PROCEDIMIENTO DE ADOPCIÓN DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA

1. **OBJETIVO:** Mejorar la calidad de la prestación de los servicios, buscando una mayor integración en los diferentes profesionales de las diferentes organizaciones y generar procedimientos adecuados.

2. **ALCANCE:** Contar con Guías clínicas basadas en evidencias siguiendo las indicaciones de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia emitida por el Ministerio de Salud.

3. **RESPONSABLES:**
- Fundación CEDHI
- Dirección General
- Comité Calidad

4. **DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Determinar la condición de salud para la cual se adoptará la GPC	Se establecerá las necesidades de acuerdo con los servicios prestados por la Fundación.	Dirección CEDHI Comité de calidad	ACTA
2	Definición del alcance y conformación del grupo desarrollador	Conformar un grupo que se encargue de desarrollar el proceso de adopción y definir el alcance según lo establecido en la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia emitida por el Ministerio de Salud.	Dirección CEDHI Comité de calidad	ACTA
3	Desarrollo de la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia emitida por el Ministerio de Salud.	Se dará cumplimiento a las etapas contempladas en la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia emitida por el Ministerio de Salud	GRUPO DESARROLLADOR	ACTA

5. CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Descripción del Cambio
1	30/12/2018	Elaboración y aprobación del documento.

Elaboró	Aprobó	Fecha
CEDHI	SANDRA MILENA BEJARANO	30/12/2018

	FUNDACIÓN CEDHI CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL	VERSIÓN	1
		FECHA	12-07-2018
	ACTA DE REUNIÒN	CODIGO	FC-FR-09

Acta No. 002/2019

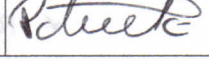
TIPO DE ACTIVIDAD: Conformación grupo desarrollador y adopción guías metodológicas

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Patricia Baraceta

FECHA: 3 de Enero del 2019

LUGAR: Bogotá, Fundación CEDHI

NOMBRE DE PROFESIONALES A CARGO:

Nombre	Cargo	Correo	Firma
Patricia Baraceta Carreño	Jefe Departamento Operativo y Científico	Talentohumano.cedhi@gmail.com	

ORDEN DEL DÍA:

1. Nombramiento Grupo Desarrollador
2. Condiciones del servicio de salud prestado
3. Características de la población objeto
4. Etapa de la atención dentro del ciclo de atención
5. Alcance
6. Búsqueda sistemática
7. Tamización Primaria
8. Tamización Secundaria

DESARROLLO DEL DÍA:

1. De acuerdo con lo establecido en la guía metodológica para la adopción - adaptación de guías de práctica clínica basadas en evidencia del ministerio de salud y protección social y el instituto de evaluación tecnológica en salud se conforma un grupo desarrollador con experiencia en discapacidad integrado por:

   SANDRA MILENA BEJARANO MORENO Profesión Terapeuta Ocupacional.
   PATRICIA BARACETA CARREÑO Profesión Psicóloga.

2. Condiciones del Servicio de salud prestado:

CEDHI es una IPS de Complejidad 1 y nivel de atención 1 brinda servicios de Apoyo terapéutico en las áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, enfermería, psicología y psiquiatría.

3. Características de la población objeto:

   EDAD: Menores de 18 años

   SEXO: Hombres y Mujeres

   DIAGNOSTICOS: Autismo, retardo mental, parálisis cerebral espástica, síndrome de Down.

4. Etapa de la atención dentro del ciclo de atención:
   - ✓ Tratamiento terapéutico
   - ✓ Rehabilitación

5. Alcance

   Tratamiento y rehabilitación en autismo, retardo mental, síndrome de Down.

6. Búsqueda Sistemática

   www.sanidadfuerzasmilitares.gov.co

   https://www.google.com/search?q=MODELO+DE+REHABILITACI%C3%93N+FUNCIONAL+PARA+EL+SUBSISTEMA+DE+SALUD+DE+LAS+FUERZAS+MILITARES&oq=MODELO+DE+REHABILITACI%C3%93N+FUNCIONAL+PARA+EL+SUBSISTEMA+DE+SALUD+DE+LAS+FUERZAS+MILITARES&aqs=chrome..69i57.1856j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

7. Tamización Primaria

   MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

8. Tamización Secundaria

SELECCIÓN DE GPC CANDIDATAS PARA SER UTILIZADAS EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN AMPLIADO DE UNA GPC

Nombre de la Guía: MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES			No. ID:	**Debe ser evaluada por AGREE II (SI/NO)**
Criterios de una GPC	SI	NO	**Comentarios Evaluador**	
Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad				
¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada?	X			
¿Es una GPC basada en la evidencia?	X			
¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	X			
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X			
¿Establece recomendaciones?	X			
Fecha de ultima búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años)	X			

OBSERVACIONES PRESENTADAS

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLES	FECHA DE EJECUCIÓN

Representante Legal:

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
"Comprometidos por una sociedad incluyente"

ACTA DE COMITÉ DE ADOPCIÓN DE GUIAS

(10 DE MAYO DE 2019)

Por la cual se adopta la guía **MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES,** en la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad

La Directora de la Fundación CEDHI en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

Que la Fundación CEDHI es una IPS de Complejidad 1 y nivel de atención 1, brinda servicios de Apoyo terapéutico en las áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, enfermería, psicología y psiquiatría.

Que el Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Que la Resolución 123 del 26 de Enero de 2012, que modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, establece el Manual de Acreditación Ambulatorio – Hospitalaria y que en el mismo se define en la intencionalidad de los estándares asistenciales, que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud, para lo cual la organización debe contar con procesos para planear la atención, el cuidado y el tratamiento de cada paciente. Esta planeación debe estar basada en la mejor evidencia

posible y definir las acciones de diagnóstico y tratamiento y las acciones de implementación, desarrollo y seguimiento del plan.

Que la Resolución 1441 de Mayo 6 de 2013 establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios dentro de los cuales está el estándar de procesos prioritarios, estableciendo que se deben definir y documentar los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

Que la resolución 1441 de Mayo 6 de 2013, determina además que las guías a adoptar serán en primera medida las que expida el Ministerio de Salud y Protección Social y que solo en caso de no estar disponible, la entidad deberá desarrollar o adoptar alguna otra guía basada en la evidencia.

En mérito de lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ADOPTAR Y ADAPTAR la guía **MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES**, El fin último de la rehabilitación funcional es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, mediante la prestación de servicios integrales de rehabilitación con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en donde la atención se ajuste a las necesidades de los usuarios a través de la implementación de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión. Lo que se logrará a partir de la intervención del equipo de interdisciplinario y la participación del paciente y su familia; desde el principio hasta el fin

del proceso de atención, cumpliendo así los objetivos y metas propuestas conjuntamente, y contribuyendo a su proceso de inclusión social, en la FUNDACIÓN CEDHI.

PARAGRAFO: las guías adoptadas y adaptadas se actualizarán de acuerdo con los cambios y normatividad que para ello disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTICULO SEGUNDO: VIGENCIA: la presente acta rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las anteriores.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE,

Dado en Bogotá, el día 10 de Mayo de 2019

SANDRA MILENA BEJARANO MORENO
Directora Fundación CEDHI

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

"Comprometidos por una sociedad incluyente"

INSTRUMENTO AGREE II.

El Instrumento AGREE II Versión electrónica. http://www.agreetrust.org.

DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVOS

	Item 1	Item 2	Item 3	Total	
Evaluador 1	6	5	7	18	6
Evaluador 2	5	5	7	17	6
TOTAL	11	10	14	35	

Puntuación máxima posible: 7 x 3 x 2 **42**

Puntuación mínima posible 1 x 3 x 2 **6**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

29 36 **81%**

DOMINIO 2. PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

	Item 4	Item 5	Item 6	Total	
Evaluador 1	5	6	7	18	6
Evaluador 2	6	6	7	19	6
TOTAL	11	12	14	37	

Puntuación máxima posible: 7 x 3 x 2 **42**

Puntuación mínima posible 1 x 3 x 2 **6**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

31 36 **86%**

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

"Comprometidos por una sociedad incluyente"

INSTRUMENTO AGREE II.

DOMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN

	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Total
Evaluador 1	5	6	5	4	6	6	6	5	43
Evaluador 2	5	6	5	5	6	6	6	5	44
TOTAL	10	12	10	9	12	12	12	10	87
								5	6

Puntuación máxima posible: 7 x 8 x 2 **112**

Puntuación mínima posible 1 x 8 x 2 **16**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

71 106 **67%**

DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

	Item 15	Item 16	Item 17	Total	
Evaluador 1	6	6	5	17	6
Evaluador 2	5	6	5	16	5
TOTAL	11	12	10	33	

Puntuación máxima posible: 7 x 3 x 2 **42**

Puntuación mínima posible 1 x 3 x 2 **6**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

31 36 **86%**

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

"Comprometidos por una sociedad incluyente"

INSTRUMENTO AGREE II.

DOMINIO 5. APLICABILIDAD

	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Total	
Evaluador 1	5	6	5	6	22	6
Evaluador 2	4	6	4	6	20	5
TOTAL	9	12	9	12	42	

Puntuación máxima posible: 7 x 4 x 2 **56**

Puntuación mínima posible 1 x 4 x 2 **8**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

34 48 **71%**

DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL

	Item 22	Item 23	Total	
Evaluador 1	4	5	9	5
Evaluador 2	5	5	10	5
TOTAL	9	10	19	

Puntuación máxima posible: 7 x 2 x 2 **28**

Puntuación mínima posible 1 x 2 x 2 **4**

Puntuación estandarizada: (Puntuación obtenida - Puntuación mínima posible) x 100 / Puntuación máxima posible - Puntuación mínima posible= %

15 24 **63%**

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

"Comprometidos por una sociedad incluyente"

INSTRUMENTO AGREE II.

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUIA

CALIDAD GLOBAL

	Puntuación
Evaluador 1	6
Evaluador 2	5
MEDIA	5,5

RECOMENDACIÓN DE LA GUIA

	Puntuación
Evaluador 1	3
Evaluador 2	2
MEDIA	2,5

3 Si

2 Si, con modificaciones

1 No

RESUMEN DE LA VALORACIÓN

SANDRA MILENA BEJARANO MORENO

EVALUADOR 1

PATRICIA BARACETA CARREÑO

EVALUADOR 2

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA (GPC)

CEDHI

INTRODUCCIÓN

La Fundación CEDHI buscando siempre el compromiso de calidad y seguridad del paciente elabora un Plan de implementación de las GPC.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia son declaraciones que incluyen recomendaciones cuya finalidad es optimizar el cuidado de pacientes informados, conformadas con base en revisiones sistemáticas de la evidencia y, la evaluación de los riesgos y beneficios de las alternativas de opciones de cuidado. Desde esta perspectiva, las recomendaciones de las GPC ofrecen el mejor cuidado disponible, procurando evitar la variabilidad no justificada en la práctica con recomendaciones sensibles al contexto y, en ocasiones, con consideraciones de costo efectividad y análisis de equidad; con el propósito de mejorar los estándares de salud de los pacientes.

La generación de recomendaciones específicas en una GPC es el resultado de un proceso metodológico exigente, complejo y riguroso. Sin embargo, disponer de GPC aun siendo desarrolladas con la metodología más depurada y por equipos clínicos idóneos, no garantiza su utilización en la práctica clínica, ni su impacto favorable en la calidad de servicios de salud; ni la disminución de desenlaces negativos, o de los costos en la prestación de los servicios. Numerosos estudios basados en población demuestran un bajo cumplimiento de las recomendaciones contenidas en GPC producidas por prominentes agencias profesionales o gubernamentales, tanto para condiciones agudas como crónicas. Así, el esfuerzo y los recursos invertidos en el en el desarrollo de las GPC no se traducen necesariamente en la adopción y uso por parte de los usuarios potenciales de la guía o en los cambios esperados en la calidad asistencial y en la salud de la población objeto de esta.

Los procesos necesarios para llevar a la práctica las recomendaciones de las GPC y que estas sean utilizadas conjuntamente por los prestadores de servicios de salud y por los pacientes para tomar las mejores decisiones en condiciones clínicas específicas implican cambios, tanto individuales como

institucionales y sociales. La aplicación de una GPC es un proceso complejo que depende de múltiples factores y tiene resultados variables; es un proceso activo que debe ser planificado y desarrollado sistemáticamente, considerando las características del contexto, las barreras y facilitadores del cambio, las estrategias pedagógicas y de intervención, para incorporar las recomendaciones al ejercicio clínico y a las competencias de cada uno de los actores del sistema de salud. Se requiere de un diagnóstico previo de las condiciones basales de práctica, sumado al conocimiento de aspectos normativos, administrativos, legales. Así mismo, se deben tener en cuenta los recursos profesionales, técnicos y de apoyo, la estructura de las organizaciones y su cultura de procesos, las actividades de auditoría, control y seguimiento, y la evaluación de la gestión. El hecho de que los contextos sean variables, tanto en el tiempo como en el espacio, implica que no existan fórmulas mágicas ni recomendaciones universales para implantar GPC.

Al proponer cambios en las prácticas, la implementación de las recomendaciones implica retos para los individuos y las instituciones. En su ejecución enlaza los saberes de la administración, de la gerencia, del comportamiento dinámico de grupos y sociedades y, del ejercicio de derechos y deberes, generando nuevos espacios de colaboración, trabajo, gestión y evaluación. La implementación debe ser un ejercicio de concertación política y social con reglas claras y transparentes; es un proceso social, dinámico, flexible y adaptable al cambio, pero riguroso, secuencial y con capacidad de generar resultados medibles. Este tema suscita un enorme interés y controversia y se inscribe en la agenda de los planificadores, los tomadores de decisiones y los gestores de atención con calidad y equidad.

Desde hace varios años, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de la República de Colombia ha impulsado la elaboración de GPC basadas en evidencia. El reto actual consiste en lograr que las recomendaciones contenidas en las GPC sean llevadas a la práctica, cumpliendo con la finalidad para la cual se generaron y afianzando la decisión política de trabajar hacia una atención en salud de alta calidad. Este manual reúne las revisiones sistemáticas, modelos y estrategias de implementación de GPC para la ESE Hospital San Rafael de Girardota como experiencia novedosa que plantea nuevos retos para el SGSSS y para sus diversos actores. Llevar a la práctica las

recomendaciones de las GPC en nuestra institución, implica diseñar, planear y ejecutar estrategias de difusión, adopción, diseminación y seguimiento.

ALCANCE

Las GPC están dirigidas a aquellos actores que las reconocen como el soporte técnico orientador de la atención, pacientes (población asignada para la atención en nuestra institución) y cuidadores. Así es como surgió la necesidad de disponer de un plan para la implementación de GPC, el cual deberá convertirse en una herramienta útil, flexible, adaptable, que busca servir de orientador, tanto a quienes proveen servicios de atención en salud como a quienes los reciben, buscando una atención con calidad y equidad.

OBJETIVO

Es el conjunto de actividades que deben seguirse para favorecer la ganancia de habilidades por parte de los prestadores y los pacientes, conducentes a la toma de decisiones clínicas orientadas en las recomendaciones de la GPC; incluye la disponibilidad de recursos para hacerlo y a la utilización sistemática de dichas recomendaciones.

Para tener mayor probabilidad de éxito, cada acción y cada etapa prevista en el plan debe tener un responsable. No todas las recomendaciones de una GPC podrán llevarse a la práctica en todos los servicios. Las condiciones y las dinámicas institucionales, el contexto institucional y social, la presencia de barreras y facilitadores, la viabilidad de la puesta en marcha de las recomendaciones, la factibilidad económica y los recursos disponibles, entre otros muchos aspectos, pueden dificultar o favorecer la implementación.

De esta forma, el diseño de cada plan requiere considerar las particularidades institucionales y así, la selección de estrategias que sean más efectivas es uno de los elementos que requiere mayor atención.

1. PRIMERA FASE

1.1. POLÍTICA DE ADOPCIÓN DE GPC

Acogiendo a las directrices dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se decide adoptar las GPC involucrándolas como un referente para la atención de sus usuarios y destinando los recursos necesarios conducentes a su diseminación institucional, implementación, evaluación y control. A nivel institucional, el éxito de la implementación requiere del compromiso auténtico de todo el equipo. La dirección deberá asumir el liderazgo inicial y en la medida que el proceso avanza y se conforma el equipo implementador, dicho liderazgo podrá pasar a los funcionarios involucrados. La Dirección de la institución deberá elaborar y difundir un documento en el que adquiere el compromiso de implantar la GPC y resalta esta labor como una prioridad organizacional (Plan de Implementación). Adicionalmente deberá disponer de todos los recursos necesarios para facilitar los procesos de diseminación, implementación, evaluación y control.

1.2 PASOS PARA LA ADOPCIÓN DE GPC

a) Asegurarse que la implementación de las GPC se de cómo una orden administrativa prioritaria.
b) Determinar la dependencia, unidad o división de la IPS, y el funcionario responsable directo del proceso de implementación. (calidad)
c) Nombrar a un representante que acompañe al Equipo de Implementación.
d) Crear políticas institucionales de apoyo a la implementación.
e) Introducir las GPC como parte de los procesos de garantía de la calidad.
f) Incluir los avances del proceso dentro de las agendas de trabajo.

1.3 EQUIPO INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN DE GPC Y SUS ROLES

Este equipo debe estar conformado de manera multidisciplinaria, incluyendo actores provenientes de todos los niveles de participación y de acuerdo con el contexto de aplicación de la GPC, Así:

Coordinador general:

Asignado por las directivas de la institución y apoyado por el líder de opinión y coordinado por un facilitador. Responsable de coordinar todas las actividades de creación y ejecución del plan de implementación, así como buscar la aprobación de las actividades por parte de las directivas.

Facilitador:

Se encargará de apoyar las diferentes actividades de implementación.

Líderes de opinión clínicos dentro de la institución.

Los pacientes u organizaciones que los representan.

Tomadores de decisiones dentro de la institución

Representante(s) de los diversos profesionales que prestan atención a los pacientes.

El Equipo debe tener el apoyo de la Dirección de la Institución y crear o adaptar un espacio donde pueda reunirse a tomar decisiones de equipo y crear el plan de implementación.

1.4 SELECCIÓN DE LA GUÍA A IMPLEMENTAR

Las Fundación CEDHI debe priorizar una o más guías, es decir, definir cuáles guías va a implementar considerando el mayor número de variables del perfil epidemiológico posibles, como: características de la población atendida y carga de la enfermedad; necesidades de mejoramiento de la calidad de la atención, de disminución de la variabilidad en el manejo, o reducción de costos.

Se deben identificar las recomendaciones trazadoras y pertinentes para el nivel de atención de la institución. De acuerdo con las condiciones de la institución se debe decidir cuáles de las recomendaciones planteadas en las GPC se deben implantar. En todos los casos el equipo implementador deberá tener un claro conocimiento de la práctica clínica actual para saber cuáles recomendaciones ya se ejecutan y, cuáles deben ser puestas en funcionamiento.

1.5 IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES

En el contexto de implementación de GPC, las barreras hacen referencia a aquellos factores que pueden impedir, limitar o dificultar el que las recomendaciones planteadas puedan llevarse a la práctica y que tanto los profesionales de la salud como los pacientes las adopten.

Los factores facilitadores son aquellos que propician o favorecen los cambios. Las barreras y los facilitadores tienen relación, principalmente con características propias de las guías, con las creencias, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de los pacientes, o con las circunstancias locales y sectoriales en las cuales se pone en marcha y se mantiene la implementación. Algunas de las barreras relacionadas con estos aspectos tienen correspondencia con la falta de aceptación de la guía; la falta de conocimiento de su existencia (conceptos y utilidades), la carencia de un sentido de pertenencia, la falta de conocimiento en la metodología.

También pueden influir: el exceso de información, la falta de acceso, la resistencia al cambio, la falta de motivación, la pobre expectativa con los resultados, la falta de apoyo de las autoridades médicas o administrativas, los procesos para autorización de prescripciones, la carencia de recursos, las tendencias de la práctica clínica, las influencias de la moda, el arraigo a las creencias populares y la participación de la industria farmacéutica.

Se utilizarán las siguientes técnicas para identificar barreras en la implementación de GPC:

Lluvia de ideas: profesionales relacionados con el proceso de implementación generan listados de posibles barreras que pueden encontrarse en la implementación de la GPC en un su contexto específico.

Estudio de caso: corresponde a una descripción minuciosa del análisis de una situación pasada (una experiencia de implementación anterior). Usualmente involucra varias metodologías de recolección de información.

Grupos focales: discusión oral con un grupo de interesados que tienen experiencia en implementación. A diferencia de lluvia de ideas, existe retroalimentación y análisis temático de los resultados.

Encuestas: se recolecta la información a través de un grupo de preguntas estandarizadas. Pueden ser estructuradas o semiestructuradas

Técnica de grupo nominal: discusión altamente estructurada entre un grupo de personas con ideas resumidas y priorizadas. Las barreras son identificadas a través de un proceso iterativo.

Técnica Delphi: proceso iterativo en el cual un grupo de participantes genera información a partir de encuestas específicas, predeterminadas para el contexto de la guía. Permite identificar barreras mediante un proceso de consenso.

1.6 ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE DISEMINACIÓN

Las estrategias de diseminación para la implementación de la GPC serán:

- ✓ Sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones, disponiendo del acceso electrónico en cada uno de los puntos de atención institucional
- ✓ Auditoria y retroalimentación
- ✓ Reuniones educativas interactivas
- ✓ Reunión con grupos de usuarios para despliegue

- ✓ Sistemas de recuerdo: intervenciones electrónicas o manual para aviso al profesional que realice una actividad determinada.

1.7 HERRAMIENTAS DE IMPLEMENTACIÓN

La Fundación CEDHI determinó como herramientas de apoyo al proceso de implementación, la que se encuentra disponible en la página web del ministerio de protección social a través del siguiente link: gpc.minsalud.gov.co.

1.8 PLAN DE INCENTIVOS

De acuerdo con la política institucional se determinará qué tipos de incentivos de apoyo a la implementación pueden presentarse a los usuarios de la guía para que se fomente su utilización y aplicación basadas en los indicadores de evaluación.

Incentivos económicos "puros": se basan en que el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas. Diversos países utilizan incentivos económicos tanto positivos como negativos.

Incentivos de prestigio: la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación. Posiblemente no generan dinero adicional, pero sí el reconocimiento de propios y extraños y una mayor aceptación social.

Incentivos legales: se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones o se premia a los ganadores por medio de algunas prerrogativas legales (impuestos, selecciones en licitaciones).

Incentivos ético-profesionales: en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector, de carácter ético y profesional. La calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

1.9 IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Una vez se ha construido el plan de implementación institucional se identificarán los recursos económicos, técnicos y humanos necesarios.

1.10 ELABORACIÓN DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se debe elaborar un cronograma que permita ajustar las actividades a los tiempos reales en el que se realice el plan de implementación. Es importante identificar a los responsables de la implementación.

1.11 SELECCIÓN DE MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Se realizará la recolección de mediciones, determinación de indicadores, análisis de resultados, retroalimentación de los resultados y elaboración de informe final y se tendrán como herramienta los indicadores correspondientes a cada guía.

1.12 ELABORACIÓN DE LÍNEA DE BASE

Se establecerá medición previa de todos los indicadores previstos en el plan de implementación, para conocer el valor de los indicadores al momento de iniciarse el proceso y por ende identificar el punto de partida.

2. SEGUNDA FASE

2.1 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN

En esta fase se trasladan efectivamente las recomendaciones planteadas en las GPC al que hacer de la práctica de los profesionales. Al implementar las recomendaciones de una GPC, estamos desarrollando sistemáticamente el plan de implementación.

Para garantizar el cumplimiento de estas actividades el responsable será el Grupo implementador de guías, los usuarios finales de la GPC deben estar representados por los clínicos que utilizarán las recomendaciones planteadas en las mismas GPC (médicos generales, médicos especialistas y profesionales de la salud en general) funcionarios y personal administrativo de las instituciones de salud y pacientes. La principal función de los representantes de los usuarios finales es colaborar con la identificación de barreras y la selección de estrategias para superarlas, así como apoyar al equipo coordinador de la estrategia de implementación en la selección y adaptación del enfoque y los mensajes a difundir de acuerdo con las particularidades propias de cada entorno de aplicación.

3. TERCERA FASE

3.1 MONITORIZACIÓN

Con el fin de evaluar el impacto de las estrategias de implementación, es necesario conocer el nivel de familiaridad que se ha alcanzado con la guía y el uso actual. Resulta apropiado recolectar información sobre el uso tradicional de los recursos y cambios en los desenlaces clínicos. Idealmente la evaluación debe estar incluida en el plan de implementación, de forma tal que oriente la determinación de la línea de base y permita la comparación del antes y después.

Cada organización cuenta con estructuras y políticas organizacionales específicas. Se espera que cada área realice su propia evaluación mediante revisión de un grupo evaluador. Adicionalmente se deben incluir revisores externos que permitan validar la evaluación, siempre y cuando esto sea posible.

Las responsabilidades del grupo evaluador son:

• Recolección de las mediciones.
• Determinación de los indicadores con asesoría metodológica.
• Análisis de los resultados.
• Socialización y diseminación de los resultados.
• Elaboración de un informe que incluya las intervenciones pertinentes para mejorar la adherencia a las recomendaciones.

3.2 EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE GPC

Al crear el plan de evaluación se deben plantear las siguientes preguntas:

• ¿Cómo se conocerá si las guías son recibidas, leídas, utilizadas, evaluadas localmente, promocionadas o aceptadas localmente?
• ¿Qué métodos son requeridos para evaluar lo anterior? Cuestionarios, encuestas, revisión de casos, criterios cíclicos basados en auditorias, monitoreo rutinario.
• ¿Qué vacíos de conocimiento han sido identificados a través de la evaluación? • ¿Cómo se retroalimentarán los resultados de la evaluación a aquellos responsables por la implementación?
• ¿Cómo serán identificados e implementados los cambios en cada paso de la cadena?
• ¿Existe un método claro de evaluación?: Desenlaces explícitos que puedan ser evaluados, estándares locales de las guías, indicadores clave para dar una medida de la implementación
• ¿Cuál es el desenlace más importante esperado y cómo será medido?
• ¿Quién debe evaluar la guía? Clínicos líderes en el contexto local, gerentes, organizaciones externas, estructuras de auditoría.
• ¿Con qué frecuencia se realiza la evaluación? La evaluación de la implementación de las guías debe realizarse al menos una vez cada tres años, sin embargo, en áreas donde los cambios son realizados a una mayor velocidad, la evaluación será más frecuente.

