

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA REHABILITACION DE  
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD**

**CENTRO DE REHABILITACION CARDIONEUROMUSCULAR DE NORTE DE  
SANTANDER**

**CUCUTA, NORTE DE SANTANDER**

## TABLA DE CONTENIDO

### 1. INTRODUCCION

### 2. JUSTIFICACIÓN

### 3. MARCO CONCEPTUAL

### 4. MARCO LEGAL

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo general

#### 5.2 Objetivos específicos

### 6 PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA REHABILITACIÓN DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD

#### a. Fase de Valoración

Valoración por Fisiatría

Valoración por Neuropediatría

Valoración por Ortopedia Infantil

Valoración por Trabajo social

Valoración por Psicología

Valoración por Fisioterapia

Valoración por Terapia Ocupacional

Valoración por Fonoaudiología

Valoración por Nutrición y dietética

#### b. Fase de Intervención

Intervención por trabajo social

Intervención por Psicología

Intervención por Fisioterapia

Intervención por Terapia Ocupacional

Intervención por Fonoaudiología

Intervención por Nutrición y dietética

**Anexo:** Flujograma del servicio

## 1. INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad actualmente se encuentra atravesando una serie de situaciones conflictivas de carácter político, social, económico, cultural y educativo que afectan el bienestar biopsicosocial del ser humano en especial con relación a la situación que tiene que afrontar la población en circunstancias de vulnerabilidad. En el área de salud por ejemplo, la población estimada en situación de discapacidad en el año de 1998 y presentada en un documento por el Departamento Administrativo de Estadística de Colombia -DANE era de “600 mil personas, esto es el 1.9% de la población de entonces”<sup>1</sup> y en su formulación “el censo indagaba por condiciones de salud severas definitivas, es decir que cerca del 2% de la población estaría en esas condiciones”<sup>2</sup>.

Así mismo se señalaba en dicho documento que “en general, la mayor deficiencia era la sensorial correspondiéndole el 68% del total nacional de personas con discapacidad, de las cuales el 39.5% eran ciegos y 28.5% sordos, siguiendo en orden de importancia, la parálisis o ausencia de miembros superiores y/o inferiores con el 20% y la deficiencia cognitiva con el 19%”<sup>3</sup>.

En Colombia, el documento “*Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad*”, recoge datos de cerca de 440 municipios del país, reportando que aproximadamente 60.000 casos de discapacidad son causados por las alteraciones genéticas y complicaciones en el embarazo o en el parto; otros motivos fueron la violencia y el conflicto armado con 6.853 casos y 4.771 por dificultades en la prestación del servicio de salud”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Citado por Florez, “Dinámicas Poblacionales de Colombia”, 1998.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

De manera más específica, en el Departamento del Norte de Santander “la población en situación de discapacidad de 19 municipios arrojó como resultado que “9.977 personas presentan algún tipo de discapacidad relacionada con las capacidades físicas y cognitivas. En el municipio de Ábrego, por ejemplo, se presentan 1028 personas con pérdida principal de estructura o función corporal física de los cuales 213 es población menor de tres años hasta 14 años. Con el mismo rango de edad, en el municipio de Ocaña se reportan 350 casos; en Pamplona 162 casos. En el caso de Cúcuta, Se cuenta con un estimado de 1452 personas<sup>5</sup>.

La HETAT<sup>6</sup> señala que en términos generales aplicando el nuevo enfoque conceptual sobre discapacidad en el censo del 2005, se pasa de una prevalencia obtenida del 1.85% de personas con discapacidad por cada mil, a un 6.3%.

---

<sup>4</sup> Documento “Colombia inclusiva, por un país para todos”.s.a. Compilado, varias fuentes. Sitio on-line [http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/informe\\_pandi.doc](http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/informe_pandi.doc)

<sup>5</sup> Colombia, Censo General 2005. Resultados conciliación censal. DANE.

<sup>6</sup> Fundación para el Desarrollo de Herramientas Tecnológicas para Ayuda Humanitaria- HETAH. Sitio on-line: <http://www.hetah.net/modules/smartsection/item.php?itemid=6>

## 2. JUSTIFICACIÓN

La pobreza extrema es sin duda alguna, uno de los componentes que ha incidido en que se limiten las garantías para cubrir las necesidades básicas y en materia de salud, existen muchos ejemplos al respecto. Para la población en situación de discapacidad, uno de los factores que predominan es la dificultad en adquirir servicios asistenciales de calidad.

