



**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL  
DESARROLLO PSICOMOTOR EN  
PREESCOLARES CON SÍNDROME DE DOWN  
EN UNA COMUNA DE SANTIAGO DE CHILE**

**Máster en Salud Pública  
Curso 2021-2022**

**upna**

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Autora: Javiera Méndez Ruiz.  
Tutora: Ana Carmen San Martín**



Dña. *Ana Carmen San Martín Luis*, profesora Asociada de Medicina preventiva y Salud pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Máster titulado:

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN PREESCOLARES CON SÍNDROME DEDOWN EN UNA COMUNA DE SANTIAGO DE CHILE

Original de Dña JAVIERA MONSERRAT MÉNDEZ RUIZ,  
estudiante del Máster Universitario de Salud Pública, en el curso 2021 -2022 ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 27 de mayo de 2022

Firmado por Ana Carmen San Martín el día 27/05/2022 con un certificado emitido por Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

Fdo: *Ana Carmen San Martín Luis*

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AT:</b>	Atención Temprana.
<b>CAIS:</b>	Centro de Atención Integral de Salud.
<b>CDL:</b>	Consejo de Desarrollo Local.
<b>CDT:</b>	Centro de Diagnóstico y Tratamiento.
<b>CECOSF:</b>	Centro Comunitario de Salud Familiar.
<b>CESFAM:</b>	Centro de Salud Familiar.
<b>CHCC:</b>	Chile Crece Contigo.
<b>COSAM:</b>	Centro Comunitario de Salud Mental.
<b>CRS:</b>	Centro de Referencia Secundaria.
<b>DISAM:</b>	Dirección de Salud Municipal.
<b>DSM:</b>	Desarrollo Psicomotor.
<b>EEDP:</b>	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.
<b>FONASA:</b>	Fondo Nacional de Salud.
<b>HBLT:</b>	Hospital Barros Luco Trudeau.
<b>HEGC:</b>	Hospital Exequiel González Cortés.
<b>HEP:</b>	Hospital El Pino
<b>JJVV:</b>	Junta de Vecinos
<b>JUNAEB:</b>	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
<b>MINSAL:</b>	Ministerio de Salud
<b>OPD:</b>	Oficina de Protección de Derechos del Niño.
<b>RBPS:</b>	Riesgo Biopsicosocial
<b>SAPU:</b>	Servicio de Atención Primaria de Urgencias.
<b>SAR:</b>	Servicio de Alta Resolutividad.
<b>SD:</b>	Síndrome de Down.
<b>SECPLAN:</b>	Secretaría Comunal de Planificación.
<b>TEPSI:</b>	Test de Desarrollo Psicomotor.
<b>UAPO:</b>	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica.

# INDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	3
1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCION.....	9
2.1. Justificación.....	9
3. ANTECEDENTES.....	11
3.1. Más allá de las palabras: El concepto de Discapacidad y su evolución. ....	11
3.2. Marco legal de la Discapacidad: Ley N°20.422.(14) .....	13
3.3. El Síndrome de Down (SD). ....	17
3.3.1. Diagnóstico prenatal. ....	18
3.3.2. La Heterogeneidad del desarrollo dentro de un mismo Síndrome. ....	19
3.4. La Atención Temprana como estrategia de desarrollo.....	22
3.4.1. Evolución del término Atención Temprana.....	22
3.4.2. Un modelo centrado en la familia y en el contexto del niño .....	23
3.4.3. La Atención Temprana en niños y niñas con Síndrome de Down .....	24
3.4.4. Modelos de intervención .....	25
3.5. Instrumentos de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Chile. ....	27
3.5.1. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) .....	27
3.5.2. Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI):.....	28
3.5.3. Cuestionario de detección del autismo en niños y niñas pequeños - revisado (M-CHAT-R/F) 28	
4. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA .....	29
4.1. Diagrama de Ishikawa.....	29
4.2. Matriz decisional. ....	30
4.3. Análisis DAFO. ....	31
5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA .....	32
5.1. Objetivo General. ....	32
5.2. Objetivos Específicos. ....	32
5.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio .....	33
5.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible .....	33
5.5. Actividades para alcanzar cada objetivo.....	34
6. ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD: .....	36

6.1.	Estrategia Nacional de Salud Para los Objetivos Sanitarios 2022 – 2030. ....	36
6.2.	EJE 5: Funcionamiento y Discapacidad.(57) .....	38
6.3.	Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025(60) .....	39
7.	CARACTERIZACIÓN DE LA LOCALIDAD Y POBLACIÓN OBJETIVO. ....	41
7.1.	Caracterización de la localidad y enfoque sanitario comunal.....	41
7.2.	Características de la población objetivo. ....	47
8.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS. ....	48
8.1.	Cronograma de actividades administrativas.....	48
9.	INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN. ....	50
9.1.	Divulgación en Centros de Salud. ....	50
9.2.	Divulgación en lugares públicos. ....	50
9.3.	Divulgación en medios de comunicación local.....	50
10.	DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	51
10.1.	Principios básicos de la atención temprana: .....	51
10.2.	Etapas de la atención: .....	52
10.2.1.	Ingreso.....	52
10.1.1.	Evaluación: .....	52
10.1.2.	Visita domiciliaria integral:.....	53
10.1.3.	Elaboración de un plan de acción individualizado:.....	53
10.1.4.	Acuerdos .....	54
10.1.5.	Inicio de la intervención .....	54
10.1.6.	Evaluación-retroalimentación. ....	55
10.1.7.	Fin de la atención por cumplimiento de edad u otro motivo .....	55
10.3.	Descripción de las prestaciones del programa.....	56
11.	RECURSOS.....	63
11.1.	Descripción y perfil del recurso humano. ....	63
11.2	Recursos materiales.....	64
12.	EVALUACION DEL PROGRAMA.....	72
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	74
14.	ANEXOS.....	80
	ANEXO 1: EEDP: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 A 2 AÑOS(66).....	80
	ANEXO 2: TEPSI: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 A 5 AÑOS(66).....	88

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS - REVISADO (M-CHAT-R/F)(66).....	95
ANEXO 4: SOLICITUD PARA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO .....	98
ANEXO 5: HOJA DE DERIVACIÓN .....	99
ANEXO 6: CARTELES PUBLICITARIOS.....	100
ANEXO 7: HOJA DE INGRESO AL PROGRAMA.....	104
ANEXO 8: MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL.....	105
ANEXO 9: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT(67) .....	108
ANEXO 10: PAUTA DE EVALUACIÓN RIESGO BIOPSIOSOCIAL, .....	109
ANEXO 11: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA.....	110

# 1. RESUMEN

## RESUMEN

El Síndrome de Down es la causa genética más frecuente de la discapacidad intelectual. A nivel mundial, la prevalencia global es de 10 por cada 10.000 nacimientos vivos(1). En la actualidad nacen entre 500 y 600 niños con SD al año en Chile. Esto representa un desafío para generar espacios de inclusión, mejorar la salud y generar redes de apoyo con el fin de que estas personas puedan desarrollar su máximo potencial, ser independientes, y que desde la diversidad puedan aportar en la sociedad (3)

En este contexto, una de las intervenciones más rentables a largo plazo es la Atención Temprana (AT), por su eficacia, carácter preventivo y repercusión directa en la calidad de vida presente y futura de los atendidos. (4)

El objetivo es elaborar un programa de salud que asegure y brinde Atención Temprana a los niños/a de 0 a 5 años (preescolares) con Síndrome de Down, que se fundamente en la teoría y la evolución de la visión que ha tenido la intervención temprana durante los últimos años, para eso la metodología a usar será una planificación que considere la participación activa de los diversos componentes que rodea al niño/a, tomando en cuenta la colaboración de las familias, el entorno comunitario, el hogar, etc, como medios imprescindibles a través de los cuales profesionales mediarán para lograr hacer del medio un escenario rico en estímulos y así, junto con sesiones desarrolladas en el centro, en el hogar, a través de talleres grupales o individuales, lograr elevar al máximo el potencial que cada uno de estos niños/as posee.

Palabras clave: Atención Temprana, Síndrome de Down, Preescolares.

## ABSTRACT

Down syndrome is the most common genetic cause of intellectual disability. Worldwide, the global prevalence is 10 per 10,000 live births (1). Currently, between 500 and 600 children with DS are born each year in Chile. This represents a challenge to create spaces for inclusion, improve health and generate support networks so that these people can develop their full potential, be independent, and from diversity can contribute to society.(3)

In this context, one of the most profitable long-term interventions is Early Care (TA) , due to its effectiveness, preventive nature and direct impact on the present and future quality of life of those served.(4)

The objective is to develop a health program that ensures and provides Early Care to children from 0 to 5 years old (preschoolers) with Down Syndrome, which is based on the theory and evolution of the vision that early intervention has had. in recent years, for this the methodology to be used will be planning that considers the active participation of the various components that surround the child, taking into account the collaboration of families, the community environment, the home, etc. , as means essential through which professionals will mediate to make the environment a scenario rich in stimuli and thus, together with sessions developed in the center, at home, through group or individual workshops, to maximize the potential that each one of these children owns.

Keywords: Early Attention, Down Syndrome, Preschoolers.



## 2. INTRODUCCION

### 2.1. Justificación.

El Síndrome de Down es la causa genética más frecuente de la discapacidad intelectual. A nivel mundial, la prevalencia global es de 10 por cada 10.000 nacimientos vivos(1). Según el Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), en Chile nacen más niños y niñas con SD que lo que se reporta en Latinoamérica, con una prevalencia al nacimiento de 2,4 por mil nacidos vivos, siendo las tasas de SD mayores al promedio del ECLAMC, la cual es de 1.8, evidenciándose una tendencia al aumento, teniendo en cuenta que en Europa y Asia las tasas han disminuido a cifras extremas, Irán 0,32 por mil y España 0,60 por mil. (2)

Lo anterior se explica por diversas causas, dentro de las cuales se encuentra la postergación de la maternidad por razones laborales, lo que significa un aumento en la edad materna, que se traduce en un mayor riesgo de desarrollo de SD. Por otro lado, la prohibición del aborto y los altos índices de salud materno fetal crean un escenario idóneo para que un niño con SD tenga más oportunidades de nacer.(3)

En la actualidad nacen entre 500 y 600 niños con SD al año en Chile. Esto representa un desafío para generar espacios de inclusión, mejorar la salud y generar redes de apoyo con el fin de que estas personas puedan desarrollar su máximo potencial, ser independientes, y que desde la diversidad puedan aportar en la sociedad (3)

En este contexto, una de las intervenciones más rentables a largo plazo es la Atención Temprana (AT), por su eficacia, carácter preventivo y repercusión directa en la calidad de vida presente y futura de los atendidos. (4)

En consecuencia, hay tres argumentos teóricos que justifican y son la base del desarrollo de los programas de atención temprana:

1. Los niños con problemas de desarrollo necesitan una experiencia temprana mayor y/o diferente que los niños sin problemas.
2. Son necesarios programas que cuenten con personal especializado para ayudar a proporcionar la experiencia temprana requerida para compensar las dificultades del desarrollo.
3. El progreso evolutivo mejora en los niños con problemas que participan en los programas de AT. (5)

Bajo este contexto, en un estudio realizado por en Chile por la Sociedad Chilena de Pediatría, se manifestó que el 51% de los encuestados refirieron que su hijo o hija con SD iniciaron tardíamente la asistencia a un programa de AT, es decir, posterior a los dos meses de vida. Dentro de las causas más importantes se encuentra la hospitalización-cirugía del hijo o hija, desconocimiento de la necesidad de AT y problemas con el centro de AT. Un dato alarmante es que el hecho de que el nacimiento se haya llevado a cabo en el sistema público significó un riesgo de 11.8 más para iniciar tardíamente la AT, lo que desde el punto de salud pública es preocupante, ya que el 78% de la población chilena se atiende en este sistema de salud. (6)

La confección de un programa de Atención Temprana para niños y niñas con Síndrome de Down, que incluya el contexto familiar y social, nace de la premisa de la realidad biológica del propio SD, el cual acompañará al individuo durante toda su vida y la vida de aquellos que le rodean. En este sentido, es importante entender que una persona con SD no es una persona enferma, es un ser humano como cualquier otro con potencialidades y cualidades que hay que ayudar a desarrollar, lo cual no está fuera de ser considerado un desafío, ya que en las últimas décadas el estilo de vida de estas personas ha cambiado dramáticamente, aumentando la calidad y esperanza de vida, la cual hoy en día llega hasta los sesenta años.

Ligado a lo anterior, debido a las particulares características que rodean a estos niños y familias por la existencia de problemas en el desarrollo, es necesario que quienes trabajan en el campo de la AT, además de los conocimientos científico-técnicos, posean un perfil ligado a la vocación y una actitud acorde a esta situación, donde se trabaja con personas en circunstancias especialmente complejas. Por esto es fundamental la creación, desde la formación continua, de profesionales que incluyan esta metodología y aptitudes en su quehacer con el fin de disminuir las brechas en salud. El equipo debe ser multidisciplinario, y transdisciplinario que incluyan psicólogos, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermeras, logopedas, terapeutas ocupacionales y maestros, especializados en las áreas de terapia física, rehabilitación del lenguaje y asistencia social, que estén interiorizados con este paradigma de la Atención Temprana.

### 3. ANTECEDENTES

#### 3.1. Más allá de las palabras: El concepto de Discapacidad y su evolución.

Mucho se habla, y con bastante razón, de que el lenguaje y los términos que utilizamos diariamente crean realidades y se le otorga una gran connotación valórica a lo que sea que se defina a través de las palabras. Por esta razón se debe considerar la idea de reflexionar sobre la forma de referimos diariamente a las personas con discapacidad, en cómo esto repercute en la visión que tenemos como sociedad sobre esta situación, la forma en la que percibimos y nos relacionamos con este grupo heterogéneo e incluso en la manera de legislar y crear políticas públicas que consideren, como dice en el Artículo 5 sobre la Convención de los derechos de Personas con Discapacidad, que *“todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna”* (7)

El término Discapacidad ha evolucionado sorprendentemente a lo largo de la historia, y lo seguirá haciendo, en este sentido, la palabra *minusválido*, según la Real Academia Española, proviene del latín *minus* (menos) y *válido*, es decir, una persona minusválida es aquella que tiene menor valor que otra.(8)

Si lo examinamos, en un principio, la discapacidad en las culturas antiguas se asociaba a castigos divinos, poderes sobrehumanos, donde predominaba un enfoque mágico-religioso, lo que llevaba a culpabilizar a las personas o incluso a sus familias, generando rechazo.(9)

En este contexto, la condición de prescindencia o innecesidad que acompañaba a las personas con discapacidad, sumada a las creencias religiosas y a las complicaciones derivadas de la crianza de un niño con estas características, generaba en la antigüedad la práctica del infanticidio. (10)

No es hasta el siglo XX donde la discapacidad se comienza a percibir desde un enfoque más asistencial y por lo tanto marcadamente paternalista, donde a las personas se les definía como incapaces y dependientes, reforzando así las actitudes de discriminación, aun así es en este momento, con la II Guerra Mundial, con la aparición de numerosas discapacidad sobrevenidas, se empieza a ver a estas personas como héroes y surge un modelo “rehabilitador”, donde se considera que la causa de la discapacidad viene dada por motivos científicos y no religiosos. Y no es hasta mitad de este siglo donde surgen organizaciones emanadas desde los propios individuos con discapacidad y sus familias con el fin único de defender y exigir sus derechos.(10)

En el marco de esta época, relacionado a los niños con discapacidad, estos tenían derecho a la educación, pero en escuelas separadas, las personas con discapacidad tenían derecho a la rehabilitación, pero ello incluía el control de muchas áreas de sus vidas por parte de los expertos.  
(10)

Finalmente, no fue hasta la época de los 2000 que se empieza a evolucionar hacia un enfoque que considere a la persona con discapacidad como aquella que posee habilidades, recursos, competencias y potencialidades, y ya en el 2001 la Organización Mundial de la Salud establece una definición de discapacidad que supone un antes y un después: *“ Es un fenómeno complejo que refleja una relación estrecha y al límite entre las características del ser humano y las características del entorno en donde vive.”*.(11)

El 22 de mayo del 2001, Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de Salud (CIF), fue aprobada por los 191 países que integran la OMS, la cual define el término “Discapacidad” como: *“término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una (“condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).”*.  
(12)

Este concepto indica los aspectos negativos de la interacción, entre un individuo y sus factores contextuales, considerando los ambientales y personales y se categoriza en:

1. Discapacidad Física o Motora: La discapacidad física es aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional.
2. Discapacidad Sensorial: Corresponde al tipo de personas que han perdido su capacidad visual o auditiva y también atañe a quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje.
3. Discapacidad intelectual: La discapacidad intelectual es aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida.
4. Discapacidad Psíquica: La discapacidad psíquica es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento del individuo. Se dice que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo.(13)

En una mirada retrospectiva hacia lo que fue nuestra historia, se evidencia que la terminología acerca de la discapacidad ha sido empleada bajo una mirada ofensiva, y quizás, más que intencionadamente, haya sido consecuencia por falta de comprensión e información. Hoy se reconoce que la discapacidad se esboza en las barreras que la sociedad le impone y que les impiden a las personas insertarse en esta. Bajo este marco, según la Convención de los derechos de Personas con Discapacidad, esta es *“un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Reconociendo también que los niños con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Parte en la Convención sobre los Derechos del Niño”*(7)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, inspirada en el denominado “modelo social de discapacidad”, supone un punto de inflexión en la historia del tratamiento de la discapacidad, la cual, a partir de ahora, deberá ser examinada desde un enfoque de derechos humanos. (13)

### 3.2. Marco legal de la Discapacidad: Ley N°20.422.(14)

*“El 10 de febrero de 2010 entró en vigor la Ley N°20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad.*

*La ley se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Además, estableció organismo para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las personas con discapacidad: Servicio Nacional de la Discapacidad, Comité de ministros (actual Comité de Desarrollo Social y Familia) y Consejo Consultivo de la Discapacidad.*

*Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, la cual versa sobre los derechos humanos de estos individuos, promulgada el 2006 y ratificada por el Estado de Chile el 2008, forma un elemento jurídico vinculante, que obliga al Estado de Chile a promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad, asegurando el goce de plena igualdad ante la ley; y también, obliga a adaptar el ordenamiento jurídico chileno, para que las personas pertenecientes a este grupo puedan hacer valer sus derechos. Ésta contiene principios fundamentales como la accesibilidad, la autonomía e independencia, la igualdad y la no discriminación, y la protección a grupos especialmente vulnerables; como también temáticas importantes para las personas en*

*situación de discapacidad, referentes a la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, entre otros temas de interés.*

*En relación con lo anterior, este programa de salud se enmarca en esta ley respondiendo a los siguientes artículos:*

*Artículo 4: Los programas destinados a las personas con discapacidad que ejecute el Estado, deberán tener como objetivo mejorar su calidad de vida, principalmente, a través de acciones de fortalecimiento o promoción de las relaciones interpersonales, su desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y el ejercicio de sus derechos”*

*Artículo 9, El Estado adoptará las acciones conducentes a asegurar a los niños con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas.*

*Artículo 10.- En toda actividad relacionada con niños con discapacidad, se considerará en forma primordial la protección de sus intereses superiores.*

*Artículo 11.- La rehabilitación de las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, propenderá a que éstas desarrollen al máximo sus capacidades y aptitudes. En ningún caso, la persona con discapacidad mental podrá ser sometida, contra su voluntad, a prácticas o terapias que atenten contra su dignidad, derechos o formen parte de experimentos médicos o científicos.*

*Artículo 18.- La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto.*

*Artículo 19.- Prevención de la discapacidad es toda acción o medida, pública o privada, que tenga por finalidad impedir o evitar que una persona experimente una deficiencia que restrinja su participación o limite su capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, así como impedir que ésta llegue a ser permanente.*

*La prevención siempre considerará el entorno económico, social, político o cultural que puede agravar o atenuar la deficiencia de que se trate.*

*Artículo 21.- La rehabilitación integral es el conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que cause la discapacidad.*

*Las personas con discapacidad tienen derecho, a lo largo de todo su ciclo vital y mientras sea necesario, a la rehabilitación y a acceder a los apoyos, terapias y profesionales que la hagan posible, en conformidad con lo establecido en el inciso cuarto del artículo 4° de la presente ley.*

*Artículo 22.- Las personas con discapacidad tienen derecho a que el proceso de rehabilitación integre y considere la participación de su familia o de quienes las tengan a su cuidado.*

*El proceso de rehabilitación se considerará dentro del desarrollo general de la comunidad. El Estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, así como la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral, como estrategia para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.*

*Enmarcado en el tema que se trata, al promulgarse esta ley, se creó el Servicio Nacional de Discapacidad, servicio público funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, que tiene por finalidad promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.*

*El Servicio Nacional de la Discapacidad será, para todos los efectos legales, el sucesor y continuador legal del actual Fondo Nacional de la Discapacidad.*

*Las funciones del Servicio Nacional de la Discapacidad serán las siguientes:*

*a) Coordinar el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos organismos del Estado que contribuyan directa o indirectamente a este fin. Para el cumplimiento de esta función el Servicio podrá celebrar convenios con estos organismos.*

*b) Asesorar técnicamente al Comité de ministros en la elaboración de la política nacional para personas con discapacidad y en la evaluación periódica de todas aquellas acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos organismos del Estado que tengan como fin directo o indirecto la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.*

*c) Elaborar y ejecutar, en su caso, el plan de acción de la política nacional para personas con discapacidad, así como, planes, programas y proyectos.*

*d) Promover y desarrollar acciones que favorezcan la coordinación del sector privado con el sector público en todas aquellas materias que digan relación con mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.*

*e) Financiar, total o parcialmente, planes, programas y proyectos.*

*f) Realizar acciones de difusión y sensibilización.*

*g) Financiar, total o parcialmente, ayudas técnicas y servicios de apoyo requeridos por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y autonomía personal, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante.*

*h) Estudiar y proponer al presidente de la República, por intermedio del ministro de Planificación, las normas y reformas legales necesarias para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad.*

*i) Realizar estudios sobre discapacidad y aquellos relativos al cumplimiento de sus fines, o bien, contratar los que estime necesarios de tal forma de contar periódicamente con un instrumento que permita la identificación y la caracterización actualizada, a nivel nacional y comunal, de la población con discapacidad, tanto en términos socioeconómicos como con respecto al grado de discapacidad que los afecta.*

*Dichos estudios deberán considerar los diversos tipos de discapacidad existentes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5. Asimismo, deberán considerar la sordoceguera como una discapacidad única, de manera de obtener los antecedentes suficientes que permitan el adecuado diseño, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas.*

*j) Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Esta facultad incluye la atribución de denunciar los posibles incumplimientos ante los organismos o instancias jurisdiccionales respectivas, y ejercer acciones y hacerse parte en aquellas causas en que estén afectados los intereses de las personas con discapacidad, de conformidad a la ley.*

*En este contexto legal, tanto la ratificación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y la promulgación de la ley N°20.422 constituyen un sólido marco legislativo en este país”.*



### 3.3. El Síndrome de Down (SD).

Genéticamente hablando, el SD se caracteriza por la presencia de 47 cromosomas en lugar de 46 en los núcleos de las células, 23 provenientes de su padre y 23 proveniente de su madre en un contexto normal. Ese cromosoma extra corresponde al par 21, por lo que también al Síndrome de Down se le conoce como Trisomía 21.(15)

Un síndrome corresponde a un conjunto de signos y síntomas clínicos que definen una condición clínica. Las características fenotípicas de una persona con SD se agrupan en tres áreas:

1) Rasgos físicos particulares: hipotonía, cabeza braquicefálica pequeña, pliegues epicánticos, puente nasal plano, fisuras palpebrales oblicuas hacia arriba, manchas de Brushfield, boca pequeña, orejas pequeñas, exceso de piel en la nuca, pliegue palmar transversal único y Quinto dedo corto con clinodactilia y espacio amplio, a menudo con un surco plantar profundo entre el primer y el segundo dedo. (16)

2) Mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas y mayor vulnerabilidad de desarrollar enfermedades a lo largo de la vida; y

3) Retraso del desarrollo psicomotor y discapacidad intelectual en grado variable.