3.3 COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

La evaluación de los efectos de la guía tiene seis componentes:

• Diseminación de la guía.
• Si la práctica clínica se dirige a las recomendaciones de la GPC.
• Si los desenlaces de salud han cambiado.
• Si la GPC ha contribuido a cualquier cambio en la práctica clínica.
• Impacto de la GPC en el conocimiento y entendimiento de los usuarios.
• Evaluación económica del proceso.

3.4 RETROALIMENTACIÓN Y REAJUSTES AL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Con base en los resultados de la evaluación, el equipo de implementación deberá revisar si existen recomendaciones que no han sido adoptadas y evaluar las causas por las cuales no fueron puestas en funcionamiento en la IPS. Posteriormente, deberá evaluar un cambio en las estrategias de implementación del plan, para mejorar la adherencia de las recomendaciones de la GPC.

4. CUARTA FASE

4.1 IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS DE PACIENTES

Las GPC para el SGSSS en Colombia incluyen una versión para pacientes y cuidadores, éstas brindan información de las recomendaciones de una guía de práctica clínica específica en un lenguaje fácilmente comprensible. Adicionalmente, tienen como propósito que los pacientes comprendan las decisiones médicas y mejoren su adherencia a las recomendaciones.

Las Guías de Pacientes deben ser de fácil acceso para cualquier ciudadano interesado en el tema. Su implementación está basada principalmente en estrategias de difusión y diseminación.

Se recomienda que cada una de las instituciones identifiquen las estrategias de difusión y diseminación dirigidas a pacientes y cuidadores.

Un punto clave para la implementación de las GPC es que las personas implicadas tengan acceso a la información. Esta puede distribuirse en materiales impresos, electrónicos o audiovisuales. Debe ser completa, de fácil acceso y debe estar disponible cuando se necesite. A continuación, encontrará un listado de los medios que puede utilizar para distribuir la información. Utilice varios de ellos para obtener un mejor resultado.

• Medios de comunicación internos: manual de bienvenida, buzón de comunicaciones, carteleras, circulares, cartas y otros documentos, publicaciones internas (revistas, boletines, folletos), canal de comunicación corporativo (intranet).
• Medios de comunicación externos: plataforma del Ministerio de Salud, correo electrónico, mensajes de texto.
• Medios de comunicación personalizados: programas específicos, reuniones con dirigentes, encuestas, eventos internos, videoconferencias.

Para la elaboración de este manual se tuvo como referencia el "Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia", del Ministerio de Salud y Protección Social.

Aprobó:

SANDRA MILENA BEJARANO MORENO
CC. 52.472.004
DIRECTORA Y REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO **"PLAN DE IMPLEMENTACIÓN INSTITUCIONAL"**

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN INSTITUCIONAL

Fecha:

Institución: Fundación CEDHI

Nombre de la Guía de Práctica Clínica

Razón de la selección de la guía

Relación a políticas existentes

Miembros del equipo de implementación institucional

Nombre	Cargo en la institución	Dependencia	Rol

Selección de las recomendaciones a implementar

El equipo deberá revisar cuales recomendaciones de la GPC deben ser implementadas al encontrarse diferencias con la práctica actual de la institución. Revisar como primer punto las recomendaciones priorizadas por el Grupo Desarrollador

Numero	Recomendación

Barreras y facilitadores de la implementación

Revisar la sección correspondiente del manual e identificar cuales barreras y facilitadores corresponden a las recomendaciones a implementar

Recomendación:	
Barreras de Implementación	**Facilitadores**
Recomendación:	
Barreras de Implementación	**Facilitadores**

Seleccione las estrategias de implementación de la guía de práctica clínica y la guía de pacientes, que se adecuen a su contexto. (Ver manual para selección de estrategias).

Revisar la sección correspondiente del manual e identificar cuales estrategias de implementación se pueden aplicar en la institución.

Pasos para la adopción de las recomendaciones

Identificar que actividades deben desarrollarse en la IPS

Actividad (Recolección de datos, entrenamiento, desarrollo de formas, adquisiciones, etc.)	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización

Estrategias educativas y de diseminación

¿A quiénes van dirigidas las estrategias educativas?	¿Qué información se necesita?	¿Cuándo la necesitan?	¿Quién dará la información?

Tiempo estimado y recursos

Recurso (humano, técnico, económico)	Valor estimado (horas o dinero)

Aprobación por el nivel de dirección correspondiente

Nombre	Aprobación	Fecha de solicitud	Fecha de aprobación

Indicadores

Fecha de medición:

Indicador	Numerador	Denominador	Fuente	Número

CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

"Comprometidos por una sociedad incluyente"

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DISCAPACIDAD INTELECTUAL NIÑOS 10 A 18 AÑOS

DESARROLLO DE COMPETENCIAS ADAPTATIVAS FAVORECIENDO EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE NIÑOS Y JÓVENES DE 10 A 18 CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, GARANTIZANDO DERECHOS DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN

FUNDACIÓN CEDHI
2019

Dirección: Calle 97 No. 64-19 Bogotá D.C. Barrio Los Andes
Tel: 6955994 - 3124522705
fundacioncedhi@yahoo.com
www.cedhi.com

FUNDACION CEDHI

La Fundación CEDHI (***Centro de Desarrollo Humano Integral***), es una empresa social, cuyo propósito es contribuir al restablecimiento de los derechos humanos y promover espacios de reflexión y participación orientada a la construcción y/o fortalecimiento de procesos inclusivos de niños, niñas y adolescentes de Colombia.

Se enfoca en programas que trabajan por la inclusión y la adaptabilidad de las personas en contextos familiares, sociales, educativos y ocupacionales.

Desde su fundación en el año 2005, la fundación CEDHI ha desarrollado diversidad de programas sociales y de prestación de servicios en salud, enfocados a mejorar la calidad de vida, equidad y reconocimiento de derechos de las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad.

Nuestra población:

- Infancia y adolescencia
- Discapacidad
- Juventud
- Familia
- Mujer y genero

MARCO CONCEPTUAL

1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual se relaciona con la limitación en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, asociada a habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

Las limitaciones en el funcionamiento se deben considerar en el contexto ambiental - social con pares en edad y cultura.

La evaluación debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en comunicación, aspectos sensoriales, motores y conductuales. Se debe elaborar un perfil de necesidades de apoyo.

1.1 Causas

La discapacidad intelectual puede tener su origen en una amplia variedad de circunstancias médicas y ambientales. Algunas son genéticas. Algunas están presentes antes o en el momento de la concepción, y otras se producen durante el embarazo, durante el parto o después del nacimiento. El factor común es que algo afecta el crecimiento y el desarrollo del cerebro. Incluso con los últimos avances en genética, en especial las técnicas de análisis de los cromosomas, a menudo no se puede identificar una causa específica de la discapacidad intelectual.

1.2 Diagnóstico de la discapacidad intelectual:

Para que se diagnostique una DI a un niño debe reunir dos características: tener un CI (coeficiente intelectual) significativamente bajo y tener muchos problemas con el funcionamiento cotidiano.

Acerca de la prueba de CI:

El CI ("coeficiente intelectual") mide las aptitudes de aprendizaje y resolución de problemas de un niño. Un CI normal es de cerca de 100 puntos. Los niños con DI tienen un CI bajo: la mayoría tiene entre 70 y 55 puntos o menos.

Por lo general, los niños no pueden hacer pruebas de inteligencia (prueba de coeficiente intelectual o prueba de CI) hasta que tienen entre 4 y 6 años. Por lo tanto, es probable que los padres tengan que esperar hasta que el niño llegue a esa edad antes de saber con certeza si su hijo tiene una DI. A veces puede tardar más tiempo.

1.3 Conductas de adaptación:

Tal como se presenta anteriormente, para que le diagnostiquen una DI el niño debe tener, además, problemas considerables con el funcionamiento cotidiano. Para medir la conducta de adaptación, los evaluadores observan lo que un niño puede hacer en comparación con otros niños de la misma edad. Entre los ejemplos se incluyen:

- Destrezas de cuidado personal (por ejemplo, vestirse, ir al baño, comer solos)
- Destrezas sociales y de comunicación (por ejemplo, mantener conversaciones, usar el teléfono)
- Aptitudes escolares o laborales
- Aprendizaje de rutinas
- Saber cuidarse
- Pedir ayuda
- Uso de dinero

Los niños con DI más graves tienen más probabilidades de padecer discapacidades o trastornos adicionales en comparación con los niños con DI más leves.

Diagnósticos asociados:

- Parálisis cerebral
- Epilepsia
- Insuficiencia visual
- Pérdida de audición
- Problemas de habla y lenguaje
- Síndrome Down
- Autismo

1.4 "Criterios de diagnóstico de Retraso Mental (APA, 1996)"

- Limitaciones significativas del funcionamiento intelectual global
- limitaciones significativas de las aptitudes adaptativas
- Las limitaciones intelectuales deben ser en relación con la competencia general y las limitaciones en actitudes adaptativas deben ser en relación a aprendizaje, utilización del conocimiento, tareas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones-relaciones interpersonales, áreas de vida: educación, trabajo, vida económica, comunitaria, social y cívica.

• Retraso mental Leve	CI de 55 a 70, dos intervalos por debajo de la media
• Retraso mental Moderado	CI de 35 a 54, tres intervalos por debajo de la media
• Retraso mental Grave	CI de 20 a 35 cuatro intervalos por debajo de la media
• Retraso mental Profundo	CI inferior a 25, cinco intervalos por debajo de la media

2. COMPONENTES DEL DESARROLLO

Físico

El aspecto físico de las personas con discapacidad intelectual de nivel leve es en verdad igual en aspecto físico a niños y adolescentes de inteligencia media, pero conforme bajamos el nivel de gravedad a moderado, se destacan las diferencias en el aspecto físico, en los niveles grave y profundo las diferencias físicas son más frecuentes y obvias. Los problemas en el desarrollo físico radican en la presencia de enfermedades crónicas y deficiencias físicas y se apartar de la norma en talla, peso y proporciones.
En la adolescencia se puede acelerar o estancarse el desarrollo físico y la aparición de los caracteres sexuales secundarios como la menstruación, voz, vello púbico, etc., cabe destacar que son contados los adolescentes con discapacidad intelectual que no pasan por dicha trasformación (suelen asociarse a oros trastornos de desarrollo). Como conclusión los problemas de desarrollo físico se considerarán patológicas, cuando sus diferencias o desviaciones son altas en relación a estándares normales de sexo y edad.

Sensoperceptivo - Motor

Los problemas psicomotores son disfunciones diversas, por lo que es importante, conocer el sistema sensorial y su influencia en el desarrollo motor grueso y fino. El sentido del tacto comprende la relación entre las partes del cuerpo y las respuestas motoras; los sentidos de vista y oído dirigen los movimientos y brindar información sobre el cuerpo y objetos; el sistema perceptivo kinestesico, ayuda a identificación del esquema corporal. Cada uno aporta información al sistema sensorial, que es procesado lo que permite el conocimiento y regular las acciones, la función motriz es la suma de actividades en el sistema piramidal, que realiza el movimiento voluntario; el sistema extrapiramidal que realiza la modicidad automatizada y el sistema cerebelos que regula la armonía del equilibrio interno del movimiento.
Existe una estrecha relación entre las funciones del movimiento- acción y el desarrollo psíquico en general. La importancia del desarrollo psicomotor, radica en la desaparición de los reflejos primitivos, desarrollo del tono muscular y los diferentes esquemas de movimiento que evolucionan de lo general a lo específico. El niño con discapacidad intelectual no habrá adquirido muchos de estos patrones de movimiento, otros estarán alterados en tono muscular, actitud postural o los esquemas de movimiento se realizarán según un patrón anormal. En este sentido su educación psicomotriz debe tener como objetivo el desarrollo del psiquismo del niño (percepción, razonamiento, estructuración espacio- temporal, relación social, etc.) a través de ejercicios y movimientos.

En las personas con discapacidad intelectual, el sistema sensorial puede estar más activo de lo habitual o funcionar deficientemente, cuando es deficientemente (hiporreactividad) producirse una disminución de la conciencia y atención, mientras que el activo (hiperreactivo) ocasiona resistencia a estímulos y actividades perceptivas, ambos ocasionan problemas de conocimiento del sistema corporal, problemas de posición en el espacio.

Lenguaje

El lenguaje es producto de una actividad compleja, su finalidad última es la comunicación con los semejantes. En su adquisición y desarrollo se han de tener en cuenta la influencia de factores orgánicos (órganos sensoriales y motores donde la audición y el aparato motor fonador tienen la máxima importancia) y factores ambientales, familiares y sociales.

El desarrollo del lenguaje en personas con discapacidad intelectual se ve seriamente afectado, destacan el desarrollo pragmático, sintáctico y semántico; el nivel del desarrollo del lenguaje se interrelaciona con el nivel de discapacidad intelectual, a mayor grado de discapacidad mayores son las dificultades para adquirir un vocabulario, construir expresiones, lo que repercute directamente en el uso del lenguaje.

En relación a procesos de locución, la mayoría de los desordenes están relacionados con la articulación (errores de sustitución y omisión), ritmo (tartamudear o atropellar las palabras) y desórdenes de la voz (timbre o volumen inferir o superior a lo normal); y en los desordenes de lenguaje son conocimiento deficiente y uso del lenguaje,

incapacidad para la sintaxis, vocabulario limitado y problemas para usar correctamente el lenguaje, indica alteraciones en la función lingüística, comprensión, expresión y funcionamiento del lenguaje. Una de las particularidades, es el asincronismo; es decir, producción de un mayor avance en aptitudes comprensivas que en expresivas, debido principalmente a problemas cognitivos.

Cognitivo

El desarrollo cognitivo implica un complejo número de capacidades, como lo es la percepción, atención, memoria, razonamiento, etc., que se pueden agrupar bajo el concepto de pensamiento o inteligencia. El pensamiento se define, en términos de procesos simbólicos, la inteligencia, se entiende como un conjunto de aptitudes.

En relación a la discapacidad intelectual se presentan dificultades en habilidades de atención, aprendizaje significativo, memoria, percepción, discriminación, simbolización, abstracción, razonamiento, metacognición, estrategias cognitivas, potencial y funcionalidad de aprendizajes y en niveles de transferibilidad y generalización.

Cabe destacar, que los problemas de desarrollo intelectual tienen efectos sobre la persona, en otras áreas humanas, dado que, al disminuir los niveles de atención, afecta la exploración, juego y comunicación, es decir, se ven afectados sus niveles de actividad general y la forma de responder al medio físico y social. En suma, la diferencia de desarrollo se debe a las consecuencias de problemas físicos y bajos patrones de interacción.

Emocional

En el desarrollo personal, las personas se dan cuenta de las características de su conducta y la de otros, posteriormente son concientes de sus procesos internos, para finalmente comprender y adaptarse a las conductas sociales; es decir, el desarrollo emocional va ligado al autoconcepto, personalidad y procesos afectivos, en este sentido.

Algunas investigaciones han demostrado que cualitativamente las necesidades emocionales de personas con discapacidad intelectual son las mismas que las del niño normal. El niño tiene: necesidad de reconocimiento, necesidad de alimentar la satisfacción y aceptación; necesidad de estar protegido por un lado y preparado por otro, para afrontar situaciones en relación a sus capacidades; salidas adecuadas de sus tensiones emocionales; ser reconocido como alguien que tiene capacidades, que puede desarrollarse al máximo posible; recibir explicaciones validas sobre sus limitaciones en las diferentes etapas y estar en una familia atenta y protectora.

Social

La conducta social es un factor determinante en la identificación y ubicación de personas con discapacidad intelectual, las características personales y sociales operan como un todo, interactúan y son interdependientes}

Las personas con discapacidad intelectual comparten preocupaciones sociales, como: la necesidad de establecer relaciones de filiación, pertenencia, amistad y amorosas; encontrar refugio ante las actitudes negativas, peyorativas y comparaciones sociales desfavorables a través de su propio rechazo a la discapacidad; armonía social al solucionar conflictos y buscar algo de novedad y estimulación.

En suma, es muy positivo que la persona con discapacidad intelectual se relacione a todos los niveles, siempre guiándolos para que sean responsables, ello ayudará a su motivación por salir adelante y hacer respetar su dignidad.

Conductual

En la discapacidad intelectual siempre se ha considerado la existentes de trastornos de conducta, particularmente en niños y adolescentes, tanto por la angustia que le producen a nivel individual, como porque limitan las posibilidades en su proceso personal de integración, además son una fuente de preocupación y estrés en la familia. Siendo principalmente trastornos de hiperactividad, agresividad y conductas disruptivas. Las personas adoptan comportamientos que les alteran a ellos y familiares, por ejemplo, hay personas que desarrollan síntomas inadaptados como reacción a las diferentes situaciones expuestas, destacan ansiedad, conducta negativa, hostilidad, relaciones sociales deterioradas, etc., estas conductas se conocen como inadecuadas, porque interfieren en la adaptación positiva de la persona.

Trastorno del espectro autista

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social. Cornejo, Sampedro, y Rodríguez (2015) disienten de catalogar al TEA como una enfermedad, si no como un síndrome clínico, que se evidencia en las primeras etapas de la vida; aún no se conocen las causas que lo originan, sin embargo, los investigadores han concluido que los genes y el factor ambiente son los causantes principales para que se de este trastorno.
Dentro de los factores genéticos y ambientales están considerados:

Factores genéticos
-Embarazo de alto riesgo
-Las complicaciones en el parto.
-Enfermedades infecciosas como: El sarampión y la rubeola

Factor Ambiente
-Los opiáceos cerebrales exógenos adquiridos en el gluten, en la caseína y en la heroína.

Algunos rasgos que se deben tener en cuenta como características asociadas que apoyan el diagnostico son las siguientes:

- Muchos pacientes con trastorno del espectro autista presentan deterioro intelectual o del lenguaje como (lentitud al hablar, comprensión del lenguaje peor que la producción).
- Con frecuencia existen deficiencias motoras como una manera de caminar extraña, torpeza y otros signos motores anormales.
- Los adolescentes y los adultos con trastorno del espectro autista tienden a sufrir de ansiedad y de depresión.

Los trastornos del espectro autista se caracterizan por tener dificultades en la interacción social y en la comunicación social, se puede presentar un aislamiento completo, alteraciones en el comportamiento lo que conlleva alejarse de las personas que lo rodea, no comprenden la normatividad, reglas sociales, la capacidad para desarrollar juegos es totalmente escaso, para iniciar, mantener y finalizar una interacción comunicativa es limitada, la comunicación no verbal está ausente y por ese motivo no tiene habilidades sociales. En cuanto a la comunicación verbal suelen tener un lenguaje inadecuado hacia la otra persona

la cual no presta la atención y por ende repite las mismas frases o palabras al mismo tiempo conocida como la ecolalia.

El profesional del comportamiento se basa en los criterios clínicos para diagnosticar trastorno del espectro autista según el DSM-V (Ladrón, Álvarez, Sanz, Muñoz y Almendrón, 2013):

1-Deficiencias persistentes en la comunicación social y la interacción social en diversos contextos, en la cual se manifiestan por las siguientes características:

- Deficiencia en la reciprocidad socio-emocional en lo cual tienen un nivel bajo para demostrar afectos, expresar emociones y tiene límites para compartir interese.
- Deficiencia en las conductas comunicativas no verbales determinadas para la interacción social.
- Deficiencia en el desarrollo, mantenimiento y compresiones de las relaciones como dificultad en ajustar la conducta en diferentes contextos sociales, dificultad para compartir e imaginar juegos y hacer amigos.

2-Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, que se manifiestan en dos o más, de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes.

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados y repetitivos.
- Insistencia en la monotonía excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
- Hiperactividad o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos del entorno.
- Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo, sin embargo, se debe tener en cuenta que es posible que los síntomas no se presenten totalmente hasta que el niño se enfrente a demandas sociales.
- Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en escenarios sociales, laborales y otras áreas importantes del funcionamiento habitual del desarrollo.
- Pueden existir correlación entre otros trastornos, el diagnostico trastornos del espectro autista, se establece porque la comunicación social está en pro debajo de lo esperado para el nivel general del desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les designara el diagnóstico de trastorno del espectro autista (Ladrón, 2013).

Según Ladrón, Álvarez, Sanz, Muñoz y Almendrón, (2013) en el DSM-V afirma lo siguiente "Los pacientes con deficiencias notables en la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (paradigma)" (p.15).

En el DSM-V el trastorno del espectro autista se denomina subtipos y se especifica en tres niveles como lo son: la alteración social, comunicativa, y la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (Cornejo, Sampedro, y Rodríguez, 2015).

Tabla 1.

Niveles de compromiso según el DSM-V para el trastorno del espectro autista.

Nivel	**Comunicación social**	**Conductas repetitivas y restringidas**
Nivel 3 Requiere soporte muy substancial	-En este nivel los TEA tienen un grave déficit en habilidades de comunicación social verbal y no verbal. -La interacción social es muy limitada. -No responden a las aproximaciones sociales de otros.	-Crean rituales preocupantes, lo que quiere decir que tienen conductas repetitivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. - Cuando los rituales o rutinas son interrumpidos resulta muy difícil apartarlos de un interés fijo o retorna a el rápidamente.
Nivel 2 Requiere soporte substancial	- Marcado déficit en habilidades de comunicación social verbal y no verbal. -Las limitaciones sociales aparecen incluso en situaciones con apoyos. - Limitación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	- Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con mucha frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en varios contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y

		conductas repetitivas; dificultad de apartarlo de un interés fijo.
Nivel 3 requiere soporte	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interaccionar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

Fuente: DSM-5 Novedades y criterios diagnósticos

Evaluación

Para la fundación CEDHI es fundamental generar espacios de dialogo en el proceso de la evaluación psicológica de las dificultades de los adultos con el diagnostico con el trastorno del espectro autista, en lo cual durante el proceso se realizará de manera holística, teniendo en cuenta el componente cognitivo, conductual y emocional, referente al funcionamiento individual y la relación del sujeto con sus entornos.

En el proceso de la evaluación se realizará una entrevista semiestructurada para recolectar información a través de informantes como familiares, psiquiatras y personal de apoyo, se diligenciará el formato del consentimiento informado y se hará la valoración correspondiente. Así como el uso de pruebas neuropsicológicas estandarizadas. Además, se debe realizar una actividad de juego, en la cual tiene como duración entre dos o tres horas de interacción, entre el especialista y el niño o adulto con diagnóstico de trastorno del espectro autista, es importante que la familia este presente porque de ellos depende de que se pueda realizar una mejor interacción entre la especialista con el usuario, además permite interpretar las respuestas del paciente (López, 2017).

Las Pruebas psicológicas estandarizadas que se le debe realizar a las personas con trastorno del espectro autista adulta son las siguientes:

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2 (ADOS-2):

- Los autores de la escala son: C. Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore, S. Risi, K. Gotham, S. L. Bishop, R. J. Luyster y W. Guthrie.
- La aplicación se realiza en forma individual.
- El tiempo establecido para la prueba es de 40 a 60 minutos además cuenta con cinco módulos (T, 1, 2, 3 y 4) en lo cual está destinado según por la edad cronológica y también por el nivel del lenguaje.
- La edad promedio es de 12 meses hasta adultos.
- Tiene como objetivo observar la presencia de ciertos comportamientos sociales y comunicativos relevantes para el diagnóstico del TEA.
- Las variables que se evalúan en la prueba son: comunicación y la interacción social.
-

SCQ. Cuestionario de Comunicación Social

- Los autores del cuestionario son: M. Rutter, A. Bailey y C. Lord.
- La aplicación del cuestionario se puede realizar individual y colectiva.
- El tiempo establecido del cuestionario esta de 10 a 15 minutos.
- La edad para el desarrollo de la prueba es de los 4 años en adelante.
- El objetivo de la prueba, es determinar la posible presencia de trastornos del espectro autista.
- Está compuesto por 40 elementos en la cual proporcionara la puntuación total y tres posibles adicionales.
- Las variables que se evalúan en la prueba son: Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada.
-

ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa

- Los autores de la prueba son: P. L. Harrison y T. Oakland
- La aplicación de la prueba se puede realizar individual y colectiva.

- El tiempo establecido de la prueba es de 20 minutos aproximadamente.
- Tiene como objetivo evaluar las habilidades funcionales cotidianas necesarias para desenvolverse de manera autónoma en la vida diaria.
- Las variables que se evalúan en la prueba son: Comunicación, Utilización de los recursos comunitarios, Habilidades académicas funcionales, Vida en el hogar o Vida en la escuela, Salud y seguridad, Ocio, Autocuidado, Autodirección, Social, Motora y Empleo.

3. HABILIDADES ADAPTATIVAS

La adaptación es uno de los ámbitos de mayor interés, refiere las posibilidades de independencia de las personas con discapacidad en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Las habilidades adaptativas, implican eficiencia individual, maduración, aprendizaje, dependencia personal y responsabilidad social.

Su clasificación, es diferente según la etapa evolutiva: en la infancia, son sensoriomotoras, lenguaje, juego y conductas primarias; durante la niñez, son de la vida diaria, académicas, participación en juegos y actividades sociales; durante la adolescencia y adultez, son laborales y de la vida diaria básicas, instrumentales y ocupacionales.

La conducta adaptativa incluye dos aspectos el grado de funcionamiento de la persona, la capacidad que tienen para mantenerse por sí mismo de forma independiente y el grado en que consigue de forma satisfactoria hacer frente a las exigencias personales y sociales impuestas por la cultura.

Actualmente, se apuesta por su multidimensionalidad, que implicó la agrupación de habilidades de comunicación, cuidados personales, vida en el hogar, sociales, desempeño en comunidad, autodirección, salud-seguridad, académicas funcionales, ocio-tiempo libre y trabajo, en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, incluyen habilidades motrices, cuidado personal y vida diaria.

