	25	26,0	58	60,4
Discapacidad múltiple	2	5.7	3	10.0	11	15.5
Trastornos de la comunicación	21	60.0	-	-	-	-
Deficiencias Físico motoras	1	2.8	-	-	-	-
Trastornos Sensoriales visuales	1	2.8	1	3.3	1	1.4
Trastornos Sensoriales auditivos	-	-	1	3.3	1	1.4
Total	35	25.7	30	22.1	71	52.2

La tabla muestra que la edad con más trastornos es entre 11-18 años, seguida de 0-5 que tiene un ligero aumento con relación 6-10.

Tabla 3. Niños con discapacidad según sexo.

TIPO DE DISCAPACIDAD	0 a 5		6 a 10		11 a 18		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Retraso Mental	8	5	14	11	32	26	54	42
Discapacidad múltiple	2	-	2	-	9	3	13	3
Trastornos de la comunicación	13	8	-	-	-	-	13	8
Deficiencias Físico motoras	-	1	-	-	-	-	-	1
Trastornos Sensoriales visuales	1	-	1	-	1	-	3	-
Trastornos Sensoriales auditivos	-	-	1	-	1	-	2	-
Total	22	13	18	11	43	29	85	54

La tabla muestra que el sexo que predomina la discapacidad es el masculino con 85 discapacitados para un 61,1 % y el tipo de discapacidad retraso mental coincidiendo con el resultado del estudio psicosocial realizado en el 2003 que la tasa de retraso mental 2.3 por 100 habitantes.

Tabla 4. Situación socio-económica de los niños discapacitados.

Causas	No	%
Bajo nivel cultural de los padres y familiares.	82	85,4
Deficiente manejo educacional.	89	67,93
Deficiente manejo familiar.	82	85,4
Malas condiciones de vida en sus hogares.	82	85,4
Deficiente preparación del personal educacional en cuanto al tema del Retraso Mental.	43	32,82
Alto índice de padres divorciados.	77	58,77
Antecedentes familiares, con patologías genéticas y Retraso mental.	36	27,48
Muchos tutores o responsables de los niños no son sus padres consanguíneos	69	52,67
Insuficientes medios de enseñanzas actuales para la aplicación de técnicas más modernas para el aprendizaje de los niños.	32	24,42
Bajo nivel de Atención Especializada proyectada a la escuela especial por Salud	83	86,4
Deficiente integración entre el enfoque medico y educacional, solamente existe en la escuela una enfermera y casi nunca la visita un medico.	83	86,4

Fuente: Encuesta a profesionales

Mediante la encuesta y visita al medio familiar donde viven se pudo observar las características de cada paciente con discapacidad y en todos estos escenarios mediante un estudio previo se determinó el bajo nivel cultural de los familiares con un total de 82 que representó 85,4 %. En visita a la escuela se detectó deficiente manejo educacional, falta de profesionalidad del personal docente unido a los insuficientes medios de enseñanzas actuales para la aplicación de técnicas más modernas para el aprendizaje de los niños. Se impone la necesidad de lograr que todos los profesionales implicados en la atención al niño con discapacidad sepan que sólo se logrará la plena integración social de estos al conseguir la unidad entre todos los factores que participan en su atención.

El 85.4% (97) de los visitados tienen malas condiciones de vida en los hogares, (no poseen equipos electro domésticos, las casas en malas condiciones higiénicas y constructivas).

Con antecedentes familiares de patologías genéticas y Retraso mental La comunidad del Mamey tiene un alto grado de consanguineidad, se considera que en el territorio hay falta información en la población de edad reproductiva sobre cómo prevenir la discapacidad y las consecuencias que trae tanto para la familia como para la sociedad. Lo que provoca un alto índice de padres divorciados (58,77%), esto lleva al abandono y viven con tutores que no tiene ninguna consanguineidad (52,57%),

Los padres plantean que no se les brinda información relacionada con la enfermedad que presenta su hijo por parte del médico y enfermera de la familia, de ellos el 75,57% ni siquiera sabía que el padecimiento de su hijo era considerado discapacitante, dentro de este mismo grupo refiere que no se le realiza visitas al hogar, ni se le cita a consulta por la discapacidad u otras causas, nunca le han indicado tratamiento de rehabilitación, y la mayoría coincidió en expresar que fue en la escuela donde les dijeron por primera vez que tenían problemas de discapacidad.