Los tipos genéticos (genotipo) que causan el SD son:

1) Trisomía 21 libre: Este tipo genético ocurre el 94-95% de las veces. Su característica principal es que todas las células del individuo poseen tres cromosomas 21, los cuales se encuentran independientes entre.

2) Translocación robertsoniana: Este tipo genético es menos recurrente, se presenta en el 3-4% de los casos y se caracteriza por parte del cromosoma 21 se une (transloca) a otro cromosoma. En este caso, las células del individuo tienen las dos copias habituales del cromosoma 21, pero también tienen material genético adicional del cromosoma 21 unido a otro cromosoma, como por ejemplo al cromosoma 14. Es una condición que en ocasiones puede ser heredada de alguno de los padres, quienes “portan” el cromosoma translocado.

3) Mosaico: Lo que caracteriza a este tipo genético es que, en un mismo individuo, existen células con tres cromosomas 21 y en las otros sólo dos. Ocurre con menor frecuencia, siendo esta el 1-2% de los casos y es la que más causa confusión en los padres por la expectativa que tienen sobre el pronóstico del punto de vista cognitivo.(3)

### 3.3.1. Diagnóstico prenatal.

En Chile, el diagnóstico prenatal no supera el 20% (3). Dentro de las causas del bajo diagnóstico durante el embarazo es la ausencia de un protocolo nacional de diagnóstico prenatal. Las técnicas de sospecha y confirmaciones diagnósticas disponibles son(17):

1) Las pruebas de tamizaje prenatal (triple o cuádruple prueba de hormonas maternas) que seleccionan embarazos de riesgo de malformaciones congénitas o con problemas genéticos, se utilizan ampliamente en países desarrollados y pesquisan un alto porcentaje de los embarazos con SD, con la finalidad de plantear aborto. En Chile, dichas pruebas de tamizaje no se han masificado y están disponibles en escasos centros hospitalarios.

2) La ecografía prenatal, puede ser una instancia de sospecha de SD en distintos momentos del embarazo, sin embargo, es un examen operador dependiente y que entrega información de sospecha y por lo mismo, sensible a la interpretación. La medición de la translucencia nucal a las 14 semanas de edad gestacional le entrega a la familia un valor de “riesgo” de que el feto pueda tener SD. Esta información queda a libre interpretación, ya que un “1% de riesgo” puede ser baja para unos o alta para otros, y, por lo tanto, según esa interpretación variará el enfrentamiento en el seguimiento de ese embarazo.

3) Las pruebas de confirmación diagnóstica disponibles en Chile corresponden a estudios citogenéticos de líquido amniótico o de vellosidades coriales, lo que implica un procedimiento invasivo, que en un bajo porcentaje (1%) puede desencadenar la pérdida del embarazo o un parto prematuro, por lo que los padres muchas veces deciden no realizar estudios confirmatorios prenatales para no poner en riesgo al hijo o hija que esperan.(18)

4) Las pruebas confirmatorias no invasivas recientemente disponibles en países desarrollados (ADN libre fetal en sangre materna)(19) no están disponibles en Chile y son de alto costo.

Por lo tanto, en Chile, en el Siglo 21, lo más probable es que nos encontremos con el diagnóstico de SD al nacer.(3)

### 3.3.2. La Heterogeneidad del desarrollo dentro de un mismo Síndrome.

Dentro de este grupo, aparentemente similar en características tanto genéticas como fenotípicas, existe una gran heterogeneidad con respecto a la manera en que se manifiesta esta alteración en los diferentes órganos, o bien en el perfil anatomofisiológico, sin embargo, se habla de cierta especificidad del SD, ya que posee ciertos rasgos distintivos, si bien no excluyentes, muy propias que no se manifiestan en otras patologías cerebrales y que se deben tener en cuenta, tanto para la investigación neurocognitiva y la práctica clínica. (20)

Desde la primera infancia, ya son evidentes las diferencias en la función y estructura cerebral (21). El cerebro de una persona con SD se caracteriza por alteraciones en el hipocampo, un volumen reducido de la corteza prefrontal e hipoplasia del cerebelo. (22)

Otros estudios también han demostrado que se observan volúmenes más pequeños en el lóbulo temporal, incluida la región del hipocampo(23) que se sabe que afecta a una serie de funciones cognitivas.

Cómo bien describe Gandy, 2020, et al(24), citando a citando a Lott IT et al, 2010 (25): “El fenotipo cognitivo característico del síndrome de Down es variable pero incluye déficits en la atención, la función ejecutiva (es decir, una amplia gama de habilidades de orden superior que son necesarias para el comportamiento dirigido a objetivos, incluida la inhibición, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, el cambio de escenario, la planificación, y regulación del comportamiento), el lenguaje expresivo, el procesamiento verbal y la memoria explícita a largo plazo, mientras que ciertos aspectos de la capacidad visuoespacial, el aprendizaje asociativo y la memoria implícita a largo plazo pueden estar relativamente conservados”. Además de las dificultades cognitivas, por lo general existe un compromiso multisistémico, vinculado con comorbilidades que abarcan desde defectos cardíacos congénitos, hipotiroidismo, problemas auditivos, visuales y gastrointestinales, lo cual es determinante en el desarrollo global de estas personas.(26)

En un estudio, realizado por **Visootsak et al, 2016**, se comparó el desarrollo neurológico entre dos grupos, uno con SD sin cardiopatía coronaria contrastado con otro con diagnóstico de cardiopatía coronaria, y se observó que en el grupo con defecto del tabique auriculoventricular se obtuvo puntuaciones más bajas en todos los dominios del desarrollo: cognición, lenguaje expresivo y motricidad gruesa.(27)

En la revisión realizada por **Gany et al, 2020**, se observó una asociación entre el déficit cognitivo, especialmente en el área verbal, percepción visual, y aspectos de ejecución, es decir, la capacidad de cambio de conjunto, el control emocional, la fluidez verbal y la memoria de trabajo, con los trastornos respiratorios del sueño, (SBD y OSA). También se encontró una asociación entre los espasmos infantiles y el hipotiroidismo con el rendimiento cognitivo. Aunque se sabe que el

hipotiroidismo crónico e incontrolado afecta negativamente a la capacidad cognitiva, si se corrige a tiempo, no hay un impacto perceptible en la capacidad cognitiva de los niños con síndrome de Down.(24)

Por otro lado, los niños con Síndrome de Down presentan un retraso en el control postural y desarrollo motor en comparación a los niños con desarrollo típico (28), en lo que respecta a esta área, en la revisión que realizaron, se observó que en la mayor parte de estas, se describió una relación directa, en la que el desarrollo psicomotriz en niños con SD, se presenta como un proceso más lento que en niños comunes, lo que podría estar asociado a que estos niños muestran diferencias en lo que respecta a la actividad muscular (hipotonía), hiperlaxitud y en la longitud de sus huesos, de modo que todo esto favorece a que el aprendizaje se dificulte más.

Estudios realizados en niños menores de 6 años han mostrado un retraso motor equivalente a 2 años en comparación a niños con desarrollo típico.(29)

En los bebés con SD, el desarrollo motor es similar al de los demás, la diferencia es el tiempo de la adquisición de ciertos hitos. Cabe destacar que en la población con SD existe una mayor variabilidad a la hora de alcanzar un determinado hito del desarrollo (Tabla n°1). (15)

Tabla n°1: Edades de desarrollo psicomotor con sus correspondientes intervalos en meses.

Área de desarrollo	Habilidades	Niños con síndrome de Down		Población general (otros niños)	
		Media	Intervalo	Media	Intervalo
Motor grueso (movilidad)	Control cefálico boca abajo	2,7 m	1-9 m	2 m	1,5-3 m
	Controla la posición de la cabeza estando sentado	5 m	3-9 m	3 m	1-4 m
	Volteos	8 m	4-13 m	6 m	4-9 m
	Se sienta solo	9 m	6-16 m	7 m	5-9 m
	Andar a gatas / gateo	10 m	9-36 m	7 m	6-9 m
	Se sostiene de pie solo	16 m	12-38 m	11 m	9-16 m
	Camina solo	23 m	13-48 m	12 m	9-17 m
Motor fino (coordinación ojo/mano)	Sube y baja escaleras sin ayuda	81 m	60-96 m	48 m	36-60 m
	Sigue un objeto con los ojos	3 m	1,5-8 m	1,5 m	1-3 m
	Alcanza objetos y los toma con la mano	6 m	4-11 m	4 m	2-6 m
	Transfiere objetos de una mano a la otra	8 m	6-12 m	5,5 m	4-8 m
	Construye una torre de dos cubos	20 m	14-32 m	14 m	10-19 m
Comunicación (audición y lenguaje)	Copia un círculo	48 m	36-60 m	30 m	24-40 m
	Balbucea... Pa..Pa..Ma..Ma...	11 m	7-18 m	8 m	5-14 m
	Responde a palabras familiares	13 m	10-18 m	8 m	5-14 m
	Dice las primeras palabras con significado	18 m	13-36 m	14 m	10-23 m
	Manifiesta sus necesidades con gestos	22 m	14-30 m	14,5 m	11-19 m
Desarrollo social	Hace frases de dos palabras	30 m	18-60 m	24 m	15-32 m
	Sonríe cuando se le habla	2 m	1,5-4 m	1 m	1-2 m
	Se come una galleta con la mano	10 m	6-14 m	5 m	4-10 m
	Bebe de una taza	20 m	12-23 m	12 m	9-17 m
	No se hace pis durante el día	36 m	18-50 m	24 m	14-36 m
	Sin pañal (no se hace caca)	36 m	20-60 m	24 m	16-48 m

Fuente: Down España.

Los primeros diez meses, los niveles de desarrollo de los niños con SD pueden ser similares a los niños con desarrollo típico, pero al acercarse al primer año de vida su desarrollo comienza a decaer. En cuanto a la motricidad gruesa y fina se aprecia que su desarrollo inicia en un nivel alto según su CD, lo que disminuye en 33 y 30 puntos durante los primeros tres años de vida respectivamente. Lo mismo se aprecia en el caso del Lenguaje, el cual inicia en un nivel más alto que las dos áreas anteriores, pero de igual forma termina en el trimestre 12 con un nivel evolutivo bajo, disminuyendo 43 puntos porcentuales. Finalmente, a lo que se refiere en el área personal y social, al igual que las tres áreas descritas anteriormente, inicia en un nivel alto y culmina a los 3 años con un nivel más bajo, sin embargo, es el área que finaliza en un nivel más elevado que el resto, disminuyendo 27.4 puntos porcentuales. De todas formas se informa, que a pesar de la caída de los CD en la totalidad de las áreas, estas se estabilizan posteriormente alrededor del tercer semestre de vida, a excepción del área del lenguaje la cual tiene una propensión a volver a descender.

Como puede verse, las áreas de menor desarrollo son la motora y del lenguaje, mientras que el área personal y social presenta un mejor ascenso evolutivo.(30)

La falta de valores normativos, a causa de la gran diversidad que se presenta dentro del mismo síndrome, dificulta una valoración temprana y seguimiento del curso evolutivo. Teniendo esto en cuenta, es correcto decir que el SD es una situación compleja, debido a los numerosos problemas de salud que acompañan a la persona durante toda su vida, generando diferentes grados de discapacidad intelectual, relacionados con el retraso en el habla, la memoria y el aprendizaje(26).

En efecto, la alteración cromosómica en las personas con SD tiene repercusión en una serie de características, las que condicionan dentro de otros aspectos, el aprendizaje, debido a que la forma en como estas personas procesan la información es diferente de los individuos sin SD. Por ser un trastorno multisistémico y mutagénico, es difícil predecir con precisión las capacidades neurocognitivas a lo largo de la vida, y comprender el alto grado de variabilidad entre los fenotipos representa un desafío, por lo que habrá que tener en cuenta estas particularidades del síndrome para así poder ajustar las intervenciones dirigidas a esta población.

### 3.4. La Atención Temprana como estrategia de desarrollo.

#### 3.4.1. Evolución del término Atención Temprana

Con frecuencia se tiende a relacionar la Atención Temprana (AT) con una sistematización de intervenciones, por lo general intensiva que llevan a cabo profesionales en niños con dificultades en su desarrollo.(5)

La evolución de este concepto (AT) ha ido cambiando, tanto en la forma de actuar y en su propia definición(31).Anteriormente, en la década de los 70, el término que se utilizaba era Estimulación Precoz, la cual tenía un carácter asistencial, rehabilitador y compensatorio(32)donde el principal objetivo era tratar la discapacidad de los niños con alguna deficiencia física, psíquica o sensorial, y se encaminaba a enseñar al niño o niña nuevas habilidades con métodos conductuales estructurados. (33), dando lugar al inicio de intervenciones basadas en un modelo médico, en el que se consideraba a los profesionales como expertos donde se dirigía una atención individualizada al niño o niño y no se tenía en cuenta la participación de la familia.(34)

En la década de los 90, comienzan a quedar obsoletos términos como estimulación precoz o intervención temprana, para adentrarnos en el término atención temprana, el cual se utiliza en la actualidad. (35)

Shonkoff y Meisels en los 2000, la definieron como *“servicios multidisciplinares proporcionados al niño desde su nacimiento hasta los 5 años, con el fin de promover la salud del niño y su bienestar, aumentar sus competencias emergentes, minimizar los retrasos evolutivos, remediar las capacidades existentes o emergentes, prevenir el deterioro funcional y promover la paternidad adaptativa y el buen funcionamiento de toda la familia”*. (36)

Finalmente, el concepto que actualmente se maneja, emana desde un manual que fue y que continúa siendo un referente, el Libro Blanco de la Atención Temprana (2005), el cual la define como *“conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 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”*.(4)

Por lo que se puede apreciar que se ha avanzado desde un concepto en donde se tenía en cuenta sólo al niño o niña hacia otro en el cual se incluye su entorno, contexto social y familia.

### 3.4.2. Un modelo centrado en la familia y en el contexto del niño

En la actualidad, se contempla la atención temprana como una atención global prestada al niño y a su familia, como consecuencia de alternaciones en su desarrollo, durante los primeros meses y años de vida(37), la cual no implica solamente la estimulación del niño, sino también la creación de entornos adecuados donde este pueda desarrollarse en condiciones óptimas(38), teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social, con la finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social. Estas intervenciones han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (4), el cual debe trabajar de manera conjunta, diacrónica, unísona y transversal, junto a la familia durante todo el proceso de intervención.

Por otro lado, es difícil entender que podamos dejarla al margen de las decisiones sobre el niño, ya que por lo general posee la responsabilidad legal y, es el único elemento estable en su futuro.

Según García et al, 2015, la familia es:

- Cliente del servicio, con necesidades propias que han de ser atendidas.
- Responsable/tutor del niño, con derechos que han de ser respetados.
- Recurso imprescindible, por ser generadora de vínculos afectivos, facilitadora de la comunicación en el niño, elemento altamente motivante para él y entorno natural del niño.
- Agente activo de Atención Temprana, aliada necesaria y protagonista imprescindible para el desarrollo de un modelo ecológico de intervención que supere el enfoque de esporádicas intervenciones ambulatorias.(39)

Una de las premisas en este contexto, es asegurar oportunidades de aprendizaje en actividades contextualizadas, que se desarrollen de una forma natural para el niño. De ahí la importancia del entorno y contexto familiar, que es donde el niño pasa la mayor cantidad de tiempo y por lo tanto es posible aumentar el tiempo de aprendizaje.(40)

Dentro de esta filosofía, encontramos la certeza de que, en la familia del niño con necesidades de Atención Temprana y en su entorno inmediato, podemos encontrar y potenciar los recursos y las competencias necesarias(38). En este contexto, se debe considerar que las familias aportan información importante y necesaria para la toma de decisiones, lo que las convierte en un agente activamente participativo en la obtención de recursos y apoyos, ya que junto con ser un cliente del servicio con expectativas y necesidades propias, significa también un recurso imprescindible por la afectividad y comunicación ofrecida al niño en entornos naturales, lo que la convierte en

protagonista imprescindible para el desarrollo de un modelo ecológico de intervención centrado en la familia.(39)

El modelo centrado en la familia señala que sus prácticas específicas se basan en tres premisas fundamentales: proporciona apoyo en ambientes naturales, se centra en la familia y se enfoca hacia la calidad de vida familiar(41). Modelo que a su vez nos aproxima a una visión holística del desarrollo del niño, donde el avance de este se debe a una visión en conjunto desde la familia, la escuela y la comunidad.(42)

### 3.4.3. La Atención Temprana en niños y niñas con Síndrome de Down

El sistema nervioso, durante los primeros años de vida se encuentra en un periodo de mayor plasticidad neuronal, lo que representa una etapa en donde podría presentarse una debilitación o atrofia de ciertos circuitos neuronales en desuso, sobre todo en los niños con SD, o, por el contrario, una oportunidad de generar nuevas conexiones sinápticas y propiciar un crecimiento armónico enriquecido por un ambiente con estímulos adecuados, esto junto con una terapia que promueva el desarrollo. El momento del inicio de la AT influirá de forma importante, puesto que cuanto menor sea el tiempo de privación de los estímulos, mejor se aprovechará la plasticidad neuronal de este periodo y, por consiguiente, será probable que el retraso sea menor. (43)(4)

Es relevante que exista una intervención específica, y también lo es iniciar estrategias de estimulación de manera precoz antes de los dos meses de vida, lo que permitiría un mayor beneficio de áreas más desventajadas en los niños con SD como lo son el lenguaje, motora y socioafectiva, y su efecto se podría mantener al menos los primeros seis años de vida.(6)

Artículos publicados han puesto en manifiesto que, junto con el entrenamiento sensoriomotor, también es primordial tener en cuenta el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, el estrés de los padres, el ambiente físico, la salud del niño, el diseño del ambiente del hogar y los patrones de interacción para poder conseguir un desarrollo armónico.(5)

Onivello et al, 2022, acerca del ambiente que rodea al niño, plantea que uno entorno rico en factores estimulantes, con una intervención adecuada, pueden aumentar la puntuación del coeficiente intelectual, no así un entorno pobre.(44)

Los niños con síndrome de Down constituyen un grupo etiológicamente homogéneo, aunque precisamente una de sus características más destacadas es la diversidad de su fenotipo y de su desarrollo evolutivo. Estos niños necesitan una experiencia temprana mayor y/o diferente que los niños sin SD y con un desarrollo típico.(37)



#### 3.4.4. Modelos de intervención

Los modelos tradicionales de AT se basan fundamentalmente en criterios conductuales, los que predominaron hasta los años ochenta. En los últimos diez años esto ha ido cambiando debido a nuevos planteamientos teóricos, principalmente tres; la teoría de Feuerstein sobre la modificabilidad cognitiva estructural(45), el modelo transaccional de Sameroff y Chandler (46) y el modelo ecológico (47)

Modelo ecológico: Este modelo apunta a que la gran cantidad de influencias ambientales influyen en el desarrollo de los niños (4), es decir, existe una interacción constante entre las personas, sus vivencias, las unidades y los marcos ecológicos, en el que cada uno de estos aspectos influyen en el otro, puesto que no operan aisladamente, lo que significa que un cambio en uno de estos componentes afecta inevitablemente a los demás(48). Contextualizando; se puede decir que el desarrollo del niño no depende solamente de uno de estos ámbitos, sino que es el resultado de la interacción de todos ellos entre sí y tiene especial sentido al tratar de explicar cómo estos factores influyen en las habilidades de las familias al momento de recibir a un niño con discapacidad y hacer frente a los desafíos que esto implica a lo largo de la vida.

Modelo transaccional: Hace referencia a la capacidad de respuesta social del ambiente y en la naturaleza interactiva del intercambio niño-medio ambiente. Bajo esta premisa, el desarrollo del niño se explica como resultado de constantes interacciones del niño y la experiencia entregadas por su familia y el contexto social(46).

Según Candell (5), y cito textual “*Las principales consecuencias de la aplicación de este modelo al campo de la AT son las siguientes:*

- a) *La díada padres-niño debe ser el objetivo de la intervención domiciliaria.*
- b) *Los niños aprenden y se desarrollan mediante intercambios positivos y recíprocos con el ambiente, sobre todo con los padres.*
- c) *Los padres o, en su caso, los cuidadores, son las figuras más importantes en el ambiente del niño.*
- d) *La infancia es el mejor momento para iniciar la intervención con los niños deficientes y con los niños de riesgo biológico o ambiental y con sus padres, dentro de un contexto familiar”.*

Teoría de la modificabilidad cognitiva estructural: El desarrollo cognitivo resulta de la exposición del individuo a los estímulos ambientales, lo que genera experiencias de aprendizaje, involucrando en ellas a todos los procesos de transmisión cultural. Lo realmente importante es que exista una modalidad apropiada que genera una buena interacción entre el organismo y el medio que le rodea que genere experiencias de aprendizaje. Por lo que es fundamental la apertura a que el niño tenga acceso todos los aspectos de la vida cultural de su comunidad, no sobreprotegerles ya que eso merma la posibilidad de crear cambios que le animen a realizar nuevas actividades en un entorno planificadamente desafiante que le confronten con lo nuevo e inesperado(45).

Existen otras teorías que complementan la idea de este ambiente dinámico, interconectado entre sí.

Aproximación basada en la actividad: Esta teoría refuerza la idea de la influencia e interacción con el medioambiente, en el cual el niño debe mantener una participación en las actividades, las cuales deben ser significativas, funcionales y deben darse en condiciones que sean auténticas, es decir, debe ocuparse en tareas o problemas reales emanados de su vida diaria, lo cual propicia una mejor adaptación a las demandas de su ambiente físico y social.(49)

Desarrollo temprano y factores de riesgo: Este modelo considera, factores estresantes, características familiares y los patrones familias. Este último tiene relación con la calidad de intercambio que tienen los padres y el niño, las experiencias de este, organizadas por la familia y las medidas ambientales que apuntan a mejorar la salud y seguridad del niño. Esto relacionado con las características propias de los padres y las características estresantes del niño que no se relacionan con su alteración. Este último puede distorsionar la dinámica familiar.(5)

Guralnick clasifica estos factores en cuatro categorías, cito: *“necesidades de información que surgen como consecuencia de la alteración del niño; angustia interpersonal y familiar: reacciones que surgen con motivo de la alteración del niño, problemas de pareja, reacciones negativas de personas próximas a la familia; necesidades de recursos; pérdida de confianza en la propia capacidad para sacar adelante a un niño con problemas”*.(37)

Guralnick propone, además, que el programa de intervención debe tener en cuenta el apoyo de recursos, sociales (agrupaciones de padres, orientación familiar, amigos, redes comunitarias, servicios de información) y bases sólidas en cuanto a la relación entre profesionales y padres. (37)

Teniendo en cuenta las características de los modelos definidos anteriormente, se puede observar que poseen numerosos puntos en común. Principalmente coinciden en la importancia de los intercambios socio-comunitarios del niño con su medio, siendo este un aprendiz activo en un contexto natural a través de la realización de actividades orientada a objetivos, y funcionales que tengan sentido para el individuo.