- **Habilidades físico-motor:** implica habilidades motoras, desplazamiento y destrezas para realizar diversas actividades.
- **Habilidades cognitivas, comunicación y académicas:** implican comprender y producir lenguaje, destrezas de lectura y escritura y administración del dinero.
- **Habilidades para la vida independiente**: implican tareas de autocuidado y de vida diaria, como aseo y arreglo personal, conservación del hogar, etc.
- **Habilidades de competencia social:** implican mantenimiento de amigos, interacción con otros, participación social, razonamiento social y participación.

Estas habilidades son indispensables para desenvolverse con éxito en la vida y están relacionadas con las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual, por lo deben enfatizarse en lograr independencia personal y responsabilidad social.

Por su parte la CIF (OMS, 2001), propone otra taxonomía con relación a actividades y participación. La OMS identifica las actividades de la vida de una persona con o sin discapacidad y las clasifican en nueve grandes grupos:

- Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones.

- Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.

- Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

- Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo; llevar, mover y usar objetos; andar y moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.

- Autocuidado: lavarse y secarse, cuidado del propio cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.

- Vida doméstica: tareas domésticas de la rutina diaria, incluye comida, ropa, tareas del hogar, cuidar pertenencias y hogar, ayudar a otras personas.

- Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones interpersonales, de manera adecuada al contexto y entorno social.

- Áreas principales de la vida: comenzar y ejecutar las acciones y tareas necesarias para rendir en la educación, trabajo y vida económica.

- Vida comunitaria, social y cívica: acciones y tareas necesarias para participar en la vida social fuera del ámbito familiar, en ámbitos comunales, sociales y cívicos.

4. DESEMPEÑO OCUPACIONAL COMO PARTE ESENCIAL DEL SER HUMANO

El desempeño ocupacional es el actuar ocupacional de las personas en ambientes específicos, proceso durante el cual la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones, interviniendo capacidades personales, exigencias ocupacionales y demandas ambientales". Esta compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimenta una persona cuando se involucra en el autocuidado , el juego, el trabajo u ocupación.



"La ocupación humana se define como la tendencia espontánea, innata del ser humano para explorar y dominar el ambiente"

Entonces el ***desempeño humano*** es la acción con intención, dirigida a la obtención de un resultado o un bien común, por lo cual esta acción muestra un propósito consciente; siempre se ha observado que el ser humano es activo por naturaleza, le gusta ejecutar, realizar, hacer cosas para transformar los entornos físicos y sociales que lo rodean, poniendo en acción sus ***habilidades***, mostrando atributos o cualidades como iniciativa, recursividad, creatividad, responsabilidad, cooperación, interés, solidaridad entre otras.

La ocupación humana se estructura alrededor de dos grandes componentes, los procesos humanos y los procesos ocupacionales en su contexto temporal.

Los procesos humanos estudian los aspectos biopsicosociales durante el ciclo de vital, y los procesos ocupacionales estudian la interacción persona – ocupación- medio ambiente, la cual desencadena el desempeño ocupacional, caracterizado por abarcar todo el conjunto de actividades realizadas para satisfacer necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales de gratificación, autoestima y realización personal, de acuerdo a la edad y habilidades.

Están representados por el ***AUTOCUIDADO- JUEGO Y TRABAJO,*** correspondiendo a un movimiento dinámico durante el ciclo vital, con características muy específicas para cada etapa de la vida. Actúan en perfecto equilibrio dentro de un contexto temporal, promocionando y manteniendo la salud.

Para que el ser humano logre un desempeño funcional dominando su medio ambiente, debe desarrollar **competencias ocupacionales**.

La competencia se define como la capacidad para interactuar eficazmente con el ambiente y ser apto o adecuado para satisfacer las demandas de la situación o tarea.

Las competencias ocupacionales incluyen la capacidad de plantear y resolver problemas; la habilidad de representar los requisitos mínimos a través de una variedad de circunstancias y adaptarse a demandas variables; trabajar eficazmente con otros y ser capaz de aplicar el conocimiento de un modo competente en la realización de las diferentes funciones de un área ocupacional.

"La ocupación como parte natural de la vida, es un prerrequisito básico para el bienestar del individuo, es fuente de valor personal y social; una buena ocupación es realizar aquella actividad que satisfaga a la persona y a la sociedad, en donde la persona tenga la oportunidad de utilizar y desarrollar sus capacidades y de sentirse apreciado"

Es por esto que se propone desde esta área explorar y preservar las competencias ocupacionales del individuo, vigilando que se desarrollen y mantengan en condiciones óptimas o favorables para un adecuado desempeño, ya sea en el hogar, es espacios de esparcimiento, en lugares públicos y/o o en espacios productivos.
Para las personas que presentan algún tipo de discapacidad o limitante en su desempeño, es importante llevar a cabo una actividad ocupacional, La orientación en esta área tiene como finalidad lograr la interacción de las personas en espacios acordes a sus competencias ocupacionales y recursos del entorno social y familiar que le apoya.

La orientación vocacional es un proceso de maduración y aprendizaje personal, a través del cual se presta ayuda al individuo para facilitarle la toma de decisiones, con el objeto de que logre un óptimo de realización personal y de integración social a través del mundo productivo.

NORMATIVIDAD

La constitución política de Colombia (1991),contempla a la salud como un derecho fundamental y establece su normatividad en los artículos 47, 48 y 49 describiendo una política de previsión, rehabilitación, e integración social para disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran; garantiza la seguridad social enunciándola como un derecho irrenunciable que será prestada por entidad pública o privada; y proporciona a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

De acuerdo con Ospina, Acosta, Chaves y Vergel (2013) refieren que "el ministerio de salud de protección social tiene como misión dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción en la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento" (p.4), genera políticas publicas mediante actos legislativos en los que cumple en su marco legal la fundación CEDHI. Ella se rige por el Presidente de la República de Colombia (2016) en el Decreto 780, que recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de ,Seguridad Social en Salud (SOGCS), orientado a mejorar los resultados en la atención en salud, centrado en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad teniendo en cuenta los componentes del (SOGCS) que son: a) El sistema único de habilitación, b) La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y c) El sistema único de acreditación, d) El sistema de información para la calidad.

En cuanto al Ministerio de salud y Protección Social de la Resolución 2003 del año 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud, así como adoptar el manual de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la resolución.
Dentro de este marco ha de considerarse la Resolución 2427 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social: "Por el cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditadores en salud" por medio de esta resolución la entidad está acreditada y certificada por el instituto colombiano de normas técnicas y certificación Icontec, también en el registro especial de acreditadores de la salud en lo cual ellos otorgaran un número a la entidad que lo identificara como acreditadora a nivel nacional.
Teniendo en cuenta el principal objetivo del proyecto y leyes que rigen a la institución, a continuación, se dará a conocer los derechos que tiene las personas con discapacidad de la fundación CEDHI.

De igual forma la ley 1346 del Congreso de la Republica (2009), que define la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad adoptada por la Asamblea General

de la Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. "El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente".

Así mismo, se establece la ley 1145 del Congreso de Colombia (2007) que tiene como objetivo impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, de forma organizada en todas las entidades públicas sea regional o local para promocionar y garantizar a la persona con discapacidad los derechos que tiene cada una de ellas basándose a los derechos humanos.

De igual forma la ley 1438 del Congreso de Colombia (2011), por la cual se establece la reforma en el Sistema General de Seguridad Social en Salud argumentando que todas las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud del discapacitado, mediante una atención integral y la implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de Protección Social.

Por otra parte, la Resolución 0412 del Ministerio de Salud (2000) por la cual se establecen actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en la salud pública.

Por último, la ley 1616 del congreso de Colombia (2013), tiene como objeto garantizar pleno Derecho a la Salud Mental a la población colombiana priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

LEY ESTATUTARIA 1618 DE 2013

POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS DISPOSICIONES PARA GARANTIZAR EL PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD"

"El objeto es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009".

ARTíCULO 5°. GARANTíA DEL EJERCICIO EFECTIVO DE TODOS IOS DERECHOS DE IAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN.
Las entidades públicas ... en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, ***son responsables de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad***, debiendo

asegurar que todas las políticas, **planes y programas, garanticen el ejercicio total y efectivo de sus derechos,** de conformidad con el artículo 30 literal c), de Ley 1346 de 2009.

ARTíCULO 8°. ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS. Las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad - RBC integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana en especial a las familias … a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad.

ARTíCULO 9°. DERECHO A LA HABILITACiÓN Y REHABILITACiÓN INTEGRAL. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener **la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.**

ARTíCULO 17. DERECHO A LA CULTURA

7. Garantizar la participación de las personas con discapacidad en el conjunto de actividades culturales…
9. Garantizar la difusión y el ejercicio de los derechos culturales de la población con discapacidad.
10. Garantizar que las entidades culturales que realizan proyectos con población infantil y juvenil aporten al desarrollo cultural, la expresión y la inclusión social de la población con discapacidad.

ARTíCULO 18. DERECHO A IA RECREACiÓN Y DEPORTE. El Estado garantizará el derecho a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte de las personas con discapacidad, de conformidad con el artículo 30 de la Ley 1346 de 2009.
2. Fomentar la práctica del Deporte Social Comunitario como un proceso de inclusión social encaminado a potencializar las capacidades y habilidades de acuerdo al ciclo vital de las personas con discapacidad.

5. Garantizar la inclusión de las personas con discapacidad en la recreación a través de la organización y certificación de las entidades de recreación.

OBJETIVOS

GENERAL

Desarrollar e implementar un protocolo de atención para los usuarios con discapacidad intelectual como herramienta que facilite la evaluación e intervención interdisciplinaria, orientando frente a la toma de decisión relacionada con los procesos terapéuticos en la organización.

ESPECIFICOS

- ✓ Desarrollar acciones de evaluación integral que permitan caracterizar en los usuarios procesos de desarrollo, discapacidad/ funcionalidad.
- ✓ Promover estrategias de intervención, promoviendo la adquisición de habilidades para la vida, procesos adaptativos.
- ✓ Brindar estrategias para los procesos terapéuticos basados en evidencia científica enmarcados en aspectos éticos y legales.

MARCO METODOLÓGICO

- **Entrevista inicial:**

Elaboración de la historia clínica inicial del del usuario contemplando los siguientes componentes:

- Componente familiar
- Dinámica Familiar y crianza
- Antecedentes médicos, antecedentes prenatales, posnatales y perinatales
- Diagnóstico diferencial
- Historia evolutiva neurodesarrollo, lenguaje y social
- **Historia educativa, terapéutica y prevocacional.**
- **Adaptación y desempeño Funcional**

- **Evaluación integral:**

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

PROCESOS A EVALUAR	PRUEBAS
PROCESOS MADURATIVOS: Neurodesarrollo Integración Sensorial Praxias Gnosias Motivación – Habituación Funciones ejecutivas Habiliades espaciales/construccionales	Observaciones clínicas del comportamiento neuromotor. (Jean Ayres) Test perfil sensorial infantil / adolescente (Winnie Dunn) ENI 2 Pruebas evaluaciòn neuropsicologica infantil (Habilidads perceptuales, espaciales,

	planeacion, organización, lateralidad, sinos neurologicos blandos) (Manual Moderno /Esmeralda Matute / Mónica Rosselli / Alfredo Ardila / Feggy Ostrosky VMI. Prueba Beery - Buktenica del desarrollo integral visomotriz (Beery, Keith)
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN Expresión, Comprensión, Habilidades Metalingüísticas, Habilidades Conceptuales, Fluidez LECTURA- ESCRITURA : Precisión, Comprensión, Composición, Velocidad Habla y Voz	ENI 2 Pruebas evaluación neuropsicológica infantil (Lenguaje, habilidades metalingüísticas, lectura, escritura, aritmética, fluidez) (Manual Moderno /Esmeralda Matute / Mónica Rosselli / Alfredo Ardila / Feggy Ostrosky Signos neuropsicológicos blandos (articulación, y agudeza auditiva)
INDEPENDENCIA FUNCIONAL Autocuidado Control de esfínteres Movilidad Deambulación Comunicación Conocimiento social	**GUÍA CLINICA WEEFIM:** Escala Funcional de Independencia para niños **FIM** Escala de independencia funcional
FUNCIONAMIENTO / DISCAPACIDAD	

Funciones /estructuras corporales Función- funcionamiento y funcionalidad Actividad y participación Factores Contextuales Competencias	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO , LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD – CIF – (World health organization- 2001)
PROCESO COGNOSCITIVO : DISPOSITIVOS BASICOS DE APRENDIZAJE (DBA FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES (FCS) Atención, Memoria, Inteligencia, Pensamiento	Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC - IV) ENI 2 Pruebas evaluaciòn neuropsicologica infantil (Memoria, Atención, habilidades conceptuales, flexibilidad cognoscitiva) (Manual Moderno /Esmeralda Matute / Mónica Rosselli / Alfredo Ardila / Feggy Ostrosky
PROCESO EMOCIONAL ADAPATATIVO Valías Personales, Autonomía, Adaptación, Afectividad, Conducta y personalidad **FAMILIA**	Observaciones clínicas, test de la figura humana MANCHOVER, HTP, test de la familia ENI 2 Pruebas evaluación neuropsicológica infantil (Reconocimiento de emociones) (Manual Moderno /Esmeralda Matute / Mónica Rosselli / Alfredo Ardila / Feggy Ostrosky

ANEXO GUIAS DE EVALUACIÓN: PRUEBA ENI, Y MODELO NEURODESARROLLO – INTEGRACIÓN SENSORIAL – OBSERVACIONES CLINICAS

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

TERAPIA OCUPACIONAL

En Terapia Ocupacional se considera todos los aspectos de la persona, como un todo unificado, trabajando en actividades de promoción y prevención considerando todas las "piezas" centradas en el individuo, sus roles y el contexto en el cual se encuentra inmerso.
Desarrollando procesos de capacitación a personas, familias y la comunidad para alcanzar un estado completo de bienestar físico mental y social

HIGIENE POSTURAL
La higiene postural como concepto representa un conjunto de recomendaciones que ayudan a mantener la postura adecuada del cuerpo y a realizar correctamente los movimientos que requieren nuestros que haceres cotidianos. El objetivo es mantener la espalda sana y evitar lesiones y dolores, ya sea a través de un ejercicio estático (sentado o de pie), o dinámico (elevar un objeto pesado, cargarlo, transportarlo). Además, de promover mayor permanencia en la ejecución de actividades ocupacionales y favorecer las funciones ejecutivas.
Mantener una buena higiene postural también ayuda a disminuir la fatiga, aumentar el rendimiento escolar/laboral y la concentración. Generando en el niño(a), jóvenes y adultos bienestar y equilibrio ocupacional.

RECOMENDACIONES GENERALES
Posicionar un entorno adecuado a su altura a fin de evitar malos posicionamientos para alcanzar objetos o realizar tareas
En la ejecución de actividades en posición sedente, los pies deben tocar el suelo, las rodillas mantienen un ángulo de 90° y la espalda reposa contra el respaldo del asiento
Proporcionar estímulos propioceptivos sobre hombro a fin de favorecer conciencia corporal y mayores niveles atencionales.
En la ejecución de actividades en plano vertical y/o en actividades frente al ordenador, la actividad debe estar situada ante la cara, a una distancia mínima de 40 cm y a la altura de los ojos o ligeramente por debajo, esto evitara fatiga y malos posicionamientos. En el caso de los niños, a medida que se hacen mayores, las sillas deben ser más altas o, como solución temporal, se buscan elementos de adaptación (reposa pies, almohadas en el asiento o en la espalda...).
Respecto al peso proporcionado durante la ejecución de actividades o en el rol escolar, el morral o los chalecos de carga no deben superar el 10 % del peso del cuerpo del niño(a), y deben colocarse siempre bien pegadas a la parte baja de la espalda para controlar su peso. La medida de la mochila o chaleco debe adecuarse a la edad, estatura y peso de quien lo carga.

Para cargar un objeto pesado, primero conviene acercarlo bien al cuerpo. Y a la hora de transportarlo, debemos repartir el peso con tal de mantener una postura equilibrada. Para mover objetos que pesan, lo mejor es empujarlos con los pies separados, uno delante del otro, y aprovechar así la fuerza que proporciona el propio peso del cuerpo para mover el objeto hacia adelante.
Además de estas recomendaciones generales, debemos recordar la importancia de otras como mantener el peso corporal, practicar regularmente actividad física, realizar calentamientos y estiramientos, y practicar técnicas de respiración para relajar la musculatura.
En la edad escolar se pueden enseñar hábitos posturales correctos con la participación activa y consciente del niño. El juego, que puede ser dirigido y adaptado a cada edad, resulta una de las opciones más efectivas para mantener un adecuado control y alineación postural

INDEPENDENCIA O MANTENIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder sus necesidades y deseos. Las personas se realizan a través de sus ocupaciones en interacción constante con el ambiente, de ahí la importancia de la realización de actividades que sean significativas y gratificantes para ellas.
La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad. En este caso deberemos de adaptar la actividad teniendo en cuenta las características individuales de cada caso (función, funcionalidad y funcionamiento), sus motivaciones, gustos e intereses. Las actividades de la vida diaria (AVD) son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad.

INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN NIÑOS(AS)

Para fomentar la independencia en las actividades de la vida diaria en niños(as) es de suma importancia la asistencia, y supervisión por parte de los padres, cuidadores o educadores en caso de encontrase en etapa escolar, hasta que por sí mismos van desarrollando la independencia esperada por su desarrollo.
Estas habilidades funcionales les permiten asumir retos y responsabilidades presentes en el día a día, y son la base para el desarrollo de capacidades superiores (como la resolución de problemas o la planificación, entre otras).
Hay muchas maneras de apoyar y/o favorecer este desarrollo, fomentando su independencia, su sentido de auto competencia y fortaleciendo su autoestima. Dirigidas por medio del juego y apoyos visuales en donde se vayan incorporando sus rutinas y ciertas responsabilidades logrando así mayor funcionalidad cuidadores.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Proporcionar oportunidades para el desarrollo de habilidades.
2. Graduar el apoyo
3. Valorar y reconocer el esfuerzo realizado
4. Erstablecer tiempos de ejecución teniendo en cuenta su funcionalidad y edad
5. Dividir tareas y establecer espacios adecuadas para su ejecución

Es importante recordar que en el desarrollo los tiempos son flexibles, y cada niño tiene un ritmo diferente. Para esto es conveniente que los adultos identifiquen a partir de qué momentos podemos favorecer es importante empezar a favorecer su independencia

DESTREZAS MOTORAS Y DE PRAXIS

Motoras: Acciones o comportamientos que utiliza un individuo para moverse e interactuar físicamente con tares, objetos, contextos y entornos.
Praxis: habilidad para realizar actos motores en secuencia o actividades motoras aprendidas. La Praxis permite al cerebro conceptualizar, organizar y dirigir una interacción con un propósito con el mundo físico, por lo que involucra tanto habilidades motoras como cognitivas. Realizando un proceso compuesto por tres pasos:
La Ideación es la etapa en la que se forma la idea, se decide cuál es la meta, la idea de lo que se quiere hacer.

La Planeación o Planificación, es la fase en la que se crea el plan, definido como la organización de la secuencia de movimientos necesarios para realizar la actividad.
La Ejecución es la etapa en la que se lleva a cabo la acción, que se podría definir como el conjunto de acciones que permiten llevar a cabo una secuencia de movimientos previamente planeados según la idea inicial.

Para realizar actos adecuados de destrezas motoras y de praxis, es necesario una adecuada integración sensorial, conciencia corporal, equilibrio, coordinación, control postural, tono, control motor y funciones ejecutivas. Tratándose de un proceso complejo y del cual podemos intuir su importancia en nuestras ocupaciones. Necesitamos de una adecuada Praxis para realizar nuestras Actividades de la Vida diaria, para jugar en el parque o hacer actividad física, o para poder desempeñarnos adecuadamente en el rol escolar o laboral.

El objetivo principal para abordar las destrezas motoras y de praxis dentro de las intervenciones terapéuticas es poder facilitar al usuario la ejecución de tareas. Así mismo, permitiéndole al individuo mayor autonomía e independencia en actividades ocupacionales teniendo en cuanta los tres pasos anteriormente nombrados.

RECOMENDACIONES GENERALES.
Análisis de la tarea y ejecución por pasos: En el caso de los niños(as) es de suma importancia que el cuidador evalué el tipo de actividad en donde el niño(a) cuente con la capacidad física y cognitiva para su ejecución. Con respecto al joven o el adulto debe establecer el paso a paso de lo que pretenda desarrollar, estableciendo metas y tiempos de ejecución. Además, debe prever situaciones que puedan influir en su desarrollo.
Uso de auto instrucciones: en el caso de los niños(as), nos debemos asegurar que el menor comprenda las instrucciones otorgadas. Además, se le apoyara con instrucciones verbales, insinuaciones o pistas visuales hasta que el menor realice la actividad de forma independiente. En el caso de los adultos, es importante realizar entrenamiento de auto instrucciones logrando mayor orientación hacia una problemática, trabajando bajo el entrenamiento en resolución de problemas y conflictos.
Apoyos necesarios en la ejecución de la actividad: En el caso del menor se le debe proporcionar las herramientas necesarias para realizar actividades ocupaciones que impliquen procesos motores y de praxis. En el caso del adulto debe realizar proceso de planeación e identificar los elementos necesarios para realizar una actividad para así obtener los resultados inicialmente planteados.
Juego sensorio motor: Promover en los niños(as) espacios de juego favoreciendo los procesos motores.
Logros: En los niños(as) es importante retroalimentar de manera positiva lo que está realizando a fin de favorecer autoestima.

Mindfulness y ejercicios de atención
Finalmente, el mindfulness y otros ejercicios basados en la respiración y la relajación promueven la atención y con ello un mejor desempeño general en tareas relacionadas con habilidades cognitivas
Es de suma importancia reconocer gustos e intereses ya que por medio de estos podemos realizan un abordaje que permita fortalecimiento de las destrezas cognitivas encontrando un sin número de actividades para su beneficio y desempeño en actividades ocupacionales tales como:
El arte
la música
La escritura
La lectura
Hábitos de vida saludables
estructuración de ocio y tiempo libre. entro otros…

DESTREZAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL
La regulación emocional nos permitirá controlar los impulsos, canalizar las emociones desagradables, tolerar la frustración y saber esperar las gratificaciones (Renom, 2007).
La regulación emocional se dirige por una parte a moderar las expresiones que se presentan desproporcionadas o inadecuadas y por otra, se encuentra orientada hacia la motivación y visión de otras emociones menos habituales, y que conducen al bienestar
La regulación emocional es el arte de leerse a sí mismo, desde la sinceridad.
El abordaje de las destrezas de regulación emocional en niños, jóvenes y adultos le permite al individuo un mayor funcionamiento en sus actividades ocupacionales. Ya que por medio del reconocimiento emocional contara con la capacidad para generar estrategias para el manejo de dicha situación. Es importante iniciar desde edades tempranas a realizar el reconocimiento con el objetivo de conocerse a sí mismo y satisfacer necesidades y deseos. Además, de entender conductas y comportamientos dentro de diversos contextos

PSICOLOGIA

DESTREZAS COGNITIVAS
Se conoce como habilidades cognitivas o capacidades cognitivas a las aptitudes del ser humano relacionados con el procesamiento de la información, es decir, los que implican el uso de la memoria, la atención, la percepción, la creatividad y el pensamiento abstracto o analógico. Además, permiten la elaboración del conocimiento, operando directamente sobre la información recabada por los sentidos. Suelen consistir en las siguientes habilidades:
Atención.
Memoria
Comprensión.
Elaboración.
Recuperación.
Meta cognitivas.

RECOMENDACIONES GENERALES
En el caso de los niños(as) es de suma importancia fortalecer otras habilidades cognitivas a fin de mejorar su desempeño ocupacional y la participación en los diversos roles
Orientación: Consciencia de nosotros mismos y del contexto en un momento determinado.
Habilidades viso espaciales: Capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente.
Gnosias: Capacidad para reconocer información previamente aprendida por uno o varios de los sentidos.
Praxias: Habilidad para realizar movimientos organizados para lograr un fin.
Lenguaje: Capacidad para expresar y comprender ideas que se comunican a través de signos y símbolos convencionales.

Cognición social: Procesos de análisis e interpretación de pensamientos, emociones y comportamientos propios y de los otros, en contextos sociales.

Dichas habilidades cognitivas se pueden fortalecer mediante:
Juego
El juego, en cualquiera de sus modalidades es ideal para desarrollar habilidades cognitivas. El juego libre (imaginativo, sin reglas) estimula la función ejecutiva de flexibilidad al motivar al niño a probar diferentes maneras de hacer las cosas. Si se juega en conjunto con otros niños, estimula el lenguaje y la cognición social.
El juego estructurado (con reglas definidas) promueve sobre todo funciones ejecutivas como planeación, flexibilidad y el control inhibitorio porque implica desarrollar estrategias para resolver problemas y ajustarse a las posibilidades del juego.
Videojuegos Educativos
Los videojuegos educativos pueden considerarse una modalidad particular de juego estructurado.
Estos se basan en las características atractivas de los videojuegos tradicionales y les añaden un componente educativo, de manera que el niño, además de divertirse, adquiera conocimientos o desarrolle habilidades.
Ejercicio y actividades deportivas
Las actividades deportivas también pueden considerarse una modalidad particular de juego estructurado. Éstas estimulan sobre todo las gnosis, praxis y habilidades viso espacial a través de la interacción con el medio, con los objetos y con el movimiento, así como con las sensaciones del propio cuerpo.
Actividades Artísticas
Las actividades artísticas promueven el desarrollo de todo tipo de habilidades cognitivas: dibujar o pintar se ponen en práctica habilidades de atención y viso espaciales y al cantar se desarrolla la memoria, las gnosias auditivas y algunas praxis, por mencionar algunos ejemplos.

SEXUALIDAD
Niños/As
OBJETIVO: Orientar el adecuado reconocimiento del cuerpo y respeto del mismo, como eje fundamental en la educación y amor propio.
COMO: A través de la implementación de estrategias pedagógicas y significativas como lo es el juego, donde el niño/a se reconozca e interiorice la importancia del respeto por su cuerpo y el de los demás.

AUTOESTIMA
Niños/As

OBJETIVO: Orientar el reconocimiento de sí mismo y así facilitar la confianza en sus potencialidades. Permitiendo un desarrollo sano de su personalidad.
COMO: Se generan estrategias lúdico- pedagógicas donde se busca que el menor visualice su corporalidad, reconozca sus habilidades y aspectos a mejorar. Dentro del proceso se abordan técnicas cognitivo- conductuales.

TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

Niños/as
OBJETIVO: Orientar la adecuada expresión de emociones en los niños, en los diferentes contextos en los que se desempeña, permitiendo aumentar capacidad de tolerancia, escucha, aceptación y control de la ira.
COMO: Se genera estrategias de manera sistemática, de confrontación y auto regulación, a partir de juego de roles y vivencias que precipitan estados que durante la sesión se regulan.

PAUTAS DE CRIANZA
Padres De Familia
OBJETIVO: Brindar herramientas y/o recomendaciones a padres, con el fin de favorecer la adecuada crianza a sus hijos, disminuyendo acciones de sobreprotección y autoritarismo.
COMO: Se establecen sesiones dirigidas donde se reflexiona acerca del hacer con sus hijos y los mecanismos utilizados en cada caso, dando prevalencia a la importancia de la comunicación asertiva, las rutinas, acuerdos, sanciones, recompensas, entre otros temas propios a cada situación.

FISIOTERAPIA

MARCHA
Niños/as
Se trabaja con el objetivo de realizar el proceso de desarrollo y automatización desde edad temprana, en el primer ciclo de vida la marcha se desarrolla por imitación y aprendizaje y posteriormente empieza a realizarse de manera automatizada, por lo tanto, es primordial trabajar el proceso automático de fases de la marcha con patrones cruzados implementando trabajo de equilibrio y balance durante esta.
De modo que el niño pueda generar de manera funcional un proceso de marcha con cadenas musculares de forma organizada y planeada de manera automática, así mismo las fases de la marcha sean con adecuado control motor.
Se recomienda trabajar en diferentes terrenos, ascenso y descenso de rampas y escaleras con el fin de generar mayor trabajo para realizar marcha, para enseñar marcha debe trabajarse por imitación ya que el proceso se hace más rápido.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Niños/as y jóvenes
Se trabaja con el objetivo de mantener los músculos con adecuado funcionamiento por medio de cargas y resistencias que permiten al musculo desarrollarse y tener beneficios significativos utilizando diferentes formas de entrenamiento y tipos de sobrecargas.
El trabajo de fortalecimiento muscular aplicado de forma adecuada en niños y jóvenes tiene efectos positivos en su crecimiento composición corporal y densidad ósea y mejora su capacidad motora global dando mayo funcionalidad y actividad motora en las funciones de la vida daría y su proceso de crecimiento.
Teniendo en cuenta que en las primeras etapas del desarrollo de los niños y niña las fibras musculares crecen de manera significativa, en estas etapas no hay diferencia en fuerza para niños y niñas sabiendo que la fuerza muscular se puede diferenciar por género, en estas primeras etapas debe tenerse precaución debido a que son débiles y delicados por lo que se puede incurrir a lesiones y /o malformaciones importantes por lo cual se debe tener precaución al manejar cargas en niños, en jóvenes por el contrario se puede trabajar incrementando cargas con supervisión y de manera sistematizada ya que para esta etapa el proceso hormonal y de crecimiento permite al músculo sobrellevar estas cargas y reponerse al mismo tiempo que crece de manera adecuada.

RESISTENCIA CARDIOVASCULAR
Niños
Se trabaja con el objetivo de mejorar las capacidades físicas de los niños, manteniéndolos en un grado de activación motora y corporal que beneficie su rendimiento en actividades físicas y deportivas, esto les brindara un desarrollo físico adecuado que le permitirá mantener un adecuado estado de salud multisistémico que se evidenciara en todo su proceso de crecimiento hasta la adultez.
El trabajo debe realizase por medio de actividades lúdicas recreativas y deportivas para generar empatía y que sean de tiempos prolongados con el fin de generar la activación cardiovascular, respiratoria y muscular.

MOVILIDAD ARTICULAR
Niños/as
Se trabaja con el objetivo de generar funcionalidad motora, ampliación de arcos de movilidad que estas disminuidos por diferentes tipos de lesiones o patologías o bien sea para mantener movilidad de manera funcional que permita desarrollo motor adecuado.
Por medio de esta se trabaja para fomentar y mejorar la calidad de los movimientos y funcionalidad de los mismos para la realización de las actividades de la vida diaria y permita de igual manera independencia motora.
Se recomienda realizar ejercicios de movilidad articular en series y repeticiones controladas, bajo supervisión según necesidad de cada niño o niña, con apoyo si lo requiere.

FONOAUDIOLOGÍA

COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA

Objetivo: Fortalecer el lenguaje expresivo por medio de la interacción comunicativa bimodal a través de la aplicación y el uso de un sistema de comunicación argumentativo y alternativo.
¿Qué es la comunicación aumentativa y alternativa?
La comunicación aumentativa y alternativa encierra casi todas las modalidades de comunicación menos el habla (verbal) este método es utilizado para expresar pensamientos, ideas, necesidades y deseos. Todas las personas utilizamos este tipo de comunicación (alternativo no verbal) cuando usamos gestos, el señalamiento, expresiones faciales, símbolos, ilustraciones o escritura.
Esta comunicación complementa el habla oral y se desarrolla en las personas con graves disfunciones de habla, lenguaje o como una alternativa al habla no funcional. Los instrumentos especiales de comunicación aumentativa, como los aparatos electrónicos y los tableros de comunicación con dibujos y símbolos (pictogramas), ayudan a las personas a expresarse y comunicarse. Esto puede mejorar la interacción social y los sentimientos de autoestima.
Recomendación:
El uso de pictogramas debe ser considerado como un lenguaje significativo para el desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo.
El manejo del sistema debe basarse en rutinas diarias.
La repetición de esta información debe ser constante.
El adulto o profesional deberá modelar cada acción para que estas sean aprendidas de forma verbal y visual.

HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO

Objetivo: Fomentar la higiene y los cuidados necesarios para prevenir posibles complicaciones a nivel auditivo
Cuidado e higiene auditiva:
El oído, es el órgano que nos permite acercar a una vida llena de sonidos, ruidos y sensaciones. Por esta razón es importante conocer los cuidados y la limpieza de esta zona del cuerpo, desde edades muy tempranas hasta en adultos mayores, siguiendo las recomendaciones de un profesional y evitando infecciones o por el contrario someterlos a ruidos intensos, evitando sufrir más delante pérdidas auditivas o algún problema relacionado a la audición.
Día a día las personas realizan numerosos hábitos o prácticas perjudiciales que se observan con frecuencia en toda la sociedad, como la utilización diaria de auriculares a alto volumen, el uso de bastoncillos de algodón, llaves o gancho para su limpieza o la introducción de objetos punzantes para calmar algún picor. El hecho de que todos lo hagamos, no quiere decir que esté bien, ya que pueden dañar nuestro sistema auditivo.

Recomendaciones:
Realizarse exámenes auditivos de forma periódica (Anuales)
Control en el manejo de dispositivos como audífonos, teléfonos y equipos de sonidos.
Para limpiar la parte exterior del oído, usa una toalla
No utilice algo objeto para limpiar la cera del oído, es necesario que si presenta alguna molestia asista a un profesional.

PRODUCCIÓN ORAL

Objetivo: Fortalecer a partir de habilidades comprensivas, la capacidad de expresar de manera oral las ideas, necesidades, sentimientos, pensamientos de forma coherente e inteligible.
Habilidades en la comunicación oral
La producción oral es una de las habilidades o artes del lenguaje; es uno de los modos en que se usa la lengua, junto a la producción escrita, la comprensión auditiva y la comprensión lectora. Este modo de usar la lengua, además, tiene una naturaleza productiva o activa y es la ejecución motora de forma funcional frente a la articulación, como la producción escrita, que se distingue del carácter supuestamente receptivo o pasivo de los procesos de comprensión.
El habla es una de la funciones más importantes del ser humano, ya que fortalece la expresión de forma clara y coherente, estas expresiones estas compuestas por aspectos miofuncionales (la planeación y reorganización de forma espontánea de los órganos fonoarticuladores, la respiración, la fonación, la prosodia y la articulación) que gracias a estos proceso favorece la interacción comunicativa de manera oral.

Recomendaciones:
Identificar de forma auditiva las variaciones en el sonido de cada una de las palabras
Identificar punto y modo articulatorio
Interactuar de forma activa la emisión de palabras esto a través de la estimulación del lenguaje.

ALTERACIÓN EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN Y DISFAGIA

Objetivo:
¿Qué es la disfagia?
La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por alteraciones de una o más fases de la deglución. La afectación puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago. Debe diferenciarse de la odinofagia, que es el dolor desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes. Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías (aérea), en ocasiones, episodios de aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o

alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables de dificultad deglutoria). En necesario algunos exámenes de forma subjetiva que faciliten la identificación de dificultades en las fases y la identificación de alteraciones por parte de un profesional.

Recomendaciones.
Conocer con claridad el diagnostico a través del examen (Videocinedeglución).
Acatar las indicaciones del profesional frente al manejo de consistencias.
Recibir apoyo asistencial y rehabilitación por parte del profesional.
Fortalecer las habilidades motoras orales en fase preparatoria, preparatoria oral y oral.

TRABAJO SOCIAL

Realizará una evaluación sociofamiliar de cada niño y / o familia con el fin de hacer un real y efectivo acercamiento a sus déficit y necesidades, y trabajará en red con instituciones o entidades que puedan prestar algún apoyo u orientación. Junto con otras áreas, el trabador social cumple una importante labor en cuanto a ser generado de diferentes programas formativos, contextualizadas al medio y las características de la población.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

HABILIDADES PARA LA VIDA

Se ha definido como el proceso de descubrimiento, crecimiento, humanización y conquista de la libertad; representa el esfuerzo por conquistarse así mismo a través de la iluminación de la inteligencia y el fortalecimiento de la voluntad, donde el resultado es el amor por si mismo y por los demás.

Este trabajo se hace a través de la programación que se le realiza a la persona (niños, padres y familia en general en las distintas áreas de desarrollo: físico, intelectual, afectivo – social, familiar y espiritual.

El desempeño ocupacional y sus características personales, ocupacionales y contextuales son orientados con el propósito de conservar o promover la autonomía, la socialización, la productividad y la realización personal.

- COMUNICACIÓN
- AUTOCUIDADO
- VIDA EN EL HOGAR
- HABILIDADES SOCIALES
- INTERACCIÓN COMUNITARIA
- AUTORREGULACIÓN
- SALUD Y SEGURIDAD
- HABILIDADES APRENDIZAJE FUNCIONALES
- OCIO Y TIEMPO LIRE
- OCUPACIÓN

COMPETENCIAS ADAPTATIVAS

El enfoque de intervención integral se desarrolla de acuerdo con el proceso de adquisición d capacidades para el desempeño ocupacional, promoviendo **"competencias adaptativas para la vida ".**

Teniendo en cuenta el marco del desempeño ocupacional se contemplan las siguientes características:

Autocuidado:
Baño/ aseo
Vestido
Alimentación
Arreglo personal
Desplazamientos
Cuidado de la salud

Hogar:
Compras/diligencias
Preparación de comidas
Limpieza casa
Manejo de comunicaciones
Uso de transporte
Lavado y cuidado de ropa
Manejo de dinero
Medidas de seguridad

Ocupación:
Actividades de formación ocupacional
Participación social

Esparcimiento
Exploración lúdica
Deportes
Interacción social

CUALIDADES Y CAPACIDADES PERSONALES DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Están compuestas por características físicas, mentales, sociales y espirituales inherentes a la condición humana que en conjunto definen a las personas y que actúan durante la escogencia y ejecución de ocupaciones.

FISICAS:
Integración sensorial
Amplitud articular
Fuerza muscular
Resistencia
Sensación
Coordinación
Equilibrio
Actividad refleja
Percepción

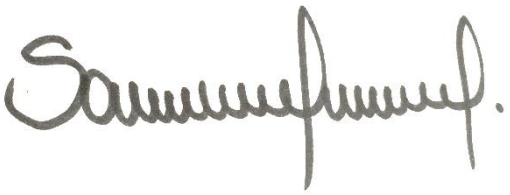
MENTALES:
Comprensión
Afecto/ Estado de animo
Imagen corporal
Manejo de dinero
Atención y concentración
Autoestima
Motivación Intrínseca
Resolución de problemas
Autocontrol
Reacción/ adaptación discapacidad
Tolerancia a la frustración
Recursividad
Autodirección
Orientación temporal
Orientación espacial
Generalización del aprendizaje
Integración del aprendizaje
Síntesis del aprendizaje

SOCIALES
Vínculos familiares

Desarrollo de amistades
Actividades de beneficio social
Cumplimiento de normas de interacción

ESPIRITUALES
Sentido de bienestar
Búsqueda de realización
Visión de si mismo
Significado de la vida
Escala de valores
Sentido de misión existencial
Religiosidad

Atentamente,



SANDRA MILENA BEJARANO MORENO
Representante Legal
FUNDACION CEDHI – CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

CEDHI
Comprometidos por una Sociedad Incluyente

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL
DESARROLLO NEUROMOTOR

INTRODUCCION

El cerebro debe localizar, clasificar y ordenar todas las sensaciones provenientes del propio cuerpo y del ambiente a través de un proceso neurológico denominado integración sensorial, cuando las sensaciones fluyen de manera integrada, se usa eficazmente el cuerpo dentro del ambiente, para formar percepciones, comportamientos y aprendizaje. (Ayres, 1998)

Las sensaciones del cuerpo proporcionan medios por los cuales se establecen modelos neuronales o leyes corporales, es necesario un esquema corporal para ejecutar tareas prácticas, para la sensación de direccionalidad y para relacionar el cuerpo con el espacio. Así mismo idear, planear y ejecutar una acción de adaptación es un medio por el cual la sensación adquiere significación y se transforma en una ley corporal, esta aptitud es llamada praxis y es fundamental para el desempeño. Lo anterior para afirmar que la praxis y la percepción son productos finales de la integración sensorial esencial para las interacciones ambientales.

El desarrollo psicomotor o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). Las disfunciones de la integración sensorial generan problemas de aprendizaje y de comportamiento, dado que cuando el cerebro no procesa bien la entrada sensorial tampoco dirige el comportamiento de forma eficaz, esto pone en riesgo la adquisición de habilidades y maduración del SNC, a continuación se presenta el protocolo de atención por parte de Terapia Ocupacional en CEDHI, donde se abarca el proceso de evaluación e intervención en niños con trastornos motores e inmadurez neurológica.

POBLACION DE ALTO RIESGO

Existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor. Estos son: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna. Las neuronas requieren de oxigeno o y glucosa para vivir y desarrollarse. En animales de experimentación se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación sensorial tanto en el desarrollo de las neuronas como en desempeño motor y social. En niños institucionalizados se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades, logrando incrementar el cociente intelectual en forma significativa al mejorar la estimulación.

Los factores que frenan el desarrollo psicomotor son aquellas condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible como son: una hipoxia mantenida, la hipoglicemia, y las infecciones o traumatismos del SNC. Otros factores son, la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna. Existen además ciertas condiciones congénitas o adquiridas durante la gestación, o posterior al parto que pueden alterar el desarrollo del niño. Los factores de riesgo se pueden dividir en prenatales, perinatales o postnatales.

Los factores prenatales son: infecciones intrauterinas (virus de inclusión citomegálica), genetopatias (síndrome de Down) y otros. Los perinatales son: asfixia neonatal (hipoxemia), hiperbilirrubinemia, prematurez extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales (sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria (hipoxemia), convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana y anemia aguda (por hipoxemia,

hipovolemia.). Por último, entre los postnatales: hay que mencionar: hipotiroidismo, enfermedades metabólicas (fenilquetonuria), convulsiones de difícil manejo (síndrome de West), meningitis/meningoencefalitis, traumatismo encéfalo-craneano grave e hipoestimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna).

OBJETIVO

Mejorar el proceso de atención a la población mediante la estructuración de orientaciones para la intervención y toma de decisiones.

MARCOS DE REFERENCIA

Marco de referencia del Neurodesarrollo.

"Este marco de referencia se basa en el desarrollo de la neurofisiología normal evolutiva" (Polonio, B. & Romero, D., 2010), está concebido para utilizarse en lesiones del Sistema Nervioso Central, ve a la persona como un todo y tiene como objetivos enseñarle a la persona pautas para el desarrollo normal, experimentando la sensación del movimiento normal, restaurar el tono muscular normal, teniendo en cuenta la plasticidad cerebral, la jerarquización del control motor (reflejos, reacciones posturales, sinergias motoras y patrones de movimiento), el carácter automático de algunos movimientos voluntarios, la evolutiva próximo-distal y céfalo-caudal, la coordinación del Sistema Nervioso Central sobre la información sensitiva y motora para dar respuestas adaptativas, y la relación entre el estímulo sensorial y la respuesta motora (Álvarez, 2010; Polonio, B. & Romero, D., 2010).

Teoría de la Integración Sensorial.

La integración sensorial es un "proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y del entorno" y la teoría de Jean Ayres (1972) establece la relación existente entre dicho proceso y el comportamiento. Ayres desarrollo esta teoría con el "objetivo de describir, explicar y predecir las relaciones, específicas entre el funcionamiento neurológico, el comportamiento y el aprendizaje académico" (Álvarez, 2010), basándose en la plasticidad cerebral y neuronal, la evolutiva sensorial, la jerarquización del sistema nervioso central, la organización cerebral y el comportamiento adaptativo, y la existencia de un impulso interno para participar en la vida sensorial (Kielhofner, 2006). En este sentido el aprendizaje ocurre cuando una persona recibe la información sensorial adecuada, principalmente del juego, la procesa integrándola en el Sistema Nervioso Central (SNC) y la utiliza para organizar y planificar comportamientos.

En cuanto a las modalidades sensoriales plantea que cada sensación o estimulación sensorial es un tipo de información utilizado por el SNC para producir respuestas adaptativas, principalmente de índole vestibular, propioceptivo y táctil, con lo visual y auditivo en segundo nivel (Álvarez, 2010; Polonio & Romero, D., 2010). Esta teoría se tiene en cuenta ya que parte del nivel del desarrollo de la persona y facilita respuestas adaptativas en el niño que promuevan una organización cerebral, procesos superiores de aprendizaje y una adecuada interacción con el medio.

CEDHI
Comprometidos por una Sociedad Incluyente

EVALUACION DEL DESARROLLO NEUROMOTOR

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación, del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Existen pautas de "screening" o tamizaje, rápidas de aplicar (10 – 15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso. Existen otras pruebas de evaluación del desarrollo, que son más largas de aplicar (40 – 50 min) y que requieren de personal entrenado pero que tienen la ventaja de poder definir mejor el retraso, su magnitud y las áreas de mayor problema.

La teoría de integración sensorial es un marco de referencia, por lo que la evaluación no se limita estrictamente a ciertos cuestionarios, muchas pruebas pueden interpretarse desde un marco de referencia, infiriendo el procesamiento de a partir de la observación conductas y comportamientos.

Las pruebas deben incluir la evaluación de:

- Habilidades para detectar posición y movimiento en el espacio (procesamiento vestibular)
- Habilidad para determinar la posición del cuerpo (procesamiento propioceptivo)
- Percepción táctil
- Praxis (destreza de planificación motora)
- Percepción visual (coordinación ojo-mano y discriminación visual)
- Otra habilidades

En las evaluaciones de integración sensorial es de suma importancia el diagnóstico diferencial de la disfunción perceptiva visual libre de componente motor frente a trastornos de integración viso motora. A este respecto es útil la comparación del desempeño de una prueba de percepción visual sin componente motor.

CUANDO EVALUAR EL DESARROLLO NEUROMOTOR

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a supervisión de salud o control sano. Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. Este es también el mejor momento para revisar con los padres la estimulación que recibe el niño y hacer las recomendaciones pertinentes.

Es importante indagar sobre comportamientos en la escuela y en el hogar, nivel de actividad, interacción con pares, desempeño escolar, nivel de atención y otras conductas observables por los padres.

ANAMNESIS

En la primera consulta se debe averiguar los antecedentes de la madre, del embarazo y de las patologías perinatales que pudieran alterar el desarrollo:

- Historia obstétrica: número de embarazos, abortos espontáneos, hijos vivos.
- Historia materna: edad, nivel educacional, enfermedades crónicas, depresión.

- Antecedentes del embarazo: control prenatal, retardo, infección intrauterina
- Antecedentes del parto: edad gestacional, peso de nacimiento, Apgar, tipo de parto, atención hospitalaria, resucitación.
- Antecedentes neonatales: apneas, ventilación mecánica, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia, sepsis, enterocolitis necrosante, convulsiones.
- Patología postnatal: hospitalizaciones, cirugías
- Estimulación: quien cuida al niño, quien lo estimula, con qué pautas, como responde él.

Así mismo el terapeuta debe determinar los síntomas exactos que convierten al niño en candidato para una evaluación.

- Detalle de los problemas en el desempeño
- Identificación de las posibles áreas de déficit del neurodesarrollo
- Problemas relacionados con estos déficit
- Impacto de las conductas señaladas sobre la calidad de vida, en áreas como:
    - Funcionamiento psicosocial
    - Aprendizaje
    - Comunicación
    - Actividades de la vida diaria
    -

Una vez obtenida esta información se da paso al proceso de evaluación.

EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta las características de la evaluación ya mencionadas se propone el uso de los siguientes instrumentos (Anexo)

Observaciones clínicas: Las observaciones clínicas corresponden a la evidencia no estructurada acerca de la condición en el desempeño ocupacional de un paciente a través de la observación en su ambiente natural en las cuales se incluyen aspectos relacionados con la modulación sensorial, la postura, la integración bilateral, secuenciamiento, somatodispraxia y maduración del SNC (Rodríguez & Duarte, 2013).

Prueba Beery- Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz VMI: (Beery & Buktenica, 1997) La prueba es una secuencia de formas geométricas para ser copiadas en papel y lápiz, evalúa el desarrollo visual, motriz y viso motriz desde preescolares, por lo tanto tiene como propósito identificar de forma temprana dificultades que se pueden presentar en la coordinación de la percepción visual y sus habilidades motrices, favoreciendo así las intervenciones de tipo preventivo y de tipo remedial centradas en las dificultades previamente identificadas. Esta prueba está compuesta por 27 figuras para ser completadas en un tiempo de 15 a 20 minutos y puede ser aplicada de forma tanto individual como grupal.

Prueba suplementaria VMI de percepción visual, para determinar el grado en el cual los individuos pueden integrar sus habilidades visuales. Esta prueba involucra percepción visual desde constancia de tamaño y forma, está compuesta por 27 figuras y se completa en un tiempo no superior a 3 minutos

Perfil Sensorial – Cuestionario para padres y/o cuidadores: (Dunn, W., 1999). Es un cuestionario que busca medir las habilidades de procesamiento sensorial y perfilar su efecto en el desempeño del niño entre los 3 y 10 años de edad. Está compuesto por un Cuestionario al Cuidador del niño, que consta de 125 ítems que describen las respuestas del niño a ciertas experiencias sensoriales, las cuales deben ser cualificadas según su frecuencia de aparición (siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca y nunca). Los ítems están agrupados en Procesamiento sensorial (auditivo, visual, vestibular, táctil, multisensorial y oral), Modulación y Respuestas emocionales y de Comportamiento.

METODOLOGIA DE INTERVENCION

Características de la actividad

Desde enfoque del **neurodesarrollo**, se exponen las siguientes características de la actividad:

- Patrón de desarrollo céfalo-caudal: Se trabaja con actividades que progresen desde el posicionamiento en el control de cabeza, tronco, hasta llegar a miembros inferiores. Actividades de desplazamiento es decir, en motricidad gruesa a través del posicionamiento, facilitando la preparación del niño para permitir el posterior desarrollo de las habilidades motoras finas.

- Patrón de desarrollo próximo-distal y medial: Una vez adquirido control de tronco que da estabilidad, las actividades a seguir parten de la movilidad iniciando por hombro, codo, muñeca, dedos; actividades de motricidad fina que permitan el desarrollo de habilidades en cuanto a precisión, manipulación, alcances y soltar. También con relación a la mano se tendrá en cuenta primero la posición anatómica acorde a su desarrollo.

- Patrón de desarrollo de lo masivo- a lo específico: Una vez adquiridos la estabilidad más movimiento, se diseñan actividades que permitan el movimiento en general a nivel de miembros superiores (movimientos en bloque); para lograr disociación de movimiento a nivel de hombro-brazo, brazo-antebrazo, antebrazo-mano, mano-dedos.

- Patrón de desarrollo motor grueso a motor fino: Para el manejo de este principio se diseñaran actividades que permitan realizar acción que involucren los segmentos corporales grandes (cabeza, tronco, miembros inferiores); hasta llegar a la adquisición de habilidades motoras finas (MMSS)

    - Diseñar actividades que impliquen el desarrollo de patrones ontogenéticos y de postura para determinar el nivel de exigencia acorde a su desarrollo; e igualmente determinando la coordinación de movimientos dados en la siguiente secuencia: adquisición del patrón, precisión del patrón, velocidad del patrón, destreza en el patrón, desarrollo de la fuerza

    - Diseñar actividades que involucren respuestas corticales (entrada y procesamiento de información) y subcorticales (dar una respuesta) para logran atención ante el movimiento por ejemplo: actividades que permitan reaccionar y emitir una respuesta táctil protectiva y discriminativa (dolor y temperatura)

    - Diseñar actividades que permitan el desarrollo de destrezas funcionales básicas para alimentación, vestido, higiene, eliminación y control de esfínteres.

- Diseñar actividades que implique relación entre gravedad y ángulo de sustentación (equilibrio) teniendo en cuenta la posición en la cual el paciente va a ejecutar movimiento a nivel bimanual, bilateral, unilateral hasta llegar a preferencia manual.

- Diseñar actividades que faciliten patrones de movimiento o parte de ellos con relación a equilibrio y equilibrio útil, para el mantenimiento de postura alineada con relación a su centro de gravedad inhibiendo los patrones anormales.

- Graduar actividades de simples-media-compleja (teniendo en cuenta que simple se refiere a la posición o postura o desplazamiento), media (posición o postura y desplazamiento) y la compleja (la combinación de las tres)

- Ante la falta de coordinación causada por disfunción se tendrá en cuenta la aplicación de actividades que impliquen habilidades gruesas y amplias mas no aquellas que exigen precisión

- Actividades que impliquen funciones unilaterales y bilaterales de MMSS y MMII

- Actividades que impliquen manejo de la percepción visual (forma, tamaños, colores, tableros de comunicación) teniendo en cuenta el grado de la patología.