Esta población requiere de los servicios de atención de manera idónea como garantía para la adquisición de mayores habilidades que le permita desarrollar sus potencialidades en un futuro cercano y a su vez disminuir el impacto de la patología teniendo en cuenta que no solo es el beneficio para la persona que la presenta sino para su entorno familiar y social.

Siendo que se estima que debe prevalecer el interés superior del niño, tal como se señala en el Convenio Internacional de los Derechos de los niños y las niñas<sup>7</sup>, se vuelve una prioridad la atención a la población en situación de discapacidad, no solo como una forma de brindar atención en salud física y mental, sino como una manera de lograr un mayor acceso a la participación social que hoy día le ha permitido a la población con limitaciones, conformar por ejemplo el Comité Consultivo Nacional de Discapacidad, los Comités municipales de Discapacidad o grupos de trabajo semejante para la generación de proyectos productivos o de innovación productiva<sup>8</sup>.

Aunque existen instituciones de apoyo a población con discapacidad como es el caso del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF que lidera las políticas de atención y protección integral a la infancia, la juventud y la familia<sup>9</sup> (dentro de lo cual incluye la atención integral al menor con discapacidad) hace falta garantizar la atención a un mayor grupo de

<sup>7</sup> Ratificado por 191 países.

<sup>8</sup> Como parte del fortalecimiento del componente de integración laboral en el marco de la Ley 361 de 1997.

Existen Comités en algunos Departamentos de Colombia como Guajira, Chocó, Norte de Santander, Atlántico (Barranquilla) y Caldas (Manizales).

<sup>9</sup> Página: [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

personas en tal condición que aún no han recibido apoyo alguno entendiendo que la población en situación de discapacidad en los municipios del Norte de Santander es alta y que las acciones puestas en marcha para la atención en rehabilitación integral de ese grupo de personas con necesidades especiales, es escasa. A esto se agrega, todo aquello que de alguna manera los afecta no solo en términos individuales sino en términos sociales: en relación como el desempeño psicosocial, su buen relacionamiento en el interactuar con la familia y la comunidad, en el ambiente educativo que según la ley obliga a las instituciones a recibirlos (sin contar con las herramientas necesarias para cubrir las demandas que esos niños y niñas requieren).

Todo ello con el fin de mejorar su calidad de vida una vez que se les haya brindado la rehabilitación integral permitiéndole al niño(a) y su familia, optimizar condiciones y habilidades para afrontar el futuro con más optimismo e independencia partiendo de manera significativa de que en los primeros años de vida la estimulación temprana en ellos, se convierte en un aspecto fundamental y más eficaz porque su cerebro tiene mayor plasticidad, es decir, es más moldeable lo que les permite establecer conexiones entre las neuronas con más facilidad, rapidez y eficacia.

Por lo expuesto anteriormente es una prioridad desarrollar y ejecutar un Protocolo de atención en salud, encaminado a ofrecer alternativas de atención basadas en acciones de habilitación/rehabilitación integral a esta población vulnerable que demanda necesidades especiales para mejorar su condición vida.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

- **Rehabilitación Integral:**

Proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a facilitar que una persona que presenta limitación en la actividad o restricción en la participación alcance un nivel funcional físico, mental y social óptimo, proporcionándole los medios que le posibiliten llevar en forma independiente y libre su propia vida, exige por lo tanto intervenir sobre la persona afectada, su ambiente inmediato y la sociedad en general.

La rehabilitación Integral busca a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración del discapacitado al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada y armonizada en el desarrollo y habilidades funcionales, ocupacionales y sociales. Desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación, prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”.

1

- **Rehabilitación Funcional:**

“Es la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, psicológica, mental o social, previniendo, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la edad, la enfermedad o los accidentes, que puedan reducir o alterar la capacidad funcional de las personas para desempeñarse adecuadamente en su ámbito físico, social y laboral”. 2

---

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Documento preliminar 2003.

2. Ministerio de la Protección Social . 2008

- **Discapacidad:**

Es un término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricción en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales) CIF.

- **Discapacidad motora:**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, viéndose limitada la capacidad de ejecución de actividades que implican movilidad.