Teniendo en cuenta que el mayor número de niños discapacitados (62.5 %) vive en la zona rural donde existe mucha diferencia cultural, comprobándose que la atención

por parte de la dirección de Cultura y Deporte en deficiente hace más vulnerable a esta parte de la población.

Los resultados presentados se relacionan con un estudio realizado en la Ciudad de Santiago de Cuba en el 2006 (15), y el Estudio genético realizado en los años 2001-2003 en Cuba (12).

Los distintos autores coinciden en subrayar la gran necesidad de educar a la población y de brindar capacitación a los profesionales que atienden a los niños discapacitados acerca de cómo prevenir la discapacidad de la descendencia, su detección precoz y tratamiento oportuno, de la necesidad de su integración social y del trabajo con la familia entre otros a través de programas nacionales.

Tabla 6. Factores que afectan la calidad de la atención al niño discapacitado en los servicios de salud.

n= 54

Factores	No	%
Falta información científica actualizada a nivel de la atención primaria de salud sobre los procedimientos y técnicas para la atención al niño con discapacidad	46	84,2
Desconocimiento sobre las tasas de incidencia y prevalencia de las principales formas de discapacidad, y las tendencias de comportamiento de este problema de salud en el territorio	8	8.1
Insuficiente información a la población en edad reproductiva sobre cómo prevenir la discapacidad en la descendencia	51	93.3
Hay deficiencias en la dispensarización del niño con discapacidad en los consultorios del médico de familia	41	64,0
Retraso en la detección precoz de la discapacidad infantil en la edad preescolar	31	58,0
Falta coordinación entre los servicios que ofrece la Educación Especial y los servicios que se ofrecen en el Sistema de Salud en relación a la atención al niño con discapacidad	49	92.3
Falta trabajo en equipo entre las diferentes especialidades vinculadas a la atención al niño con discapacidad en la comunidad	51	95.6

Al evaluar el resultado de las encuestas aplicadas a los 54 profesionales de la Salud que brindan sus servicios en la Atención Primaria de salud, constituidos por: 16 médicos de familia, 2 pediatras, un genetista, un fisiatra, 3 psicólogo, 24 enfermeras, 5 técnicos en fisioterapia y 2 defectólogos, se pudo evidenciar que las dificultades planteadas por ellos están en estrecha relación con las planteadas por los padres encuestados.

Dentro de los factores relacionados con la falta de información se destaca que el 84,2 % de los profesionales señaló que no dispone de información científica actualizada a nivel de las bibliotecas de la atención primaria de salud, sobre los procedimientos y técnicas para la atención al niño con discapacidad, dentro de los que incluyen los procedimientos de Atención Temprana; este criterio correspondió fundamentalmente a los médicos, enfermeras de familia y técnicos en fisioterapia.

Existe desconocimiento general sobre las tendencias y el comportamiento actual de las tasas de incidencia y prevalencia de las principales formas de discapacidad en el territorio; sólo el 8.1 % admite estar al tanto de este dato, dentro de los que se incluyen los defectólogos, el genetista, fisiatra y los pediatras; ningún médico o enfermera de la familia, ni los técnicos en fisioterapia conocen esta información. Es de extrema importancia que los profesionales de la salud dominen el comportamiento estadístico de la discapacidad, ya que es sólo a partir de ese conocimiento que se podrán realizar estudios que permitan saber en profundidad el por qué de sus variaciones y llevar a cabo acciones para contrarrestar el problema.

El 93.3 % considera que en el territorio hay falta información en la población de edad reproductiva sobre cómo prevenir la discapacidad en la descendencia; cómo puede apreciarse el mayor por ciento de los profesionales concordó en este planteamiento, lo que está basado fundamentalmente en el gran número de adolescente que se embaraza en el municipio cada año incluyendo a aquellas con antecedente familiar de discapacidad, inadecuado funcionamiento de las consultas de riesgo preconcepcional y poca divulgación sobre este tema.