La **teoría de la integración sensorial** expone que existen tres sistemas sensoriales base, estos son, vestibular, propioceptivo y táctil; por lo cual las actividades se estructuran de tal manera que permita proporcionar y controlar la entrada sensorial de los sistemas ya mencionados, de manera que el niño espontáneamente forme respuestas adaptativas que integren estas sensaciones.

- Es importante tener en cuenta que la actividad motora es valiosa en tanto que proporciona la información sensorial que ayuda a organizar el proceso de aprendizaje.
- La terapia de integración sensorial tiene un enfoque integral, comprende todo el cuerpo, todos los sentidos y todo el cerebro.
- El Terapeuta debe dar oportunidad para diferentes sensaciones y movimientos como mecerse, girar, rolar, trepar, gatear, montar y otros movimientos de cuerpo entero.
- Debe involucrar patrones integrales que incluya, alcanzar, agarrar y lanzar en diferentes planos.
- Se debe tener cuidado de no sobrecargar sensorialmente al niño.
- La actividad siempre debe plantear una meta u propósito.

Algunas necesidades sensoriales las puede cubrir el Terapeuta ocupacional más eficientemente, aplicando directamente estímulos sensoriales:

- El cepillado de la piel manda impulsos táctiles que fluyen hacía varias partes del cuerpo; puede tener un efecto activador o inhibidor, esto depende de la parte del cuerpo estimulado y la intensidad del estímulo
- La vibración es una forma d estimular los receptores sensoriales de la mayoría de tejidos del cuerpo, la vibración de los huesos transmite impulsos al sistema vestibular
- Se puede involucrar el sentido del olfato, fragancias suaves inhiben, mientras que otras como las cítricas usualmente activan al niño.

- El sistema vestibular recibe la mayor parte de la estimulación, por lo que si un niño requiere activación, se puede dejar que realice movimientos anteroposteriores libres y cualquier otro movimiento que favorezca este proceso, para estos fines puede hacer uso de:
    - Caballetes
    - Equipo suspendido
    - Hamaca

  Sin embargo cuando se busca la modulación de este tipo de estímulos, el Terapeuta Ocupacional debe apoyarse de estímulos propioceptivos y táctiles para lograr la regulación y obtener respuestas adaptativas.

La ocupación principal de los niños que asisten a la institución es la de **estudiantes**, ellos, usualmente presentan dificultades en el colegio, por lo cual en el proceso de intervención a modo de refuerzo se incluyen procesos lógico-matemáticos y de lectoescritura acordes a la edad.

El **juego** se presenta como la ocupación favorita y más intensa del niño (Ricoeur, 1908). Conviene recordar que el desarrollo del niño estudiado por Piaget (1996), está íntimamente relacionado con la evolución del juego en las diferentes edades; identificando tres grandes grupos: periodo sensoriomotriz, periodo preoperatorio y periodo de las operaciones concretas. El Terapeuta Ocupacional empleara como estrategia de intervención el juego de acuerdo al desarrollo del niño, brindándole oportunidad de juego dirigido y espontaneo. Esto propiciara:

- El cumplimiento de los objetivos planteados
- Construcción canales de expresión
- Favorece la relación con otros y con el entorno
- Generación de roles
- El reconocimiento de capacidades y limitaciones de su propio cuerpo
- Liberación de energía
- Aumento de la capacidad perceptiva
- Estructuras la base para el pensamiento lógico
- Resolución de problemas

Además favorece la adherencia al tratamiento y la relación terapéutica.

Características del ambiente
Sesiones de media hora, en el espacio del rincón sensorial, donde se brinda una experiencia sensorial completa y organizada, se cuenta con equipo suspendido, espumados, balones y elementos para trabajo de esquema corporal y percepción visual.

Proceso de aprendizaje
En este aspecto se exponen de las herramientas se usan para hacer más efectiva la comunicación, el seguimiento instruccional y el aprendizaje del usuario, en torno a las actividades propuestas. Estas características varían de paciente a paciente según sus necesidades.

- Instrucciones (1, 2 o más comandos) claras y secuenciales.
- Oportunidades de juego de acuerdo a etapa de desarrollo (sensoriomotor, exploratorio, con pares, reglado)
- Involucrar retos cognitivos constantes según las capacidades del niño.

- Refuerzo mediante el uso estímulos visuales, gestuales, auditivos y táctiles.
- Uso el rol reverso para favorecer el seguimiento instruccional.
- Uso de refuerzos positivos para favorecer el desempeño.
- Objetivos alcanzables de acuerdo a sus capacidades.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, L. (2010). Terapia ocupacional en educación: Un enfoque sensorial en la escuela. Universidad Nacional de Colombia. Colombia: Bogotá.

Ayres, J. (1998). La integración sensorial y el niño. Editorial Trillas. México D.F- México.

Beery, K. (1997). Prueba Beery- Buktenica del Desarrollo de la Integración Visomotriz VMI. Editorial el manual moderno. México D.F- México

Dunn, W. (1999). Manual del perfil sensorial. En: Fernández, M., Flórez, N. & Villate, C. (2004). Trabajo de grado y confiabilidad "Perfil sensorial de Winnie Dunn, 1999". Universidad Nacional de Colombia. Colombia.

Kielhofner, G. (2006). Fundamentos conceptuales de la Terapia ocupacional. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina

Polonio, B. & Romero, D. (2010). Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Baltimore: Editorial Medica Panamericana.

Rodríguez, J. & Duarte, S. (2013). Guía de observaciones clínicas. Universidad Nacional de Colombia.

CEDHI
Comprometidos por una Sociedad Incluyente

PRUEBA ENI

Examinar el desarrollo neuropsicológico de la población infantil en edades que van de los 5 a los 16 años. Este instrumento evalúa 12 procesos neuropsicológicos.

Procesos neuropsicológicos

1. Habilidades construccionales
2. Memoria
3. Habilidades perceptuales
4. Lenguaje
5. Habilidades metalingüísticas
6. Lectura
7. Escritura
8. Aritmética
9. Habilidades espaciales
10. Atención
11. Habilidades conceptuales
12. Funciones ejecutivas
13. **Lateralidad manual**
14. **Presencia de signos neurológicos blandos**

Materiales

1. Manual para la aplicación y calificación
2. Cuestionarios para padres
3. Historia clínica
4. Libreta de respuestas
5. Libreta de puntajes 1
6. Libreta de puntajes 2
7. Materiales de evaluación

Generalidades

Primero se debe completar el cuestionario para padres se sugiere poner al niño diagonalmente en relación con el evaluador luego de pide al niño los datos personales. Si se debe dividir la prueba en dos partes es importante tener en cuenta que la primera parte no debe interrumpirse antes del apartado de memoria en el primer segmento de realiza habilidades construccionales, memoria (codificación), habilidades perceptuales, y memoria (evocación). En el segundo segmento lenguaje lectura y escritura. En el tercer segmento aritmética y habilidades espaciales. En el cuarto segmento atención, habilidades conceptuales y funciones ejecutivas.

CEDHI
Comprometidos por una Sociedad Incluyente

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFANTIL

Objetivo: Determinar la presencia de cambios cognitivos y comportamentales en individuos en los que se sospecha alguna alteración cerebral, cuyos signos se identifican a través de la observación clínica y el uso de instrumentos de medición. Es importante determinar si el perfil neuropsicológico corresponde a una condición neurológica o una condición psiquiátrica, y si se trata de un proceso agudo o un proceso crónico.

Objetivos específicos:

1. Determinar la actividad cognoscitiva del paciente usual y no necesariamente después de alguna condición patológica
2. Analizar los síntomas, signos y síndromes fundamentales
3. Proveer información adicional para dar un diagnóstico diferencial entre dos condiciones aparentemente similares
4. Proponer patologías subyacentes a la disfunción cognoscitiva existente
5. Sugerir procedimientos terapéuticos y de rehabilitación
6. Determinar la eficacia de algún tratamiento

Etapas de la evaluación neuropsicológica

1. Historia clínica y relación con el paciente: se debe tener un informante, detallada historia clínica, motivo de consulta, características del embarazo, parto, historia académica, historia médica familiar y personal, características de personalidad, estilo de conducta. Es indispensable una buena relación con el niño. Niños entre 2 y 3 años es importante la presencia de los padres en las sesiones.
2. Pruebas neuropsicológicas: procedimientos psicométricos generales y específicos
3. Análisis de los resultados, informe neuropsicológico y entrega de los resultados: perfil del niño identificar los procesos cognitivos que se encuentren bajitos en relación a la media. Para proponer un plan de tratamiento y seguimiento. Se debe incluir la descripción del motivo de consulta, las pruebas aplicadas, descripción de la conducta social y emocional, los resultados de la evaluación. El resumen y las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

Después de los 3 años se da el reconocimiento de caras familiares y la percepción de caras no familiares se da después de los 10 años. La orientación derecha – izquierda se produce entre los 5 y los 8 años

- Inexistencia del concepto de orientación izquierda derecha (5 años)
- Comprensión personal del concepto de derecha – izquierda (de 6 a 8 años)
- Generalización del concepto de derecha – izquierda al mundo externo (8 años en adelante)

Síndrome de William: desorden genético metabólico asociado a retardo mental y microcefalia leve.

Memoria y maduración cerebral

El hipocampo inicia su desarrollo hacia el 3 mes de gestación pero la madurez se logra después de varios años de nacido. El incremento en la capacidad de memoria que se observa con la edad está más relacionada como el cambio de estrategias más que con el incremento de volumen. Es así que, con el desarrollo cerebral no se incrementa la capacidad de almacenamiento de cada neurona, sino que se produce un incremento en el número de neuronas que participan en el proceso de memorización.

Funciones ejecutivas y maduración cerebral

Dentro de las funciones ejecutivas se incluye la planeación, el control de impulsos, la búsqueda organizada, la flexibilidad de pensamiento, y el autocontrol de comportamiento. El niño de 8 meses presenta permanencia en el objeto y por ende capacidad para guiar conductas basadas en información previa, sin embargo, la conducta no está muy contratada por estímulos externos. Hacia los 2 años la capacidad para controlar la conducta basada en información alcanza su máximo desarrollo y así mayor capacidad de autocontrol e internalización. La capacidad de inhibir se da entre los 6 y los 8 años. Poco a poco se va desarrollando la capacidad para resolver problemas complejos u utilizar estrategias metecognitivas.

DESARROLLO DE LA ASIMETRIA CEREBRAL FUNCIONAL

Es un índice en la maduración cerebral a lo cual se han propuesto os hipótesis:

1. Existencia de equipotencialidad funcional de los dos hemisferios cerebrales
2. Existencia de una asimetría funcional hemisférica

DESARROLLO DE LA PREFERENCIA MANUAL

Desde el nacimiento hasta los 2 meses los niños presentan movimientos asimétricos en la posición de la cabeza con tendencia a la derecha, a los 3 meses se observa mejor la asimetría postural, a partir del 3 mes la prensión de objetos y a los 6 meses se evidencia la preferencia de la mano. En el 1 año de observa preferencia manual

El uso exclusivo de una mano a una edad muy temprana puede ser signo de algún compromiso hemisférico.

Las primeras zonas en madurar so las motoras y sensoriales (visual, auditivo y somatosensorial) al final del primer año estas áreas son operativas. Las áreas secundarias integran la información de modalidad específica y se vuelven operativas a la edad de 5 años. Las áreas terciarias sensoriales y motoras se ubican en los lóbulos parietales, temporales, occipitales, y zona prefrontal. Estas son las ultimas en madurar y son funcionales entre los 5 y 8 años. Su maduración permite el aprendizaje de lectura, escritura, matemáticas, y otras funciones ejecutivas superiores.

Conducta motriz y desarrollo cerebral

Antes del nacimiento, los movimientos corporales del feto se realizan de manera masiva. Después del nacimiento el niño puede flexionar sus articulaciones de sus brazos a partir de allí, comienza el desarrollo motriz. A los 3 meses el niño dirige la mano hacia lo objetos y garra cosas. A los 8 meses desarrolla prensión manual y es capaz de tomar objetos usando el pulgar y el índice. Las habilidades motoras más complejas se desarrollan progresivamente.

Lenguaje y maduración cerebral

La aparición del lenguaje se produce de manera gradual a partir del 2 año, generalmente se observa un desarrollo motor y de lenguaje paralelo, sin embargo, son procesos relativamente independientes. Además de la estimulación ambiental, el control de los movimientos finos y el desarrollo de habilidades simbólicas son decisivos para una adecuada adquisición del lenguaje.

Desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad el niño produce llanto como forma de desagrado. De los 3 a los 12 meses se produce balbuceo. De los 12 meses en adelante el niño repite sonidos y logra decir palabras sencillas. Entre los 12 y 24 meses produce las primeras palabras. Entre los 18 y 36 meses se producen las primeras frases. Entre los 2 y los 12 años se desarrolla el lenguaje y a los 12 años se logra la adquisición completa de interconexión neuronal. El lenguaje esta asociado a un proceso físico, psicológico y social. La ausencia de lenguaje antes de los 7 años es de mala pronóstico para el desarrollo normal del niño. Un lenguaje comprensible a la edad de 4 años descarta problemas lingüísticos serios. El niño completa su repertorio fonológico después de los 4 años.

Lesiones en los lóbulos temporales, frontales y parietales pueden producir

- Afasia: alteración en la comprensión o producción del lenguaje
- Agrafia: dificultad en la escritura
- Alexia: problemas en la lectura

Conocimiento visoespacial y maduración cerebral

Antes de los 3 años el repertorio de respuesta del niño es limitado y la evaluación de estrategias espaciales es difícil. Entre los 18 y 30 meses los niños pueden realizar tareas de localización de objetos. A los 3 años el niño adquiere mayor capacidad de análisis espacial. El desarrollo cortical aparece por ráfagas (3 y 4 años) (6 y 8 años) (10 y 12 años) (14 y 18 años). Si hay lesiones durante el nacimiento y el primer año de edad los pacientes van a mostrar problemas en tareas verbales. Si la lesión ocurre después del 1 año, los pacientes van mostrar dificultades en tareas no verbales.

CEDHI
Comprometidos por una Sociedad Incluyente

ALGUNOS CONCEPTOS

DESARROLLO SEGÚN MADURACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

Etapa Inicial

El desarrollo de un ser humano ocurre 18 días después de la fecundación. Las partes más primitivas del cerebro se desarrollan más rápido que las estructuras más complejas. Existen cuatro mecanismos celulares que subyacen a los cambios globales del SN: **Proliferación, Migración, Diferenciación y Muerte celular Neuronal** con posterior **Desarrollo axonal** y sináptico. De haber alguna alteración en alguno de estos mecanismos pueden desarrollarse algunas alteraciones como retardo mental o problemas de aprendizaje.

El desarrollo del encéfalo en la primera etapa posnatal está atravesado por cuatro tipos de cambios estructurales: **Mielinizacion, Formación de sinapsis y dendritas, Formación de neuronas, Formación de células gliales**. Las lesiones cerebrales tempranas pueden ocasionar alteraciones. El funcionamiento del SN den neonato la evalúa el pediatra a través de la escala **APGAR** (Apariencia, Pulso, Gestos, Actividad, a través de conductas motoras simples y complejas.

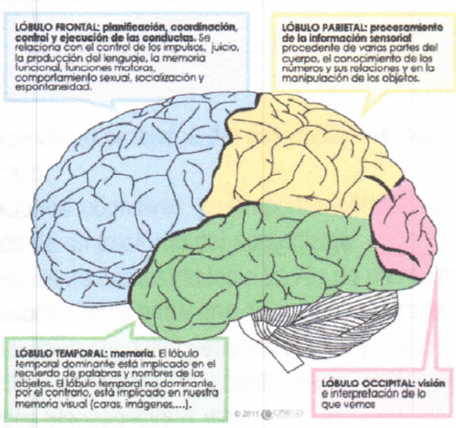
Infancia

Se denomina primera infancia entre el segundo mes y el sexto año de vida. Esta etapa de caracteriza por una mayor complejidad de conductas sensoriales, perceptuales y motoras. Incremento en la capacidad de respuesta a estímulos del ambiente.

Infancia tardía y adolescencia

Las neuronas continúan en el proceso de mielinizacion que se extiende en la segunda infancia de los 6 a los 12 años y la adolescencia de los 12 a los 18 años. Durante el primer año la plasticidad cerebral es máxima. Con la edad la plasticidad cerebral va disminuyendo pero nunca desaparece.

Desarrollo neuropsicológico



10. Investigacion

Que se puede obtener

1. Indagar sobre la organización cerebral de las funciones cognoscitivas y comportamentales y sus cambios relacionados con la edad
2. Conocer las características de las capacidades básicas que se considera reflejan la integralidad del SNC
3. Determinar la presencia de cambios cognoscitivos y comportamentales en niños en quienes se sospecha alguna alteración a nivel del SNC

MINSALUD

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

2015

PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Marzo 2015

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GERMAN ESCOBAR MORALES
Jefe de la Oficina de Calidad

JUAN PABLO CORREDOR PONGUTA
Jefe Oficina de Promoción Social

FELIX REGULO NATES SOLANO
Director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

JOSE LUIS ORTIZ HOYOS
Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

ABEL ERNESTO GONZÁLEZ VÉLEZ
INDIRA TATIANA CAICEDO REVELO
Equipo Técnico Oficina de Calidad





HÉCTOR EDUARDO CASTRO JARAMILLO
Director Ejecutivo

AURELIO MEJÍA MEJÍA
Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

ANGELA VIVIANA PEREZ
Subdirectora de Producción de Guías de Práctica Clínica

JAIME HERRERA RODRÍGUEZ MORENO
Subdirección de Implantación y Diseminación

DIANA ESPERANZA RIVERA RODRÍGUEZ
Subdirectora de Participación y Deliberación

SANDRA LUCÍA BERNAL
Subdirección de Difusión y Comunicación

LAURA CATALINA PRIETO
LORENA ANDREA CAÑÓN
DIANA ISABEL OSORIO
Equipo Técnico

GRUPO DESARROLLADOR

Expertos temáticos

José William Cornejo Ochoa

Neurólogo y neuro pediatra, Msc Epidemiología

Profesor titular Universidad de Antioquia

Coordinador del programa de posgrado especialización en neurología infantil. Universidad de Antioquia.

Coordinador grupo de investigación pediaciencias

María Helena Sampedro

Psicóloga, Especialista en Niños con énfasis en Psicología Clínica Cognitivo-comportamental y neuropsicología infantil. Experiencia en diagnóstico de niños con TEA y apoyo a sus familias y maestros.

Docente del CES (Especialización y diplomados en Neurodesarrollo, docente adscrita de residentes de Psiquiatría)

Blanca Doris Rodríguez Clavijo

Neuropediatra, Universidad Nacional de Colombia.

Miembro activo junta Asociación Colombiana de Neurologia Infantil

Directora de grupo de Farmacovigilancia fundación Liga central contra la Epilepsia

Asesora Externa Centro Regulatorio de Medicamentos Universidad Nacional de Colombia.

Piedad Jaramillo. Madre de un niño con trastorno del espectro autista. Médica General.

Expertos metodológicos

Ángela Viviana Pérez Gómez. Médica, Especialista en gestión de salud pública, especialista en epidemiología general, Magister en Epidemiología Clínica. Epidemióloga sénior, Subdirección de producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

Lorena Andrea Cañón. Médica, Especialista en epidemiología general, Epidemióloga junior, Subdirección de producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS.

Laura Catalina Prieto. Médica, Especialista en epidemiología general, Epidemióloga junior, Subdirección de producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS.

Javier Orlando Contreras. Médico, Pediatra, Magister en ciencias clínicas. Subdirector producción de Guías de Práctica Clínica. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS.

Fuerza de tarea ampliada

Diana Esperanza Rivera. Bacterióloga y Laboratorista Clínica, MSc. en Infecciones y Salud en el Trópico, especialista en Gobierno y Políticas Públicas. Subdirectora de Participación y Deliberación, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Ena Cristina Fernández Moreno. Trabajadora Social, Especialista en Gerencia Social. Especialista de Participación y Deliberación, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS

Lilia Romero. Tecnóloga en Secretariado Comercial bilingüe. Contratista Subdirección de Participación y Deliberación, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Paola Avellaneda. Economista. Analista técnica subdirección de guías de práctica clínica, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Expertos temáticos invitados

Olga Lucia Casasbuenas – Neuropediatra. Coordinadora Servicio de Neuropediatria, Colsanitas.
Patricia Gaviria – Psicóloga, Fundación Integrar
Clemencia de La Espriella – Psicóloga Clínica, Universidad de la Sabana
Walter Pontón – Psiquiatra Infantil y del adolescente. Dirección científica de terapia tipo ABA en niños con Trastorno generalizado del Desarrollo, ESCO IPS, Cartagena.
María Lourdes Restrepo – Psicóloga, Anthiros
Yors Alexander García – Ph.D, BCBA-D - Universidad Konrad Lorenz
Edith Betty Roncancio – Liga Colombiana de Autismo
Ana Milena Jiménez - Licenciada en Educación Especial. Magister en Desarrollo Educativo y Socia. Universidad Pedagógica Nacional en convenio con la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano –CINDE. Madre de niño con autismo
Oscar Flórez – Fundación Instituto Neurológico de Colombia (INDEC)
Hilario pardo - Defensoría del Pueblo
Alexandra Orjuela - Defensoría del Pueblo

Rafael José Miranda- Médico, Especialista en Epidemiología, MsC Salud Pública - Psiquiatra en formación, Clínica Montserrat.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 13
2. OBJETIVOS 15
2.1 OBJETIVO GENERAL 15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15
3. ALCANCE 16
3.1 Población 16
3.2 Ámbito asistencial 17
3.3 Aspectos clínicos abordados por el protocolo 17
4. RESUMEN DE INDICACIONES CLÍNICAS 18
Indicaciones clínicas 18
SIGNOS DE ALARMA 18
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA 23
INTERVENCIONES TERAPEUTICAS ENMARCADAS EN LOS PROCESOS DE ABA 24
5. MARCO CONCEPTUAL 29
5.1 Definición trastorno del espectro autista 29
5.2 Historia natural y factores de riesgo 30
5.3 Diagnóstico 30
5.4 Diagnóstico temprano en comunidad 33
5.5 Síntomas 35
5.6 Tratamiento 36
5.7 Pronóstico 39
5.8 Carga de la enfermedad 39
5.9 Análisis Conductual Aplicado 40
5.9.1 Metodología ABA (Sin variantes o tradicional) 41
5.9.2 Metodología EIBI 43
5.9.3 Características de los enfoques conductuales altamente estructurados: 43

6. MARCO NORMATIVO 45
7. METODOLOGÍA 47
7.1 Fase preparatoria 47
7.1.1 Conformación del grupo 47
7.1.2 Declaración de conflictos de intereses 47
7.1.3 Definición de alcance y objetivos 48
7.2 Fase de elaboración 48
7.2.1 Búsqueda de evidencia 48
7.2.1.1 Búsqueda de Guías de Práctica Clínica: 48
7.2.1.2 Tamización de guías de Práctica Clínica 49
7.2.1.3 Calificación de la calidad de las guías de Práctica Clínica 49
7.2.1.4 Revisión sistemática de la literatura 49
7.2.1.4.1 Efectividad y seguridad de ABA 49
7.2.2 Consenso para criterios diagnósticos y opciones terapéuticas 50
7.2.3 Consenso formal para el abordaje clínico 50
7.2.4 Consenso formal para la descripción de la estructura 50
7.2.5 Consenso formal para la construcción de la ruta de atención 50
7.2.6 Elaboración del documento final 51
7.2.7 Financiación 51
8. PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA 52
8.1 Signos de Alarma 52
Resumen de la evidencia y consenso de expertos 52
Indicaciones clínicas 52
8.2 Confirmación diagnóstica 57
Resumen de la evidencia y consenso de expertos 57
Indicaciones clínicas 58

8.3 Intervenciones terapéuticas para personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista basadas en los procedimientos de ABA 59
Resumen de la evidencia y consenso de expertos 59
Indicaciones clínicas 61
8.4 Análisis conductual aplicado ABA 63
Resumen de la evidencia y consenso de expertos 63
➢ Efectividad 65
Procedimientos basados en ABA comparada con tratamiento habitual (Consultas aisladas bajo enfoques médicos tradicionales) 65
Terapia EIBI comparada con tratamiento habitual (Consultas aisladas bajo enfoques médicos tradicionales) 67
➢ Seguridad 68
Indicaciones clínicas 72
8.5 Estructura de atención para personas con diagnóstico de TEA 74
8.5.1 Estructura para la sospecha de alteración del desarrollo 74
8.5.2 Estructura para la confirmación de la sospecha de alteración del desarrollo 75
8.5.3 Estructura para la confirmación diagnóstica de TEA 75
8.5.4 Estructura para la atención integral de la persona con diagnóstico confirmado de TEA 76
8.5.5 Criterios para la evaluación de la calidad de la atención integral de la persona con diagnóstico confirmado de TEA 76
8.5.5.1 Personal asistencial 77
8.5.5.2 Evaluación y seguimiento del tratamiento integral 77
8.6 Identificación de barreras y facilitadores para la implementación del protocolo .. 79
ANEXOS 83
Anexo No.1 Proceso de participación 83
Anexo No.2 Búsqueda de guías de práctica clínica 106
Anexo No.3 tamización inicial de GPC. Herramienta No 7 110
Anexo No.5 Estrategias de búsqueda efectividad y seguridad ABA en TEA 112

Anexo No.6 Estrategia de búsqueda de diagnóstico en TEA..... 115

Anexo No.7 Evaluación de la calidad global de la evidencia para efectividad y seguridad de ABA en TEA. Perfil GRADE..... 118

Anexo No. 8 Herramientas 129

Lista de abreviaturas y siglas

ABA	Applied Behavior Analysis
CBA	Conceptual Behavior Analysis
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, décima versión
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión
DSM-V	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta versión
DTT	Discrete Trial Training
EBA	Experimental Behavior Analysis
EIBI	Early Intensive Behavioral Intervention
GPC	Guía de Práctica Clínica
MSPS	Ministerio de salud y de Protección Social
PRT	Pivotal Response Training
TA	Trastorno autista
TEA	Trastorno del Espectro Autista
RNV	Recién Nacido Vivo
RSL	Revisión Sistemática de Literatura
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
VBI	Verbal Behavior Intervention

Definiciones

Población, grupos que se consideran: hace referencia a aquella población que se tuvo en consideración para realizar la búsqueda sistemática de la literatura y a quienes se aplicarán las indicaciones clínicas.