### 3.5. Instrumentos de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Chile.

En el desarrollo humano se pueden distinguir principalmente dos tipos de cambios: los cuantitativos que corresponde a la cantidad de cambios en el niño, que tienen que ver con el desarrollo físico y el cualitativo que hace referencia a la aparición de nuevos fenómenos que se suelen expresar a través de la conducta. En el desarrollo cualitativo se suele diferenciar al menos 5 componentes: motor, cognitivo, del lenguaje, emocional y social.(50)

Como bien se ha mencionado anteriormente, el Síndrome de Down, si bien posee características comunes, su desarrollo y el tiempo en adquisición los hitos psicomotores pueden tener importantes variaciones. La evaluación del desarrollo entonces no debe centrarse solamente en el cumplimiento de ciertas actividades a cierta edad. La observación del evaluador toma un rol importante, ya que debe atender especial atención a cómo el niño o niña se desenvuelve en su propio espacio y en relación con su entorno.

En este contexto, durante los años noventa, se crearon las normas y se implementó el Programa de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor en niños menores de seis años (51), que utiliza como base a instrumentos estandarizados a nivel nacional y el uso de una escala de tamizaje clínico:). Estos son el Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 2 años (E.E.D.P) y el Test del Desarrollo Psicomotor de 0 a 5 años (TEPSI)(52)

Estos instrumentos se utilizan en todo el país y son parte de la revisión rutinaria de salud en el marco Control del Niño Sano.

#### 3.5.1. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, fue elaborada por las psicólogas S. Rodríguez, V. Arancibia y C. Undurraga. Esto representó el primer instrumento de medición del desarrollo estandarizado en la población chilena, específicamente en lactante, utilizando una metodología ajustada a las más estrictas normas científicas.(53)

Se aplica a los 8 y 18 meses, y evalúa el DSM entre los 0 y 2 años.

Considera 4 áreas del desarrollo: motora, lenguaje, social y coordinación. Cada edad considera 5 ítems, los que al integrarse generan un *coeficiente de desarrollo*, que según su resultado categoriza el DSM del lactante como:

- normal (mayor o igual a 0.85),
- rezago (normal pero con algún área deficitaria),
- riesgo (entre 0.84 y 0.70)
- retraso (menor o igual a 0.69). (Ver Anexo 1)

### 3.5.2. Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI):

El test fue creado en 1985 y su última edición (16°) corresponde al año 2013. Fue creado por las psicólogas chilenas Margarita Haeussler y Teresa Marchant, docentes del departamento especial de la universidad de Chile, como respuesta a la necesidad de contar con un instrumento de medición se refleje efectivamente las características del desarrollo de los niños de una región o país.(54)

Se aplica a los 3 años y evalúa el DSM entre los 3 y 5 años.

Considera 3 áreas del desarrollo: coordinación, lenguaje y motricidad. Al igual que para EEDP, la integración de la evaluación de estas áreas genera un número llamado puntaje T, que categoriza el DSM del niño como:

- normal (puntaje T mayor o igual a 40),
- rezago (normal con algún área deficitaria),
- riesgo (30-39)
- retraso (menor o igual a 29).

(Ver Anexo 2)

Tanto EEDP como TEPSI fueron creadas en base a población chilena.(55)

### 3.5.3. Cuestionario de detección del autismo en niños y niñas pequeños - revisado (M-CHAT-R/F)

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA) en niños con edades comprendidas entre 18 y 60 meses. Consta de una serie de 20 preguntas sobre el comportamiento del niño. No es una prueba diagnóstica (el diagnóstico de autismo es clínico) sino una forma de detectar signos de alarma cuando la conducta de la menor muestra diferencias significativas con la conducta esperada para su edad.(56)

(Ver Anexo 3)

## 4. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Considerando los datos mencionados anteriormente, extraídos de fuentes nacionales y de artículos científicos se puede concluir que el Síndrome de Down es una condición que engloba un sinnúmero de variables que se deben considerar al momento de intervenir con un programa que permite mejorar su calidad de vida y estado de salud. En general, el déficit de estimulación en niños con Síndrome de Down se debe a diversas razones y para poder dilucidar cuales son las posibles causas que contribuyen al desarrollo de la problemática se utilizó el Diagrama de Ishikawa o también conocido como Diagrama de Espina de Pescado.

La priorización de problemas se llevó a cabo con una matriz decisional, en la cual se evaluaron según magnitud, gravedad, eficacia y factibilidad.

### 4.1. Diagrama de Ishikawa.



Fuente: Elaboración propia.

La ausencia de un programa público de Atención Temprana en el Síndrome de Down toma especial importancia en Chile, ya que como se mencionó anteriormente, la prevalencia en este país de este síndrome es mayor al promedio de Latinoamérica; esto debido al aumento de la edad materna y ausencia de ley de aborto libre; y representa la principal causa genética de discapacidad intelectual. Por otro lado, en Chile se ha visto que la Atención Temprana en estos niños/as es iniciado por lo general de forma tardía, esto por numerosas hospitalizaciones en los primeros años de vida y también una de las razones de que esto suceda es porque tenemos un usuario (padres, tutores, familiares, niño o niña) que no es consciente del impacto que tiene la Atención Temprana en la estimulación del desarrollo de un niño/a con Síndrome de Down, ya sea porque nadie le ha dado los conocimientos necesarios o por otras causas.

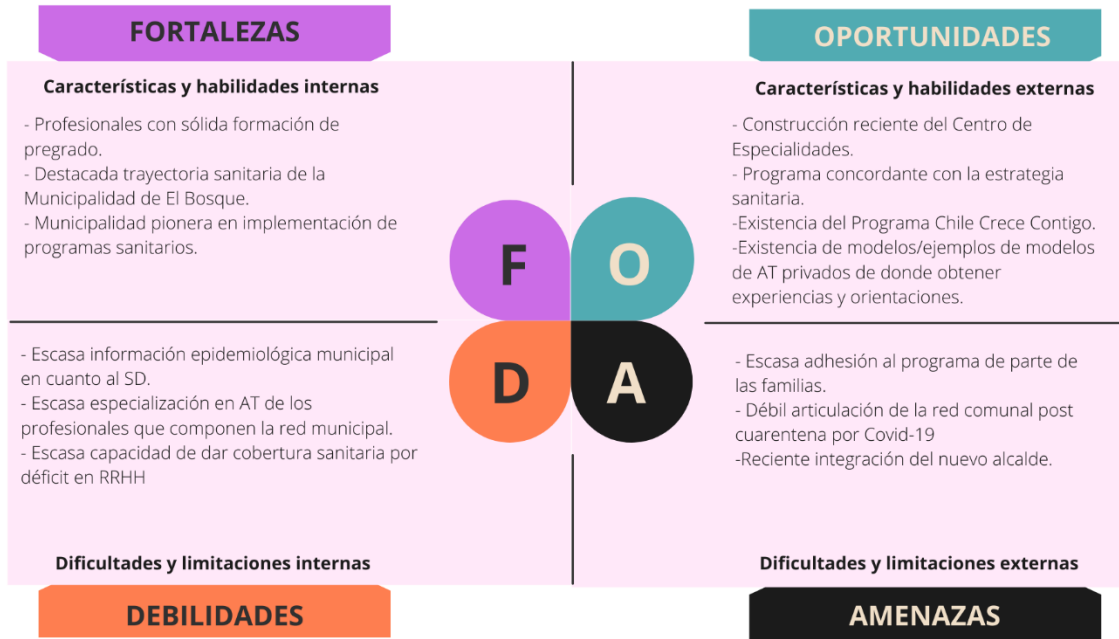
Por otro lado, existe desconfianza de parte de padres más experimentados hacia los profesionales de salud de atención primaria o que no pertenezcan al nivel secundario, donde por lo general se llevan a cabo todas las actividades de salud de estos niños, incluyendo las preventivas, con una intervención muy paternalista y poco transdisciplinaria. Esto podría deberse a que los sanitarios del sector primario de salud, al no estar familiarizados con los niños/as con síndrome de Down, debido a que estos se atienden en el nivel secundario, no tienen la necesidad de interiorizarse en las características de este síndrome y de las particulares necesidades de salud que poseen.

#### 4.2. Matriz decisional.

PROBLEMA	MAGNITUD	GRAVEDAD	EFICACIA	FACTIBILIDAD	TOTAL
Ausencia de programas de AT en el niño con SD públicas	5	5	5	4	19
Profesional no capacitados en AT	3	5	5	5	18
Profesionales no familiarizados con el SD	3	5	5	5	18
Ausencia de infraestructura	5	5	5	3	18
Ausencia de trabajo transdisciplinario	4	4	5	5	18
Desconocimiento de los padres de la importancia de la AT	3	5	5	5	18
Características específicas en el SD	5	5	5	3	18
Derivaciones excesivas al nivel secundario	5	3	5	4	17
Inicio tardío de AT en niños/as chilenos con SD	3	5	5	4	17
Centros de salud colapsados	5	5	5	1	16
Desconfianza de los padres a los profesionales	3	3	4	4	14
No existe Ley de aborto libre en Chile	5	5	1	1	12
Causa genética más frecuente de la discapacidad intelectual	5	3	3	1	12
Alta prevalencia de nacimientos de niños con SD en Chile	5	3	3	1	12
Aumento de la edad materna	5	3	3	1	12
Hospitalizaciones recurrentes	3	5	1	1	10

*Fuente: Elaboración propia.*

### 4.3. Análisis DAFO.



Fuente: Elaboración propia.

## 5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

### 5.1. Objetivo General.

Potenciar la capacidad de desarrollo y de bienestar en los preescolares con Síndrome de Down, permitiendo, de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

### 5.2. Objetivos Específicos.

1. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas con el fin de reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y de que mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.
3. Enriquecer el medio en que se va a desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
4. Llevar a cabo una acción preventiva para frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos.
5. Coordinar con Centros de Salud Familiar la referencia y contrarreferencia de la población objetivo.



### 5.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

**ODM 4:** Reducir la mortalidad infantil.

### 5.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible

**ODS 3:** Salud y Bienestar.

**ODS 10:** Reducción de las Desigualdades.

**ODS 17:** Alianzas para lograr Objetivos.

## 5.5. Actividades para alcanzar cada objetivo.

Objetivo n°1: Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas con el fin de reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.

Actividades:

- Evaluación del Desarrollo Psicomotor
- Evaluación riesgo biopsicosocial
- Diseño y monitoreo plan de estimulación para cada niño(a).
- Estimulación sensorio motriz.
- Estimulación del lenguaje
- Intervención en procesamiento/integración sensorial
- Taller de estimulación del desarrollo motor.
- Taller de juego saludable.
- Evaluación e intervención en actividades de la vida diaria, acordes al desarrollo del niño(a).

Objetivo 2: Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y de que mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.

- Taller de habilidades/competencias parentales.
- Escuela para padres: habilidades/competencias parentales; de vínculo afectivo, fortalecimiento apego seguro y cuidado sensible; estimulación temprana integral; fortalecimiento apego seguro y cuidado sensible; autocuidado; crianza positiva
- Fortalecimiento red de apoyo, creación de grupos de padres.
- Evaluar Sobrecarga del cuidador: Zarit.
- Intervención con díada, tríada o grupo familiar.
- Entrevistas con el profesional de cabecera.

Objetivo 3: Enriquecer el medio en que se va a desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.

- Adecuación de espacios físicos en el hogar.
- Visita Domiciliaria Integral.
- Participación en la confección del plan de intervención

Objetivo 4: Llevar a cabo una acción preventiva para frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos.

- Realizar controles de salud del niño en el establecimiento, llevar a cabo las derivaciones al Inter sector según corresponda.

Objetivo 5: Coordinar con Centros de Salud Familiar y activos de salud de la comuna la referencia y contrarreferencia de la población objetivo

- Reuniones con las diferentes entidades sanitarias comunales para presentación del programa.
- Asistencia a las reuniones de Chile Crece Contigo a nivel comunal.

## 6. ADECUACIÓN AL PLAN DE SALUD:

### 6.1. Estrategia Nacional de Salud Para los Objetivos Sanitarios 2022 – 2030.

A cargo del Ministerio de Salud de Chile, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria y Departamento Estrategia Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Salud es la hoja de ruta que encamina y guía las acciones de este sector, donde se plantean las opciones de las que se dispone para asumir los desafíos que impone esta nueva década, con el fin último de mejorar la calidad de vida de todos los chilenos.

Los Objetivos Sanitarios 2021-2030 se dividen en siete ejes estratégicos (*Figura n°1*): Medio Ambiente y Entornos Saludables; Estilos de Vida; Enfermedades Transmisibles; Enfermedades No Transmisibles; Funcionamiento y Discapacidad; Emergencias y Desastres; y Gestión, Calidad e Innovación, que contienen un total de cuarenta y dos temáticas.

Tiene como piedra angular el Enfoque de Equidad, Perspectiva de Curso de Vida, Modelo de Salud Integral e Intersectorialidad.

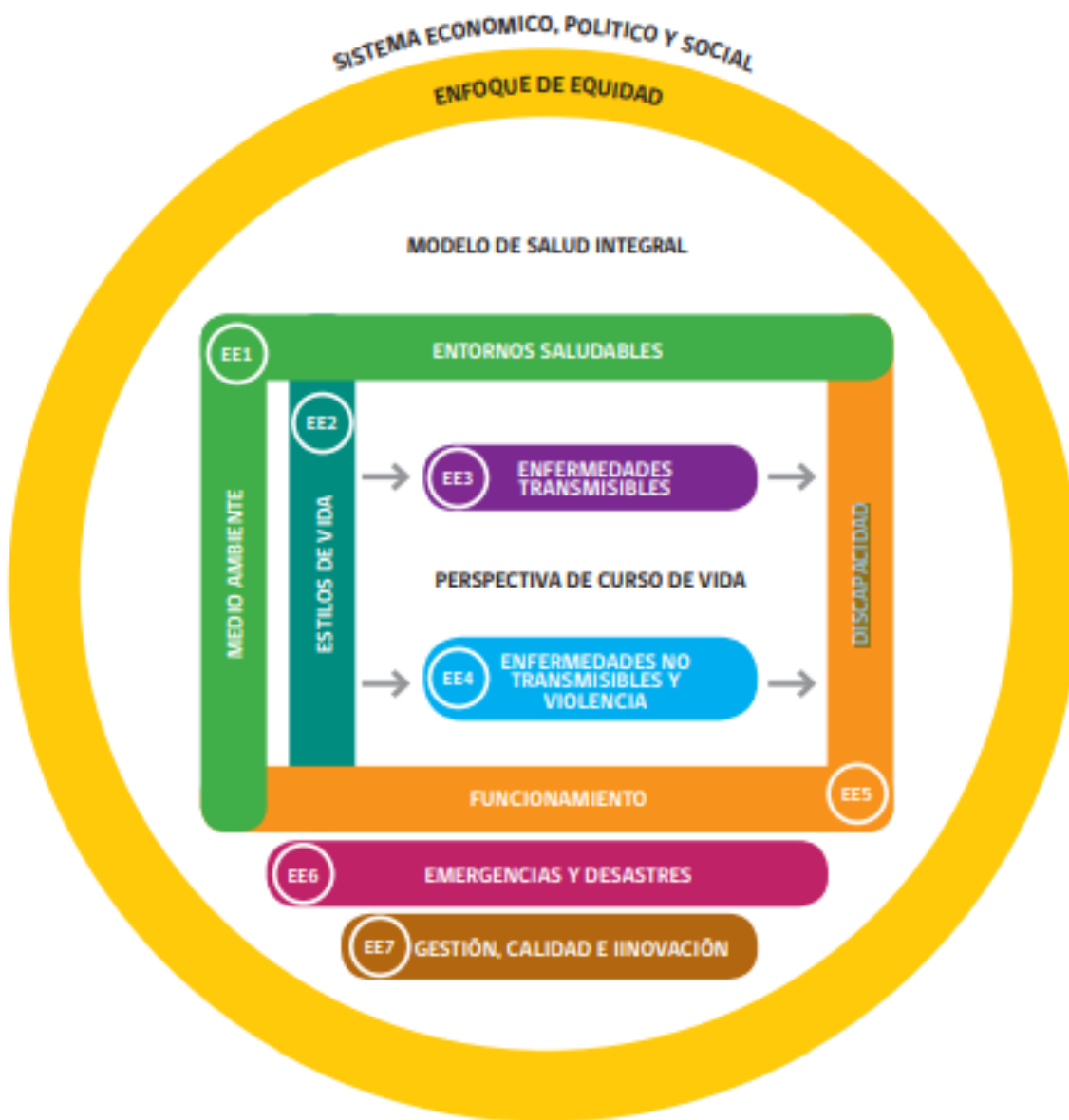
**Equidad:** Se deben utilizar métodos para evitar diferencias injustas y evitables en salud en personas y grupos poblacionales a través de la identificación y abordaje de los determinantes sociales de la salud.

**Curso de vida:** A lo largo de la vida es crucial procurar salud y bienestar, por medio de la construcción de un sistema de cuidados y protección durante etapas y momentos críticos que propicien un trayecto de vida saludable con un mayor bienestar.

**Modelo de salud integral:** Se deben crear condiciones orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, proponiendo un modelo de cuidado integral que permita la mantención de la salud en las mejores condiciones posibles y de la mejoría del estado actual, en caso de enfermedad. Esto teniendo en cuenta la promoción, prevención, participación y calidad de la oferta de salud.

**Intersectorialidad.** La vinculación de diferentes actores es primordial, por esta razón es crucial realizar un trabajo transdisciplinario, estableciendo estrategias de colaboración a través de la planificación, programación, implementación y evaluación de acciones conjuntas. (57)

Figura n°1: Ejes Estratégicos y Componentes Transversales Estrategia Nacional de Salud 2021-2030.



Fuente: Departamento Estrategia Nacional de Salud.(57)

## 6.2. EJE 5: Funcionamiento y Discapacidad.(57)

**Situación epidemiológica en el mundo:** Según la OMS, respecto a la discapacidad en los niños, el Estudio de Carga Mundial de Morbilidad de la OMS, estima que hay 95 millones de niños con alguna discapacidad (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad:** Refiere que las personas con discapacidad son *“aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*. Es así como la discapacidad está supeditada a las condiciones sociales y ambientales que rodea a estos individuos. (7)

**La Convención sobre los Derechos del Niño:** En esta se ordena que es deber del Estado garantizar a los niños el derecho a la vida, la libertad de expresión, a la identidad, a la salud, a la educación, a la recreación, al descanso, al desarrollo físico, mental, social, moral espiritual, calidad de vida y a ser protegido de abusos. (58)

**Programas y políticas del país:** Es relevante mencionar el subsistema Chile Crece Contigo(59), el cual fue creado en el año 2007 y está conformado por los siguientes programas que son de interés: Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). A través de la articulación de diversos programas, iniciativas, se genera alrededor del niño y su familia una amplia red de apoyo que le acompaña hasta los 9 años de vida.

Dentro de la misma línea destaca el Programa Nacional de Salud de la Infancia, el que, a través de la Supervisión de Salud Integral, ofrece un conjunto de prestaciones y acciones que acompañan y vigilan la trayectoria de crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas.

**Objetivo al 2030:** *“Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad”*.

## Resultados Esperados:

- *“Fortalecer la confirmación diagnóstica de los niños y niñas pesquisados con alteraciones del desarrollo.*
- *Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.*
- *Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural.*
- *Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.*
- *Disminuir la brecha en la evaluación e intervención del desarrollo de niños o niñas pertenecientes a pueblos indígenas y migrantes”*

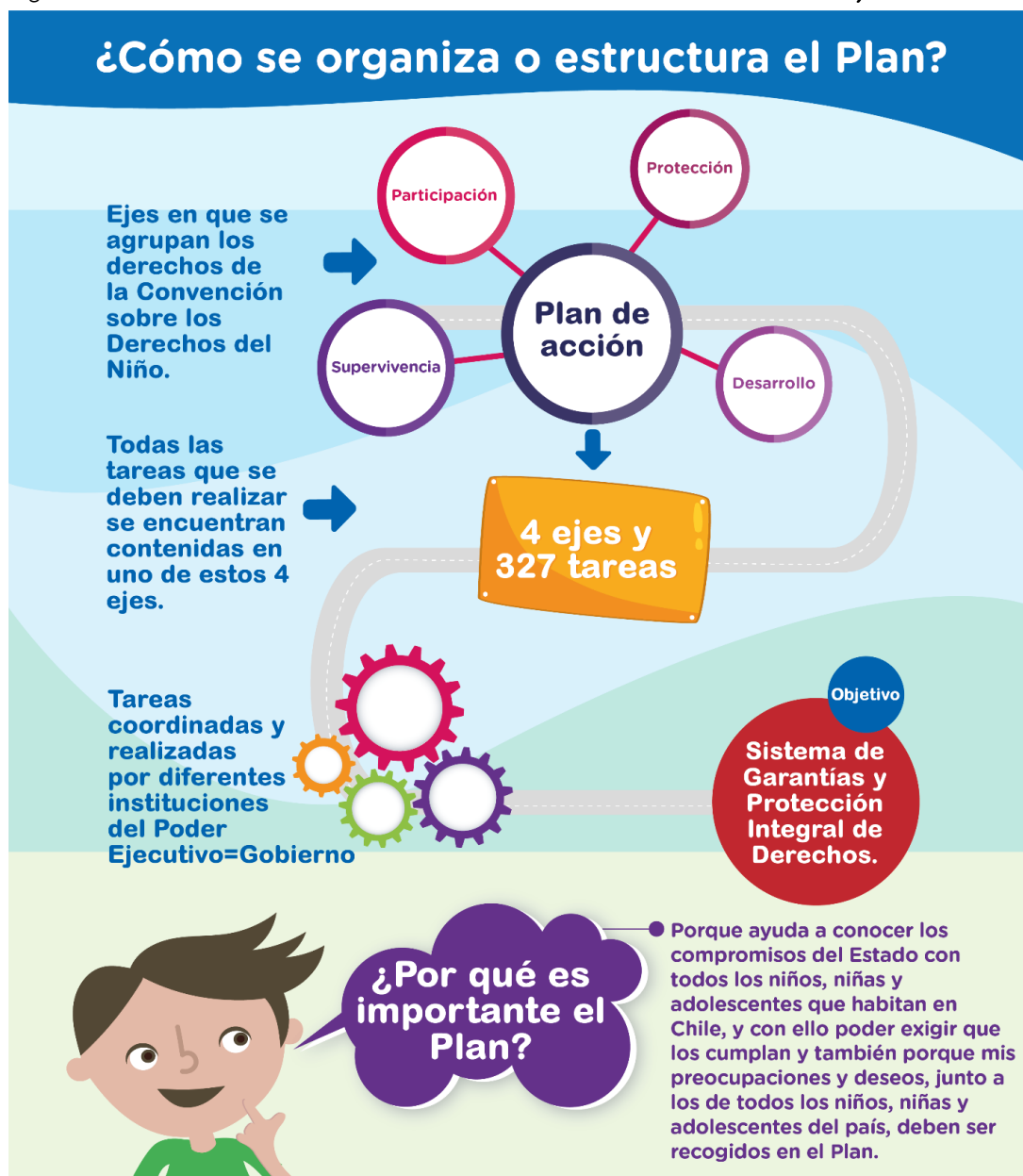
### 6.3. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025(60)

La finalidad de este plan que otorgar a los niños, niñas y adolescentes, las condiciones que aseguren el ejercicio de sus derechos, sin distinciones con el objetivo de que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades.