- **Discapacidad sensorial visual:**

Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que implican el uso exclusivo de la visión.

- **Discapacidad sensorial auditiva:**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso y que tienen limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de comunicación en forma sonora.

- **Discapacidad cognitiva:**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.

- **Discapacidad múltiple:**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteraciones en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades.

- **Deficiencia:**

Desviación o pérdida significativa en una función o estructura corporales.

- **Actividad:**

Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento

- **Limitación en la actividad:**

Dificultad que un individuo pueda tener en el desempeño-realización de actividades.

- **Participación:**

Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento

- **Restricción en la participación:**

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Esta determinada por la comparación con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.

- **Promoción de la Salud:**

Estrategia para mantener y mejorar la salud de las personas a través de intervenciones de comunicación – información, educación – formación y de desarrollo de habilidades que faciliten cambios individuales y colectivos.

- **Prevención de la Enfermedad:**

Acciones dirigidas para la protección específica y detección temprana con el fin de prevenir la adquisición de deficiencias diferentes de las ya existentes.

#### 4. MARCO LEGAL

- **Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad:** (XXXIX Reunión de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, OEA, Guatemala, 8 de Junio de 1999.
- **Convenio 159 sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas:** (Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1º -22 de Junio de 1983, Convenio 159)
- **Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad:** (Naciones Unidas, Asamblea General, Resolución 46/119, 17 de Diciembre de 1991)
- **Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. CIF:** aprobada por la 54 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001.
- **Ley 100 de 1993:** estableció las bases para el nuevo sistema de seguridad social en salud. En los Artículos 1º, 38, 39, 152, 153, incluye la Rehabilitación como una fase del Proceso de atención integral en salud. En el artículo 156, garantiza el ingreso de toda la población al Sistema de Seguridad Social en condiciones equitativas. Crea un Régimen Subsidiado para los pobres y vulnerables. En el artículo 157, prioriza dentro de la población pobre y vulnerable a las personas con discapacidad entre otros.

- **Ley 361 de 1997:** por la cual se establecen los mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1145 del 10 de julio del 2007:** Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de discapacidad y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 2737 de 1989:** Por medio se expide el código del menor.

## 5. OBJETIVOS

### 5. 1 Objetivo general

Este programa está dirigido a la población infantil con riesgo y/o trastorno neurológico (alteraciones motoras, sensoriales, cognitivas y mentales) entre la edades de 0 a 17 años que requieren un proceso de estimulación, habilitación y rehabilitación con aplicación de métodos y técnicas específicas, cuyo fin es mantener o recuperar la máxima capacidad motora, funcionalidad e independencia del menor.

### 5.2 Objetivos específicos

1. Realizar valoración e intervención terapéutica en forma integral garantizando el desarrollo de una vida funcional y su integración en el entorno familiar y social.
2. Brindar apoyo y acompañamiento a los padres y/o cuidadores a través de todo el proceso de habilitación-rehabilitación de los niños y niñas en situación de discapacidad.

### POBLACION OBJETO

Incapacidad de Origen Cerebral

Síndrome de Down

Trastornos encefálicos (hidrocefalia, microcefalia, macrocefalia, lisencefalia, esquisencefalías, entre otros)

Retardo en el desarrollo

Retardo mental

## **6. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA REHABILITACION DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE**

### **a. Fase de valoración**

En esta fase se realiza valoración integral por parte del equipo interdisciplinario, con el fin de establecer el diagnóstico, trazar los objetivos y plan de intervención terapéutica de acuerdo con las necesidades del paciente y de conformidad con lo observado en la evaluación.

Existe participación por parte del equipo interdisciplinario conformado por:

Fisiatra

Neuropediatra

Ortopedista infantil

Trabajador social

Psicólogo

Fisioterapeuta

Terapeuta ocupacional

Fonoaudiólogo

Nutrición y dietética

### **Valoración por Fisiatría**

Evalúa en un primer aspecto la deficiencia, es decir la secuela patológica a nivel de un órgano, como por ejemplo pérdida de una extremidad o cierto déficit sensorio motor. Un segundo aspecto funcional, la Discapacidad, que es la restricción o ausencia (secundario a la deficiencia) de la habilidad del infante para realizar una tarea o actividad dentro de un rango considerado humanamente normal (discapacidad de marcha, de vestuario, de traslado, etc.) Un tercer aspecto social, que se refiere a la pérdida de roles en relación a la discapacidad (familiar, social, escolar). Estableciendo un diagnóstico clínico y de rehabilitación teniendo en cuenta las capacidades residuales y potencialidades del infante, planteando un propósito funcional con el equipo rehabilitador.