Las insuficiencias relacionadas con la falta de organización estuvieron dadas en primer lugar con la dispensarización de los niños con discapacidad, en la que el 64 % de los encuestados cree que ésta es deficiente a nivel de los consultorios del médico de familia, resultado este que se relaciona con los planteamientos realizados por los padres en cuanto a que no se les realiza visitas al hogar y no se les indica tratamiento de rehabilitación a su hijo, pues sólo a través de una adecuada actividad de dispensarización será posible planificar las consultas que le corresponde a cada paciente según su grupo dispensarial.

El retraso en la detección de la discapacidad infantil en la edad preescolar es otro de los factores que influyen negativamente en la atención a estos niños, pues el 58 % de los profesionales opina que no se diagnostican precozmente, situación que se hace necesario revertir en el menor tiempo posible, ya que es el diagnóstico temprano de cursos atípicos o retardo del desarrollo, lo que permitirá implementar programas de estimulación de acuerdo al área de desarrollo afectada, contribuyendo a reducir la repercusión del trastorno en la calidad de vida del niño y la familia.

A criterio de la autora las deficiencias organizativas están relacionadas con la falta de información científica que refieren los profesionales y la falta de coordinación entre los servicios que ofrece la Educación Especial y el Sistema de Salud en relación a la atención al niño con discapacidad y además falta trabajo en equipo entre las diferentes especialidades en los distintos niveles de atención. Con este resultado, se impone la necesidad de lograr que todos los profesionales implicados en la atención al niño con discapacidad sepan que sólo se logrará la plena integración social de estos al conseguir la unidad entre todos los factores que participan en su atención.

Los resultados presentados se relacionan con un estudio realizado en la Ciudad de Camagüey en el 2003 (7), también con los publicados por Editorial Masson de Barcelona en el 2002 relacionado con la atención a los niños discapacitados (28), así mismo coinciden con los obtenidos en el primer estudio de discapacidad realizados a nivel nacional en Managua, Nicaragua, así como en Colombia y Chile en el 2005 (22, 23,24). En Cuba se recoge como antecedente fundamental de

detección de los principales problemas que afectan la calidad de la atención de las personas con discapacidad el estudio genético realizado en los años 2001- 2003 (12).

V. CONCLUSIONES

Los factores que afectan la atención al niño con discapacidades en el municipio Bolivia son principalmente subjetivos, se agrupan en dos categorías fundamentales: falta de información y falta de organización. Los factores objetivos cobran menor importancia gracias a la creación y equipamiento de los nuevos servicios de rehabilitación; se constató que de los padres encuestados aquejaron dificultades materiales relacionadas con la falta de férulas, calzados ortopédicos y medios auxiliares (sillas de ruedas, coches). De acuerdo con las experiencias acumuladas en el curso de la investigación, a criterio de la autora, las acciones propuestas constituirán una alternativa adecuada para incrementar la atención al niño con discapacidad en el municipio Bolivia.

VI. RECOMENDACIONES

Que se realicen investigaciones similares en el resto de los municipios de la provincia, que permitan detectar los factores que afectan la atención de los niños con discapacidad y se diseñen estrategias locales para contrarrestarlos.

Teniendo en cuenta el importante papel que tiene toda la familia en la atención al niño con discapacidad, se recomienda crear en investigaciones futuras una Escuela para toda la familia donde tengan participación los hermanos, abuelos, tíos y otros miembros.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. World Health Organization. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Geneva: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. 2001.
2. Gianni ML, Vegni C, Picciolini O, Gangis S, Ferraris G, Marini A. Disability in Childhood. Care and profesional training. *Pediatr. Med Chir.* 2005 Jan-Apr;27(1-2):50-4.
3. Organización Mundial de la Salud. Reunión Consultiva Internacional para la revisión del modelo de rehabilitación basada en la comunidad. Helsinki, 25 a 28 de mayo de 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud A58/17, punto 13.13. 14 de abril del 2005. Informe de la Secretaría.
6. Organización de Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño. 30 periodos de sesiones. Convención sobre los derechos del niño. CRC/C/Add.178. 13 de junio de 2002.
7. Pérez Á. Luis. La discapacidad como problema de Salud. (Septiembre 2005.); www.cadenagramonte.cubaweb.cu/proyecto_esperanza.
8. Sánchez Santos L, Amaro Cano M. La Salud Pública en Cuba. En. Álvarez Sintés y colb. Temas de Medicina General Integral, Vol. 1. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médica. 2001; 1-6.
9. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones para el Mejoramiento de la Salud de la Población Cubana hasta el 2015. 17.33. 2006.
10. Murchland S, Wake-Dyster W. Resources allocation for community- based therapy. *Disabil Rehabil.* 2006 Nov 30;28(22):1425-32
11. Finkenflugel H, Wolffers I, Huisjsman R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. *Int J Rehabi Res.* 2005 Sep; 28(3):187-201.