La estructura de este plan se basa en cuatro ejes principales: Supervivencia, Participación, Protección y Desarrollo. Bajo esta premisa, este programa de Atención Temprana se enmarca en este último, el resultado estratégico n° 6 “Desarrollo Integral”. (Figura n°2)

Una de las líneas de acción es el fortalecimiento de la ruta de acompañamiento del Subsistema Chile Crece Contigo para la detección, registro, derivación, atención, resolución y seguimiento de casos, con énfasis en niños, niñas y adolescentes separados de su medio familiar, en situación de discapacidad y migrantes a través de la elaboración de protocolo para la detección oportuna de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en CHCC y programa control sano. Lo cual se ve reflejado en la Orientación Técnica para el manejo integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS).(61)

Figura n°2: Estructura del Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025.



Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025



Fuente: Gobierno de Chile.(60)



## 7. CARACTERIZACIÓN DE LA LOCALIDAD Y POBLACIÓN OBJETIVO.

### 7.1. Caracterización de la localidad y enfoque sanitario comunal.

El Bosque es una comuna ubicada en el sector sur de la ciudad de Santiago, capital de Chile. Su primer alcalde fue Sadi Melo Moya, quien la dirigió desde 1991 hasta 2021. Actualmente, Manuel Zúñiga Aguilar.

Según el Censo 2017, la comuna está poblada por 162.505 habitantes, de los cuales el 100% pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), que corresponde al sistema público de salud del país.

Del total de habitantes, 14225 corresponden a niños y niñas de 0 a 6 años, de los cuales 257 poseen algún grado de discapacidad(62). Actualmente no se encuentra disponible un catastro de la cantidad de niños con SD pertenecientes a la comuna de El Bosque.

En cuanto a la organización sanitaria, esta localidad se encuentra dividida en 6 sectores (zonas) Comunales de salud, cada una provista de un Centro de Salud Familiar (CESFAM). Además, cuenta con Centros de Atención de Especialidad y una red de urgencia comunal. *(Figura n°3)*

#### Centros de Salud Familiar y Centros Comunitarios de Salud Familiar:

- CESFAM Dr. Mario Salcedo (Sector 1).
- CESFAM Dr. Haydée López (Sector 2).
- CESFAM Dr. Carlos Lorca Tobar (Sector 3).
- CESFAM Cóndores de Chile (Sector 4).
- CESFAM Santa Laura (Sector 5).
- CESFAM Canciller Orlando Letelier (Sector 6).
- Centro Comunitario de Salud Familiar Santa Laura.
- Centro Comunitario de Salud Familiar Los Sauces.

### Centros de Atención de Especialidad:

- Centro Comunitario de Salud Mental. (COSAM)
- Centro Integral De Atención para Adolescentes. (ALTER Joven)
- Centro de Atención Integral de Salud. (CAIS)
- Centro Comunitario de Rehabilitación Aliwen. (Atención adultos)
- Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. (UAPO)
- Farmacia Comunitaria.
- Centro Integral del Adulto Mayor. (Centro de Especialidades Médicas)
- Centro de Nutrición Infantil. (Centro de Especialidades Médicas)

El centro de Especialidades Médicas se comenzó a construir el año 2021 por iniciativa municipal, es un centro pionero en materia de activación territorial, comunitaria y salud integral y tiene como principal enfoque la vinculación comunitaria con el acceso a salud de calidad.

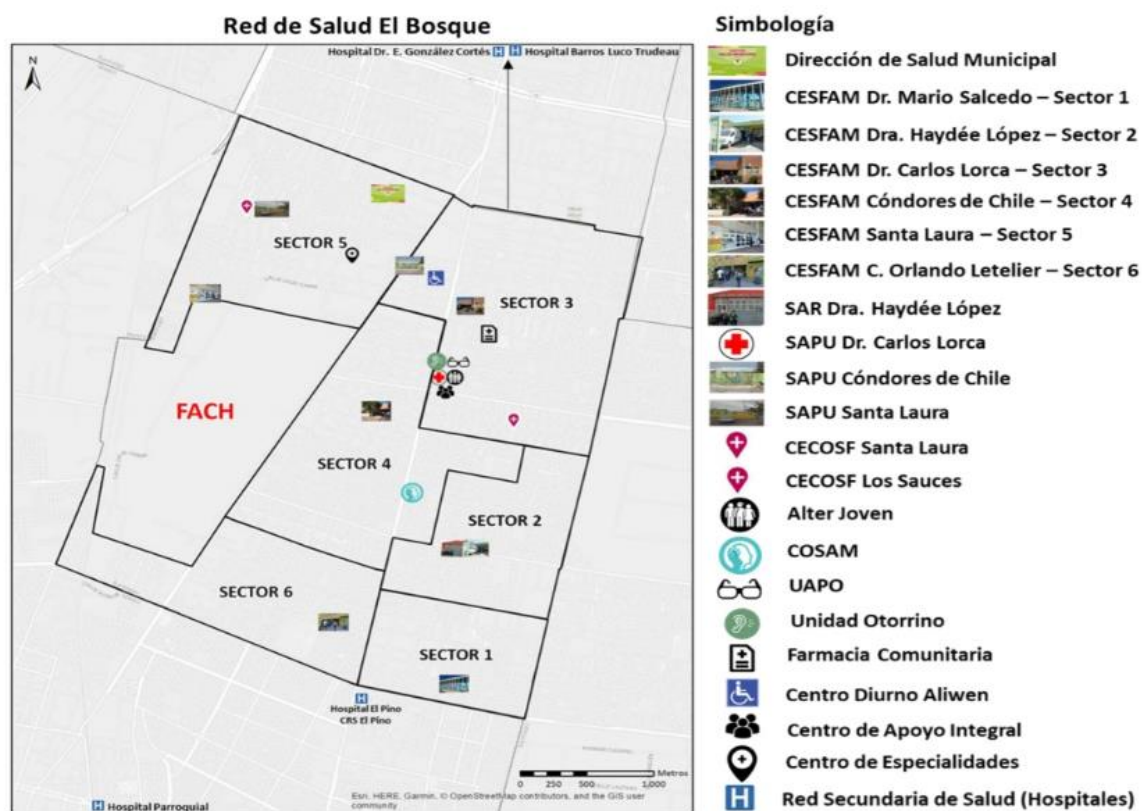
Cuenta con un equipo transdisciplinario de salud y medicinas integrativas, conformado por médicos, odontólogos, nutricionistas, kinesiólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos y profesor de educación física.

Toma vital importancia en este programa ya que es donde se plantea llevarlo a cabo.

### Red de Urgencia Comunal:

- Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) Santa Laura.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencias Cóndores de Chile.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencias Dr. Carlos Lorca.
- Servicio de Alta Resolución (SAR) Haydée López.

Figura n°3: Red de Salud de la comuna El Bosque.

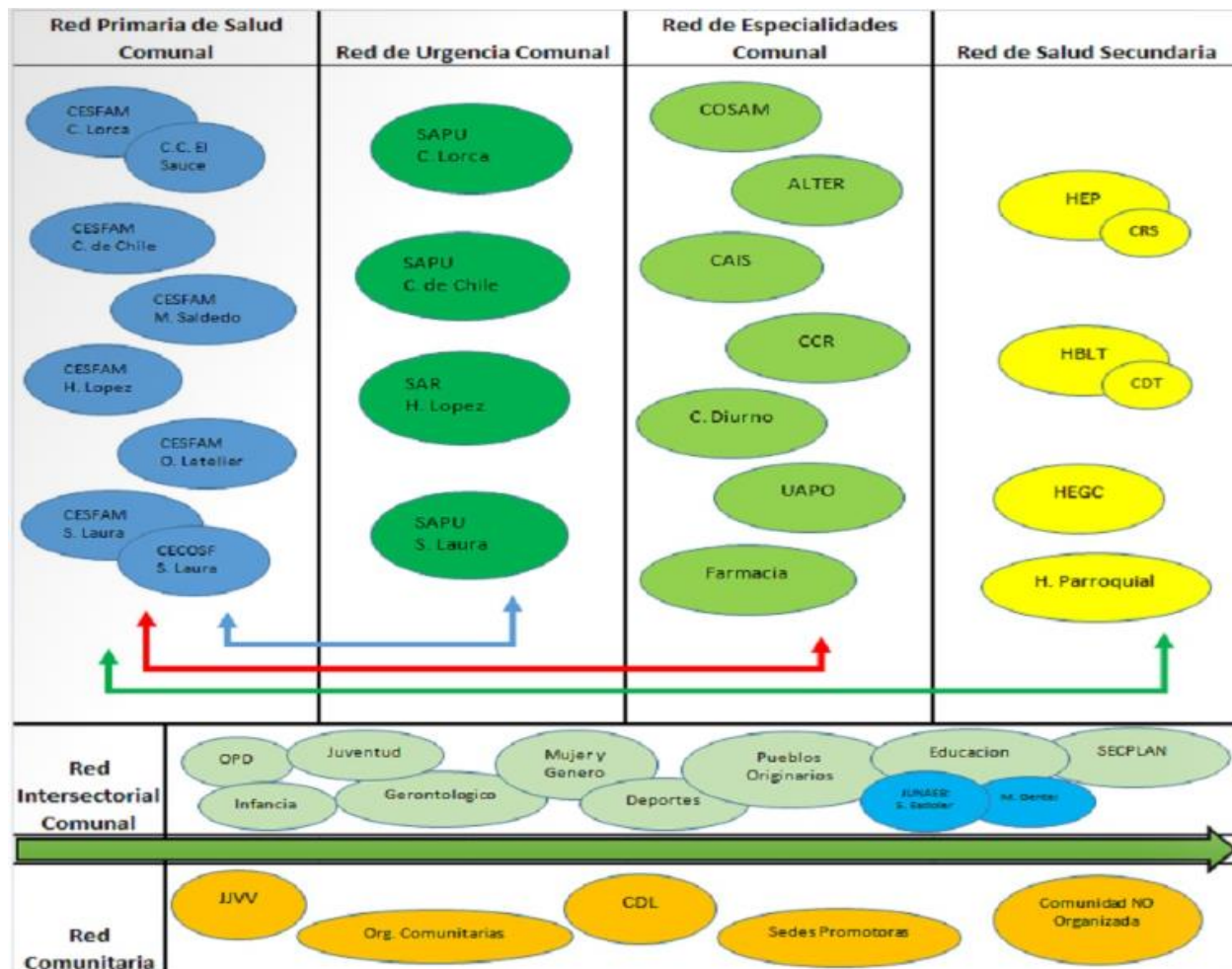


Fuente: Plan de salud comunal El Bosque 2021.(62)

La Red de Salud de El Bosque forma parte de la red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), por lo que la red de referencia y contrarreferencia desde y para la comuna es:

- Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (HBLT) con su respectivo Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Atención adultos.
- Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC). Atención pediátrica.
- Hospital y Centro de Referencia El Pino (HEP), con su respectivo Centro de Referencia Secundaria (CRS). Atención pediátrica y de adultos.
- Hospital Dr. Lucio Córdova.
- Hospital Parroquial de San Bernardo.

Figura n°4: Red integrada de Servicios de Salud de la Comuna El Bosque.



Fuente: Plan de salud comunal El Bosque 2021.(62)

JVV: Junta de Vecinos.  
 CDL: Consejo de Desarrollo Local.  
 OPD: Oficina de Protección de Derechos del Niño.  
 SECPLAN: Secretaría Comunal de Planificación.  
 JUNAEB: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

La política de Salud de El Bosque se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con Enfoque Familiar y Comunitario bajo un Sello institucional “Salud de Calidad para Todos y Todas” que incluya la equidad y la Salud como un derecho, por esto el sector sigue avanzando en la búsqueda de resultados vinculados a la anticipación del daño y el mantenimiento de la población sana a través de las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento de la coordinación de la Red.
- Fortalecer la Participación Social.
- Garantizar el trato amable y empático con los usuarios.
- Garantizar el uso eficiente de los recursos.
- Contribuir al desarrollo del Recurso Humano.

Esto implicó que se pasara de un modelo de atención biomédica hacia una intención con enfoque biopsicosocial, familiar e intersectorial.

*El MAIS “corresponde al conjunto de acciones que contribuyen a la atención eficiente, eficaz y oportuna, cuyo centro son las personas y sus necesidades en salud, que son consideradas en su integralidad física y mental como miembros pertenecientes a familias y comunidades en constante adaptación e integración a medios físicos, sociales y culturales. El MAIS está basado en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas y desde él emergen nueve ejes de acción: promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, intersectorialidad y territorialidad, calidad de la atención, centrado en atención abierta, participación social, tecnología, y desarrollo de las personas que trabajan en APS”.*(63)

Teniendo en cuenta la adecuación a la Estrategia Nacional de Salud Para los Objetivos Sanitarios 2022 – 2030 (apartado 5.1.) y el enfoque Sanitario (MAIS) de la Comuna, el Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor en Preescolares con Síndrome de Down se condice con la visión de ambos, puesto que es un programa orientado a la prevención secundaria de salud, ya que con la intervención temprana en este grupo de niños/as se busca prevenir o disminuir problemas derivados de la escasa estimulación del desarrollo en un síndrome que de por sí ya viene condicionado por problemas de salud, y un gran peso en cuanto a lo que respecta a los determinantes sociales de salud, provocando muchas veces la segregación e inequidad.

A través de un enfoque participativo, donde la intervención se lleve a cabo dentro de la localidad, incluyendo a los dispositivos de salud de la red comunal, se busca integrar a las familias en el proceso de la Atención Temprana, involucrándola en la toma de decisiones y otorgándole conocimientos y responsabilidades a través de la Escuela para Padres. Junto con ello, es imprescindible que el trabajo se realice fuera de los márgenes que impone el paternalismo médico, por lo que es necesario transitar hacia un enfoque transdisciplinario y biopsicosocial, tal cual el MAIS lo describe.

La integración de este programa a la Red de Salud se pretende realizar a través de la inclusión de este en la red de Especialidades Comunal (Figura n°4), específicamente el Centro de Especialidades Médicas, propiciando la participación de diferentes activos comunales a través de la referencia y contrarreferencia desde los centros de salud, hacia el programa y desde este hacia los diferentes dispositivos de salud con los que cuenta la comuna, según las necesidades del niño/a y familia. Contribuyendo con esto a aumentar la resolutiveidad en el sector primario, descongestionando la atención secundaria, pudiendo generar la oportunidad de empaparnos de lo que sea que los niños con este Síndrome nos puedan aportar en el crecimiento profesional, sanitario y social de la comuna. Es por esto también que es necesario incluir a los profesionales en los cursos de perfeccionamiento que otorga la Dirección de Salud Comunal (DISAM) para contribuir a la carrera funcionaria, sobre todo orientados a la práctica de la Atención Temprana ya que es una práctica que hace confluír a una diversidad importante de profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadoras de párvulos, psicólogos, etc.), por lo que el concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de diferentes especialidades y, por este motivo, la preparación de este colectivo implica tanto la formación académica en una disciplina específica, con una titulación de base, como la formación en un marco conceptual común a todas ellas.

## 7.2. Características de la población objetivo.

La población de referencia para el programa es: Niños y/o niñas con diagnóstico de Síndrome de Down de 0 a 6 años de la Comuna El Bosque.

### Criterios de Inclusión:

- Niño o niña con Síndrome de Down.
- Edad 0 a 5 años.
- Residencia en la Comuna El Bosque.
- Pertener al Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Inscrito en alguno de los CESFAM de la Comuna.

### Criterios de exclusión:

- Negación del tutor o tutora legal para participar del programa.
- Que el ingreso al programa suponga una sobre intervención (Asistencia regular a otro programa de atención temprana, por ejemplo: EDUDOWN, DOWN UP, Centro UC, etc.)
- Condición de salud, certificada por médico, que le impida realizar actividades de Atención Temprana.

La asignación de los cupos de atención se realizará de acuerdo con el orden de prioridad que se describe en la tabla n°2.

Tabla n°2: Priorización de cupos.

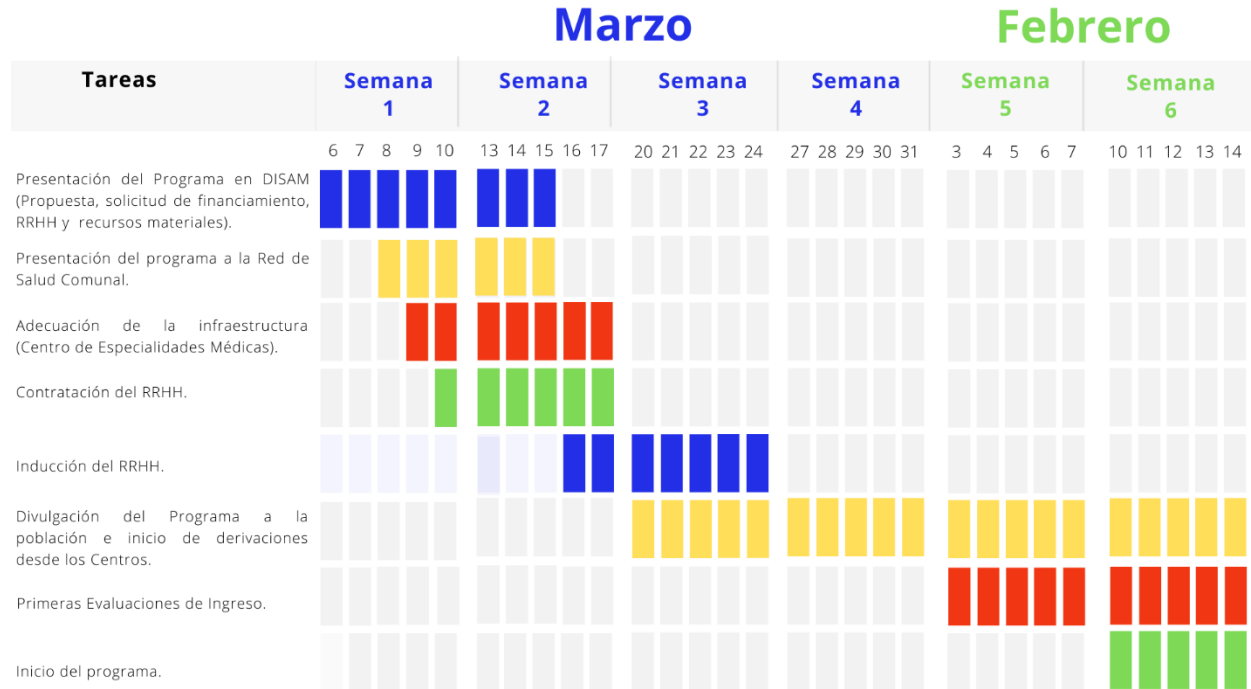
PRIORIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Alta reciente de hospitalización por cualquier causa. Puntaje Zarit >56 (Sobrecarga Intensa.) Pauta Riesgo Psicosocial alterada.
2	Sin antecedentes de hospitalización reciente. Puntaje Zarit entre 47-55 (Sobrecarga ligera) Pauta Riesgo Psicosocial alterada
3	Sin antecedentes de hospitalización previa. Puntaje Zarit <55 (Sin sobrecarga) Pauta riesgo Psicosocial alterada.
4	Sin ninguno de los antecedentes descritos.

Fuente: Elaboración propia.

## 8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

### 8.1. Cronograma de actividades administrativas.

Inicio Lunes 6 de marzo del año 2023.



En una primera instancia, la propuesta del Programa deberá presentarse a la señora Cecilia González, directora de la Dirección de Salud Municipal de El Bosque (DISAM), junto con a sus Departamentos de Control de Gestión; Técnico; de Administración; y de Gestión Estratégica. Dentro de los objetivos que tiene la DISAM se encuentran los siguientes que son pertinentes con el Programa:

1. Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones y programas relacionados con la salud.
2. Asesorar al o al alcalde/sa en la administración de los recursos humanos de los servicios de salud municipal.
3. Colaborar con la Dirección de Administración y Finanzas Municipal en la administración de los recursos financieros.
4. Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones relacionadas con la salud.
5. Administrar y coordinar la gestión de la atención primaria de salud en la comuna.
6. Entre otros.



La solicitud de reunión será realizada vía mail (ANEXO 4) institucional la dirección de correo *Cecilia González Moya* [cecilia.gonzalez@saludelbosque.cl](mailto:cecilia.gonzalez@saludelbosque.cl) el día 20 de febrero del año 2023, para requerir que la reunión se lleve a cabo el día 6 de marzo del mismo año. En ella se discutirán temas administrativos y de financiamiento, como lo son los objetivos del programa, la población a la cual está dirigida, el lugar donde se pretende realiza, los recursos materiales, recursos humanos, etc. Para luego el día 9 del mismo mes reunirnos con la red de salud comunal, específicamente con los centros de salud, el CAIS, la red de trabajo intersectorial Chile Crece Contigo, centros preescolares, la OPD, con el fin de establecer los ejes y protocolos de referencia y contrarreferencia (ANEXO 5), las pretensiones de trabajo en red y las contribuciones que este programa realizará con el trabajo que previamente se ha estado llevando a cabo en la comuna con respecto a la interdisciplinariedad y la involucración comunitaria.

Posteriormente, luego de los acuerdos realizados en las etapas anteriores, se iniciará con la adecuación de los boxes de atención en el Centro de Especialidades, instalando los materiales necesarios como ordenadores, materiales de estimulación, escritorios, materiales de oficina, etc.

El día 10 se iniciará con divulgación de la oferta de trabajo, evaluación de currículos, entrevistas y contratación del recurso humano, para luego iniciar con la inducción de este en el nuevo trabajo.

El día 20 de marzo se comenzará con la divulgación del programa a la población a través de pancartas en los centros de salud, la radio comunal, asistencia a las reuniones territoriales y junta de vecinos y derivaciones desde los diferentes centros (ANEXO 6).

En febrero se pretende realizar las primeras evaluaciones de ingreso de niños/as derivados desde los centros de salud o por consulta espontánea para luego dar inicio al programa como tal. (ANEXO 7)

## 9. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN.

### 9.1. Divulgación en Centros de Salud.

A través de la autorización previa de los directores/as de los Centros de Salud, se instalarán carteles informativos en las salas de espera. (ANEXO 6)  
Se espera también que, a través de los directores, y los encargados de los programas (especialmente infantil y Chile Crece Contigo) de los centros, se divulgue la información en las reuniones de equipo para que todo el personal sepa de la existencia del Programa, en cuanto a su funcionamiento y derivación

### 9.2. Divulgación en lugares públicos.

Una de las actividades que realizan los centros de salud son las llamadas “mesas territoriales” que corresponden a reuniones entre los profesionales y agentes comunitarios y se llevan a cabo en alguna sede vecinal, el objetivo de estas mesas territoriales es mantener un contacto estrecho entre el centro y su población, con el fin de obtener información de diferente índole desde las personas y también realizar comunicados importantes acerca del funcionamiento de la red de salud. Por lo tanto, se asistirá a las reuniones programadas para la divulgación del Programa y realizar inscripciones según corresponda.

También se pretende instalar carteles en lugares de alta circulación como mercadillos, iglesias, centros comunitarios, etc.