Población, grupos que no se consideran: hace referencia a aquella población o grupos que no seleccionados para la búsqueda sistemática de la literatura y que por lo tanto no se abordarán en las recomendaciones clínicas.

1. INTRODUCCIÓN

El TEA comprende una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo caracterizados por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y patrones de conducta repetitivos, restringidos y estereotípicos, sin que se presenten estas características o patrones en todos los casos. El trastorno del espectro autista varia ampliamente en gravedad y síntomas, incluso puede pasar sin ser reconocido, especialmente en los niños levemente afectados o cuando se enmascara por problemas físicos más debilitantes.

El análisis de la conducta (behavior analysis) es una disciplina científica afiliada a la psicología comportamental como paradigma independiente de investigación con su propia filosofía, modelos, conceptos y aplicaciones a los problemas sociales humanos. Particularmente el análisis de la conducta nació del estudio científico de los principios y procedimientos del aprendizaje y conducta investigados por BF Skinner desde la década de 1930. (1, 2)

El análisis del comportamiento humano se enmarca en principios del aprendizaje operante como el reforzamiento positivo. Cuando el comportamiento específico de un niño es seguido por algún tipo de recompensa o reforzamiento positivo, es más probable que este comportamiento vuelva a presentarse y sea repetido.

Hacia los años 60 se comenzó a trabajar con ABA, y durante décadas de investigación, el campo del análisis de la conducta ha desarrollado muchas técnicas para aumentar las conductas útiles y reducir aquellas que puedan causar daño o interferir con el aprendizaje. Estas técnicas están enfocadas en la enseñanza estructurada de destrezas funcionales como la utilización del lenguaje y la comprensión del desarrollo de habilidades sociales y de interacción. El Análisis de Comportamiento Aplicado, ABA, utiliza estas técnicas y principios para lograr un cambio significativo y positivo en el comportamiento del ser humano.(3, 4)

El análisis de la conducta como disciplina independiente y afín a la psicología comportamental se divide principalmente en tres áreas mutuamente interdependientes una de la otra, estas son: Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA), Análisis Experimental de la Conducta (Experimental Behavior Analysis, EBA), Análisis Conceptual de la Conducta (Conceptual Behavior Analysis, CBA).

El análisis conductual aplicado, ABA, tiene dos vertientes, la experimental y la aplicada o clínica, ambas reconocidas por el *Behavior Analyst Certification Board* (BACB) uno de los organismos de certificación en Estados Unidos de Norteamerica (http://www.bacb.com). La primera vertiente, en la cual se formulan las categorías, unidades analíticas, parámetros, paradigmas de investigación y las leyes o principios para el manejo de los datos; la segunda vertiente, la aplicada o clínica, en la cual se incluyen tratamientos basados en los

procedimientos de ABA que usan procesos sistemáticos, enfocados en el moldeamiento de la conducta, que se divide en pasos y tareas que proporcionan oportunidades de aplicar las habilidades aprendidas en diferentes escenarios y entornos, cuyo objetivo es mejorar la capacidad de los niños con autismo para aprender, desarrollar habilidades para la vida y función de forma independiente. En los últimos 20 años, se reporta un crecimiento importante de evidencia de intervención comportamental intensiva temprana a través de ABA en el progreso del desarrollo y rendimiento intelectual de los niños con autismo. Se ha reportado por otro lado que los efectos obtenidos en niños menores de 3 años son gratificantes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un protocolo clínico que oriente la sospecha diagnóstica, y la opción terapéutica de análisis conductual aplicado, ABA, en personas con diagnóstico de TEA, para mejorar los resultados en salud dados por un diagnóstico temprano y un abordaje terapéutico integral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Disminuir la variabilidad clínica injustificada en las intervenciones terapéuticas dirigidas a las personas con diagnóstico de Trastorno del espectro autista.

Definir que es el análisis conductual aplicado, indicaciones y estructura para su aplicación en el sistema de salud, dirigido a las personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista.

Elaborar una ruta de atención integral en salud para las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista.

3. ALCANCE

Desarrollar un protocolo clínico de atención, que oriente la sospecha y confirmación diagnóstica de personas con trastorno del espectro autista, que defina y oriente los mecanismos para realizar una intervención basada en la estrategia de análisis del comportamiento aplicado, ABA, en personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Adicionalmente este protocolo pretende proponer la estructura de la ruta de atención integral para personas con diagnóstico de TEA, específicamente el desarrollo del tratamiento fundamentado en el análisis conductual aplicado. Este protocolo no abordará el manejo intrahospitalario.

- Usuarios del protocolo

Este protocolo está dirigido al ámbito asistencial ambulatorio. Este protocolo está dirigido a profesionales de la salud en medicina general, medicina de familia, enfermería, psicología, psicología clínica, pediatría, neurología infantil, psiquiatría infantil, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y miembros de la comunidad (personas con el diagnóstico y cuidadores).

3.1 Población

Grupos que se consideran

El protocolo toma en consideración los siguientes grupos:

- Niños, niñas y adolescentes que acuden a control médico o que están en la comunidad, para la identificación de signos de alarma de alteraciones del desarrollo.
- Niños, niñas y adolescentes con identificación de signos de alarma de alteraciones del desarrollo para confirmación de alteración del desarrollo.
- Niños, niñas y adolescentes con alteración del desarrollo confirmada y con sospecha de trastorno del espectro autista para confirmación diagnóstica.
- Niños, niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista para el tratamiento integral enmarcado en la opción terapéutica ABA.

El protocolo no toma en consideración, y por lo tanto quedan excluidos, los siguientes grupos:

- Tratamiento farmacológico de TEA y de comorbilidades.
- Tamización de TEA con escalas específicas.
- Tratamiento hospitalario de eventos agudos derivados o no de TEA.

3.2 Ámbito asistencial

Las recomendaciones y pautas propuestas en este protocolo están dirigidas a los diferentes grados de complejidad de los servicios, establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el ámbito ambulatorio.

3.3 Aspectos clínicos abordados por el protocolo

El protocolo abordará los siguientes aspectos:

- Signos de alarma para la sospecha de alteraciones del desarrollo
- Criterios diagnósticos para el trastorno del espectro autista
- Tratamiento no farmacológico del TEA basado en el análisis conductual aplicado

Este protocolo no pretende reemplazar una Guía de Práctica Clínica basada en evidencia.

Este protocolo solo aborda una opción terapéutica para niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, que es ABA, no significando esto que no existan otras intervenciones terapéuticas.

La población que no se toma en consideración, hace referencia a que en este protocolo no se emiten recomendaciones dirigidas a esta, mas no quiere decir que no se les presenten atenciones de salud dentro del sistema.

4. RESUMEN DE INDICACIONES CLÍNICAS

A continuación se presentan las indicaciones clínicas y puntos de buena práctica clínica

Indicaciones clínicas

A continuación se presentan las indicaciones clínicas que fueron identificadas con un punto (•), y puntos de buena práctica clínica, identificados con un visto bueno (✓).

SIGNOS DE ALARMA

- Se recomienda evaluar los signos de alarma para sospechar una posible alteración del desarrollo. (Ver tabla 1). Estos signos podrán ser evaluados a nivel comunitario (cuidadores, educadores, psicólogos, auxiliares de salud pública, entre otros) y en las consultas de programas como crecimiento y desarrollo, por parte de médicos generales, enfermeras, pediatras, entre otros, así como en cualquier contacto que tenga con el sistema de salud.
- Se recomienda realizar la evaluación de signos de alarma hasta llegar a la edad adulta (18 años).

Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Tabla No. 1 Signos de alarma para sospechar alteración del desarrollo

EDAD	SIGNOS DE ALARMA
6 meses	No trata de agarrar cosas que están a su alcance mirada a la madre durante la lactancia
	No demuestra afecto por quienes le cuidan
	No reacciona ante los sonidos a su alrededor
	Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca

	No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”)
	No rota en ninguna dirección para darse vuelta
	No se ríe ni hace sonidos de placer
	Se ve rígido y con los músculos tensos
	Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo
12 meses	No gatea
	No puede permanecer de pie con ayuda
	No busca un objeto que se le esconde.
	No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”
	No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza
	No señala cosas
	Pierde habilidades que había adquirido
18 meses	No señala cosas para mostrárselas a otras personas
	No puede caminar
	No sabe para qué sirven las cosas familiares
	No imita lo que hacen las demás personas
	No aprende nuevas palabras
	No sabe por lo menos 6 palabras
	No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa
	Pierde habilidades que había adquirido
2 años	No usa frases de dos palabras (por ejemplo, "mamá mía")
	No conoce el uso de objetos cotidianos (ejm. un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara)
	No imita acciones o palabras
	No sigue instrucciones simples
	Pierde el equilibrio con frecuencia
	Pierde habilidades que había adquirido
3 años	Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras
	Babea o no se le entiende cuando habla
	No sabe utilizar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija)
	No usa oraciones para hablar

	No entiende instrucciones sencillas
	No imita ni usa la imaginación en sus juegos
	No quiere jugar con otros niños ni utiliza los juguetes
	No mira a las personas a los ojos
4 años	No salta en un solo pie
	No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación
	Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia
	Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño
	No puede relatar su cuento favorito
	No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos
	No entiende lo que quieren decir "igual" y "diferente"
	No usa correctamente las palabras "yo" y "tú"
	No habla claro
	Pierde habilidades que había adquirido
	Pierde habilidades que había adquirido
5 años-11 años Dificultades en la comunicación, sociales y de intereses, actividades y / o comportamientos	Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo
	Prosodia atípica o inapropiada
	Ecolalia persistente
	Hablar en tercera persona, cuando se refiere a si mismo (Referencia a sí mismo como "ella" o "él" más allá de los tres años)
	Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad.
	Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)
	Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos
	Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos (demasiado

	intenso / no establece relación)
	Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)
	Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible.
	– Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutan (viajes escolares, que los maestros se alejen, etc)
Mayores 12 años Cuadro General	Dificultades permanentes en los comportamientos sociales, la comunicación y para hacer frente al cambio, que son más evidentes en los momentos de transición (por ejemplo, cambio de colegio, terminar el colegio)
	Discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia "social". La mayoría de las dificultades se presentan en situaciones sociales no estructuradas, por ejemplo, en los descansos de la escuela o trabajo
	Socialmente 'ingenuo', falta el sentido común, menos independiente que sus compañeros.
Mayores 12 años El lenguaje y comunicación social, rigidez en el pensamiento y comportamiento	Problemas con la comunicación, a pesar de tener un vocabulario amplio y un uso apropiado de la gramática.
	Puede ser excesivamente callado, puede hablar a otros en lugar de mantener una conversación, o puede proporcionar información excesiva sobre sus temas de interés
	Incapaces de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales. Por ejemplo, puede parecer un profesor (demasiado formal), o ser inapropiadamente familiar
	Pueden tener peculiaridades del habla incluyendo, entonación "plana", uso de frases estereotipadas, repetitivo

	Puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o la metáfora
	Uso inusual de la interacción no verbal (por ejemplo, el contacto visual, los gestos y la expresión facial)
	Dificultad para hacer y mantener amistades con sus pares, puede encontrar más fácil Mantener amistad con los adultos o los niños más pequeños
	Parecer desconocer o mostrarse desinteresado en 'normas' del grupo de pares
	Preferencia por los intereses específicos, o puede disfrutar de colecciones, numeración o listas–
	Pueden tener reacciones inusuales a estímulos sensoriales, por ejemplo, sonidos, sabores,

- Se recomienda, en caso de que al menos uno de los signos de alarma para la edad sea positivo, remitir al pediatra por sospecha de alteración del desarrollo, con el objetivo de iniciar el proceso de confirmación diagnóstica.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que el pediatra realice una historia clínica completa, evalúe nuevamente los signos de alarma, y confirme entonces la sospecha de alteración del desarrollo y se evalué la sospecha de un trastorno del espectro autista.

- Se sugiere que para identificar la sospecha de trastorno del espectro autista por parte de pediatría, se utilicen los criterios del DSM-V para mayores de 3 años, y para menores de 3 años el M-Chat-R. En ningún caso el pediatra de manera aislada establecerá el diagnóstico confirmado de Trastorno del espectro autista.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda ante la sospecha de trastorno del espectro autista por parte de pediatría, remitir a neuropediatra o psiquiatra infantil para la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

- Se recomienda para realizar el diagnóstico de trastorno del espectro autista, usar los criterios del DSM V.

  Calidad de la evidencia: Moderada ⨁⨁⨁
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista se realice por un grupo interdisciplinario de profesionales, en el cual participen: neuropediatría o psiquiatría infantil para establecer el diagnóstico confirmado, con valoración por psicólogo clínico y terapeuta de lenguaje, para establecer de manera conjunta el nivel de compromiso del niño, e instaurar la terapia.

  Calidad de la evidencia: Baja ⨁⨁
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda realizar una historia clínica completa, que aborde la historia prenatal, perinatal, familiar y condiciones actuales.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda una vez realizada la confirmación diagnóstica (DMS-V), establecer el nivel de compromiso, usando los criterios del DSM-V lo que permitirá orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar.

  Calidad de la evidencia: Moderada ⨁⨁⨁
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- ✓ En todo caso de diagnóstico presuntivo de trastorno del espectro autista es necesario realizar la evaluación de posibles diagnósticos diferenciales.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS ENMARCADAS EN LOS PROCESOS DE ABA

Una vez se realice la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista:

- Se recomienda que el grupo interdisciplinario desarrolle un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven, enmarcados en los núcleos del TEA, comunicación, interacción social, flexibilidad e imaginación, el cual debe utilizarse para la creación del plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo (individualización de la condición).

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda realizar una evaluación de las condiciones que pueden coexistir con el autismo como déficit de atención e hiperactividad, epilepsia, depresión, entre otros.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

  - ✓ Se recomienda realizar y resolver preguntas detalladas acerca de preocupaciones de padres o de los cuidadores y del adolescente.

- Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario, dentro de los profesionales que realicen la atención a la personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista se consideran, pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ El tratamiento farmacológico deberá ser evaluado por el equipo interdisciplinario de acuerdo al compromiso clínico y condiciones coexistentes con el TEA.

- Se recomienda realizar intervención a través de un tratamiento conductual, el cual se debe comunicar al grupo familiar, con el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se sugiere realizar la propuesta de intervención enfocada en por lo menos dos categorías:

  - Intervenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del niño en sus ambientes familiar y escolar, empoderar a las familias y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado del niño o adolescente con TEA, con tiempos de intervención definidos y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

  - Intervenciones dirigidas a niños con un mayor compromiso en los que se requiera un apoyo permanente (superior a 8 horas al día) y a largo plazo, con evaluaciones periódicas de progreso.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Débil a favor

- Se recomienda establecer un plan de metas terapéuticas, el tipo de actividades a realizar, lo que determinará el grupo de profesionales, y la frecuencia de las intervenciones.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que las actividades terapéuticas no superen las 8 horas diarias, y que promuevan la participación en el entorno, que no solo se brinden en ambientes especiales (consultorio).

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ Los objetivos que debe seguir la terapia en personas con trastorno del espectro autista son: mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

- Se sugiere que como parte del tratamiento integral para personas con diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista se realicen intervenciones enmarcadas en el enfoque de análisis conductual aplicado, entendiendo que ABA no es una técnica, ni un conjunto de técnicas, ni un procedimiento, sino que es enfoque terapéutico.

- Se recomienda que las intervenciones enmarcadas en ABA debe ser dirigidas por profesionales expertos en el área (psicólogos con conocimiento en psicología comportamental durante su formación), con varias horas de supervisión y entrenamiento en estas estrategias. Igualmente la aplicación de ABA debe ir acompañada del trabajo interdisciplinario de terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales, psiquiatras infantiles, neuropediatras, pediatras y trabajadores sociales de acuerdo al plan de intervención establecido y la reevaluación de metas alcanzadas.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda establecer el plan terapéutico, el tipo de intervenciones, la frecuencia y los profesionales participantes, de acuerdo al nivel de compromiso de la persona con diagnóstico confirmado de TEA, sus habilidades, capacidades y el plan de metas.

- Se recomienda realizar proceso de evaluación y reevaluación de metas alcanzadas cada 6 meses, por parte del equipo interdisciplinario, sin interrumpir el ciclo terapéutico en el cual estaba las personas con TEA.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario de acuerdo con el cuadro clínico de la persona con TEA.

- No se recomienda la valoración de neuropsicología como requisito en el manejo integral de la personas con diagnóstico de TEA. En caso de ser necesaria una valoración por neuropsicología, será el equipo interdisciplinario quien definirá la pertinencia y la solicitud de la misma.
  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ Valoración por especialidades como nutrición, gastroenterología, fisiatría, entre otras, deberán ser definidas por el equipo interdisciplinario de acuerdo a las necesidades individuales de la persona con diagnóstico de TEA. En ningún caso se requieren estas valoraciones para confirmar el diagnóstico o como manejo permanente de la persona con TEA.

✓ El esquema terapéutico, con los profesionales recomendados deberá mantenerse cuando se llegue a la edad adulta.

- No se recomienda el uso de métodos coercitivos, como parte de la atención ambulatoria de la persona con TEA.
  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- No se recomienda el uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorecen el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía. En caso de personas con compromiso severo, que necesiten acompañamiento superior a las 8 horas recomendadas, y se requiera una intervención individualizada, ésta en ningún caso podrá excluir la participación de la familia y limitar la participación en el entorno. En

caso de requerirse una intervención que supere las 8 horas o requiera un acompañamiento terapéutico como "auxiliares personales" deberán ser indicadas, planeadas y evaluadas por el equipo interdisciplinario, buscando propiciar la generalización de habilidades en entornos naturales, por lo que debe ser claro el desvanecimiento gradual de los apoyos que utiliza, así como la trasferencia a otros cuidadores, buscando siempre alcanzar los objetivos generales de la terapia: mejorar el funcionamiento, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

El uso de "auxiliares personales" son medidas de soporte o servicios de "respiro", que buscan mejorar la calidad de vida familiar.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Definición trastorno del espectro autista

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de alteraciones o déficit del desarrollo de características crónicas y que afectan de manera distinta a cada paciente. Los TEA se definen como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas basados en la tríada de Wing que incluye: la comunicación, flexibilidad e imaginación e interacción social.

El conocimiento hasta ahora sugiere una estructura multicausal, que incluye una condición genética sumada a un factor ambiental; en etapas tempranas del desarrollo del sistema nervioso central (SNC) (etapa gestacional y los primeros 2 años de la vida postnatal) se desconoce el factor causal en el 90% de los casos, y en el otro 10% de los casos se han identificado eventos de carácter genético cromosómicos y no cromosómicos, y otros de carácter ambiental que afectan el desarrollo del SNC.(3-6). Los TEA serian la expresión final de varias etiologías: exposiciones infecciosas o toxicas al SNC (pre o perinatales), trastornos metabólicos, asfixia perinatal, el parto vía cesárea. (4, 7-10).También puede aparecer con frecuencia variable en síndromes neurocutáneos o en otros síndromes neurológicos.

Se ha cuantificado el factor heredable estimado para los TEA, la esquizofrenia y el trastorno bipolar en un 80 – 90%, mucho más alto que para el cáncer de seno (5 – 60%) y la enfermedad de Parkinson (13 – 30%), pero mientras para estos últimos están bien identificados varios factores de riesgo genético, en el caso de los TEA solo hay hipótesis que postulan algunos componentes genéticos. Los investigadores están de acuerdo en plantear que no es un trastorno originado en un gen único, se requieren varios (aproximadamente 15, entre ellos: 1p, 5q, 7q, 15q, 16p, 17q, 19p, and Xq) y además de portar el gen puede ser necesario que exista un factor ambiental o inmunológico; esta teoría explicaría el caso no sindrómico o idiopático. Los nuevos modelos genéticos contemplan interacciones poligénicas de baja y alta magnitud de efecto, determinadas por polimorfismos de un solo nucleótido y variaciones en el número de copias; y modulación por factores epigenéticos.

El listado de posibles factores ambientales que se han considerado es amplio y en algunos casos polémicos, como la asociación entre la enfermedad y la calidad del cuidado parental (5) o la relación sugerida entre el autismo y la exposición vacunas como la vacuna contra el sarampión (triple viral o MMR)(11, 12); todos ellos abordados con bajos niveles de evidencia.

5.2 Historia natural y factores de riesgo

Aunque la historia natural y otros eventos relacionados con el desarrollo de los TEA no han sido del todo comprendidos, la hipótesis más aceptada es que los trastornos esenciales se originan durante el embarazo (se sugiere antes del 6º mes), por lo que suelen estar presentes en el nacimiento, y se manifiestan cuando interfieren con el curso normal del desarrollo. Los TEA, por tanto, tienen una heterogeneidad etiológica, que no siempre es la misma en todas las familias o personas afectadas, pueden influir factores ambientales, sobre todo en los primeros meses del embarazo, dando lugar al trastorno nuclear con distinta amplitud y gravedad, dependiendo de los factores genéticos y ambientales.(11-15).

5.3 Diagnóstico

Para el DSM-IV y la CIE 10, los criterios para el diagnóstico de autismo eran solo clínicos con un núcleo central en las definiciones, los trastornos del espectro autista (TEA) caracterizados por la alteración de 3 dominios del comportamiento o dimensiones: la interacción social (alteración en la capacidad de socializarse), el lenguaje, la comunicación(capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada) y juego imaginativo, gama de intereses y actividades (patrones de comportamientos restringidos y repetitivos). Una lista de criterios que deben estar presentes antes de los 36 meses de edad (para el diagnóstico de autismo o síndrome autista).

El DSM-IV diferenció las cinco condiciones donde se debe contemplar el diagnóstico de autismo y corresponden a las siguientes categorías:

- Trastorno autista (TA),

- Trastorno del desarrollo no especificado de otra manera o en inglés Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified.
- Síndrome / trastorno de Asperger,
- Síndrome de Rett,
- Trastorno desintegrativo de la niñez.

Dentro del conjunto de los TEA, los casos del trastorno autista (TA) son los más frecuentes y mejor definidos, el resto de TEA se confunde con otros trastornos como el retardo mental, trastornos del lenguaje, trastorno obsesivo compulsivo y esquizofrenia entre otros. Las herramientas de diagnóstico clínico desarrolladas sobre la base de criterios del DSM-IV, intentaban separar el trastorno autista (TA) de las otras categorías, apelando a observaciones más objetivas (ADOS - Autism Diagnostic Observation y el ADI-R - Autism Diagnostic Interview-Revised entre otros).

La actual versión del DSM, el DSM-V, consolidó conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica del DSM-IV, como sustento a la reformulación de la clasificación está la lógica del planteamiento dimensional.

Se conoce lo suficiente sobre el síndrome de Rett para definirlo como una enfermedad de base genética con algunos síntomas de los TEA y por tanto este se excluye.

En el caso del trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno autista no especificado, no existen hasta ahora datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguirlos cualitativamente como entidades completamente diferenciadas o excluyentes, por esa razón, desaparecen las 5 categorías del DSM-IV. Las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista. En lugar de hacer distinción entre subtipos, el DSM-V específica tres niveles de compromiso, lo que se sustenta en la alteración social y comunicativa, y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos, por lo cual establecen categorías que se muestran a continuación, así como el nivel de apoyo necesario.(12-15)

Tabla 1. Niveles de compromiso para el Trastorno del Espectro Autista

	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: "requiere soporte muy importante"	Déficit severo en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a el rápidamente.
Nivel 2: "requiere soporte esencial"	Marcado déficit en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios al observador casual e interfieren con el funcionamiento en varios contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad de apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: "requiere soporte"	Sin recibir apoyo, déficit en la comunicación social que causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interaccionar socialmente.	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.

Fuente: DSM V

El DSM-V agrupó los dominios en 2: 1) Déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo, en el estarán incluidos los dos dominios iniciales del DSM-IV: trastorno cualitativo de la relación social (alteración en la capacidad de socializar) y trastorno cualitativo de la comunicación (capacidad de comunicación verbal y no verbal alterada), e incluye los problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo, 2) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, definido igual más la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno.

Además el DSM-V reemplaza la necesidad de que se presentaran antes de los 36 meses, retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico), por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades.

Es importante mencionar que la OMS cuenta con la Clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud (Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) http://www.who.int/classifications/icf/en/), la cual puede ser usada por el personal de salud para clasificar la afectación de la funcionalidad y discapacidad resultante, lo que permitirá optimizar el manejo clínico.