12. Colectivo de autores. Estudio psicosocial de las personas con discapacidad y estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. Editorial Abril. Habana. Cuba. 2003.
13. ONU, OIT, OMS. Documento de posición conjunta. Rehabilitación de base comunitaria. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza, y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta. 2004.
14. Colectivo de autores. Informe demográfico de la provincia de Santiago de Cuba. Mayo 2005.
15. Morales Fernández A. La Fisioterapia en Santiago de Cuba. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. 2006: 60- 65.
16. Hernández Sampier R. Metodología de la investigación. Vol. 2. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 287- 301.
17. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación Cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004. p. 185- 196.
18. UNICEF. Derechos del Niño. España: Editorial Molinos; 2005.
19. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2002: Capacidad de liderazgo. www.unicef.org/spanish. Julio 2002.
20. Organización Mundial de la Salud. "Actividades de las Naciones Unidas en la esfera de los indicadores y las estadísticas sobre la discapacidad". Boletín sobre los discapacitados nº 2 /2003. United Nations. <http://www.who.int/icidadh>.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

Con el objetivo de conocer las características del comportamiento de la discapacidad en los niños de 5 a 15 años que residen en el municipio Bolivia de la provincia Ciego de Ávila, así como para conocer los factores que afectan la calidad de la atención de los mismo por parte del sistema de salud y crear estrategias que permitan mejorar la calidad de su atención, se lleva a cabo este estudio.

Para poder obtener los resultados deseados solicitamos su consentimiento de participación en el estudio y su compromiso de proporcionar la información que se le solicite, la que será confidencial y usada sólo por el investigador.

Firma del padre, madre o tutor.

Firma del Investigador.

Anexo 3. Encuesta para conocer los factores que afectan la atención al niño con discapacidad en la APS. Para ser aplicada a los profesionales de la salud.

Ocupación_____

Centro de trabajo_____

Con el objetivo de conocer los factores que influyen negativamente en la calidad de la atención al niño con discapacidad por parte de los servicios de salud del municipio Bolivia e implementar acciones que nos permitan contrarrestar los mismos, llevamos a cabo esta investigación. Para el cumplimiento del objetivo propuesto, necesitamos su colaboración en el llenado de esta encuesta, la información obtenida será confidencial y usada solamente con fines investigativos. Le agradecemos su colaboración.

Por favor responda las siguientes preguntas marcando con una (x) según usted considere sean afirmativas o negativas.

1- ¿Falta información científica actualizada a nivel de la atención primaria de salud sobre los procedimientos y técnicas para la atención al niño con discapacidad, sobre los procedimientos de Intervención Temprana para el manejo de la discapacidad y los cursos atípicos del desarrollo? a- Si____ b- No____

2- ¿Hay desconocimiento sobre las tasas de incidencia y prevalencia de las principales formas de discapacidad, y las tendencias de comportamiento de este problema de salud en el territorio? a- Si____ b- No____

3- ¿Falta información en la población en edad reproductiva sobre como prevenir la discapacidad en la descendencia? a- Si____ b- No____

4- ¿Falta divulgación en los medios masivos de difusión sobre las posibilidades de integración social del niño con discapacidad y el papel que debe jugar la comunidad al respecto? a- Si____ b- No____

5- ¿Hay deficiencias en la dispensarización del niño con discapacidad en los consultorios del médico de familia? a- Si___ b- No___

6- ¿Con frecuencia hay retazo en la detección precoz de la discapacidad infantil en la edad preescolar? a- Si___ b- No___

7- ¿Falta coordinación entre los servicios que ofrece la Educación Especial y los servicios que se ofrecen en el Sistema de Salud en relación a la atención al niño con discapacidad? a- Si___ b- No___

8- ¿Falta trabajo en equipo entre las diferentes especialidades vinculadas a la atención al niño con discapacidad en la comunidad? a- Si___ b- No___

Anexo 4. Sistema de acciones para incrementar la atención al niño con discapacidad en los servicios de salud del municipio Bolivia.