### 9.3. Divulgación en medios de comunicación local.

A nivel de medios de comunicación, el Programa será divulgado a través de las redes sociales de la Municipalidad de El Bosque y de la Dirección de Salud Municipal (ANEXO 8)

## 10. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

### 10.1. Principios básicos de la atención temprana:

Los profesionales involucrados deberán orientar sus acciones de acuerdo a los siguientes principios básicos:

- 1 Consideran a la familia como el principal agente de cambio.
- 2 Conocen que el aprendizaje efectivo ocurre en contextos libres de estrés y adecúan sus intervenciones a ello.
- 3 Ejecutan la intervención de acuerdo a un plan de trabajo, específico y personalizado para cada niño/a.
- 4 Conocen que el desarrollo ocurre en un contexto de relaciones y consideran la relación con el cuidador principal como un eje esencial de la intervención
- 5 Conocen que cada niño/a tiene ritmos y características individuales que deben ser consideradas en el plan de intervención.
- 6 Conocen las características de una estimulación adecuada, evitando tanto la sub-estimulación como la sobre-estimulación del niño(a).
- 7 Conocen que la estimulación adecuada en esta etapa tiene efectos a corto, mediano y largo plazo, ya que se realiza en un período sensitivo para el desarrollo cerebral.
- 8 Valoran el rol de las redes de apoyo y de las acciones de conexión con estas como parte esencial de la intervención.

*Fuente: Orientaciones Técnicas MADIS, Ministerio de Salud de Chile.(64)*

## 10.2.Etapas de la atención:

### 10.2.1.Ingreso.

Objetivo: Acoger, conocer al niño y a la familia. Iniciar vínculo terapéutico.

Rendimiento: 2 horas.

Actividades:

- Primera entrevista con los padres/tutores.
- Asignar profesional de cabecera, el cual representará la conexión estable entre la familia y centro y será la figura de referencia de este.
- Realizar anamnesis próxima y remota de antecedentes médicos del niño o niña.
- Aplicación de pautas: ZARIT (ANEXO 9), RBPS (ANEXO 10).
- Conocer expectativas y presentación de objetivos y etapas del programa.
- Entrega de contenidos básicos:
  - ✓ Desarrollo infantil y la importancia del desarrollo cerebral en la primera infancia.
  - ✓ Importancia de cómo la calidad de las interacciones y relaciones del padre, madre y cuidadores influyen positiva o negativamente en el desarrollo infantil.
  - ✓ Tarjeta de asistencia: Escriba fecha y hora de la próxima sesión.
- Exponer las inmediaciones del centro y presentar al equipo transdisciplinario.

Responsable: Profesional de cabecera asignado.

### 10.1.1.Evaluación:

Objetivo: Conocer el estado de salud/desarrollo del niño o niña

Rendimiento: 2 horas.

Actividades:

- Aplicación de escalas del desarrollo psicomotor: TEPSI o EEDP, según corresponda.
- Realizar examen físico.
- Aclarar dudas o inquietudes.

Responsable: Médico

### 10.1.2. Visita domiciliaria integral:

Objetivo: Evaluación/diagnóstico familiar del niño(a)

Rendimiento: 2 horas.

Actividades:

- Conocer detalles de la rutina del niño(a):
- Conocer quienes cuidan al niño(a)
- Conocer la estructura de las 24 horas de vida del niño(a): horas de sueño diurno, sueño nocturno, tipo de alimentación, horas de alimentación, prácticas de higiene, momentos problemáticos de la crianza cotidiana.
- Conocer la calidad y cantidad de tiempo compartido: juego, rituales, actividades de estimulación y/o recreación, interacciones, lenguaje recibido.
- Estimar las competencias parentales en funciones básicas: función de consuelo, función de protección y función de exploración.
- Aplicación Inventario HOME. (65)

Responsable: Trabajadora Social.

### 10.1.3. Elaboración de un plan de acción individualizado:

Objetivo: Elaborar un plan de acción pertinente y adecuado a las necesidades del niño(a) y su contexto familiar-social.

Rendimiento: 1 hora por cada plan para cada niño/a.

Actividades:

- Reunión con el equipo transdisciplinario con los antecedentes recaudados en las etapas anteriores.
- Establecer objetivos.
- Establecer el tipo y la cantidad de sesiones orientadas al desarrollo del niño (elección de sesiones individuales, sesiones grupales, talleres grupales, visita domiciliaria en caso de aplique.) descritas en la tabla n°3.
- Establecer el tipo y la cantidad de actividades orientadas a los padres/tutores y familia.
- Activar red de apoyo con el fin de gatillar prestaciones sanitarias garantizadas, pertinentes y disponibles en la red comunal.

Responsables: Equipo transdisciplinario de Atención Temprana.

#### 10.1.4.Acuerdos

Objetivo: Consensuar el plan de acción de acuerdo con los objetivos y expectativas de los familiares.

Rendimiento: 1 hora.

Actividades:

- Segunda entrevista entre profesional de cabecera y padres/tutores.
- Presentación de la propuesta de plan de acción.
- Considerar rutinas y horarios familiares.
- Establecer deberes y responsabilidades de parte de ambos sectores: Equipo de AT y familia.
- Reajustar plan con equipo transdisciplinario.

#### 10.1.5.Inicio de la intervención

Objetivo: Entregar al niño(a) y a la familiar las herramientas y atenciones necesarias para potenciar el desarrollo y bienestar.

Rendimiento: Según plan/sesiones escogidas por los profesionales involucrados y padres/tutores.

Actividades (tabla n°3):

- Sesiones individuales.
- Talleres grupales.
- Escuela de Padres.
- Controles complementarios de salud.
- Visitas Domiciliarias.
- Entre otras.

Responsable: Equipo transdisciplinario, según corresponda a la actividad planificada.

#### 10.1.6. Evaluación-retroalimentación.

Se recomienda realizar esta evaluación cada 3 meses como mínimo durante la estancia del niño(a) en el programa.

Objetivo: Evaluación del curso del plan de acción con el fin de readecuar actividades según corresponda.

Rendimiento: 45 minutos por cada plan para cada niño/a.

Actividades.

- Reunión con equipo transdisciplinario.
- Evaluar el logro de objetivos.
- Evaluar la efectividad y recepción de las actividades planificadas.
- Ajustar el plan según los antecedentes dentro del marco de lo ya establecido anteriormente con el fin de no afectar en gran medida la dinámica familiar con la readecuación del plan.

Responsable: Equipo transdisciplinario.

#### 10.1.7. Fin de la atención por cumplimiento de edad u otro motivo

Objetivos: Reconocer avances y aspectos positivos del desarrollo del niño(a) y familiares.

Rendimiento: 1 hora.

Actividades:

- Realizar un recuento de hitos durante el ciclo de atención.
- Visualizar el estado inicial y final del niño(a)
- Destacar aspectos positivos de la participación familiar y avances del niño(a).
- Activar red de apoyo con programas orientados al desarrollo con Síndrome de Down (Fundaciones, centros diurnos, etc.).
- Ofertar apoyo.
- Entregar material de apoyo escrito y visual.
- Despedida.

Responsable: Profesional de cabecera.

### 10.3.Descripción de las prestaciones del programa.

En el punto n°4 “Elaboración de un plan individualizado”, como ahí se describe, el equipo transdisciplinario, luego de haber realizado una evaluación holística de los diferentes aspectos que rodean el niño, realizan un plan de intervención de acuerdo con las necesidades del infante y su familia, escogiendo entre las actividades que se describen en la tabla n°3 y teniendo en cuenta las recomendaciones en cuanto al número de sesiones semanales según edad descritas en la tabla n°4. Una vez elaborado el plan de intervención, éste es consensuado con los padres/tutores para luego realizar un calendario de actividades.

Paralelo al plan de intervención, considerando que el estado de salud es imprescindible para un desarrollo óptimo de los niños, se contará con controles realizados por médico y enfermera que se llevarán a cabo durante todo el proceso, acompañando al niño y a su familia. La supervisión constará de mediciones antropométricas, consejerías, derivaciones (según corresponda) y examen físico orientado a los problemas de salud que comúnmente poseen los niños o niñas con Síndrome de Down. Esta actividad se describe en la tabla n°5.



Tabla n°3: Descripción del tipo de actividades.

SESIONES DEL PLAN INDIVIDUALIZADO						
PROFESIONAL	TALERES/SESIONES	EDAD IDEAL	LUGAR	CÓDIGO	RENDIMIENTO	MODALIDAD
EDUCADORA DE PARVULOS	Taller grupal fomento de juego interactivo	6 a 24 meses	CENTRO	TGJI	2	TALLERES GRUPALES
FISIOTERAPEUTA	Taller grupal de fomento de posición prona	2 a 8 meses	CENTRO	TGFPP	2	
LOGOPEDA	Taller grupal de fomento temprano de lenguaje	3 a 24 meses	CENTRO	TGFTL	2	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Taller de fomento de interacciones cara a cara	3 A 10 MESES	CENTRO	SIFCC	1	SESIONES INDIVIDUALES
EDUCADORA DE PARVULOS	Taller de estimulación temprana integral.	TRANSVERSAL	CENTRO	SIETI-EP	1	
LOGOPEDA	Desarrollo integral, fomento de hitos del desarrollo.	TRANSVERSAL	CENTRO	SIDI-L	1	
FISIOTERAPEUTA	Taller de actividad física para mantención de peso normal.	2 a 5 años	CENTRO	SIAF	1	
ENFERMERA	Clínica de Lactancia	0 a 2 años	CENTRO	CL	1	
FISIOTERAPEUTA	Desarrollo integral, fomento de hitos del desarrollo.	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-F	1	VISITA DOMICILIARIA
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Desarrollo integral, fomento de hitos del desarrollo.	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-TO	1	
EDUCADORA DE PARVULOS	Adecuación de espacios físicos en el hogar.	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-EP-1	1	
EDUCADORA DE PARVULOS	Evaluación e intervención en actividades de la vida diaria, acordes al desarrollo del niño(a)	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-EP-2	1	
TRABAJADORA SOCIAL	Intervención con diada, triada o grupo familiar.	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-TS	1	
FISIOTERAPEUTA	El desarrollo en un niño con Síndrome de Down.	TRANSVERSAL	CENTRO	E-DSD	2	ESCUELA PARA PADRES
FISIOTERAPEUTA	Cómo estimular y la importancia de no sobre estimular	TRANSVERSAL	CENTRO	E-ES	2	
ENFERMERA	Taller de seguridad y prevención de accidentes	TRANSVERSAL	CENTRO	E-SPA	2	
EDUCADORA DE PARVULOS	Taller grupal de construcción de juguetes caseros	TRANSVERSAL	CENTRO	E-CJC	2	
PSICOLOGO	Fortalecimiento red de apoyo.	TRANSVERSAL	CENTRO	E-FRE	2	
TRABAJADORA SOCIAL	Taller de crianza	TRANSVERSAL	CENTRO	E-TC	2	
PSICOLOGO	Taller de autocuidado del adulto.	TRANSVERSAL	CENTRO	E-TAC	2	
PSICOLOGO	Taller de habilidades/competencias parentales.	TRANSVERSAL	CENTRO	E-THP	2	
PSICOLOGO	Taller de vínculo afectivo, fortalecimiento apego seguro y cuidado sensible.	TRANSVERSAL	CENTRO	E-AP	2	
ACTIVIDADES DE INGRESO						
PROFESIONAL	TIPO DE ACTIVIDAD	EDAD IDEAL	LUGAR	CÓDIGO	RENDIMIENTO	MODALIDAD
PROFESIONAL CABECERA	INGRESO	TRANSVERSAL	CENTRO	ING	2	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	PRIMERA EVALUACIÓN	TRANSVERSAL	CENTRO	PA	2	SESIONES INDIVIDUALES
TRABAJADORA SOCIAL	VDI INGRESO	TRANSVERSAL	HOGAR	VD-I	2	VISITA DOMICILIARIA
TODOS	ELABORACIÓN DEL PLAN	TRANSVERSAL	CENTRO	EP	1	SESIONES INDIVIDUALES
PROFESIONAL CABECERA	ACUERDO CON LA FAMILIA	TRANSVERSAL	CENTRO	AF	1	SESIONES INDIVIDUALES
TODOS	EVALUACION DEL PLAN Y RETROALIMENTACIÓN	TRANSVERSAL	CENTRO	EPR	1	SESIONES INDIVIDUALES
PROFESIONAL CABECERA	ENTREVISTAS ESPORÁDICAS	TRANSVERSAL	CENTRO	EESP	1	SESIONES INDIVIDUALES

CONTROLES DE SALUD						
PROFESIONAL	TIPO DE ACTIVIDAD	EDAD IDEAL	LUGAR	CÓDIGO	RENDIMIENTO	MODALIDAD
MÉDICO	R.N (0 a 28 días)	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	1 mes a 1 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	2 meses a 2 mese29 días.	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	3 meses a 3 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	4 meses a 4 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	5 meses a 5 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	6 meses a 6 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	7 meses a 7 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	8 mese a 8 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
MÉDICO	10 mes a 10 meses 29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	1 año a 1 año 2 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	1 año 6 meses a 1 año 11 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	2 años a 2 año5 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	2 año6 meses a 2 año11 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	3 años a 3 año5 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	3 año6 meses a 3 año11 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	4 años a años 5 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	4 años a 4 año11 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	5 años a 5 año11 mese29 días	TRANSVERSAL	CENTRO	CDS	1	SESIONES INDIVIDUALES

ENTREVISTAS/CONSULTAS						
PROFESIONAL	TIPO DE ACTIVIDAD	EDAD IDEAL	LUGAR	CÓDIGO	RENDIMIENTO	MODALIDAD
MÉDICO	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
ENFERMERA	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
FISIOTERAPEUTA	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
TRABAJADORA SOCIAL	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
PSICOLOGO	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
EDUCADORA DE PARVULOS	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
TERAPEUTA OCUPACIONAL	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES
LOGOPEDA	CONSULTA	TRANSVERSAL	CENTRO/VD	CI	1	SESIONES INDIVIDUALES

*Fuente: Elaboración propia.*

Tabla n°4: Sesiones semanales recomendadas por edad.

Controles de salud	Edad	Sesiones a la semana según programa individualizado	Distribución Semanal de sesiones del programa individualizado
Control de salud una vez al mes	R.N (0 a 28 días)	1 a 2 sesiones	UNA SESIÓN INDIVIDUAL EN EL HOGAR CON UNA GRUPAL EN EL CENTRO, ESTA ÚLTIMA ALTERNADA CON UNA SESIÓN DE ESCUELA PARA PADRES.
	1 mes		
	2 meses		
	3 meses		
	4 meses		
	5 meses		
	6 meses		
	7 meses		
8 meses			
Control de salud a los 10 meses	9 meses		
	10 meses		
	11 meses		
Control de salud semestral.	1 año	2 sesiones	UNA SESIÓN INDIVIDUAL EN EL HOGAR CON UNA GRUPAL EN EL CENTRO, ESTA ÚLTIMA ALTERNADA CON UNA SESIÓN DE ESCUELA PARA PADRES
	2 años	2 a 3 sesiones	UNA SESION INDIVIDUAL EN EL HOGAR, UNA GRUPAL EN EL CENTRO Y UNA SESIÓN DE ESCUELA PARA PADRES.
	3 años		
	4 años		
Control de salud anual	5 años	3 a 4 sesiones	UNA SESIONES INDIVIDUAL EN EL HOGAR, UNA SESIÓN INIDIVIDUAL EN EL CENTRO, UNA SESIÓN GRUPAL EN EL CENTRO Y UNA SESIÓN DE ESCUELA PARA PADRES.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla n°5: Controles de salud complementarios al programa de atención temprana.

Control Agenda	SUPERVISIÓN DE SALUD		
	Edad	Profesional	Actividad
CONTROL RECIEN NACIDO/A	R.N (0 a 28 días)	Médico	<p>REVISAR SI SE HAN REALIZADO LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:                      -Cariograma, para confirmación diagnóstica. Ecocardiograma Doppler. TSH, T4libre, T3 Hemograma. Tamizaje de hipoacusia. Monitoreo de succión y deglución                      -Monitoreo de tránsito intestinal. Estudios complementarios en caso de RN PEG o RN Prematuro, según cada caso. Estudios complementarios de acuerdo con hallazgos individuales, como ocurriría con cualquier recién nacido.</p> <p>Examen físico, con énfasis en la búsqueda de cardiopatías, sistema digestivo, alergias alimentarias, problemas respiratorios, convulsiones, sueño, problemas otorrinolaringológicos, oftalmológicos, ortopédicos, dermatológicos, Antropometría con curvas de Zemel. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejerías:                      Fomento de apego y vínculo. Fomento de sueño seguro. Baño. Muda frecuente. Aseo del cordón umbilical. Cuidado de la piel.</p>
CONTROL DE SALUD INFANTIL, PRIMER MES DE VIDA	1 mes A 1 mes 29 días	Médico	<p>Examen físico, con énfasis en la búsqueda de cardiopatías, sistema digestivo, alergias alimentarias, problemas respiratorios, convulsiones, sueño, problemas otorrinolaringológicos, oftalmológicos, ortopédicos, dermatológicos. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor.                      Antropometría con curvas de Zemel. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejerías:                      Promover un estilo de estimulación orientado a generar un ambiente óptimo para que el niño o la niña explore y aprenda por sí solo o sola. Fomentar el vínculo, importancia de expresar afecto al lactante. Sugerir hacer de las rutinas diarias. Proceso de reestructuración familiar.                      Estimulación. Prevención de accidentes.</p>
CONTROL DE SALUD INFANTIL LACTANTE MENOR	2 meses A 2 meses 29 días.	Médico	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejerías:                      Higiene del sueño y descanso. Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso. Cuidados de la salud bucal. Cuidados de la piel. Prevención de accidentes. Prevención de enfermedades. Estimulación.</p>
	3 meses A 3 meses 29 días	Médico	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejerías:                      Higiene del sueño y descanso. Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso. Cuidados de la salud bucal. Cuidados de la piel. Prevención de accidentes. Prevención de enfermedades. Estimulación.</p>
	4 meses A 4 meses 29 días	Médico	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejerías:                      Higiene del sueño y descanso. Actividad física (estimulación y juego libre) / Descanso. Cuidados de la salud bucal. Cuidados de la piel. Prevención de accidentes. Prevención de enfermedades. Estimulación.</p>
	5 meses A 5 meses 29 días	Enfermera	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejería:                      Hábitos alimentarios. Cuidados de la salud bucal.</p>
CONTROL DE SALUD INFANTIL LACTANTE MEDIO	6 meses A 6 meses 29 días	Enfermera	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Monitorizar Lactancia Materna.</p> <p>Consejería:                      Lactancia materna extendida. Alimentación saludable.</p>
	7 meses a 7 meses 29 días	Enfermera	<p>Examen físico.                      Antropometría con curvas de Zemel.                      Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor.</p> <p>Consejería:                      Lactancia materna extendida. Alimentación saludable. Estimulación.</p>
	8 meses A 8 meses 29 días	Enfermera	<p>Examen físico.                      Antropometría con curvas de Zemel.                      Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor.</p> <p>Consejería:                      Lactancia materna extendida. Alimentación saludable. Estimulación.</p>
	10 meses a 10 meses 29 días	Médico	<p>Examen físico.                      Antropometría con curvas de Zemel.                      Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor.</p> <p>Consejería:                      Lactancia materna extendida. Alimentación saludable. Estimulación.</p>
CONTROL DE SALUD INFANTIL LACTANTE MAYOR	1 año A 1 año 2 meses 29 días	Enfermera	<p>Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Monitorizar Lactancia Materna. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor.</p> <p>Consejerías:                      Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Educar acerca del aseo dental. Hábitos de higiene. Promover autonomía.                      Patrones de eliminación intestinal y urinario. Patrones e higiene del sueño y descanso</p>

	1 año 6 meses a 1 año 11 meses 29 días	Enfermera	Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Realizar M-CHAT R/f Consejería. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Educar acerca del aseo dental. Promover autonomía.
<b>Control Agenda</b>	<b>Edad</b>	<b>Profesional</b>	<b>Actividad</b>
SALUD INFANTIL PREESCOLAR	2 años a 2 años 5 meses 29 días	Enfermera	Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Educar acerca del aseo dental. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Promover autonomía.
	2 años 6 meses a 2 años 11 meses 29 días	Enfermera	Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Realizar M-CHAT R. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Promover autonomía. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Hábitos de higiene. Aseo dental. Juegos. Estimulación.
	3 años a 3 años 5 meses 29 días	Enfermera	Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Promover autonomía. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Aseo dental. Juegos. Estimulación. Eliminación y etiro de los pañales.
	3 años 6 meses a 3 años 11 meses 29 días	Enfermera	Examen físico. Antropometría con curvas de Zemel. Realizar M-CHAT R. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Promover autonomía. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Aseo dental. Hábitos de higiene. Juegos. Estimulación.
	4 años a años 5 meses 29 días	Enfermera	Antropometría con curvas de Zemel. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Promover autonomía. Consejerías: Promover autonomía. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Aseo dental. Hábitos de higiene. Juegos. Estimulación. Educación sexual. Actividad física.
	4 años A 4 años 11 meses 29 días	Enfermera	Antropometría con curvas de Zemel. Monitorizar Lactancia Materna. Realizar M-CHAT R. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Promover autonomía. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Aseo dental. Hábitos de higiene. Juegos. Actividad física. Estimulación. Educación sexual.
CONTROL DE SALUD INFANTIL ESCOLAR	5 años A 5 años 11 meses 29 días	Enfermera	Antropometría con curvas de Zemel. Realizar M-CHAT R. Evaluación cualitativa del desarrollo psicomotor. Consejerías: Promover autonomía. Consejería para la etapa escolar. Educar sobre limpieza, hidratación y lubricación de la piel y uso de protector solar. Hábitos de higiene. Aseo dental. Actividad física. Juegos. Estimulación. Educación sexual.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla n°6: Ejemplo de plan de intervención individualizado del primer mes para un niño o niña que ingresa con 4 años de vida:

LUN 1	MART 2	MIER 3	JUE 4	VI 5	LUN 8	MART 9	MIER 10	JUE 11	VI 12
ING +CS	PA	VD-I	EP	AF	VD-F	Posible CI	SIETI-EP	Posible CI	E-TAC
LUN 15	MART 16	MIER 17	JUE 18	VI 19	LUN 21	MART 22	MIER 23	JUE 24	VI 25
VD-TO	Posible CI	SIAF	Posible CI	E-FRE	VD-F	Posible CI	SIDI-L	Posible CI	E-SPA

Fuente: Elaboración propia.

## 11. RECURSOS.

### 11.1. Descripción y perfil del recurso humano.

La atención adecuada al niño con dificultades en su desarrollo y a su familia no es tarea médica, ni psicológica, ni educacional, independientemente, sino que, al tratarse de una combinación de defectos del desarrollo, el niño necesita de todas aquellas especialidades que deben actuar en estrecha colaboración.