5.4 Diagnóstico temprano en comunidad

Una encuesta en el Reino Unido identificó el retraso existente en el tiempo de diagnóstico del autismo, y reportó que un 60% de los padres identificaron síntomas sugestivos para la edad de los 18 meses, mientras que para ese momento solo en un 10% de los casos fue el personal de salud quien hizo la alerta y en un 7% de los casos fue la institución escolar.(16)

El plan nacional para el Autismo en la infancia del Reino Unido (United Kingdom National Autism Plan for Children - NAPC), identificó como factores que explican estos resultados: falla para reconocer los síntomas, negativa para admitir un problema, ausencia de una

remisión oportuna, tiempos de espera prolongados para las remisiones, insuficiente capacitación del personal y evaluaciones aisladas por parte de los profesionales. (17)

Este informe respalda la propuesta de elevar el nivel de sospecha en los diferentes escenarios en donde se desarrolla el ciclo vital de los menores de edad incluyendo familia, comunidad, personal de la educación y de la atención en salud de los niños. Dentro de esta línea han existido dos tendencias, diseminar el uso de signos de alarma que puedan ser identificados por todos estos actores o el uso de instrumentos para tamizar. Una revisión sistemática de realizada en Inglaterra (AMSTAR, calidad alta) (18) no encontró diferencias significativas en el desempeño de las herramientas propuestas para tamizar autismo en la población general. Basados en este estudio y en la opinión de expertos en el plan nacional para el Autismo en la infancia del Reino Unido, ninguna de la guías identificadas y seleccionadas por criterio de calidad, recomienda el uso de herramientas (escalas) para tamizaciòn, considerando que el efecto adverso de los falsos positivos es mayor que el efecto de los casos identificados. (16-19). Las tres guías recomiendan la diseminación de signos que sirvan como alerta en diferentes niveles como comunidad general, educadores y personal de salud que están habitualmente en contacto con la atención de salud en los niños y adoptan la propuesta del NAPC (17). La evidencia ha comparado diferentes escalas y herramientas para realizar el diagnóstico de personas con TEA, que de manera general tienen aceptables características operativas, pero dada la gran variabilidad en el espectro de la enfermedad, así como la variabilidad en los diseños que evalúan las herramientas, se sigue considerando que el diagnóstico clínico es el estándar de referencia, y se requieren más estudios para establecer el uso de las herramientas (20-22)

Existen múltiples herramientas que se utilizan para el diagnóstico de TEA, una de ellas es el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M- CHAT R), que busca detectar niños entre 16 y 30 meses. Consiste en una ampliación del instrumento CHAT a 23 preguntas (antes eran 9) autoadministrada para los padres. Esta herramienta ha sido traducida al castellano y está validada. Los resultados estimaron una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98,3% para discriminar entre niños con TEA y niños sin TEA; y una sensibilidad del 75,3% y una especificidad del 99,8% para discriminar entre niños con TEA y niños con otros.
La guía del SIGN y la AAP (Academia Americana de pediatría), han considerado que el instrumento M-CHAT puede llegar a ser útil y ser usado como una herramienta para la confirmación de la sospecha clínica del TEA (18, 19)

5.5 Síntomas

Las personas con TEA tienen una presentación diversa de síntomas, por ejemplo, algunas personas evitan el contacto social, mientras que otros son excesivamente sociales e intrusivos, también varía el nivel de funcionamiento cognitivo (por ejemplo, de la discapacidad intelectual grave a muy por encima de la inteligencia promedio) y su capacidad para funcionar en situaciones de la vida real. La edad de aparición de los TEA es antes de los tres años, y se convierte en una condición crónica, a pesar de que los síntomas pueden mejorar a través del tiempo de las intervenciones. La presencia de síntomas es variada, en algunos niños se hacen presentes a los pocos meses de nacidos, otros pueden presentar manifestaciones hasta los 24 meses o incluso después. Otros niños presentan un desarrollo normal hasta los 24 meses, de ahí en adelante dejan de adquirir nuevas destrezas o pierden las que ya habían adquirido. (4-7, 23).

Se han descrito signos de alarma que pueden identificarse en niños de manera temprana que pueden tener TEA:

- No reacciona cuando la llaman por su nombre. (12 meses de edad)
- No señala objetos para mostrar su interés (14 meses de edad)
- No juega con situaciones imaginarias (18 meses de edad)
- Evita el contacto visual y prefiera estar solo
- Tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas o para expresar sus propios sentimientos
- Retrasos en el desarrollo del habla y el lenguaje
- Repite palabras o frases una y otra vez (ecolalia)
- Contesta cosas que no tienen que ver con las preguntas
- Le irritan los cambios mínimos
- Tiene intereses obsesivos

Las personas con diagnóstico de TEA, tienen problemas de socialización como: evita el contacto visual, prefiere jugar solo, es inexpresivo o tiene expresiones faciales inapropiadas, no entiende los límites en el espacio personal, evita o rechaza el contacto físico.

También presentan problemas de comunicación de forma variada, algunas personas hablan bien, otras hablan muy poco, y en algunos casos no hablan nada. Cerca del 40% de los niños con TEA no hablan. Cerca del 30% de los niños dicen algunas palabras hacia los 18 meses y posteriormente pierden esta habilidad. Otros problemas relacionados con la comunicación son: invierte los pronombres, no señala ni reacciona cuando se le señala algo, no usa ningún gesto o utiliza muy pocos, habla en un tono monótono, no entiende los chistes, el sarcasmo o las bromas que le hacen.

Otra característica importante en las personas con TEA, es que tienen conductas e intereses poco comunes como: coloca juguetes u otros objetos en línea, juega con los juguetes de la misma manera todo el tiempo, se interesa por las partes de los objetos, generalmente son muy organizados, se irrita con cambios mínimos, tiene intereses que pueden considerarse obsesivos, siguen rutinas, hacen movimientos repetitivos, estereotipias.

De manera asociada, algunos niños pueden presentar otros síntomas como: hiperactividad, impulsividad, agresividad con otros y autoagresión, rabietas, reacciones emocionales inusuales. (17, 19, 24)

5.6 Tratamiento

No existen tratamientos farmacológicos que demuestren efectividad para el tratamiento curativo o para el control de los síntomas nucleares, soportados en evidencia científica. Existen terapias farmacológicas dirigidas al tratamiento o manejo de síntomas asociados o comorbilidades como hiperactividad, depresión, convulsiones, entre otras.(16, 24)

La terapia para las personas con diagnóstico de TEA debe estar orientada a la identificación e intervención de la conducta, la comunicación y la convivencia, a través de intervenciones comportamentales, intervenciones educativas e intervenciones psicosociales. Siempre será necesario realizar educación sobre los TEA y consejería después del diagnóstico, dado que puede ayudar a mejorar la interacción posterior con la persona

y su entorno.(16) Estas intervenciones buscan enseñarle al niño destrezas específicas que le permitan aumentar su autonomía. Para lo anterior se han diseñado diferentes estrategias o programas de intervención, como los métodos conductuales y de comunicación, que son aquellas que proporcionan estructura, dirección y organización como complemento de la participación familia, dentro de ellos se encuentra el análisis conductual aplicado (ABA).(24)

Todas las intervenciones de comportamiento deberán incorporar una planificación centrada en la persona, evaluación funcional, estrategias de intervención positivas, intervenciones multifacéticas, centradas en el medio ambiente y evaluación de los resultados.(16) Las intervenciones conductuales y psicológicas pueden dividirse en tres grupos principalmente: 1) Intervenciones dirigidas a hacer frente a dificultades de comportamiento específicos como trastornos del sueño, o aumentar conductas positivas para iniciar el contacto social, 2). Programas conductuales dirigidos a mejorar el funcionamiento general y 3) intervenciones que se pueden categorizar en los dos grupos previos. Las intervenciones conductuales pueden consideradas dentro del tratamiento de las personas con TEA, para abordar una amplia gama de comportamientos específicos, tanto para reducir la frecuencia y severidad de los síntomas y aumentar el desarrollo de habilidades de adaptación. La mayoría de los programas conductuales para las personas con TEA se basan en los principios de la modificación del comportamiento utilizando el análisis conductual aplicado.(18)

El análisis conductual aplicado ABA se encuentra dentro de las terapias conductuales y de comunicación pero la falta de un claro consenso sobre la superioridad de alguna metodología ha llevado a los niños con TEA a recibir múltiples intervenciones con programas realizados en el hogar y/o en las escuelas, que suelen agruparse bajo el término "ecléctico". Sin embargo, aunque los componentes del programa y características específicas pueden variar, la importancia de la primera intervención está bien establecida y puede mejorar los resultados en los pacientes sometidos a estas intervenciones (9, 12).

Con la implementación de las metodologías conductuales como ABA del 20% al 25% de las personas con TEA pueden alcanzar algún nivel de independencia (por ejemplo, el empleo competitivo y la vida independiente). Sin embargo, queda mucho por aprender acerca de la interacción entre las características intrínsecas del niño (por ejemplo, el coeficiente intelectual, la edad cronológica y la gravedad de los síntomas al inicio del tratamiento) y factores extrínsecos (por ejemplo, la dosificación del tratamiento que

reciben los niños, el terapeuta que realiza el tratamiento, y el tipo de entrenamiento que el terapeuta recibió) y su asociación con la respuesta del individuo al tratamiento.(9, 12)
El tratamiento se basa en terapias que tienen su base en la psicología conductual y que se orientan a intervenir aquellos aspectos del comportamiento que hacen parte de las definiciones centrales o núcleos de la enfermedad.

Características de las estrategias de intervención, basadas en psicología conductual:

En todo caso cualquiera que sea la estrategia te intervención debe tener las siguientes características:
– Todo programa de intervención debe ser individualizado. Debe diseñarse sobre la base de las necesidades, los recursos las dificultades individuales y además contener los cambios del ciclo de vida.
– Todo programa de intervención debe iniciar con una evaluación previa y completa de las destrezas y dificultades específicas de cada individuo afectado y diseñar con base en esto los objetivos y estrategias de intervención.
– Todo programa de intervención debe permitir la generalización de los aprendizajes mediante el diseño de actividades en entornos naturales, en todos los espacios sociales en donde se desarrolla el individuo con TEA, permitiendo la aplicación de los mismos procedimientos exitosos en cada espacio, así como, la coordinación entre los diferentes profesionales y la familia.
– La familia tiene que considerarse como un agente activo e indispensable en el proceso de intervención. Para participar en el diseño del programa y en su ejecución en el espacio de la familia y su entorno.
– El modelo de intervención debe respetar la necesidad de orden, estructura, anticipación y predictibilidad que muestran las personas con TEA. La metodología definida en el modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children), contribuye a satisfacer esa necesidad de garantizar ambientes estructurados, empleando apoyos visuales para las rutinas diarias, con lugares diferenciados o etapas o pasos en una actividad, teniendo en cuenta que este no es el único procedimiento terapéutico.
– El programa debe fomentar la adquisición de aprendizajes funcionales y debe promover la adquisición de destrezas y conocimiento que le permitan al individuo con TEA adquirir mayor control de su entorno y autonomía.
– Se deben utilizar los intereses de la persona con TEA en el diseño de tareas y actividades.

- El programa de intervención debe proponer y contener objetivos concretos que sean susceptibles de medición, para poder evaluar medir de manera objetiva y continua la eficacia y los resultados del programa.(13)

5.7 Pronóstico

Actualmente no existe una cura para los TEA. Sin embargo, se considera que el diagnóstico temprano y el inicio de intervenciones dirigidas a la mejoría de las habilidades, mejora el desempeño e independencia de los niños, en su vida diaria.

5.8 Carga de la enfermedad

Esta es una enfermedad cuya incidencia se ha incrementado, hace 20 años se diagnosticaba con autismo a un niño de cada 10.000, con base en la evidencia actual en Europa el TEA afecta al 0,6% de la población, esto significa que en la actualidad se pueden encontrar 5 millones de personas con este trastorno, uno de cada 88 niños en Estados Unidos está dentro del espectro autista. (18, 19). Los TEA son casi cinco veces más comunes en niños (1 en 54) que en niñas (1 en 252). Según la Liga Colombiana de Autismo y los expertos consultados, a la fecha de esta revisión, no se cuenta con estudios locales sobre su frecuencia.

Se estima que aproximadamente un 16 % de la población menor de 15 años en Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista (TEA); sin embargo, Colombia no cuenta con cifras oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno. En el resto del mundo se reportan cifras de los trastornos del espectro autista (TEA) que corresponden a 60/9000 recién nacidos vivos (RNV) y para el trastorno autista (TA) 9/9000 (RNV), con una relación hombre: mujer de 3:1. Este es un trastorno que produce deterioro grave y permanente de la capacidad de integración social del individuo. (1,3)
De acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO, en Colombia se registraron en 2013 las siguientes frecuencias de diagnóstico en el grupo trastornos generalizados del desarrollo (CIE-10: D840-D848)

Diagnóstico	No. de personas
D840 – autismo en la niñez	64530
D841 – autismo atípico	2642
D842 – síndrome de Rett	12
D843 – otros trastornos desintegrativos del desarrollo	13
D844 – TDH con retraso mental	19
D845 – síndrome de Asperger	45
D848 – otros trastornos del desarrollo	109

5.9 Análisis Conductual Aplicado

Los tratamientos basados en los procedimientos de ABA utilizan un proceso sistemático, y usan el moldeamiento, y otras técnicas para llegar a la conducta operativa. Cada conducta indicada se divide en pasos manejables y cada paso se refuerza usando técnicas de modificación conductual. Después de algún tiempo, se proporcionan oportunidades para aplicar las habilidades aprendidas en situaciones más complejas, en nuevos escenarios y entornos. De esta manera, las competencias básicas como la comunicación o interacción con otros pueden ser dominados(25).

El Análisis Conductual Aplicado (ABA), incentiva las conductas positivas y desalienta las negativas para mejorar distintas destrezas y el progreso del paciente se mide y se realiza seguimiento; esta metodología se utiliza para enseñar nuevas destrezas, crear conductas positivas y reforzar las conductas positivas ya existentes, así mismo, se aplica para controlar y disminuir las conductas que interfieren con el aprendizaje y su vida diaria (26).

Existen distintos tipos de metodologías ABA, como por ejemplo:

- Entrenamiento de Ensayo Discreto (Discrete Trial Training –DTT): es un método que utiliza una serie de repeticiones para enseñar paso a paso una conducta o una respuesta deseada. Las sesiones se dividen en partes sencillas, y se utiliza el

reforzamiento positivo para premiar las respuestas y conductas correctas, las respuestas incorrectas son ignoradas.

- Intervención conductual intensiva temprana (Early Intensive Behavioral Intervention EIBI): es para pacientes menores de 5 años incluye a padres y educadores, e intenta mejorar la cognición, comunicación, percepción, imitación y habilidades motoras; se centra en un aprendizaje estructurado para orientar al niño.
- Entrenamiento de respuestas centrales (Pivotal Response Training –PRT): este método busca aumentar la motivación del niño al hacer que vigile su propia conducta e iniciar la comunicación con otras personas, los cambios positivos en estas conductas se evalúan como positivas si tienen efectos generales sobre otras conductas.
- Análisis de conducta verbal (Verbal Behavior Intervention –VBI): es un análisis conductual centrado en mejorar las destrezas verbales.

Se ha encontrado que estos tipos de metodologías ABA, que son los más frecuentemente usados, tienen elementos comunes que definen el éxito del programa, entre ellos se encuentran: intervención precoz en el niño, de manera paralela con el proceso de confirmación diagnóstica, un número de horas adecuadas de acuerdo al compromiso y déficit que se encuentre (déficit de lenguaje, interacción social, conducta motora)el niño debe ser alta, lo ideal es contar con momentos de terapia uno a uno y por supuesto siempre debe estar incluida la familia; cuando sea posible los programas deben garantizar la interacción con niños sin problemas de su misma edad.

5.9.1 Metodología ABA (Sin variantes o tradicional)

La metodología ABA, inició como una técnica de enseñanza utilizada para trabajar con población autista y estuvo fundamentada en el modelo conductista que luego se convirtió en lo que hoy se conoce como ABA, con el tiempo esta técnica fue evolucionando y se incorporaron otras estrategias de la psicología cognitiva y el procesamiento de información; de esta forma la metodología ABA desarrollada por Ivar Lovaas fue enfocada al estímulo del ambiente y el comportamiento del niño, para fortalecer o educar en diferentes áreas como: académicas, sociales, ayuda personal y reducción de comportamiento no deseado. Esto se logró con trabajos específicos en sus habilidades de comunicación, a través de trabajos en lenguaje expresivo y receptivo, inteligencia y en su comportamiento adaptativo. (25)

El enfoque en este programa integral altamente estructurado se basa en la capacitación a través de tareas discriminadas, utilizadas para reducir comportamientos estereotipados con la estimulación de comportamientos socialmente aceptados. La intervención se puede iniciar en niños de 3 años de edad y dura de 2 a 6 años. La progresión se mide en consecución de metas individuales y no en el tiempo de estancia en el programa de un individuo.(25)

La metodología tradicional (o sin variantes) describe teóricamente que se hace un trabajo de siete días a la semana con sesiones de 5 a 7 horas totalizando un promedio de 40 horas semanales, ajustadas de acuerdo a la necesidad y evolución de la persona con TEA, cada sesión se divide en ensayos con descansos intermitentes, estos ensayos o tareas específicas no tienen un punto final determinado solo depende de la evolución del paciente y de su terminación casi de forma natural, es decir, si se logró la meta o el niño disminuye la disposición y concentración necesaria para continuar con la tarea. Cada tarea específica tiene tres componentes o ayudas principales (verbal, gestual y físico), los cuales buscan hacer más probables los comportamientos deseados, para que entonces puedan ser reforzados. (25)

Según el instituto Lovaas, en los procedimientos de ABA el equipo de intervención y los padres comienzan tratamiento de interacción con un niño, a través de actividades de uno a uno con el fin de establecer una buena relación y desarrollar relaciones constructivas y positivas como:

- Interacciones positivas: se desarrollaron por primera vez a través del uso de las actividades favoritas y la respuesta a cualquier intento de comunicarse.
- Motivación: se fomenta a través de la utilización de los materiales familiares y refuerzos específicos para los niños.
- Éxito: se promueve a través del refuerzo positivo de aproximaciones sucesivas.
- Participación: de los padres es crítica. Los padres tienen el poder a través de la capacitación y la colaboración para crear un entorno en el que se proporciona tratamiento de la mayor parte de las horas de vigilia de un niño, en el hogar, en la escuela y en el vecindario.
- Aprender a hablar y entender el lenguaje vocal se considera una parte fundamental del desarrollo social. Imitación también es crucial, ya que permite a un niño a aprender observando a otros niños a aprender.

Y, por último, las interacciones sociales y el juego cooperativo son parte integral del tratamiento.(25)

5.9.2 Metodología EIBI

Este programa de intervención se basa en la metodología ABA, este método consiste en romper los comportamientos en subcategorías, enseñando a través de la repetición y refuerzo positivo para cada subcategoría, se enfoca principalmente en niños de tres años o menores.
El enfoque del programa en niños de 2 a 3 años es intensivo y debe participar un centro clínico con estancia para este tipo de pacientes; debido a que durante 3 a 4 años de duración aproximada del programa se debería permitir el ingreso durante 3 semanas en promedio al año. En este enfoque se enseña al niño y a sus padres, para luego continuar con un manejo domiciliario, los avances se miden cada mes en periodos de una semana en el centro clínico, se trabajan las mismas áreas de ABA tradicional, pero se hace énfasis en habilidades de lenguaje como la comunicación cotidiana y además en las competencias sociales. (26)

La metodología intensiva implica de 35 a 40 horas de trabajo semanal, dividido entre padres, terapeutas y educadores, así como, inclusión de la comunidad. Lo anterior siempre debe ir acompañado de mediciones frecuentes de los progresos, con escalas validadas y entrevistas estructuradas, además de tener un alto grado de rutina con actividades visuales y límites físicos para evitar la distracción, esto permite generalización y perpetuación de las actividades aprendidas.(26)

ABA se puede utilizar con cualquier persona y se puede enviar en cualquier entorno (por ejemplo, escuelas, hogares y clínicas). ABA no sólo se define como una intensidad horaria estricta, 20 – 40 horas, es un enfoque terapéutico, que está más centrado en las habilidades específicas y puede ser llevado a cabo a través de períodos de tiempo más cortos, (por ejemplo, un adolescente que tiene que ser insensible para ir al dentista). El nivel y la intensidad de la programación deben ser impulsadas por las necesidades del niño(26)

5.9.3 Características de los enfoques conductuales altamente estructurados:

Ensayo Discreto, EIBI (en menores de 5 años): Sesiones individuales que incluyen la realización de series de ensayos en ambientes altamente estructurados por el adulto.

Enseñanza incidental (enfoques conductuales naturalistas):

Entrenamiento de Respuesta Pivotal (PRT), Modelo Denver (ESDM), Aprendiendo Experiencias: Programa alternativo para Padres y Preescolares (LEAP, Programa Walden, Desarrollo Individual basado en Relaciones (DIR-Floortime).

Sesiones individuales o grupales; las oportunidades de enseñanza se incluyen en eventos naturales o rutinas cotidianas. Se incluye a los padres, cuidadores o maestros, para promover las conductas meta en entornos reales.

Apoyo Conductual Positivo: Sesiones individuales o grupales, para propiciar cambios en el entorno en el que ocurren los comportamientos, promover habilidades o conductas de reemplazo a la conducta problemática, propiciar el cambio de las consecuencias que mantienen la conducta, promover el cambio en el estilo de interacción y estilo de vida de la persona.

Intervención Cognitivo-Conductual: Sesiones individuales o grupales, para propiciar la comprensión de claves sociales, perspectiva emocional, auto regulación emocional, entrenamiento en Habilidades Sociales, mediante juego de roles o ensayos de conducta

6. MARCO NORMATIVO

A continuación se describen algunas de las leyes, acuerdos y decretos que reglamentan temas relacionados con la atención integral a la primera infancia, discapacidad y salud mental, teniendo en cuenta el alcance de este protocolo, el cual está dirigido a esta población.

De cero a siempre es la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia. "Busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia y que reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin prestar una verdadera Atención Integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad."

Convención sobre los Derechos del Niño – Observación General No. 7 "Realización de los derechos del niño en la primera infancia".

Plan decenal de salud pública 2012-2021 "Dimensión de convivencia social y salud mental".

Ley 1098 de 2006 "Por el cual se expide el código de la infancia y la adolescencia".

CONPES 109 de 2007 "Política pública nacional de primera infancia "Colombia por la primera infancia".

Ley 1145 de 2007 "Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones".

Ley 1346 de 2009 "Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006".

Ley 1295 de 2009 "Por el cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1,2 y 3 del SISBEN".

Decreto 4875 de 2011 "Por el cual se crea la Comisión intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia AIPI y la comisión Especial de seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia".

LEY 1438 DE 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, artículos 19 y 65"

Ley estatutaria 1618 de 2013 "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"

Ley 1616 de 2013 por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

Circular externa 0017 de 2014 “Implementación de la Campaña nacional para el registro de las personas con trastornos del espectro autista", a realizarse del 1° al 30 de abril de 2014, como mecanismo para mantener actualizado el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD, enfocado a los trastornos del espectro autista”.

7. METODOLOGÍA

7.1 Fase preparatoria

En la fase preparatoria se realizaron las acciones correspondientes al alistamiento y planificación del proyecto, que se detallan a continuación:

7.1.1 Conformación del grupo

El grupo desarrollador del protocolo se conformó por:

- Dos (2) expertos metodólogos: médicos epidemiólogos expertos en búsqueda, revisión sistemática de literatura, calificación de evidencia, realización de consensos de expertos y redacción del documento. Los expertos metodológicos realizaron la construcción inicial de las preguntas, los protocolos y estrategias de búsqueda, la calificación y resumen de la evidencia.
- Cuatro (4) expertos temáticos con amplio conocimiento y experiencia en Trastorno del Espectro Autista. Los expertos temáticos realizaron la revisión de las preguntas, realizaron la revisión de los protocolos y estrategias de búsqueda, revisaron la evidencia seleccionada, aportaron literatura gris, participaron en el consenso para la definición de las recomendaciones, participaron en la socialización preliminar y revisaron el documento final.
- Un (1) representante de los pacientes. Se realizó la identificación de asociaciones de pacientes, se realizó el proceso de invitación de participación.
- Grupo de expertos para el consenso: Se realizó la convocatoria de expertos, a través de procesos de participación e identificación de actores, cuyos perfiles fueron psicólogos clínicos, neuropediatras, psiquiatras, expertos en análisis conductual aplicado, representaste de pacientes. Los expertos participaron en el consenso para la definición de las recomendaciones.

7.1.2 Declaración de conflictos de intereses

La declaración de conflictos de intereses fue realizada por cada uno de los participantes en el proceso, independientemente de la etapa en la que se vinculó al mismo, y se llevó a

cabo según lo propuesto en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano en sus componentes Guía de Práctica y Evaluación Económica en su última versión(27). Posteriormente se realizó el análisis y evaluación de los conflictos de interés potenciales según las recomendaciones de la Guía metodológica, no se identificó ningún conflicto inhabilitante, por lo anterior todos los integrantes e invitados al desarrollo de este lineamiento pudieron participar (Anexo No. 1).

El ente gestor, MSPS, participó el proceso de desarrollo del protocolo en la etapa de definición de alcances y objetivos, y en la socialización de recomendaciones preliminares.

7.1.3 Definición de alcance y objetivos

Se realizó una reunión con los representantes del MSPS, para definir el alcance y los objetivos del protocolo, con base en la priorización e identificación de puntos críticos en la atención de pacientes, previamente identificados, obteniendo como resultado el siguiente alcance desarrollar un protocolo clínico de atención, que oriente la sospecha y confirmación diagnóstica de personas con trastorno del espectro autista, que identifique las diferentes opciones terapéuticas y que permita orientar los mecanismos para realizar intervención basada en la estrategia de análisis del comportamiento aplicado (ABA), en personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista

Se excluyó el tratamiento farmacológico, tratamiento de eventos agudos, manejo intrahospitalario, tratamiento farmacológico y no farmacológico de comorbilidades.

7.2 Fase de elaboración

7.2.1 Búsqueda de evidencia

7.2.1.1 Búsqueda de Guías de Práctica Clínica:

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías de práctica clínica, en bases de datos genéricas, así como en organismos desarrolladores y compiladores, Embase, Ovid, NGC, National Guideline Clearinghouse, GIN (Guideline International Network), NZGG (New Zeland Guidelines Group), NICE (National Institute for Clinical Excellence), SIGN (Scottish Intercollegiate Network), Guía Salud, Redsalud, Cenetec, a través de una estrategia de búsqueda diseñada a priori. (Anexo 2).

7.2.1.2 Tamización de guías de Práctica Clínica

A través de la herramienta No. 7 propuesta la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, se realiza la tamización inicial de las GPC con el objetivo de seleccionar aquellas que eran consideradas basadas en evidencia. (Anexo 3) Las GPC seleccionadas fueron:

- Autism diagnosis in children and young people Recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum. NICE clinical guideline.
- New Zealand Autism Spectrum Disorder Guideline
- Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. SIGN
- Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro autista. Cenetec
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Carlos III

7.2.1.3 Calificación de la calidad de las guías de Práctica Clínica

Se realizó la calificación de la calidad de las GPC seleccionadas, a través de la herramienta AGREE II. (Anexo 4)
Se seleccionaron aquellas guías que tenían una calificación superior a 60% en el dominio de rigor metodológico e independencia editorial.