Actividad 1. Capacitación a padres de niños con discapacidad como forma de intervención familiar comunitaria. (Anexo 5)

El valor de la capacitación para padres de niños discapacitados ha sido demostrado en experiencias desarrolladas en varios países (28,29); en ellas se crea el marco propicio para brindar a los mismos información científica actualizada sobre las características del problema que enfrenta su hijo y las acciones necesarias para lograr el máximo desarrollo del niño y su plena participación social mediante debates de películas, dinámicas de grupo; sirve de marco para que puedan intercambiar experiencias, y ofrecer ayuda a aquellos menos ajustados a la nueva situación, permiten además distribuir información escrita, sobre aspectos relacionados con la atención y cuidado del hijo afectado.

Son variadas las formas que propone la literatura científica consultada (7, 13, 28, 29) sobre cómo brindar a los padres información calificada relativo a la discapacidad que afecta a sus hijos, ejemplo son los diferentes programas de intervención familiar comunitaria que se desarrollan por todo el mundo y que dan prioridad en sus acciones a la educación familiar, y a las actividades en el terreno.

Una familia mejor educada, mejor informada, que comprende las características del proceso patológico, su pronóstico, las posibles complicaciones, las formas para evitarlas, los mecanismos para poder desarrollar los potenciales residuales del niño, es un instrumento inestimable para poder ofrecer al niño una atención integral.

La familia, en general, y los padres, en particular, son el factor más importante en la habilitación de funciones en el niño. El futuro de este dependerá en gran medida de la capacidad de estos de enfrentar el problema

Objetivos generales de la capacitación a padres de niños discapacitados:

- Que los participantes modifiquen en forma positiva criterios sobre la función educativa de padres y familiares

- Ampliar destrezas necesarias para ayudar al menor con discapacidad a desarrollarse óptimamente. (DIMENSIÓN IN)
 - Favorecer la calidad de vida de la familia. (DIMENSIÓN GRUPAL)

Objetivos específicos:

1. Adquirir información científica actualizada sobre el problema que afecta a sus hijos.
2. Obtener apoyo y orientación psicológica.
3. Intercambio de experiencias entre los padres.
4. Desarrollar actividades colectivas que propician la valoración colectiva sobre problemas similares relacionados con la atención al niño discapacitado en el seno de su familia.
5. Identificar desajustes en la dinámica de sus respectivas familias en caso de que los hubiere.
6. Canalizar los problemas socio -económicos asociados para buscarles a los mismos una solución colectiva.
7. Desarrollar sentimientos de solidaridad humana, así como enfoques colectivos en la solución de este problema de salud.
8. Visualizar vías para alcanzar un mejor equilibrio emocional, como aspecto esencial en el tratamiento integral de cualquier forma de discapacidad infantil en el marco de la familia.
9. Aprender técnicas concretas de interacción-comunicación.

Actividad 2. Curso de capacitación a los profesionales de la salud vinculados directamente en la atención al niño con discapacidad.

Teniendo en cuenta, según el resultado de las encuestas, que el factor que incide más negativamente en la atención adecuada al niño con discapacidad por parte de los profesionales de la salud es la falta de información referente al tema de la discapacidad infantil, se tomó como estrategia diseñar e impartir un curso de capacitación para proporcionar aquellos aspectos esenciales a tener en cuenta en el manejo integral del niño con discapacidad en la Atención Primaria de Salud.

Actividad 3. Divulgación de información científica sobre el tema de la discapacidad infantil.

Objetivo general:

- Incrementar el nivel de información de los profesionales de la salud vinculados directamente en la atención del niño con discapacidad en el territorio, de los familiares y de la comunidad en general.