Debido a que no existen datos acerca del número de niños con SD en la comuna, el proyecto se comenzará con una dotación básica de profesionales, los cuales se detallan a continuación:

*Tabla n°7: Descripción del recurso humano.*

Profesional	Cantidad	Horas/semana/profesional	Total de horas/semana	Sueldo/mes /profesional	Total sueldo/mes.
Médico.	2	44	88	1.600	3200
Enfermera.	2	44	88	1.000	3000
Fisioterapeuta.	2	44	88	1.000	3000
Educadora de Párvulos.	1	44	44	900	900
Logopeda.	1	44	44	1.000	1000
Terapeuta Educacional.	2	44	88	1.000	2000
Trabajador Social.	1	44	44	1.000	2000
Psicólogo.	1	44	44	1.000	1000
Totales:	12	352	528	8.500	16100

*Fuente: Elaboración propia*

*Tabla n°8: Distribución de horas profesionales.*




NIÑOS/AS	SESIONES SEMANALES PROMEDIO/NIÑO	HORAS SEMANALES	TOTAL HORAS SEMANALES	TOTAL HORAS MENSUALES	HORAS MENSAULES/ PROFESIONAL	DISTRIBUCIÓN
82	3	6	1476	5904	492	HORAS ATENCION DIRECTA
					18	CAPACITACION

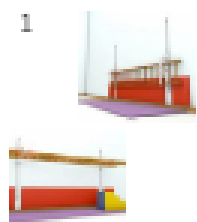






*Fuente: Elaboración propia*








## 11.2 Recursos materiales.


Se solicita por correo una cotización a la empresa TAMDEM quienes son un comercio especializado en la distribución de elementos para la Atención Temprana desde 1985. A continuación, se revisará los ítems destacados para equipar la sala de psicomotricidad:













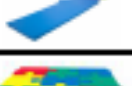

cantidad	imagen	concepto	precio	total
30		<b>M<sup>2</sup> TATAMI EN 5 CMS. DE GROSOR</b> Interior en Aglomerado de 100 kg/m <sup>3</sup> Las colchonetas se fabricarán en las medidas que permitan el mejor aprovechamiento de la superficie a cubrir. Solapas de velcros para su unión entre ellos.	80,00 €	2.400,00 €
1		<b>ESCALERA DE BRAQUIACION ET-3</b> 200 cms. de alto x 300 cms. de largo x 50 cms. de ancho Fabricada artesanalmente en España con madera de pino de alta calidad siguiendo la norma del método Doman. Se puede desplazar fácilmente a diferentes puntos de la sala ya que no es necesario fijarla al suelo. Braqueador Doman regulable en altura para adaptarlo a diferentes edades. Barnizada al agua con barnices no tóxicos. Separación entre barrotas: 20 cms. Diámetro de los barrotas: 2,5 cms. Tornillos especiales de seguridad anti movimiento. Muy estable y robusta. <b>IMPORTANTE:</b> El bulto que contenga la escalera tendrá dimensiones más grandes de lo normal y un peso aproximado en torno a los 100 kg. Cuando la reciba es aconsejable que lo carguen mínimo dos personas. <b>Montaje muy sencillo por cuenta del cliente. Se incluyen instrucciones.</b>	1.790,00 €	1.790,00 €
1		<b>COLCHONETA PARA ESCALERA BRAQUIACION ET-3</b> Medidas: 275x100x10 cms, Foam 25 kg/m <sup>3</sup>	280,00 €	280,00 €
2		<b>ROKET PRO</b> Medidas: 2,40 metros de alto x 1,20 metro de largo Colores disponibles: abedul, rojo, azul y pistacho. Válido para interior y exterior. Incluye presas que se pueden cambiar de punto fácilmente. Suministramos los tacos y tirafondos para fijación a la pared. <b>IMPORTANTE:</b> El bulto que contenga el roket tendrá dimensiones más grandes de lo normal y un peso aproximado en torno a los 100 kg. Cuando la reciba es aconsejable que lo carguen mínimo dos personas. <b>Montaje muy sencillo por cuenta del cliente. Se incluyen instrucciones.</b>	890,00 €	1.780,00 €
2		<b>COLCHONETA PARA ROKET PRO 150x150x15 cms.</b>	240,00 €	480,00 €
1		<b>ROKET PRO CON INCLINACION</b> Medidas: 240 cms x 120 cms Colores disponibles: abedul, rojo, azul y pistacho. Válido para interior y exterior. Incluye 25 presas que se pueden cambiar de punto fácilmente. Suministramos los tacos y tirafondos para fijación a la pared. <b>IMPORTANTE:</b> El bulto que contenga el roket tendrá dimensiones más grandes de lo normal y un peso aproximado en torno a los 100 kg. Cuando la reciba es aconsejable que lo carguen mínimo dos personas. <b>Montaje muy sencillo por cuenta del cliente. Se incluyen instrucciones.</b>	1.190,00 €	1.190,00 €
1		<b>COLCHONETA PARA ROKET PRO 150x150x15 cms.</b>	240,00 €	240,00 €

cantidad	imagen	concepto	precio	total
1		<p><b>RP-3 ESCALERA DE PARED REGULABLE EN ALTURA PLEGABLE</b></p> <p>Medidas: 3 mts. largo x 50 cms. ancho            Fabricada artesanalmente en España con maderas de pino de alta calidad siguiendo la norma del método Doman.            Barnizada al agua con barnices no tóxicos.            Separación de barrotos: 20 cms.            Diámetro de barrotos: 2,5 cms.            Braqueador Doman regulable en altura para adaptarlo a diferentes edades.            Muy estable y robusta.  <b>IMPORTANTE:</b> El bulto que contenga la escalera tendrá dimensiones más grandes de lo normal y un peso aproximado en torno a los 100 kg. Cuando la reciba es aconsejable que lo carguen mínimo dos personas.  <b>Montaje muy sencillo por cuenta del cliente. Se incluyen instrucciones.</b></p>	1.790,00 €	1.790,00 €
1		<p><b>COLCHONETA PARA RP-3 300x70x10 cms.</b></p>	190,00 €	190,00 €
1		<p><b>ESPALDERA ADULTO DOBLE</b></p> <p>Medidas: 250x200 cms. 2 cuerpos.            Fabricado íntegramente en madera de pino melis con travesaños ovalados.            Se sirve desmontado y por unidad.            Tornillería y pletinas de anclaje a la pared incluidos.  <b>Montaje muy sencillo por cuenta del cliente. Se incluyen instrucciones.</b></p>	459,00 €	459,00 €
1		<p><b>COLCHONETA AL CUBO 200x200x35 cms.</b></p>	390,00 €	390,00 €
1		<p><b>COLCHONETA DE ESPALDERA 100x70x3 cms.</b></p>	120,00 €	120,00 €
1		<p><b>COLCHONETA QUITAMIEDOS 300x200x30 cms.</b></p>	1.200,00 €	1.200,00 €
4		<p><b>COLCHONETA DE GIMNASIA 200x100x5 cms. (oferta web)</b></p> <p>Suelo anti deslizante en color azul</p>	135,00 €	540,00 €
4		<p><b>COLCHONETA PLEGABLE 200x100x5 cms. (oferta web)</b></p> <p>Suelo anti deslizante en color azul</p>	135,00 €	540,00 €
1		<p><b>COLCHONETA MOLDEABLE MAXI</b></p> <p>Medidas: 200x200x25 cms.</p>	375,00 €	375,00 €
1		<p><b>ESTRUCTURA DE COLUMPIOS TIPO CABALLETE</b></p> <p>Realizada en madera de pino tratada y barnizada.            Dimensiones aproximadas del larguero (vista frontal): 2,5 metros            Cantos redondeados.            No requiere obra. Se pued montar y desmontar fácilmente.            Con varios puntos de suspensión.</p>	1.690,00 €	1.690,00 €

<p>1</p> 	<p><b>ESTRUCTURA DE MADERA PARA SUSPENSIÓN COLUMPIOS</b></p> <p>Compuesta por columnas y vigas de madera para suspensión de columpios. Dimensiones: hasta 2,40 metros de altura, hasta 3x3 metros de longitud y ancho. Cantos redondeados. Barnizada al agua. Con cáncamos de suspensión de columpios en las vigas superiores y cáncamos de anclaje en las columnas verticales. Rocódromo, espaldera, redes, hamaca y colchonetas no incluidos. Instalación no incluida. Fabricación personalizada.</p>	<p>5.900,00 €</p>	<p>5.900,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>COLUMPIO FLEXOR/DISCO SIN APLIQUES</b></p> <p>Cilindro vertical de 28 cms. de diámetro y base circular de 62 cms. de diámetro para apoyo del usuario formando un solo cuerpo con el cilindro vertical. Altura total 92 cms. Con enganche superior fijo para unir mosquetón y cuerda de agarre. Carga segura de trabajo: ± 100 kg. Sin cuerdas, sin mosquetones, solo el columpio. Tapizado en tejido PVC ignífugo de tacto suave y muy alta resistencia.</p>	<p>475,00 €</p>	<p>475,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>COLUMPIO RULO SIN APLIQUES</b></p> <p>Columpio cilíndrico horizontal de medidas 130 cms. de largo y 30 cms. de diámetro. Permite ejercicios múltiples de equilibrio y otras actividades. Con dos puntos de anclaje para mosquetones en los extremos. Carga segura de trabajo: ± 140 kg. Sin cuerdas, sin mosquetones, solo el columpio. Tapizado en tejido PVC ignífugo de tacto suave y muy alta resistencia.</p>	<p>590,00 €</p>	<p>590,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>COLUMPIO PLANO</b></p> <p>Medidas: 120 cms. de largo x 30 cms. ancho x 5 cms. de grosor Carga segura de trabajo: ± 180 kg. Tapizado en tejido PVC ignífugo de tacto suave y muy alta resistencia.</p>	<p>550,00 €</p>	<p>550,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>COLUMPIO CUADRADO</b></p> <p>Plataforma que permite multitud de posibilidades de posicionamiento corporal (sentado, sedestación, prono, supina, lateral) así como ejercicios de control y precisión mientras el terapeuta balancea al usuario. Dimensiones: 75 cms. de largo x 75 cms. de ancho. Carga máxima de trabajo: 350 kg. Tapizado en tejido PVC ignífugo de tacto suave y muy alta resistencia.</p>	<p>490,00 €</p>	<p>490,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>PACK VESTIBULAR DE LYCRA</b></p> <p>HAMACA SENSORIAL LYCRA SIMPLE: Transmite una sensación de calma y permite un mayor control de los estímulos exteriores. Permite igualmente estimular el sistema vestibular de los usuarios. HAMACA SENSORIAL LYCRA 3 CAPAS: Aporta una estimulación vestibular unida a una presión intensa que provoca un efecto de calma en el paciente. TUNEL SENSORIAL LYCRA 3 MTS.: Ideal para niños con necesidades sensoriales. MANTA SENSORIAL LYCRA: Ideal para desarrollar habilidades motoras y la conciencia corporal.</p>	<p>990,00 €</p>	<p>990,00 €</p>
<p>1</p> 	<p><b>MUEBLE DE MADERA DE DOS PISOS CON ESCALERA Y RAMPA</b></p> <p>Dimensiones: hasta 2,40 metros de altura, hasta 3x3 metros de longitud y ancho. Madera laminada de abedul. Cantos redondeados. Alta resistencia.</p>	<p>1.400,00 €</p>	<p>1.400,00 €</p>

cantidad	imagen	concepto	precio	total
1		SENTADOR DE PRACTICAS JUNIOR	190,00 €	190,00 €
1		SENTADOR DE ABRAZOS Medidas: 80 cms. alto x 75 cms. ancho x 25 cms. fondo	249,00 €	249,00 €
1		RULO 80x60 cms. + INTERIOR	250,00 €	250,00 €
1		JUEGO DE ARCOS DE ESTIMULACION 3 unidades	280,00 €	280,00 €
2		PARALELEPIPEDO 60x30x30 cms. (oferta outlet)	54,00 €	108,00 €
10		CUBO 30x30 cms. (oferta outlet)	31,25 €	312,50 €
1		TAMTRIS 14 PIEZAS	325,00 €	325,00 €
1		VAIVEN (oferta web)	112,00 €	112,00 €
1		EQUIPO DE INICIACION 0-2 AÑOS: KL-211 (oferta web)	199,00 €	199,00 €
1		PISTA PSICOMOTRICIDAD PRINCIPIANTES (oferta outlet)	252,00 €	252,00 €
1		MODULARES (oferta outlet)	351,00 €	351,00 €
1		JUEGO DE FICHAS Y DADOS (oferta outlet) 12 fichas + 2 dados	130,50 €	130,50 €
1		PISCINA OLIMPICA + ESCALERA ACCESO + RAMPA ACCESO + 1500 PELOTAS	1.590,00 €	1.590,00 €
1		ESCALANTE (oferta web)	130,50 €	130,50 €

cantidad	imagen	concepto	precio	total
1		MAR DE OLAS 4 CRESTAS (oferta web)	220,50 €	220,50 €
1		HEXAGON	355,00 €	355,00 €
1		RULO OVAL + CILINDRO INTERIOR	310,00 €	310,00 €
1		PISTA PSICOMOTRICIDAD MAXI	770,00 €	770,00 €
1		ALMOHADON GIGANTE	145,00 €	145,00 €
1		PASILLO OSCILANTE DE GATEO	240,00 €	240,00 €
1		SET Nº 1 (oferta web)	360,00 €	360,00 €
1		JARDIN FANTASIA (oferta web)	445,50 €	445,50 €
1		MI PRIMER SET ESTIMULACION (oferta web) Dos modelos a elegir. Incluye 40 pelotas	202,50 €	202,50 €
1		CUERPO HUMANO	120,00 €	120,00 €
1		DOMINO (oferta web)	112,00 €	112,00 €
1		SET Nº 2 (oferta web)	324,00 €	324,00 €
1		SET Nº 3	275,00 €	275,00 €
1		SET Nº 4 (oferta web)	292,50 €	292,50 €

1		MINALES (oferta web) 5 piezas	383,00 €	383,00 €
1		FORMULA 1 (oferta web)	112,00 €	112,00 €
1		TAPIZ DE CUBOS (oferta web)	265,50 €	265,50 €
1		JUEGO DE BALONES 12 piezas	135,00 €	135,00 €
1		JUEGO DE PAÑUELOS 5 piezas	75,00 €	75,00 €
1		JUEGO DE PALITROQUES 24 piezas	150,00 €	150,00 €
1		BARRAS DE EQUILIBRIO 2 piezas	125,00 €	125,00 €
1		PISTA DE EQUILIBRIOS	225,00 €	225,00 €
1		LA ISLA	650,00 €	650,00 €
1		ARCO TUNEL (oferta web)	270,00 €	270,00 €
1		CANASTA + 2 BALONES (oferta web)	108,00 €	108,00 €
1		LA RUEDA	110,00 €	110,00 €
1		RUEDON	300,00 €	300,00 €
1		PLINTON	510,00 €	510,00 €
1		PUZZLON MAXI 100x100x25 cms.	325,00 €	325,00 €

cantidad	imagen	concepto	precio	total
1		PUZZLON MINI 100x100x8 cms.	225,00 €	225,00 €
1		LA CASETA (oferta web)	247,00 €	247,00 €
1		EL BARRILETE	235,00 €	235,00 €
1		KI-400	395,00 €	395,00 €
1		MAXI ZAPATERO	235,00 €	235,00 €
1		CORREPASILLOS II	190,00 €	190,00 €
1		PUFF POSTURAL GRANDE 110x110 cms.	350,00 €	350,00 €
2		PELOTA BOBATH GIGANTE ANTIEXPLOSION 75 cms.Ø	59,00 €	118,00 €
1		LOTE 10 AROS 4 diámetros diferentes: 40 cms, 50 cms, 61 cms, 70 cms.	49,00 €	49,00 €
1		PORTES	POR DETERMINAR EN FUNCION DE LOS ARTICULOS ELEGIDOS	

Funda exterior en tejido PVC BABY de gran resistencia, impermeable, ignífugo M2, atóxico, SIN FTALATOS en su composición, lavable con agua y jabón, tacto muy suave. Colores disponibles: celeste, amarillo, naranja, rojo, azul, morado, verde y pistacho. Combinables entre sí.



BASE IMPONIBLE 10%:	540,00 €
10% I.V.A.:	54,00 €
BASE IMPONIBLE 21%:	39.748,00 €
21% I.V.A.:	8.347,08 €
<b>TOTAL FACTURA:</b>	<b>48.689,08 €</b>

FORMA DE PAGO: Transferencia Bancaria  
 25% a la aceptación del presupuesto  
 75% restante cuando el pedido esté listo para su envío

## 12. EVALUACION DEL PROGRAMA

Objetivos específicos	Evaluación	Frecuencia de evaluación	Indicador (%)	Meta
Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas con el fin de reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.	E.E.D.P/TEPSI.	Semestral	Porcentaje niños/as evaluados con resultado riesgo, rezago y normal.	80%
Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y de que mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.	Inventario HOME/ZARIT	Semestral	Porcentaje de cuidadores/padres evaluados con Zarit con resultado sin sobrecarga y porcentaje de cuidadores evaluados con inventario home con puntajes en o sobre la media esperada.	80%
Enriquecer el medio en que se va a desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.	Inventario HOME.	Semestral	Porcentaje de evaluaciones con inventario home con puntaje en o sobre la media esperada	90%
Llevar a cabo una acción preventiva para frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos.	Catastro de derivaciones a nivel secundario/especialidad	Semestral	Porcentaje de deserción del programa por derivaciones al nivel secundario o terciario.	Menor al 20%
Coordinar con Centros de Salud Familiar la referencia y contrarreferencia de la población objetivo	Acta de reuniones con la red de salud comunal	Trimestral	Porcentaje de reuniones realizadas con la red de salud.	2 mensuales



Por otro lado, se realizará una encuesta de satisfacción (Anexo 11) usuaria a los padres/tutores con el objetivo de evaluar diversos aspectos de la atención.

**Instrumento:** Encuesta de satisfacción usuaria (Anexo 11).

**Frecuencia de evaluación:** Anual.

**Indicador (%):** Porcentaje de encuestas realizadas y porcentaje de encuestas con puntuación igual o sobre 7.

**Meta:** 100% de los usuarios encuestados. 90% de las encuestas realizadas puntúan igual o sobre 7.

## 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Weijerman M, van Furth M, Vonk Noordegraaf A, van Wouwe J, Broers C, Gemke R. Fundación Iberoamericana Down21. Epidemiología del síndrome de Down. 2008.
2. Nazer J, Lucía CO. Estudio epidemiológico global del síndrome de Down [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 21]. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062011000200004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000200004)
3. Lizama M. NACER CON TRES CROMOSOMAS 21 EN EL SIGLO 21 [Internet]. 2015 Jun [cited 2022 May 21]. Available from: [http://www.centroucdown.uc.cl/images/PDF/PDF\\_11.pdf](http://www.centroucdown.uc.cl/images/PDF/PDF_11.pdf)
4. LIBRO BLANCO ATENCIÓN TEMPRANA REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD [Internet]. Madrid, España; 2005 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
5. Candell I, Perpiñan S, Bonilla C. Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo [Internet]. Madrid: Federación Española del Síndrome de Down; 2014 [cited 2011 Oct 4]. p. 13. Available from: [https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L\\_atenciontemprana.PDF](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/30L_atenciontemprana.PDF)
6. Fredes D, Astudillo P, Lizama Calvo M. Late start of early intervention in children with down syndrome. *Andes Pediatrica*. 2021;92(3):411–9.
7. Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD [Internet]. 2006 [cited 2021 Oct 31]. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
8. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://dle.rae.es/minusvalido?m=form>
9. ASPADEX. La discapacidad a lo largo de la historia [Internet]. 2015 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://aspadex.org/la-discapacidad-a-lo-largo-de-la-historia/>
10. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. In: Cayo L, Palacios A, de la Fuente D, Vidaurre J, editors. Colección Cermi.es. Cinc. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad; 2008.
11. Gil I. ¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural [Internet]. Fundación ADECCO. 2018 [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001.

13. Servicio Nacional de la Discapacidad. II Estudio Nacional de la Discapacidad. Vol. 2, SENADIS. Santiago; 2015.
14. LEY 20.422, NORMAS SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 20422 Chile: MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN; Feb 3, 2010. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903&idParte=>
15. Martínez J, Corretger J, Fernández R, López P, Moldenhauer F, Moreno E, et al. Programa Español de Salud para Personas con Síndrome de Down. Down España. Madrid: Down España; 2021.
16. Bull MJ, Saal HM, Braddock SR, Enns GM, Gruen JR, Perrin JM, et al. Clinical report - Health supervision for children with Down syndrome. Vol. 128, Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2011. p. 393–406.
17. Spencer K. Screening for Down syndrome. In: Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. Informa Healthcare; 2014. p. 41–7.
18. Parra MC, Quiroz L v, Pérez SB, Rau CM, Terra RA, Pedraza DS, et al. Trabajos Originales PREVALENCIA DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN UNA POBLACIÓN CHILENA USUARIA DE MÉTODOS DE CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRENATAL. Vol. 72, REV CHIL OBSTET GINECOL. 2007.
19. Benn P, Cuckle H, Pergament E. Non-invasive prenatal testing for aneuploidy: Current status and future prospects. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2013;42(1):15–33.
20. Rondal JA, Ling L. Especificidad neuroconductual. Originales. 2006;26(1):12–9.
21. Edgin JO, Mason GM, Allman MJ, Capone GT, DeLeon I, Maslen C, et al. Development and validation of the Arizona Cognitive Test Battery for Down syndrome. Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2010;2(3):149–64.
22. d’Ardhuy XL, Edgin JO, Bouis C, de Sola S, Goedner C, Kishnani P, et al. Assessment of cognitive scales to examine memory, executive function and language in individuals with down syndrome: Implications of a 6-month observational study. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2015 Nov 18;9(NOVEMBER).
23. Pinter JD, Eliez S, Eric Schmitt J, George Capone BT, Reiss AL. Neuroanatomy of Down’s Syndrome: A High-Resolution MRI Study. Vol. 158, Am J Psychiatry. 2001.
24. Gandy KC, Castillo HA, Ouellette L, Castillo J, Lupo PJ, Jacola LM, et al. The relationship between chronic health conditions and cognitive deficits in children, adolescents, and young adults with down syndrome: A systematic review. Ginsberg SD, editor. PLOS ONE [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2022 May 21];15(9):e0239040. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0239040>
25. Lott IT, Dierssen M. Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down’s syndrome. The Lancet Neurology [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2022 May 21];9(6):623–33. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(10\)70112-5/fulltext#.YoqEJCbRXgA.mendeley](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(10)70112-5/fulltext#.YoqEJCbRXgA.mendeley)

26. Baburamani AA, Patkee PA, Arichi T, Rutherford MA. New approaches to studying early brain development in Down syndrome. Vol. 61, *Developmental Medicine and Child Neurology*. Blackwell Publishing Ltd; 2019. p. 867–79.
27. Visootsak J, Huddleston L, Buterbaugh A, Perkins A, Sherman S, Hunter J. Influence of CHDs on psycho-social and neurodevelopmental outcomes in children with Down syndrome. *Cardiology in the Young* [Internet]. 2016 Feb 16 [cited 2022 May 21];26(2):250–6. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1047951115000062/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1047951115000062/type/journal_article)
28. Gómez Álvarez N, Maudier Vásquez M, López Fontanilla M, Venegas Mortecinos A, Zapata Rodríguez V, Pavez-Adasme G. Relación entre control postural y desarrollo motor en niños con Síndrome de Down y con desarrollo típico de Chillán. *Revista Ciencias de la Actividad Física*. 2018;19(1):1–8.
29. Yépez Herrera E, Ortiz Morales PM, Padilla Álvarez G, Charchabal Pérez D, Yépez Herrera E, Ortiz Morales PM, et al. Síndrome de Down y el desarrollo psicomotor en la infancia. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 21];23(3):827–48. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812019000300827&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000300827&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Rodríguez J, Chavez L. ¿Cuál es el nivel de desarrollo esperable. *Revistas Javeriana* [Internet]. 2017 May 3 [cited 2021 Nov 4]; Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-4%20\(2017\)/64753569023/64753569023\\_visor\\_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/16-4%20(2017)/64753569023/64753569023_visor_jats.pdf)
31. Buceta M, Ferreiro M. *Manual de Atención Temprana*. Síntesis S.A, editor. Madrid; 2011. 19–27 p.
32. Pina J. ANÁLISIS DE UN MODELO DE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN TEMPRANA [UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID]. [Madrid]: FACULTAD DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2007.
33. Perez J, Brito de la Nuez A. *Manual de atención temprana*. Pirámide. España: Dialnet; 2004.
34. Turnbull AP, Turbiville V, Turnbull HR. Evolution of Family–Professional Partnerships: Collective Empowerment as the Model for the Early Twenty-First Century. In: *Handbook of Early Childhood Intervention* [Internet]. Cambridge University Press; 2000 [cited 2022 May 21]. p. 630–50. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511529320A043/type/book\\_part](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511529320A043/type/book_part)
35. Puerto E. Evolución histórica de la Atención temprana. *Aula Encuentro*. 2020;22 (num 1).
36. Shonckoff J, Meisels S. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Second. Cambridge University, editor. United State of America: Press Syndicate of the University of Cambridge; 2000.
37. Perera J. Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome Down Cantabria* . 2011 Nov;28(111):140–52.
38. Perpiñan S. *Atención temprana y familia*. Narcea, editor. Madrid: Narcea; 2009.