### **Valoración por Neuropediatra**

Detecta, evalúa y analiza las manifestaciones clínicas presentes en el niño, determinado la base de la lesión neurológica a través de pruebas neurofisiológicas, morfológicas y bioquímicas que definen el diagnóstico y sus posibles causas.

### **Valoración por Ortopedia infantil**

Evalúa, diagnostica e interviene en los trastornos del sistema músculo-esquelético ya sea congénito o adquirido incluyendo articulaciones, tendones y ligamentos previniendo su proceso degenerativo que pueden ocasionar, retracciones, contracturas y deformidades que interfieren los ajustes posturales y en el sistema de locomoción.

### **Valoración por Trabajo social**

Evalúa a través de entrevista y visita domiciliaria el entorno sociofamiliar, para el diagnóstico de la situaciones problemáticas, necesidades y centro de intereses que se manifiestan en la vida cotidiana de personas, familias y grupos, estableciendo estrategias de acción necesarias para enfrentar con éxito lo problemas que pueden existir.

### **Valoración por Psicología**

La finalidad de la valoración psicológica es determinar el perfil psicológico que tiene el infante y su familia en el momento de iniciar el proceso de rehabilitación, en los siguientes aspectos:

Aspecto emocional, ansiedad, depresión, autoestima.

Aspecto socio afectivo recursos familiares y sociales.

### **Valoración por Fisioterapia**

Evalúa en un primer aspecto la deficiencia es decir la secuela patológica a nivel de un órgano, como por ejemplo pérdida de una extremidad o cierto déficit sensorio motor. Un segundo aspecto funcional, la Discapacidad, que es la restricción o ausencia (secundario a la

deficiencia) de la habilidad del infante para realizar una tarea o actividad dentro de un rango considerado humanamente normal (discapacidad de marcha, de vestuario, de traslado, etc.) Un tercer aspecto social, que se refiere a la pérdida de roles en relación a la discapacidad (familiar, social, escolar). Estableciendo un diagnóstico clínico y de rehabilitación teniendo en cuenta las capacidades residuales y potencialidades del infante, planteando un propósito funcional con el equipo rehabilitador.

### **Valoración por Terapia ocupacional**

Evaluar en el infante las actividades de la vida diaria, productivas y de supervivencia que influye en el desempeño ocupacional y funcional del infante. Teniendo en cuenta los siguientes ítems evaluativos

- Sistemas sensoriales.
- Habilidades motoras finas tales como: lateralidad, preferencia y dominancia manual, coordinación viso – motriz, coordinación bilateral y planeamiento motor.
- Habilidades sensorio- integrativas: tales como preferencia ocular, movimientos oculares, percepción visual, percepción temporo -espacial, percepción de dimensiones, figura a fondo, relaciones espaciales, esquema corporal.
- Habilidades cognitivas: tales como: orientación, reconocimiento, atención, tolerancia a la actividad, memoria, secuenciación, resolución de problemas y creatividad.
- Habilidades de comunicación y interacción: tales como relaciones interpersonales, manipulación de objetos del medio, exploración del medio, seguimiento de instrucciones, hábitos y rutinas, presencia alteración del lenguaje (expresivo – comprensivo).

### **Valoración por Fonoaudiología:**

Tiene como finalidad evaluar los procesos normales de comunicación humana, audición, voz, habla, lenguaje, aprendizaje y sus alteraciones.

Recopilar información de las habilidades y las dificultades que presenta el niño, con el fin de evaluar las alteraciones de comunicación oral, que comprometan parcial o totalmente la calidad de vida y el desarrollo de las potencialidades del menor. El proceso de evaluación se realiza mediante la observación, con material, concreto, lúdico y laminas, y también, se aplican diversas pruebas estructuradas, relacionadas con el habla, niveles comprensivo o expresivo del lenguaje.