Beneficios: Al cumplir el objetivo propuesto en la ejecución de esta estrategia será posible:

En el niño discapacitado:

- Incrementar la atención que el mismo recibe en el marco de la atención primaria de salud y la comunidad, que determine un mejoramiento en su calidad de vida, y una mayor integración social.

En los familiares:

- Lograr mayor conocimiento sobre el problema que afecta a sus hijos y los mecanismos para lograr el máximo desarrollo de sus potencialidades, que les permita enfrentar mejor el problema.

En la comunidad:

- Lograr una mejor comprensión de las características de la discapacidad que afecta a la población infantil y del papel que debe desempeñar cada miembro de la comunidad en su manejo integral.

En los profesionales de la salud:

- Conocer los procedimientos de Atención Temprana para el manejo de los factores de riesgo de discapacidad y los cursos atípicos del desarrollo en el niño de 0 a 6 años.
- Realizar actividades de promoción de salud, detección precoz, tratamiento oportuno de la discapacidad infantil a nivel de la atención primaria.
- Realizar la dispensarización adecuada del niño con discapacidad en los consultorios del médico de familia.

- Establecer coordinación entre los servicios que ofrece la Educación Especial y los servicios que se ofrecen en el Sistema de Salud en relación a la atención al niño con discapacidad.
- Realizar trabajo en equipo entre las diferentes especialidades vinculadas a la atención al niño con discapacidad en la comunidad.

Anexo 5. Escuela para padres de niños con discapacidad. Características generales del curso:

- Lugar: Comunidad
- Fecha: Todos los miércoles.
- Hora: 4.00- 5. 00 p.m.
- Duración del curso: 6 semanas
- Forma de organización de las actividades: Técnicas de participación (debates, lluvia de ideas).
- En cada sesión de trabajo se aborda un tema específico y una forma de discapacidad determinada según el interés de los participantes.
- Se realiza una evaluación continua al término de cada actividad para ir ajustando y/o reprogramando el programa de actividades.
- Equipo de profesionales que participa en el desarrollo de la escuela está integrado por: Medico y enfermera de la familia y en la comunidad, fisiatra psicóloga, defectóloga, trabajadora social, licenciado en cultura física, logopeda.
- En el diseño del curso está basado en cuatro aspectos fundamentales:
 1. Presentación del grupo.
 2. Actividades de debate sobre los temas propuestos por los padres.
 3. Actividades recreativas (programadas entre las actividades de debate).
 4. Actividad final.

Descripción de las actividades propuestas

I. Presentación del grupo.

Objetivos:

- Presentación del equipo de salud y de los padres que integran el grupo.
- Explicar a los padres lo que se espera de ellos en cada sesión, de modo que sepan cómo tienen que participar. No son meros observadores, sino agentes activos de la sesión y donde el profesional es sólo un moderador.
- Explicar claramente que no hay fórmulas establecidas y válidas para todas las personas.

- Las actividades debatidas en cada encuentro estarán en concordancia con los intereses de los padres.

II. Actividades de debate sobre los temas propuestos por los padres.

Objetivos:

- Suministrar información científica actualizada sobre el problema que afecta a sus hijos.
- Ofrecer la posibilidad de desarrollar actividades colectivas que propician el contacto de personas que enfrentan problemas similares.
- Detectar aquellos padres o familias más afectadas, y con desajustes en la dinámica familiar.
- Propiciar el desarrollo de sentimientos de solidaridad humana, y el enfoque colectivo en la solución de este problema de salud.
- Brindar a los padres apoyo emocional e información, que permita un mejor equilibrio emocional, es un aspecto esencial en el tratamiento integral de cualquier forma de discapacidad infantil.
- Aprender técnicas concretas de interacción-comunicación.
- Recoger información sobre las características y necesidades concretas de la familia.
- Descubrir la mejor forma de interactuar con el niño/a.

III. Actividades recreativas (programadas entre las actividades de debate):

Objetivos:

- Organizar actividades de ocio y tiempo libre en las que los padres pueden participar de forma voluntaria, solos o en compañía de sus hijos, con motivo de algún acontecimiento: Día de niño con necesidades educativas especiales, cumpleaños colectivos, día de los niños, otras fechas alegóricas.
- Facilitar el contacto entre las familias estrechando lazos de ayuda y amistad.
- Proporcionar experiencias gratificantes a los niños en compañía de sus familiares y de sus amigos y potenciar el grupo de iguales.
- Responder a las necesidades de los padres de diversión y relación con otros adultos garantizando una atención adecuada de sus hijos.