39. García F, Escorcía C, Sánchez M, Sánchez N, Hernández E. Atención Temprana centrada en la familia. *Desenvolupa*. 2015;
40. Castellanos P, García F, Mendieta P, Gómez L, Rico M. Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de atención temprana. *Siglo Cero*. 2003;34(207):5–18.
41. McWilliam R. Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*. 2016 Jan 18;10(1):133–53.
42. Dalmau M, Balcells-Balcells A, Giné C, Cañadas M, Casas O, Salat Y, et al. *Anales de la Psicología*. How to implement the family-centered model in early intervention. 2017 Mar;333(3):641–51.
43. Kim HI, Kim SW, Kim J, Jeon HR, Jung DW. Motor and cognitive developmental profiles in children with down syndrome. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2017;41(1):97–103.
44. Onnivello S, Pulina F, Locatelli C, Marcolin C, Ramacieri G, Antonaros F, et al. Cognitive profiles in children and adolescents with Down syndrome. *Scientific Reports*. 2022 Dec 1;12(1).
45. Feuerstein R, Hoffman M, Miller R. Feuerstein, R., Hoffman, M. B., & Miller, R. (1980). *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. Univ Park Press. Univ Park Press; 1980.
46. Martínez M, García MC. La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2012 [cited 2022 May 22];10(1):169–78. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
47. Linares ET, Santín Vilariño C, Villas A, Menéndez Álvarez-Dardet S, López López MJ. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. 2002;18(1):45–59.
48. Dunst C, Trivette C, Deal A. *Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice*. Cambridge: Cambridge, MA: Brookline Books.; 1988.
49. Bricker D, Cripe J. *An activity-based approach to early intervention*. Brookes Publishing; 1992.
50. Bedregal P. Instrumentos de medición del desarrollo en Chile. *Revista Chilena Pediatría*. 2008;79(1):32–6.
51. Gobierno de Chile. *Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña Menor de 6 años*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2004.
52. Godoy J, Campos F. “Descripción del nivel de Desarrollo Psicomotor en niños con síndrome de Down menores de dos años de edad, pertenecientes al programa de estimulación temprana en el Colegio Especial Armonía, La Calera. *Fundación Iberoamericana Down 21*; 2014.
53. Rodríguez S, Arancibia V, Undurraga C. *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor*. 14th ed. Santiago de Chile: Cronopios; 1974.

54. Haeussler M, Marchant T. Tepsi Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 Años . 16th ed. Universidad Católica de Chile, editor. Santiago de Chile: Ediciones Uc; 1985.
55. Catalá C, Rojas P. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tamizaje de alteraciones del desarrollo psicomotor en Chile. 2020.
56. Robins D, Fein D, Barton M. Cuestionario M-CHAT Revisado de detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F [Internet]. mchatscreen, editor. mchatscreen; 2009 [cited 2022 Jun 6]. Available from: [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2017/01/M-CHAT-R\\_F\\_Espanol-Chile2017.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2017/01/M-CHAT-R_F_Espanol-Chile2017.pdf)
57. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030. Ministerio de Salud. Santiago: Gobierno de Chile; 2022.
58. Unicef. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Fondo de las Naciones Unidas. Madrid; 2015.
59. Gobierno de Chile. Chile Crece Contigo. Subsecretaría de la Niñez.
60. Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025. Subsecretaría de la Niñez de Chile.
61. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica para el manejo integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS). Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Programa Nacional de Salud de la Infancia. Santiago; 2022.
62. DISAM. Salud Municipal El Bosque. Plan de Salud Municipal, El Bosque. 2021.
63. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. Chile: Ministerio de Salud; 2013.
64. Chile Crece Contigo. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales. Gobierno de Chile. Chile; 2012.
65. Caldwell B, Bradley R. Manual Observación para la Medición del Ambiente del Hogar: Home Observation for Measurement of the Environment [Internet]. National Institute for Early Education Research. National Institute for Early Education Research; 2011 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://nieer.org/wp-content/uploads/2016/10/2011.NIEER-Manual-HOME.pdf>
66. Programa Nacional de Salud de la Infancia Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica para la Supervisión de SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021. INSTRUMENTOS PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL INFANTIL. Chile: Ministerio de Salud; 2021.

67. MINSAL. ORIENTACIÓN TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS (UGA) . Escala Zarit. Chile: Ministerio de Salud; 2019.

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1: EEDP: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 A 2 AÑOS(66)

Esta escala busca evaluar el nivel de desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0 a 2 años, considerando cuatro áreas de desarrollo, a saber:

1. **Motora (M):** comprende coordinación corporal general y específica, reacciones posturales y locomoción.
2. **Lenguaje (L):** comprende el lenguaje verbal y no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisión verbales.
3. **Social (S):** comprende la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
4. **Coordinación (C):** comprende las reacciones del niño que requieren organización temporo - espacial de algunas funciones.

#### Administración

El niño o la niña debe estar comfortable, se le debe informar brevemente al acompañante el objetivo del test y anotar en hoja de registro los datos de identificación del evaluado. Se debe calcular la edad cronológica considerando los días y los meses, restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento. En caso de ser años diferentes se suma 12 meses por cada año de diferencia con el mes de aplicación.

Ej:	Año	Meses	Días
Fecha de evaluación	2013	01	25
Fecha de nacimiento	2013	08	01
Resultado		7	24

Una vez hecha la resta, los meses se multiplican por 30 y se le suman los días restantes.

$$(\text{Meses} \times 30) + \text{Días adicionales} = \text{edad de desarrollo en días}$$

Ej:  $(7 \times 30) + 24 = 234$

Teniendo clara la edad cronológica se selecciona el mes base para comenzar con la aplicación

Meses	Mínimo	Máximo
7	6 meses 16 días	7 meses 15 días
8	7 meses 16 días	8 meses 15 días
9	8 meses 16 días	9 meses 15 días
18	17 meses 16 días	18 meses 15 días



Se debe comenzar la prueba en el mes inferior a la edad cronológica en meses. Si el niño o la niña fracasa en los 5 ítems debe evaluarse el mes anterior a este, así sucesivamente. En caso de que acertara alguno se continúa con la edad siguiente, así sucesivamente hasta que falle en todos los ítems correspondientes a una edad, en ese momento se da por terminada la aplicación.

Ej: En este caso corresponde la edad cronológica se encuentra en el rango de los 8 meses, por lo tanto, se partirá con los ítems del mes 7.

#### Interpretación

Lo primero que hay que hacer es considerar la edad mental, la cual está determinada por el mes mayor en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems, este se considera línea base y se multiplica por 30. Luego se le suman los puntajes de los ítems de los meses superiores a línea base en los que el niño o la niña respondió con éxito. Finalmente se suman los días de la línea base y el puntaje adicional, obteniéndose la edad mental en días.

Supongamos que en este caso el niño respondió con éxito los 5 ítems de los 7 y los 8 meses, respondió con éxito el ítem 44 y 45 (correspondiente de los 9 meses) y fracasó en todos ítems correspondientes a 10 meses. En este caso se considera los 8 meses como línea base y se suman 6 puntos más por ítem.

$$\text{Ej: } (8 * 30) + 12 \text{ puntos adicionales} \\ \text{EM} = 252 \text{ días}$$

#### *Razón entre edad mental y edad cronológica*

Para obtener este indicador se divide la edad mental por la edad cronológica:

$$\text{Razón: EM/EC} \\ \text{Ej: } 252/234 = 1,07$$

#### *Puntaje estándar*

Una vez obtenida la razón se debe buscar en la tabla correspondiente a la edad el Puntaje Estándar (PE).

$$\text{Ej: } 1,07 \text{ en la } \underline{\text{tabla de 8 meses}} \text{ corresponde a un PE de } 0,95 \\ 8 \text{ meses con EM/EC: } 1,07 = \text{PE: } 0,95$$

### *Coeficiente de desarrollo*

Determinar el coeficiente de desarrollo según el siguiente criterio:

PE	Coeficiente de desarrollo (CD)
Mayor o igual a 0,85	Normal
Entre 0,84 y 0,70	Riesgo
Menor o igual a 0,69	Retraso

En este caso el niño tendría un Coeficiente de desarrollo "Normal"

### *Perfil de desarrollo psicomotor*

Además, se debe especificar si existe déficit o no en alguna área particular, independiente que el coeficiente de desarrollo se encuentre dentro del rango "Normal". Para ello en la tabla "Perfil del desarrollo psicomotor" se debe encerrar con un círculo el número del último ítem que el niño o la niña respondió con éxito en cada área. Si el último ítem respondido con éxito de un área se encuentra en una edad inferior a la edad cronológica, ésta se considerará como en "Déficit".

Perfil del desarrollo psicomotor

Área	Me ses														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
Coordinación	4	8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75
			13	17	23	28	29	35	44	48	49	58	59	65	
Social	1	6	11	20	21	30	34	45	47	54	61	70	73		
		7	8							50					
Lenguaje	2	7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	72
		10	15	20							55			67	70
Motora	3	9	14	18	24	26	31	36	41	51	56	62	71		
	5			19	25			37	42	53		63			

Zonas achuradas:

Á. Social (8 y 15 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito el ítem de la edad anterior del área (7 y 12 meses, respectivamente)

Á. Motora (10 y 21 meses): Marcar un círculo en la zona achurada si tuvo éxito en ambos ítems de la edad anterior del área (9 y 18 meses, respectivamente)

Tablas de conversión de razón entre edad mental y cronológica a Puntajes Estándar8 meses

EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE	EM/EC	PE
0,76	0,60	0,90	0,76	1,04	0,92	1,18	1,08	1,32	1,24
0,77	0,61	0,91	0,77	1,05	0,93	1,19	1,09	1,33	1,25
0,78	0,62	0,92	0,78	1,06	0,94	1,20	1,10	1,34	1,26
0,79	0,63	0,93	0,79	1,07	0,95	1,21	1,12	1,35	1,28
0,80	0,64	0,94	0,80	1,08	0,97	1,22	1,13	1,36	1,29
0,81	0,66	0,95	0,82	1,09	0,98	1,23	1,14	1,37	1,30
0,82	0,67	0,96	0,83	1,10	0,99	1,24	1,15	1,38	1,31
0,83	0,68	0,97	0,84	1,11	1,00	1,25	1,16	1,39	1,32
0,84	0,69	0,98	0,85	1,12	1,01	1,26	1,17	1,40	1,33
0,85	0,70	0,99	0,86	1,13	1,02	1,27	1,18	1,41	1,35
0,86	0,71	1,00	0,87	1,14	1,03	1,28	1,20	1,42	1,36
0,87	0,72	1,01	0,89	1,15	1,05	1,29	1,21	1,43	1,37
0,88	0,74	1,02	0,90	1,16	1,06	1,30	1,22	1,44	1,38
0,89	0,75	1,03	0,91	1,17	1,07	1,31	1,23	1,45	1,39
								1,46	1,40

18 meses

EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*	EM/EC	PE*
0,74	0,51	0,88	0,66	1,02	0,81	1,16	0,96	1,3	1,11
0,75	0,52	0,89	0,67	1,03	0,82	1,17	0,97	1,31	1,12
0,76	0,53	0,9	0,68	1,04	0,83	1,18	0,98	1,32	1,13
0,77	0,54	0,91	0,69	1,05	0,84	1,19	0,99	1,33	1,14
0,78	0,55	0,92	0,7	1,06	0,85	1,2	1	1,34	1,15
0,79	0,56	0,93	0,71	1,07	0,86	1,21	1,01	1,35	1,16
0,8	0,57	0,94	0,72	1,08	0,87	1,22	1,02	1,36	1,17
0,81	0,58	0,95	0,73	1,09	0,88	1,23	1,03	1,37	1,18
0,82	0,59	0,96	0,74	1,1	0,89	1,24	1,04	1,38	1,19
0,83	0,6	0,97	0,75	1,11	0,9	1,25	1,05	1,39	1,2
0,84	0,61	0,98	0,76	1,12	0,91	1,26	1,06	1,4	1,21
0,85	0,63	0,99	0,78	1,13	0,93	1,27	1,07		
0,86	0,64	1	0,79	1,14	0,94	1,28	1,09		
0,87	0,65	1,01	0,8	1,15	0,95	1,29	1,1		

\* Puntaje estándar nivel socioeconómico medio alto

Ítems Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

1 mes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador</li> <li>2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla</li> <li>3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador</li> <li>4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)</li> <li>5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona</li> </ol>	6 c/u
2 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador</li> <li>7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador.</li> <li>8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador</li> <li>9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada</li> <li>10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**</li> </ol>	6 c/u
3 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador</li> <li>12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla</li> <li>13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)</li> <li>14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada</li> <li>15. (L) Vocalización prolongada **</li> </ol>	6 c/u
4 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece</li> <li>17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla</li> <li>18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo</li> <li>19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada</li> <li>20. (LS) Ríe a carcajadas **</li> </ol>	6 c/u
5 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla</li> <li>22. (C)Palpa el borde de la mesa</li> <li>23. (C) Intenta prehensión de la argolla</li> <li>24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada</li> <li>25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo</li> </ol>	6 c/u
6 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>26. (M) Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente</li> <li>27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída</li> <li>28. (C) Coge la argolla</li> <li>29. (C) Coge el cubo</li> <li>30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **</li> </ol>	6 c/u
7 meses	<ol style="list-style-type: none"> <li>31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más</li> <li>32. (C) Intenta agarrar la pastilla</li> <li>33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares</li> <li>34. (S) Cooperar en los juegos</li> <li>35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano</li> </ol>	6 c/u

8 meses	<p>36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido</p> <p>37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie</p> <p>38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos</p> <p>39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo</p> <p>40. (L) Dice da-da o equivalente</p>	6 c/u
9 meses	<p>41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble</p> <p>42. (M) Camina sostenido bajo los brazos</p> <p>43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar</p> <p>44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal</p> <p>45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales*</p>	6 c/u
10 meses	<p>46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice</p> <p>47. (S) Imita gestos simples</p> <p>48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros</p> <p>49. (C) Junta cubos en la línea media</p> <p>50. (SL) Reacciona al “no, no”</p>	6 c/u
12 meses	<p>51. (M) Camina algunos pasos de la mano</p> <p>52. (C) Junta las manos en la línea media</p> <p>53. (M) Se pone de pie solo **</p> <p>54. (LS) Entrega como respuesta a una orden</p> <p>55. (L) Dice al menos dos palabras **</p>	12 c/u
15 meses	<p>56. (M) Camina solo</p> <p>57. (C) Introduce la pastilla en la botella</p> <p>58. (C) Espontáneamente garabatea</p> <p>59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros</p> <p>60. (L) Dice al menos tres palabras **</p>	18 c/u
18 meses	<p>61. (LS) Muestra sus zapatos</p> <p>62. (M) Camina varios pasos hacia el lado</p> <p>63. (M) Camina varios pasos hacia atrás</p> <p>64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella</p> <p>65. (C) Atrae el cubo con un palo</p>	18 c/u
21 meses	<p>66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado</p> <p>67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen</p> <p>68. (C) Construye una torre con tres cubos</p> <p>69. (L) Dice al menos seis palabras **</p> <p>70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **</p>	18 c/u
24 meses	<p>71. (M) Se para en un pie con ayuda</p> <p>72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados</p> <p>73. (S) Ayuda en tareas simples **</p> <p>74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca</p> <p>75. (C) Construye una torre con cinco cubos</p>	18 c/u

Registro de respuesta Escala de evaluación del desarrollo psicomotor: 0 a 2 años

Nombre del niño o niña			
Fecha de nacimiento			

Evaluación: \_\_\_\_\_ meses

Fecha de evaluación		Edad cronológica	
Nombre de examinador			

Resultados

Edad mental		EM/EC		PE	
Coeficiente de Desarrollo (CD)					
Normal	<input type="radio"/>	Riesgo	<input type="radio"/>	Retraso	<input type="radio"/>

Área	Coordinación	Social	Lenguaje	Motora
Normal				
Déficit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Evaluación: \_\_\_\_\_ meses

Fecha de evaluación		Edad cronológica	
Nombre de examinador			

Resultados

Edad mental		EM/EC		PE	
Coeficiente de Desarrollo (CD)					
Normal	<input type="radio"/>	Riesgo	<input type="radio"/>	Retraso	<input type="radio"/>

Área	Coordinación	Social	Lenguaje	Motora
Normal				
Déficit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO 2: TEPSI: TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 A 5 AÑOS(66)

Test de desarrollo psicomotor 2 a 5 años, evalúa desarrollo psíquico infantil en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad mediante la observación de la conducta del niño o la niña frente a situaciones propuestas por el examinador. Tienen carácter de tamizaje, por lo que evalúa el rendimiento en cuanto a una norma estadística por grupo de edad.

1. **Coordinación:** comprende la habilidad del niño o la niña para manipular objetos y dibujar.
2. **Lenguaje:** comprende aspectos de comprensión y de expresión del lenguaje.
3. **Motricidad:** comprende la habilidad del niño o la niña para manejar su propio cuerpo.

### Administración

El examinador debe familiarizarse y asegurarse de que niño o la niña esté interesado y dispuesto a cooperar. El niño o la niña debe estar en condiciones adecuadas en cuanto a salud y sueño.

Antes de iniciar el test se debe saber la edad cronológica del evaluado, calculando diferencia de años, meses y días entre la fecha de nacimiento y la fecha en que se realiza la evaluación. El test debe aplicarse completo y en el orden estipulado, es decir debe comenzarse en el ítem 1 del Subtest de Coordinación hasta llegar al 16, luego debe aplicarse los veinticuatro ítems de Subtest de Lenguaje, y finalmente los doce ítems de Subtest Motricidad. No se debe suspender la administración de un subtest pese a fracaso en varios ítems sucesivos. En caso de observarse fatiga, puede darse un descanso entre subtests.

### Interpretación

Una vez obtenidas las respuestas debe asignarse el puntaje correspondiente a cada ítem y se debe sumar el puntaje de cada subtest y el total de prueba, obteniéndose el "Puntaje Bruto". Una vez obtenidos los puntajes brutos de cada subtest y del total de la prueba, se debe transformar el puntaje a "Puntaje T" a través de tablas correspondiente a la edad, e interpretar los resultados según la siguiente tabla:

Desempeño	Puntaje T
Normal	$\geq$ a 40 puntos
Riesgo	30 a 39 puntos
Retraso	$\leq$ 29 puntos



Tablas de conversión de "Puntaje Bruto" a "Puntaje T"

**Puntaje T Test Total: 3 años, 0 meses, 1 día a 3 años, 6 meses, 1 día**

PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
2 o menos	20	15	35	28	51	41	67
3	21	16	37	29	52	42	68
4	22	17	38	30	53	43	69
5	23	18	39	31	55	44	70
6	24	19	40	32	56	45	72
7	26	20	41	33	57	46	73
8	27	21	43	34	58	47	74
9	28	22	44	35	59	48	75
10	29	23	45	36	61	49	76
11	30	24	46	37	62	50	78
12	32	25	47	38	63	51	79
13	33	26	49	39	64	52	80
14	34	27	50	40	65		

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

**Puntaje T por Subtest: 3 años, 0 meses, 1 día a 3 años, 6 meses, 1 día**

COORDINACIÓN		LENGUAJE		MOTRICIDAD	
PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
0	20	0	24	0	20
1	24	1	26	1	25
2	28	2	28	2	30
3	32	3	30	3	35
4	36	4	32	4	39
5	40	5	34	5	44
6	43	6	36	6	49
7	47	7	38	7	54
8	51	8	40	8	59
9	55	9	42	9	64
10	59	10	44	10	69
11	63	11	45	11	73
12	67	12	47	12	78
13	71	13	49	-	-
14	75	14	51	-	-
15	79	15	53	-	-
16	83	16	55	-	-
-	-	17	57	-	-
-	-	18	59	-	-
-	-	19	61	-	-
-	-	20	63	-	-
-	-	21	64	-	-
-	-	22	66	-	-
-	-	23	68	-	-
-	-	24	70	-	-

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

**Puntaje T Test Total: 3 años, 6 meses, 1 día a 4 años, 0 meses, 0 día**

PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
14 o menos	20	24	35	34	50	44	65
15	21	25	36	35	51	45	66
16	23	26	38	36	53	46	68
17	24	27	39	37	54	47	69
18	26	28	41	38	56	48	71
19	27	29	42	39	57	49	72
20	29	30	44	40	59	50	74
21	30	31	45	41	60	51	75
22	32	32	47	42	62	52	77
22	22	22	22	22	22	22	22

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

**Puntaje T por Subtest: 3 años, 6 meses, 1 día a 4 años, 0 meses, 0 día**

COORDINACIÓN		LENGUAJE		MOTRICIDAD	
PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T
3 o menos	18	4 o menos	20	1	17
4	23	5	22	2	22
5	28	6	24	3	27
6	32	7	27	4	32
7	37	8	29	5	37
8	42	9	31	6	42
9	47	10	34	7	46
10	52	11	36	8	51
11	57	12	39	9	56
12	62	13	41	10	61
13	67	14	43	11	65
14	72	15	46	12	70
15	77	16	48	-	-
16	82	17	50	-	-
-	-	18	53	-	-
-	-	19	55	-	-
-	-	20	57	-	-
-	-	21	60	-	-
-	-	22	62	-	-
-	-	23	65	-	-
-	-	24	67	-	-