Se observa:

- Alteraciones en los aspectos comprensivo y o expresivo del lenguaje, en los niveles fonológico, léxico semántico y gramatical.
- Trastornos de la comunicación: déficit en el nivel pragmático, conductas relacionadas con el uso del lenguaje verbal y no verbal.
- Problemas en la articulación de los fonemas: dislalias, disartrias.
- Trastornos en la fluidez: tartamudez, taquilalia.
- Trastornos del modo respiratorio
- Respiración bucal
- Trastornos de voz.

### **Valoración por Nutrición y dietética**

Tiene como objetivo evaluar el sistema alimentario y nutricional del infante para establecer si se presenta índice de desnutrición u obesidad lo que repercute en el desarrollo físico de los mismos, al manifestar en muchos casos déficit de crecimiento, peso, talla y lo más importante retraso del desarrollo psicomotor

## **b. Fase de intervención**

El objetivo de esta fase es reducir las secuelas de deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de actividades, a través de la aplicación de técnicas terapéuticas con el fin de desarrollar, mejorar, mantener o restaurar la capacidad funcional física, mental y/o sensorial y apoyo a la integración sociofamiliar.

### **Intervención por trabajo social**

Realiza visitas y seguimientos identificando las necesidades y las carencias del infante y de su entorno familiar, generando las acciones tendientes a prevenir y atender las causas y efectos que se presentan alrededor de cada infante, entre los cuales esta la situación socioeconómica, los cuidados de los cuidadores y todo lo relacionado con la parte socio afectiva que influye en el proceso de habilitación y rehabilitación.

### **Intervención por Psicología**

De acuerdo con el perfil obtenido en la evaluación, el profesional podrá determinar el grado de ajuste psicológico en el momento de la evaluación. Se determinará así la modalidad de atención necesaria la cual podrá ir desde la orientación hasta la intervención necesaria, sensibilizando e incentivando a su vez a la familia sobre la aceptación de la discapacidad, condiciones, tratamientos, herramientas necesarias para el manejo del infante en casa y/o colegio.

### **Intervención por Fisioterapia**

Al fisioterapeuta le corresponde desarrollar técnicas aplicadas para habilitar la secuencia motora, recuperar funciones de locomoción y/o rehabilitar el sistema osteomuscular, partiendo de la actividad refleja, tono muscular y patrones funcionales individuales e integrales. El trabajo se inicia con técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas aplicadas en colchonetas, utilización de aditamentos para lograr el control cefálico, del tronco, sedestación, cuadrúpedo, rodillas y bípedo, una vez se logra la movilidad y la

estabilidad, se inicia el trabajo con destreza motora gruesa, favoreciendo el desarrollo de la función motora, el equilibrio y la coordinación.

### **Intervención por Terapia ocupacional**

El terapeuta ocupacional busca incrementar la función independiente y mejorar el desarrollo de los niños que presentan dificultades en su desempeño diario. Incluye también la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida, Para que el infante desempeñe una tarea funcional, tal como: colocarse los zapatos, atarse los cordones, escribir al ritmo de sus compañeros en clase, existen habilidades subyacentes que son prerrequisitos, llamadas componentes del desempeño ocupacional. Algunos de estos son: habilidades de destreza y coordinación fina, procesamiento perceptivo visual, procesamiento y modulación sensorial, planificación y organización motriz, los cuales posibilitan el éxito en el desempeño de una tarea.

### **Intervención por Fonoaudiología**

Tiene como fin favorecer las habilidades de los órganos fonoarticuladores y funciones neurovegetativas para facilitar el proceso de alimentación, comunicación, habla, voz lenguaje y aprendizaje.

### **Intervención por Nutrición y dietética**

Se establecen las respectivas recomendaciones nutricionales partiendo de los resultados encontrados en la valoración, empleando como estrategia la educación nutricional a padres y/o cuidadores de los menores.

La duración del programa es de 3 meses donde el paciente asiste tres veces por semana

**Fisiatría:** 3 Consultas

**Neuropediatra:** 2 Consultas

**Ortopedia infantil:** 2 Consultas

**Fisioterapia:** 36 sesiones

**Terapia Ocupacional:** 36 sesiones

**Terapia del Lenguaje:** 36 sesiones

**Acuaterapia:** 12 sesiones

**Psicología:** 24 sesiones

**Nutrición y dietética:** Diagnóstico nutricional

**Trabajo Social:** 2 intervenciones

**ANEXO 1**

**FLUJOGRAMA DEL SERVICIO**