IV. Actividad final.

Al finalizar el curso se aplicará una encuesta de preguntas abiertas en la que los padres realizarán una autoevaluación de su grado de adquisición de conocimientos y destrezas en la intervención a la discapacidad del menor, mediante la colaboración de los profesionales. El resultado de las encuestas nos permitirá medir el impacto de la intervención.

Recursos utilizados:

Humanos:

- Equipo multidisciplinario de la sala de rehabilitación: Fisiatra, Psicóloga, Defectóloga, Trabajadora Social, Licenciado en Fisioterapia, Licenciado en cultura física, Logopeda, Enfermera.
- Padres.
- Niños, familia, comunidad (en las actividades recreativas y culturales).

Materiales:

- Recursos Propios de la sala de rehabilitación (Materiales educativos, murales, pancartas, mobiliario).
- Recursos propios de los padres.

Anexo 5. Diseño del curso de capacitación para profesionales de la atención primaria de salud, vinculados a la atención del niño con discapacidad.

1. Título del curso. Curso de actualización sobre el comportamiento de la discapacidad infantil en Bolivia. Manejo integral de la discapacidad infantil como problema de salud.

Coordinador: MSc.Dr. Héctor Barrio Mera.

MSc. Amarelis García Rodríguez

4- Modalidad. Presencial.

Duración total del curso: 40 horas

Total de créditos: 2

Total de participantes: 25

Para lograr que todos los profesionales de la salud implicados en la atención del niño discapacitado (14).

5- Fundamentación: La realización de este curso en el territorio tiene un impacto principalmente social al promover acciones para incrementar la calidad de la atención a la población afectada, y permitirá además que aquellos profesionales que por su actividad laboral se encuentran directamente vinculados a la atención al niño con discapacidad, puedan incrementar sus conocimientos en la identificación y solución de los problemas de salud de esta área del conocimiento.

1. Temas impartidos:

No.	Títulos	Total de horas
1	Manejo integral de las enfermedades discapacitantes a nivel de la APS.	8
2	Los programas de intervención familiar comunitaria en el manejo de la discapacidad infantil.	8

Tema 1

Título: Manejo integral de las enfermedades discapacitantes más frecuentes a nivel de la APS (neurológicas, respiratorias, sensoriales, genéticas, cardiovasculares, afecciones ortopédicas y retraso mental).

Claustro: Claustro: Prof. Inst. Prof. MSc.Dr. Héctor Barrio Mera Especialista en Genética. y MSc. Lic. Amarelys García Rodríguez Fisiatra.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades para diagnosticar las afecciones discapacitantes más frecuentes en el niño, formas de expresión clínica y características generales, mediante acciones a nivel de la atención primaria de salud y la comunidad
- Desarrollar habilidades para identificar las principales afecciones discapacitantes en el niño y sus formas de expresión clínica.
- Analizar los aspectos fundamentales del manejo en la Atención Primaria de Salud de las afecciones discapacitantes en el niño.

Modalidad: Conferencia- 4 horas

Clase práctica- 4 horas.

Tema: 2

Título: Los programas de intervención familiar comunitaria en el manejo de la discapacidad infantil.

Claustro: Prof. Inst. Prof. MSc.Dr. Héctor Barrio Mera Especialista en Genética. MSc. Lic. Amarelys García Rodríguez Fisiatra

Objetivos:

- Desarrollar habilidades para identificar los factores negativos en la dinámica de la familia con una descendencia discapacitada.
- Valorar los diferentes modelos para influir en la familia del niño con discapacidad.

Modalidad. Conferencia: 1 horas.

Trabajo de grupo- 1 horas.

Sistema de evaluación:

Al finalizar el curso cada alumno debe presentar a partir de los conocimientos adquiridos una ponencia escrita brindando un análisis general de la situación del problema de la discapacidad como problema de salud en su área de trabajo y qué haría para enfrentar este problema.