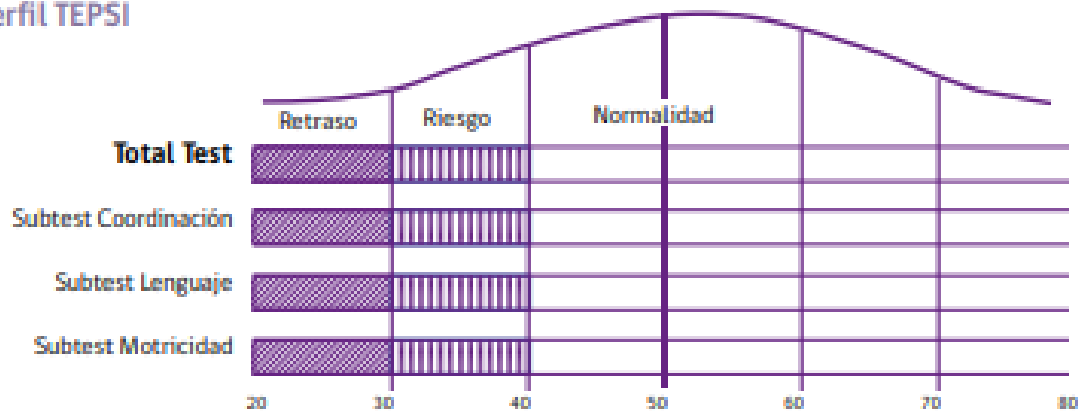
Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

### Hoja de Registro - Test de Desarrollo psicomotor 2-5 años TEPSI

Nombre del niño o niña			
Fecha de nacimiento		Edad cronológica	____a/____m/____d
Fecha de evaluación			
Nombre del examinador			

Resultados Test Total			
Puntaje Bruto		Puntaje T	
Categoría	Normal	Riesgo	Retraso
Resultados por Subtest			
	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación			
Lenguaje			
Motricidad			

#### Perfil TEPSI



Observaciones y comentarios:

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

### 1. Subtest Coordinación

N°		Ítem	Materiales necesarios
1	<input type="radio"/>	Traslada agua de un vaso a otro sin derramarla	2 vasos
2	<input type="radio"/>	Construye un puente con tres cubos con modelo presente	Seis cubos
3	<input type="radio"/>	Construye una torre de 8 o más cubos	Doce cubos
4	<input type="radio"/>	Desabotona	Estuche
5	<input type="radio"/>	Abotona	Estuche
6	<input type="radio"/>	Enhebra una aguja	Aguja de lana; hilo
7	<input type="radio"/>	Desata cordones	Tablero con cordón
8	<input type="radio"/>	Copia una línea recta	Lám. 1; lápiz; reverso hoja
9	<input type="radio"/>	Copia un círculo	Lám. 2; lápiz; reverso hoja
10	<input type="radio"/>	Copia una cruz	Lám. 3; lápiz; reverso hoja
11	<input type="radio"/>	Copia un triángulo	Lám. 4; lápiz; reverso hoja
12	<input type="radio"/>	Copia un cuadrado	Lám. 5; lápiz; reverso hoja
13	<input type="radio"/>	Dibuja 9 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
14	<input type="radio"/>	Dibuja 6 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
15	<input type="radio"/>	Dibuja 3 o más partes de una figura humana	Lápiz; reverso hoja reg.
16	<input type="radio"/>	Ordena por tamaño	Tablero; barritas

Puntaje Bruto Total Subtest Coordinación

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

## 2. Subtest Lenguaje

N°	Item	Materiales necesarios
1	Reconoce grande y chico Grande____ Chico____	Lámina 6
2	Reconoce más y menos Más____ Menos____	Lámina 7
3	Nombre animales Gato____ Perro____ Chanchito____ Pato____ Paloma____ Oveja____ Tortuga____ Gallina____	Lámina 8
4	Nombre objetos Paraguas____ Vela____ Escoba____ Tetera____ Zapatos____ Reloj____ Serrucho____ Taza____	Lámina 5
5	Reconoce largo y corto Largo____ Corto____	Lámina 1
6	Verbaliza acciones Cortando____ Saltando____ Planchando____ Comiendo____	Lámina 11
7	Conoce la utilidad de objetos Cuchara____ Lápiz____ Jabón____ Escoba____ Cama____ Tijera____	
8	Discrimina pesado y liviano (bolsas con arena y esponja) Pesado____ Liviano____	Bolsa con arena y bolsa rellena de esponja
9	Verbaliza su nombre y apellido Nombre____ Apellido____	
10	Identifica su sexo	
11	Conoce el nombre de sus padre Papá____ Mamá____	
12	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas Hambre____ Cansado____ Frío____	
13	Comprende preposiciones Detrás____ Sobre____ Bajo____	Lápiz
14	Razona por analogías opuestas Hielo____ Ratón____ Mamá____	
15	Nombre colores Azul____ Amarillo____ Rojo____	Papel lustre azul, amarillo, rojo
16	Señala colores Amarillo____ Azul____ Rojo____	Papel lustre azul, amarillo, rojo
17	Nombre figuras geométricas Círculo____ Cuadrado____ Triángulo____	Lámina 12
18	Señala figuras geométricas Cuadrado____ Triángulo____ Círculo____	Lámina 12
19	Describe escenas 13____ 14____	Láminas 13 y 14
20	Reconoce absurdos	Lámina 15
21	Usa plurales	Lámina 16
22	Reconoce antes y después Antes____ Después____	Lámina 17
23	Define palabras Manzana____ Pelota____ Globo inflado____ Bolsa____	
24	Nombre características de objetos Pelota____ Globo inflado____ Bolsa con arena____	

Puntaje Bruto Total Subtest Lenguaje

Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

### 3. Subtest Motricidad

Nº		Ítem	Materiales necesarios
1	<input type="radio"/>	Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar	
2	<input type="radio"/>	Camina diez pasos llevando un vaso de agua	Vaso lleno de agua
3	<input type="radio"/>	Lanza una pelota en dirección determinada	Pelota
4	<input type="radio"/>	Se para en un pie sin apoyo por 10 segundos o más	
5	<input type="radio"/>	Se para en un pie sin apoyo por 5 segundos o más	
6	<input type="radio"/>	Se para en un pie sin apoyo por 1 segundo o más	
7	<input type="radio"/>	Camina de punta de pies seis o más pasos	
8	<input type="radio"/>	Salta 20 cm con los pies juntos	Hoja de registro
9	<input type="radio"/>	Salta en un pie tres o más veces	
10	<input type="radio"/>	Coge una pelota	Pelota
11	<input type="radio"/>	Camina hacia delante topando talón y punta	
12	<input type="radio"/>	Camina hacia atrás topando punta y talón	

Puntaje Bruto Total Subtest Motricidad

*Fuente: Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.*

### ANEXO 3: CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL AUTISMO EN NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS - REVISADO (M-CHAT-R/F)(66)

#### PRIMERA ETAPA: CUESTIONARIO

##### Instrucciones para el profesional:

- Explíquelo a la madre, padre o cuidador/a que las preguntas del cuestionario son para explorar en mayor profundidad las áreas del lenguaje y social, con el fin de detectar tempranamente si existen dificultades.
- Considere que las madres, padres o cuidadores pueden responder “tal vez” a algunas preguntas del cuestionario. Si esto ocurre, pregúntele si corresponde a un comportamiento habitual o si más bien es un comportamiento ocasional y continúe el cuestionario de acuerdo con esa respuesta.
- Para todos los ítems (excepto el 2, 5 y 12) la respuesta NO otorga 1 punto e indica Riesgo de EA.
- Para los ítems 2, 5 y 12, la respuesta SI otorga 1 punto e indica Riesgo de EA
- Finalizado el cuestionario, puntúe los resultados. Y realice acciones de acuerdo con el algoritmo de riesgo.
- En aquellos niños y niñas con riesgo moderado (entre 3 y 8 puntos), derive a médico/a para la realización de la entrevista de seguimiento.

## CUESTIONARIO DE 20 PREGUNTAS M-CHAT-R/F CON SI O NO

Instrucciones para entregar a la madre, padre o cuidador/a:

A continuación, le realizaré algunas preguntas respecto al comportamiento de su hijo o hija. Si usted considera que la respuesta es un comportamiento habitual de su hijo o hija, responda Sí. Por el contrario, si usted considera que no es un comportamiento habitual, sino que más bien corresponde a un comportamiento que realiza algunas veces, responda NO.

1	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	Si	No
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	Si	No
3	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	Si	No
4	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbajín)	Si	No
5	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	Si	No
6	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	Si	No
7	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	Si	No
8	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños/as, les sonríe o se les acerca)	Si	No
9	¿Su hijo/a le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	Si	No
10	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	Si	No
11	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	Si	No
12	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	Si	No
13	¿Su hijo/a camina solo/a?	Si	No
14	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	Si	No
15	¿Su hijo/a limita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	Si	No
16	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	Si	No
17	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	Si	No
18	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	Si	No
19	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	Si	No
20	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillitas)	Si	No

Puntuación Total

Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.



## SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Instrucciones para el profesional:

- Encontrará un flujo para cada uno de los 20 ítems del cuestionario.
- Es necesario que realice la entrevista solo para aquellos ítems que resultaron alterados en la primera etapa. - Cada flujo de la entrevista le indicará dos posibles resultados: DERIVAR o NO DERIVAR.
- Si al finalizar la entrevista el niño o niña ha obtenido dos o más DERIVAR, se considera un resultado positivo para sospecha de encontrarse en el espectro autista, por lo que debe ser derivado a atención con especialista para confirmación diagnóstica e intervención temprana.
- Si el resultado de la entrevista de seguimiento es negativo para la sospecha de EA (cero o un DERIVAR), pero la madre, padre, cuidador/a o profesional de salud persisten en su preocupación de sospecha de EA, el niño o niña debe ser derivado a especialista, independiente del resultado del M-CHAT-R/F.

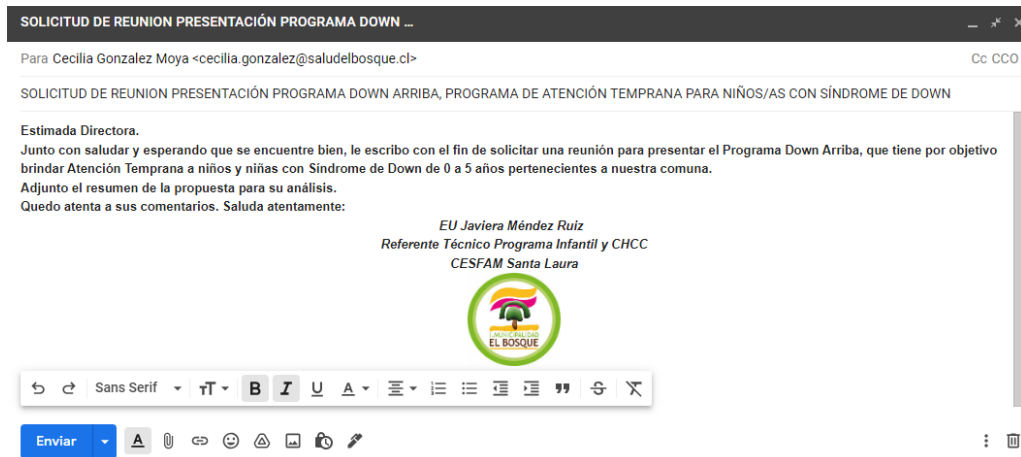
### ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO AL M-CHAT-R/FTM HOJA DE PUNTUACIÓN

Por favor tenga en cuenta: Sí/No han sido sustituidos por NO DERIVAR/DERIVAR. Con puntuación de 2 o más DERIVAR, se sugiere Derivación para evaluación por especialista.

1	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	No Derivar	Derivar
2	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	No Derivar	Derivar
3	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	No Derivar	Derivar
4	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalón)	No Derivar	Derivar
5	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	No Derivar	Derivar
6	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo señala un juguete o algo para correr que no puede alcanzar o tomar)	No Derivar	Derivar
7	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	No Derivar	Derivar
8	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca)	No Derivar	Derivar
9	¿Su hijo/a le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de Juguete)	No Derivar	Derivar
10	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	No Derivar	Derivar
11	¿Cuándo usted le sonríe a su hijo/a, él/ella también le sonríe?	No Derivar	Derivar
12	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	No Derivar	Derivar
13	¿Su hijo/a camina solo?	No Derivar	Derivar
14	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, o juega con él/ella?	No Derivar	Derivar
15	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	No Derivar	Derivar
16	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	No Derivar	Derivar
17	¿Su hijo/a intenta que usted le mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mirame" o busca que usted lo felicite)	No Derivar	Derivar
18	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le oíde que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	No Derivar	Derivar
19	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ese da vuelta para ver su cara?)	No Derivar	Derivar
20	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	No Derivar	Derivar

Fuente: © 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile: Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile, 2016.

## ANEXO 4: SOLICITUD PARA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO



*Fuente: Elaboración propia.*

## ANEXO 5: HOJA DE DERIVACIÓN

HOJA DE DERIVACIÓN HACIA EL PROGRAMA DOWN ARRIBA	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:
DNI:	TELÉFONO:
DOMICILIO:	
ADULTO RESPONSABLE:	PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> OTRO:
INSTITUCIÓN QUE DERIVA:	
NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DERIVA Y CARGO:	CORREO:
FECHA DE DERIVACIÓN:	

EVALUACIONES REALIZADAS			
	PUNTAJE	FECHA	OBSERVACIONES:
TEPSI			
EEDP			
RBPS			
ZARIT			
M-CHAT R/F			
OTRO			

*Fuente: Elaboración propia.*

ANEXO 6: CARTELES PUBLICITARIOS

**INICIO  
FEBRERO  
2023**

**DOWN ARRIBA  
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN**

**0 a 5  
años**

**PREGUNTA POR LA  
INSCRIPCIÓN EN TU CESFAM  
O EN EL CENTRO DE  
ESPECIALIDADES  
MÉDICAS EN GENERAL  
KORNER #315**

Fuente: Elaboración propia.

FEBRERO  
2022



**PREGUNTA POR LA  
INSCRIPCIÓN EN TU  
CESFAM  
O EN EL CENTRO DE  
ESPECIALIDADES  
MÉDICAS EN GENERAL  
KORNER #312**

DOWN ARRIBA  
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN



0 a 5  
años



*Fuente: Elaboración propia.*

**DOWN ARRIBA**  
**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN**

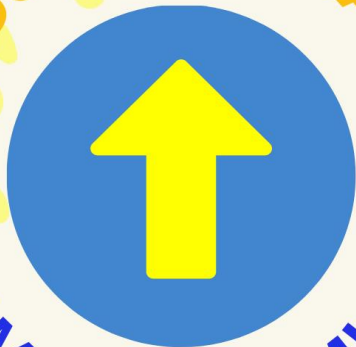
0 a 5 años

**INICIO FEBRERO 2023**

**PREGUNTA POR LA INSCRIPCIÓN EN TU CESFAM O EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN GENERAL KORNER #315**

Fuente: Elaboración propia.

**DOWN ARRIBA**  
**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN**



**0 a 5 años**

**PREGUNTA POR LA  
INSCRIPCIÓN EN TU GESFAM  
O EN EL CENTRO DE  
ESPECIALIDADES  
MÉDICAS EN GENERAL  
KORNER #315**



**"Déjenlos volar,  
ellos quieren saber  
hasta dónde pueden  
llegar"**

**INICIO  
FEBRERO  
2023**

*Fuente: Elaboración propia.*

ANEXO 7: HOJA DE INGRESO AL PROGRAMA

HOJA DE INGRESO AL PROGRAMA	
FECHA DE INGRESO:	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	FECHA DE NAC:
NOMBRE MADRE/ PADRE/TUTOR:	DNI:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO/MÓVIL:
PROFESIONAL DE CABECERA:	
Puntaje ZARIT:	
Puntaje RBPS:	
CONTENIDOS ENTREGADOS: <input type="checkbox"/> Interacciones y relaciones. <input type="checkbox"/> Desarrollo Infantil. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Asistencial.	
ANT MÉDICOS:	
OBSERVACIONES:	

Fuente: Elaboración propia.



## ANEXO 8: MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL.

← **munielbosque** 🔔 ⋮



**6,863**  
Publicacio...

**30.1 mil**  
Seguidores

**1,639**  
Seguidos


**I. Municipalidad de El Bosque**  
Comunidad  
Instagram oficial de la Ilustre Municipalidad de El Bosque. Javiera Carrera 736, El Bosque, Región Metropolitana. Chile.... más  
**Ver traducción**  
[www.municipalidaddelbosque.cl/](http://www.municipalidaddelbosque.cl/)  
Javiera Carrera 736, El Bosque, Chile 8030497

Siguiendo ▾

Mensaje



Contacto

+0



Destacada



**ENTRENAMIENTO FUNCIONAL Y SALUD**

Lunes y Martes, Jueves y Viernes  
10:00 hrs.  
Línea y hidrocalor  
10:00 hrs.  
10:00 hrs./19:00 hrs.

WhatsApp  
569183332895

LUNES 06 DE JUNIO DE 2022

SECCION 1 3000	SECCION 2 394	SECCION 3 325
SECCION 4 392	SECCION 5 310	SECCION 6 39

**426** CONTAGIOS ACTIVOS  
**214** CASOS NUEVOS  
**7** OBTENCIONES DE CURACIÓN

**After Joven** with Tu Barrio

Para jóvenes entre 10 y 19 años

**TODOS LOS LUNES**  
Lunes de 15:00 a 19:00 hrs.

Atención para adolescentes:  
**Matrona**  
**Psicólogo**  
**Nutricionista**  
**Asistente Social**  
**Actividad Física**

LUNES 06 DE JUNIO

**TOMA DE PCR**

**VACUNACION COVID-19**

Del 6 al 10 de junio

Personas entre 3 años a más.  
Mujeres embarazadas en cualquier etapa.

**PILATES**



**El Bosque TV**

7.11 K suscriptores  
1.5 K videos

**SUSCRIBIRSE**

### Lo más reciente de El Bosque TV



1:54



**El Bosque de los Títeres: Día del Patrimonio 2022**

El Bosque TV · 45 vistas · hace 3 días



**EL BOSQUE**  
MUNICIPALIDAD

El Bosque **Ciudadano** para todos y todas

**Sesión Ordinaria N°39 Concejo Municipal**



## Salud El Bosque

SUSCRIBIRSE

40 suscriptores · 21 videos

Canal oficial de la Dirección de salud de la Ilustre Municipalidad de El Bosque, aquí encontrarás contenido sobre nuestra Red de ...



Canal de Comunicación Salud El Bosque

Salud El Bosque · 72 vistas · hace 9 meses

### Videos subidos



Teletriage Llega a El Bosque

5 vistas · hace 4 semanas



## Municipalidad El Bosque ✓

60 mil seguidores · 203 seguidos

Registrarte

Mensaje

Seguir



Publicaciones

Información

Fotos ▾

Menci

← saludelbosque ⋮



886 Publicacio... 2,358 Seguidores 81 Seguidos

### Salud Municipal de El Bosque

Producto/servicio

Perfil oficial de la Dirección de Salud Municipal El Bosque

Síguenos también en facebook, YouTube y nuestra página web 😊

Ver traducción

www.saludelbosque.cl/

Seguir Mensaje +



Vacuna Covid



Red de salud



Delta



Te toca cuidar...



6:17 PM @ F ⚙️ 4G+ 4G+ 4G+ 24

← 🔍 Buscar



## Salud El Bosque

5,5 mil seguidores · 27 seguidos

Mensaje Seguir ...

Publicaciones Información Fotos Menciones

### Publicaciones de Salud El Bosque

#### Detalles

📍 **Página** · Organización gubernamental

📍 **Santiago, Chile**



ANEXO 9: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT(67)

Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no llene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar. Además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Deseada poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
<p>•Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (&lt;=46), "sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga Intensa (&gt;56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga Intensa. El estado de sobrecarga Intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.</p> <p>** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (&lt;=16) y "sobrecarga Intensa" (&gt;17). El estado de sobrecarga Intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.</p>					

Fuente: Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA).

## ANEXO 10: PAUTA DE EVALUACIÓN RIESGO BIOPSIOSOCIAL,

### PAUTA DE DETECCIÓN DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL (PRB) PARA INGRESO A MODALIDADES DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL.

A continuación se enumeran diversos factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar el óptimo desarrollo del niño(a). Por favor complete la pauta a continuación y derive a modalidad de apoyo en caso de que el niño(a) tenga uno o más ítems presentes.

Asimismo, cada ítem se asocia con acciones mínimas a realizar, tanto en la modalidad como en la red comunal Chile Crece Contigo<sup>46)</sup>, por lo cual debe también ingresarse esta información al SRDM y activar con ello las alertas de vulnerabilidad correspondientes.

ITEM	Presencia
1 Niño(a) sin control de salud al día	
2 Niño(a) con múltiples consultas en SAPU, otro centro de Salud u Hospital	
3 Niño(a) con hospitalización anterior de mediana o larga estadía	
4 Niño(a) con condición médica de base (síndromes genéticos, parálisis cerebral, patologías del sistema nervioso central, entre otras)	
5 Niño(a) con madre o padre adolescente	
6 Niño(a) cuya madre tiene escolaridad menor a octavo básico	
7 Niño(a) cuya madre presenta escala de Edimburgo alterada	
8 Díada con escala de apego alterada	
9 Niño(a) cuyo cuidador principal presenta conductas sugerentes de negligencia en cuidados, escasa respuesta a las necesidades del niño(a)	
10 Niño(a) que vive en familia monoparental sin red de apoyo familiar/social	
11 Presencia de cualquier trastorno de salud mental en uno o ambos cuidadores principales (Depresión, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, discapacidad mental, otros)	
12 Niño(a) cuyo hermano(a) tiene antecedentes de medidas de protección sentenciadas con cambio de cuidador, institucionalización u adopción	
13 Niño(a) cuyo padre, madre o cuidador principal, se encuentra privado de libertad.	
14 Niño(a) institucionalizado en residencia de lactantes y/o pre-escolares y/o con inserción transitoria en familia de acogida.	
15 Niño(a) que crece en un contexto ambiental con bajas condiciones para el cuidado y desarrollo (múltiples cambios domicilio, hacinamiento, barrio de alta peligrosidad, pobreza extrema, contaminación del aire intradomiciliario, pésimas condiciones de habitabilidad, otros)	
16 Niño(a) que vive en una familia con aislamiento social significativo o en zona de alta dispersión geográfica.	
17 Violencia intrafamiliar / niño(a) testigo de violencia	
18 Maltrato físico o Abuso Sexual	

Fuente: Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, 2012. (64)

## ANEXO 11: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA

Califique con nota de 1 (Insatisfecho) a 10 (Muy satisfecho) su nivel de satisfacción con algunos aspectos de la atención											
Qué nota le pondría al trato recibido por parte del equipo											
Médico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Enfermera.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Fisioterapeuta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Educadora de Párvulos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Logopeda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Terapeuta Educacional.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Trabajador Social.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Psicólogo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Que nota le pondría a la atención recibida por parte del equipo											
La disposición del equipo a recibir sus preguntas o inquietudes sobre la atención y tratamiento de su hijo/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
La explicación del equipo acerca de los objetivos del programa, el diagnóstico y tratamiento de su hijo/a fue realizado con lenguaje claro y sencillo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
La disposición del equipo a involucrarlo en las decisiones sobre el cuidado y tratamiento de su hijo/a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
Respecto a la privacidad, confidencialidad y no discriminación durante la atención	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe
El profesionalismo del equipo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No sabe

Finalmente, ¿Qué aspecto(s) del funcionamiento y atención del Programa Down Arriba necesita(n) ser mejorados?	
Trato del personal	
Calidad de la información entregada	
Infraestructura del lugar	
Organización del lugar	

¿Qué nos sugiere mejorar?

*Fuente: Elaboración propia.*