7.2.1.4 Revisión sistemática de la literatura

7.2.1.4.1 Efectividad y seguridad de ABA

Se contó como insumo con la evaluación de efectividad y seguridad de ABA en personas con diagnóstico de TEA. Se realizó un protocolo y estrategias de búsqueda a priori, con criterios de elegibilidad, se seleccionaron las siguientes bases de datos electrónicas (Anexo 5)

- MEDLINE, de ser posible incluir los repositorios In-Process & Other Non-Indexed Citations y Daily Update (plataforma Ovid o PubMed).
- EMBASE (Elsevier).
- Cochrane Database of Systematic Reviews (plataforma Wiley).
- Database of Abstracts of Reviews of Effects - DARE (plataforma Wiley).
- LILACS (Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx).

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas que evaluaran el diagnóstico de trastorno del espectro autista. (Anexo 6)

7.2.2 Consenso para criterios diagnósticos y opciones terapéuticas

Con la evidencia obtenida a través de las fuentes previamente descritas, se realizó la selección y síntesis de la evidencia, que fue insumo para el consenso de expertos, en el cual se analizaron los criterios diagnósticos para trastorno del espectro autista y las opciones terapéuticas, a través de una reunión consultiva con expertos temáticos.

7.2.3 Consenso formal para el abordaje clínico

Se realizó un consenso formal, con el objetivo de definir que es el Análisis conductual aplicado (ABA). Para esta etapa, se contó como insumo con el reporte de efectividad y seguridad previamente realizado por el IETS.

7.2.4 Consenso formal para la descripción de la estructura

Una vez definido que es el Análisis Conductual Aplicado, se realizó, a través de un consenso formal, la definición de los componentes que incorpora ABA, la estructura de prestación de la atención, los objetivos y los mecanismos de seguimiento y evaluación de los objetivos que se trazan para la persona con el diagnóstico de TEA.

7.2.5 Consenso formal para la construcción de la ruta de atención

Se realizó el diseño de la ruta de atención para personas con TEA. Esta ruta incorporó: signos de alarma en el ámbito comunitario y en el ámbito de servicios de salud, sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica y opciones terapéuticas, enmarcadas en el análisis conductual aplicado.

7.2.6 Elaboración del documento final

Se elaboró el documento final del proceso, el cual contiene, la recomendación del protocolo clínico, la definición y estructura de ABA y la ruta de atención para personas con diagnóstico de TEA.

7.2.7 Financiación

El ente financiador (MSPS) no tuvo ninguna intervención en las indicaciones clínicas que este protocolo aporta. Se mantuvo la independencia editorial durante el desarrollo del lineamiento y el desarrollo del documento final.

8. PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

8.1 Signos de Alarma

Resumen de la evidencia y consenso de expertos

Las GPC seleccionadas, recomiendan que la sospecha diagnóstica de TEA debe realizarse a través de la identificación de signos de alarma.

Indicaciones clínicas

A continuación se presentan las indicaciones clínicas que fueron identificadas con un punto (•), y puntos de buena práctica clínica, identificados con un visto bueno (✓).

- Se recomienda evaluar los signos de alarma para sospechar una posible alteración del desarrollo. (Ver tabla 1). Estos signos podrán ser evaluados a nivel comunitario (cuidadores, educadores, psicólogos, auxiliares de salud pública, entre otros) y en las consultas de programas como crecimiento y desarrollo, por parte de médicos generales, enfermeras, pediatras, entre otros, así como en cualquier contacto que tenga con el sistema de salud.

- Se recomienda realizar la evaluación de signos de alarma hasta llegar a la edad adulta (18 años).

Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

Tabla No. 1 Signos de alarma para sospechar alteración del desarrollo

EDAD	SIGNOS DE ALARMA
6 meses	No trata de agarrar cosas que están a su alcance mirada a la madre durante la lactancia
	No demuestra afecto por quienes le cuidan
	No reacciona ante los sonidos a su alrededor
	Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca
	No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”)
	No rota en ninguna dirección para darse vuelta
	No se ríe ni hace sonidos de placer
	Se ve rígido y con los músculos tensos
	Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo
12 meses	No gatea
	No puede permanecer de pie con ayuda
	No busca un objeto que se le esconde.
	No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”
	No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza
	No señala cosas
	Pierde habilidades que había adquirido
18 meses	No señala cosas para mostrárselas a otras personas
	No puede caminar
	No sabe para qué sirven las cosas familiares
	No imita lo que hacen las demás personas
	No aprende nuevas palabras
	No sabe por lo menos 6 palabras
	No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa
	Pierde habilidades que había adquirido
2 años	No usa frases de dos palabras (por ejemplo, "mamá mía")
	No conoce el uso de objetos cotidianos (ejm. un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara)
	No imita acciones o palabras

	No sigue instrucciones simples
	Pierde el equilibrio con frecuencia
	Pierde habilidades que había adquirido
3 años	Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras
	Babea o no se le entiende cuando habla
	No sabe utilizar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija)
	No usa oraciones para hablar
	No entiende instrucciones sencillas
	No imita ni usa la imaginación en sus juegos
	No quiere jugar con otros niños ni utiliza los juguetes
	No mira a las personas a los ojos
4 años	No salta en un solo pie
	No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación
	Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia
	Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño
	No puede relatar su cuento favorito
	No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos
	No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente”
	No usa correctamente las palabras “yo” y “tú”
	No habla claro
	Pierde habilidades que había adquirido
	Pierde habilidades que había adquirido
5 años-11 años Dificultades en la comunicación, sociales y de intereses, actividades y / o comportamientos	Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo
	Prosodia atípica o inapropiada
	Ecolalia persistente
	Hablar en tercera persona, cuando se refiere a si mismo (Referencia a sí mismo como "ella" o "él" más allá de los tres años)
	Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad.
	Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos

	inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)
	Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos
	Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos (demasiado intenso / no establece relación)
	Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)
	Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible.
	– Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutan (viajes escolares, que los maestros se alejen, etc)
Mayores 12 años Cuadro General	Dificultades permanentes en los comportamientos sociales, la comunicación y para hacer frente al cambio, que son más evidentes en los momentos de transición (por ejemplo, cambio de colegio, terminar el colegio)
	Discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia "social". La mayoría de las dificultades se presentan en situaciones sociales no estructuradas, por ejemplo, en los descansos de la escuela o trabajo
	Socialmente 'ingenuo', falta el sentido común, menos independiente que sus compañeros.
Mayores 12 años El lenguaje y	Problemas con la comunicación, a pesar de tener un vocabulario amplio y un uso apropiado de la gramática.

comunicación social, rigidez en el pensamiento y comportamiento	Puede ser excesivamente callado, puede hablar a otros en lugar de mantener una conversación, o puede proporcionar información excesiva sobre sus temas de interés
	Incapaces de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales. Por ejemplo, puede parecer un profesor (demasiado formal), o ser inapropiadamente familiar
	Pueden tener peculiaridades del habla incluyendo, entonación "plana", uso de frases estereotipadas, repetitivo
	Puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o la metáfora
	Uso inusual de la interacción no verbal (por ejemplo, el contacto visual, los gestos y la expresión facial)
	Dificultad para hacer y mantener amistades con sus pares, puede encontrar más fácil Mantener amistad con los adultos o los niños más pequeños
	Parecer desconocer o mostrarse desinteresado en 'normas' del grupo de pares
	Preferencia por los intereses específicos, o puede disfrutar de colecciones, numeración o listas–
	Pueden tener reacciones inusuales a estímulos sensoriales, por ejemplo, sonidos, sabores,

- Se recomienda, en caso de que al menos uno de los signos de alarma para la edad sea positivo, remitir al pediatra por sospecha de alteración del desarrollo, con el objetivo de iniciar el proceso de confirmación diagnóstica.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que el pediatra realice una historia clínica completa, evalúe nuevamente los signos de alarma, y confirme entonces la sospecha de alteración del desarrollo y se evalué la sospecha de un trastorno del espectro autista.

- Se sugiere que para identificar la sospecha de trastorno del espectro autista por parte de pediatría, se utilicen los criterios del DSM-V para mayores de 3 años, y para menores de 3 años el M-Chat-R. En ningún caso el pediatra de manera aislada establecerá el diagnóstico confirmado de Trastorno del espectro autista.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda ante la sospecha de trastorno del espectro autista por parte de pediatría, remitir a neuropediatra o psiquiatra infantil para la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista.

  Calidad de la evidencia: Consenso de Expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

8.2 Confirmación diagnóstica

Resumen de la evidencia y consenso de expertos

Una vez que mejore la capacidad y la oportunidad para identificar un niño o un adolescente a quien se sospeche afectado por un TEA, y dado la poca especificidad de los signos y síntomas, la importancia de una intervención temprana en los casos confirmados y el efecto social adverso de un falso positivo, es fundamental que a la sospecha le siga un proceso oportuno y adecuado de confirmación o no del TEA.

El diagnóstico de un TEA es fundamentalmente clínico, no se dispone de marcadores biológicos, excepto en los casos de síndromes genéticos como el Rett, por lo tanto es fundamental contar con profesionales de la salud. El predominio del elemento clínico ha requerido la unificación de definiciones que hasta ahora se han agrupado en dos categorías grandes el DSM-V y la CIE-10. Ambas han usado definiciones basadas en dimensiones (aspectos del comportamiento) y categorías (cuadros clínicos) y sobre estas se han construido todas las estrategias de diagnóstico conocidas y usadas hasta ahora. La confirmación debe apoyarse en estos elementos dimensionales, especialmente los que propone el sistema de clasificación DSM-V. El DSM-V propuso eliminar la clasificación categórica, por lo que los instrumentos usados para discriminar el cuadro clínico específico

de un niño o un adolescente a quien se sospeche afectado por un TEA, pierden vigencia para este propósito. Se conserva en cambio los aspectos dimensionales, que deben estar presentes y tener consistencia en varios de los elementos de la valoración: la historia del desarrollo, el resultado de la observación del profesional a cargo de la evaluación, el resumen de las observaciones de padres y cuidadores. Se propone incluir como un elemento fundamental del diagnóstico, la definición del nivel de afectación o compromiso que permita diseñar el modelo de intervención más adecuado.

Por esta razón, todas las guías consultadas y los expertos participantes en el consenso diseñado para este aspecto, proponen la creación de grupos profesionales de diferentes áreas, cuya composición y nivel de experticia variara según el grado de complejidad de los servicios en donde se encuentren, pero en todo caso deben estar disponibles para evaluar todo caso de un niño o un adolescente a quien se sospeche afectado por un TEA. También en opinión de la guías y de los expertos, a estos profesionales se les debe asignar responsabilidades específicas en el proceso diagnóstico, pero en todo caso el eje del diagnóstico será la identificación de los criterios, en donde si existe un cambio es en el contenido de los criterios, pues todas las guías de base usaron para la época en que se desarrollaron los criterios vigentes del CIE–10 y el DSM-V.
Los expertos consideran que el principio de usar los criterios del DSM sigue siendo válido, que para efectos del actual protocolo la versión actual (DSM-V) debe ser el referente de criterios diagnósticos además porque propone mejoras significativas en este aspecto y en la definición del plan de tratamiento. (16, 18, 19)

Indicaciones clínicas

- Se recomienda para realizar el diagnóstico de trastorno del espectro autista, usar los criterios del DSM V.

  Calidad de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista se realice por un grupo interdisciplinario de profesionales, en el cual participen: neuropediatría o psiquiatría infantil para establecer el diagnóstico confirmado, con valoración por psicólogo clínico y terapeuta de lenguaje, para establecer de manera conjunta el nivel de compromiso del niño, e instaurar la terapia.

Calidad de la evidencia: Baja ⊕⊕
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda realizar una historia clínica completa, que aborde la historia prenatal, perinatal, familiar y condiciones actuales.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda una vez realizada la confirmación diagnóstica (DMS-V), establecer el nivel de compromiso, usando los criterios del DSM-V lo que permitirá orientar el plan de intervención y las metas a alcanzar.

  Calidad de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ En todo caso de diagnóstico presuntivo de trastorno del espectro autista es necesario realizar la evaluación de posibles diagnósticos diferenciales.

8.3 Intervenciones terapéuticas para personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista basadas en los procedimientos de ABA

Resumen de la evidencia y consenso de expertos

El análisis de la conducta como disciplina científica proviene de la psicología comportamental, surgida en los años 30 y que se inició con la investigación básica de la conducta en animales, de donde se extrajeron elementos teóricos que se propusieron en los años 50 y 60 para el abordaje de áreas de interés social y posteriormente para el de alteraciones de la conducta y el comportamiento en humanos.
Se ha desarrollado en tres áreas interdependientes: Análisis Conductual Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA), Análisis Experimental de la Conducta (Experimental Behavior Analysis, EBA), Análisis Conceptual de la Conducta (Conceptual Behavior Analysis, CBA) y en las últimas décadas, un área adicional que es el de prestación de servicio orientada a condiciones clínicas específicas como el autismo.

Tiene tres áreas de aplicación que son: Análisis Conceptual de la Conducta (ACC), orientado a el desarrollo conceptual y teórico; Análisis Experimental de la Conducta (AEC), es el área que busca el desarrollo experimental, El Análisis Conductual Aplicado (ACA/ABA), que aborda problemas de interés social o clínico con los principios y leyes del comportamiento encontrados en el laboratorio. Esta última es la que se empieza a aplicar en los TEA a finales de los años sesenta y se compone de 7 dimensiones: Estas siete dimensión son: 1) Aplicado, 2) Comportamental, 3) Analítico, 4) Tecnológico, 5) Conceptual, 6) Efectivo, y 7) Generalidad; que básicamente se traducen en los pasos a seguir correspondiendo al diagnóstico de la afectación, el diseño de una estrategia, el análisis de la afectación en términos cuantificables, la instrumentalización, la concordancia con los principios de la psicología comportamental y la medición del efecto logrado. Lo anterior se traduce en que toda intervención enmarcada en ABA debe basarse en datos, demostrar el efecto de las intervenciones sobre la conducta meta, emplear apropiadamente los principios y leyes del comportamiento, permitir cambios en la intervención según los datos que se obtengan y asegurar la generalización de las conductas o metas, a otros entornos naturales.

A partir de ese momento se dio una generalización de su uso para esta condición clínica, pero uno de los aspectos que ha generado mayor confusión en los últimos años, es confundir las estrategias terapéuticas que se aplica a personas con alguna discapacidad intelectual, con los procedimientos y principios de ACA/ABA que fundamentan conceptual y empíricamente esas terapias, en opinión de los expertos estos procedimientos no deben de ser identificados con las terapias en sí mismas. Para que ABA sea considerado un marco terapéutico, deberá cumplir las 7 dimensiones expuestas previamente.

De la evidencia sintetizada en las guías y la opinión de los expertos, se propone que las estrategias basadas en conceptos de principios de ACA/ABA, apuntan a intervenir aspectos de los TEA que evidencian compromiso de la conducta, buscando minimizar el nivel de afectación que impide la inserción en los escenarios sociales del niño o un adolescente afectado por un TEA, es decir siempre el objetivo de la intervención es permitir que la persona se integre a su entorno, así como reducir la discapacidad evitable. (16, 18, 19). La intervención temprana logra los mejores resultados y la estrategia de intervención depende en sus componentes, duración y demás de cada caso en particular, sobre todo del grado de compromiso, de las áreas del comportamiento comprometidas, de las fortalezas del individuo y entorno social, etc. de tal forma que no existe una "estrategia ABA" para un niño o un adolescente afectado por un TEA, y difícilmente se puede

generalizar un plan de tratamiento único a varios niños, por lo anterior es necesario establecer un plan de intervención individualizado, con metas y estrategias de intervención apropiadas a cada caso.

Indicaciones clínicas

Una vez se realice la confirmación diagnóstica de trastorno del espectro autista:

- Se recomienda que el grupo interdisciplinario desarrolle un perfil de las fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven, enmarcados en los núcleos del TEA, comunicación, interacción social, flexibilidad e imaginación, el cual debe utilizarse para la creación del plan de gestión basado en las necesidades, teniendo en cuenta el contexto familiar y educativo (individualización de la condición).

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda realizar una evaluación de las condiciones que pueden coexistir con el autismo como déficit de atención e hiperactividad, epilepsia, depresión, entre otros.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda realizar y resolver preguntas detalladas acerca de preocupaciones de padres o de los cuidadores y del adolescente.

- Se recomienda que el tratamiento sea interdisciplinario, dentro de los profesionales que realicen la atención a la personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista se consideran, pediatra, neuropediatra, psiquiatra infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ El tratamiento farmacológico deberá ser evaluado por el equipo interdisciplinario de acuerdo al compromiso clínico y condiciones coexistentes con el TEA.

- Se recomienda realizar intervención a través de un tratamiento conductual, el cual se debe comunicar al grupo familiar, con el compromiso de participación activa y permanente por parte del mismo.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se sugiere realizar la propuesta de intervención enfocada en por lo menos dos categorías:

  - Intervenciones dirigidas al grupo familiar con el objetivo de facilitar la permanencia del niño en sus ambientes familiar y escolar, empoderar a las familias y cuidadores para que puedan realizar un acompañamiento adecuado del niño o adolescente con TEA, con tiempos de intervención definidos y evaluaciones periódicas para determinar la evolución y el alcance de metas.

  - Intervenciones dirigidas a niños con un mayor compromiso en los que se requiera un apoyo permanente (superior a 8 horas al día) y a largo plazo, con evaluaciones periódicas de progreso.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Débil a favor

- Se recomienda establecer un plan de metas terapéuticas, el tipo de actividades a realizar, lo que determinará el grupo de profesionales, y la frecuencia de las intervenciones.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda que las actividades terapéuticas no superen las 8 horas diarias, y que promuevan la participación en el entorno, que no solo se brinden en ambientes especiales (consultorio).

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- ✓ Los objetivos que debe seguir la terapia en personas con trastorno del espectro autista son: mejorar el funcionamiento del individuo, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

8.4 Análisis conductual aplicado ABA

Resumen de la evidencia y consenso de expertos

Para responder a la pregunta de que es el Análisis Conductual Aplicado (ABA), se tuvo en cuenta la evaluación de efectividad y seguridad de ABA en personas con TEA. Para esta evaluación se tuvieron en cuenta tres referencias, que se describen a continuación:

Reichow B. 2012, (28) es una RSL de alta calidad, que incluyo 1 ensayo clínico aleatorizado controlado y 4 ensayos clínicos controlados; cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la terapia EIBI en el incremento de la conducta funcional y la habilidades de niños con TEA.

La población total incluida fue de 203 niños con diagnóstico de autismo, síndrome de Aspeger o discapacidad generalizada del desarrollo, con un rango de edad de inicio de tratamiento comprendido entre los 30.2 y los 42.5 meses.

La intervención evaluada fue el tratamiento con terapia EIBI, basada en el proyecto modelo de autismo en jóvenes de Lovaas/UCLA, el rango de duración de la terapia fue de 14 a 36 meses, con un promedio de 26.3 meses, y una intensidad mayor a 24 horas/semana. En el grupo de comparación se realizó tratamiento usual, tratamiento ecléctico o no tratamiento, el cual fue realizado en escuelas públicas. En los 5 estudios incluidos, el grupo de intervención estuvo conformado por 116 niños, mientras que el grupo de control incluyo 87 niños. No se describen más detalles acerca de la intervención.

Spreckley M. 2008, (29) esta RSL de calidad moderada, incluyo 6 estudios que fueron ensayos clínicos aleatorizados y diseños cuasi-experimentales; el objetivo fue evaluar la efectividad de ABI para niños pre-escolares con TEA en sus habilidades cognitivas, conductas adaptativas y desarrollo del lenguaje.

La población total incluida fue de 76 niños con diagnóstico de TEA, acorde con los criterios del manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-IV), con un rango de edad de 18 meses a 6 años.

Los tipos de intervención que se evaluaron en el estudio fueron: para el grupo de tratamiento la intervención basada en ABA y para el grupo control fue un tratamiento ecléctico que combinó elementos de TEACCH y de ABI, sin que se mencionen las

intervenciones específicas contenidas en las intervenciones, sin embargo, en esta revisión los autores refieren que los grupos de control no fueron considerados controles verdaderos dado que recibieron algún tipo de intervención. La duración total de la intervención en el grupo de tratamiento tuvo un rango de entre 30 y 39 horas por semana y fue administrada por: padres entrenados o dirigidos, en el colegio o en el jardín, mientras que para el grupo control la duración total de la intervención tuvo un rango de entre 5 y 30 horas por semana y fue administrada por: estudiantes de terapia, terapistas, profesores o ayudantes.

Virues-Ortega J. 2010 (30) esta RSL de baja calidad, que incluyó 22 estudios que fueron ensayos clínicos aleatorizados y ensayos clínicos controlados; el objetivo de esta revisión fue medir la efectividad de la intervención con terapias ABA para niños con autismo.

La población total incluida fue de 323 niños en los grupos de intervención con diagnóstico de TEA, sin embargo, se precisa en la RSL que 7 de los estudios incluidos evalúan niños con TEA y discapacidad generalizada del desarrollo, con un rango de edad media de 22.6 a 66.3 meses.

En relación con las intervenciones evaluadas se menciona que en 13 estudios se aplicó el modelo UCLA y 9 estudios aplicaron un modelo general en intervención ABA. En los grupos control se aplicó tratamiento ecléctico o una combinación estándar de intervenciones que incluye TEACCH, sin otros detalles registrados; las intervenciones fueron programas aplicados en clínicas, colegios, en el hogar o en programas manejados por padres. La duración de la intervención tuvo un rango de 48 a 407 semanas, con una intensidad de 12 a 45 horas /semana.

Posterior al análisis y síntesis de la literatura se evidencia en relación a efectividad y seguridad de ABA en personas con diagnóstico de TEA:

La revisión de la literatura identifica los conceptos teóricos en los que se basa la intervención, ABA, pero no es posible extraer de la evidencia la estructura de la intervención en términos de contenidos, actividades específicas, frecuencias de uso o intensidades, personal necesario, etc. Para obtener esta definición es necesario una reunión de expertos en la intervención.

- **Efectividad**

Procedimientos basados en ABA comparada con tratamiento habitual (Consultas aisladas bajo enfoques médicos tradicionales)

Desenlace cognitivo

- Las intervenciones basadas en ABA demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar los desenlaces de habilidades cognitivas. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Virues-Ortega J. 2010, donde las intervenciones aplicadas fueron el modelo UCLA y un modelo general en intervención ABA; y en los grupos control se aplicó tratamiento ecléctico o una combinación estándar de intervenciones que incluye TEACCH, sin otros detalles registrados; las intervenciones fueron programas aplicados en clínicas, colegios, en el hogar o en programas manejados por padres. La duración de la intervención tuvo un rango de 48 a 407 semanas, con una intensidad de 12 a 45 horas /semana.
- Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar los desenlaces de habilidades cognitivas. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Spreckley M. 2008 en el grupo de tratamiento basado en ABA y para el grupo control fue un tratamiento ecléctico que combinó elementos de TEACCH y de ABI. La duración total de la intervención en el grupo de tratamiento tuvo un rango de entre 30 y 39 horas por semana y fue administrada por: padres entrenados o dirigidos, en el colegio o en el jardín, mientras que para el grupo control La duración total de la intervención tuvo un rango de entre 5 y 30 horas por semana y fue administrada por: estudiantes de terapia, terapistas, profesores o ayudantes.

Lenguaje expresivo

- Las intervenciones basadas en ABA demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje expresivo. Basado en una calidad global

de la evidencia baja de la RSL de Virues-Ortega J. 2010, donde se aplicó las intervenciones fueron el modelo UCLA y un modelo general en intervención ABA; y en los grupos control se aplicó tratamiento ecléctico o una combinación estándar de intervenciones que incluye TEACCH, sin otros detalles registrados; las intervenciones fueron programas aplicados en clínicas, colegios, en el hogar o en programas manejados por padres. La duración de la intervención tuvo un rango de 48 a 407 semanas, con una intensidad de 12 a 45 horas /semana.

- Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje expresivo. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Spreckley M. 2008 en el grupo de tratamiento la basado en ABA y para el grupo control fue un tratamiento ecléctico que combinó elementos de TEACCH y de ABI. La duración total de la intervención en el grupo de tratamiento tuvo un rango de entre 30 y 39 horas por semana y fue administrada por: padres entrenados o dirigidos, en el colegio o en el jardín, mientras que para el grupo control La duración total de la intervención tuvo un rango de entre 5 y 30 horas por semana y fue administrada por: estudiantes de terapia, terapistas, profesores o ayudantes.

Lenguaje receptivo

- Las intervenciones basadas en ABA demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje receptivo. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Virues-Ortega J. 2010, donde se aplicó las intervenciones fueron el modelo UCLA y un modelo general en intervención ABA; y en los grupos control se aplicó tratamiento ecléctico o una combinación estándar de intervenciones que incluye TEACCH, sin otros detalles registrados; las intervenciones fueron programas aplicados en clínicas, colegios, en el hogar o en programas manejados por padres. La duración de la intervención tuvo un rango de 48 a 407 semanas, con una intensidad de 12 a 45 horas /semana.

- Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje receptivo. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Spreckley M. 2008 en el grupo de tratamiento basado en ABA y para el grupo control fue un tratamiento ecléctico que combinó elementos de TEACCH y de ABI. La duración total de la intervención en el grupo de tratamiento tuvo un rango de entre 30 y 39 horas por semana y fue administrada por: padres entrenados o dirigidos, en el colegio o en el jardín, mientras que para el grupo control La duración total de la intervención tuvo un rango de entre 5 y 30 horas por semana y fue administrada por: estudiantes de terapia, terapistas, profesores o ayudantes.

Terapia EIBI comparada con tratamiento habitual (Consultas aisladas bajo enfoques médicos tradicionales)

Desenlace cognitivo

Las terapias EIBI demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de habilidades cognitivas. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Reichow B. 2012, la intervención evaluada fue el tratamiento con terapia EIBI, basada en el proyecto modelo de autismo en jóvenes de Lovaas/UCLA, el rango de duración de la terapia fue de 14 a 36 meses, con un promedio de 26.3 meses, y una intensidad mayor a 24 horas/semana. En el grupo de comparación se realizó tratamiento usual, tratamiento ecléctico o no tratamiento, el cual fue realizado en escuelas públicas.

Lenguaje expresivo

Las terapias EIBI demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje expresivo. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Reichow B. 2012, la intervención evaluada fue el tratamiento con terapia EIBI, basada en el proyecto modelo de autismo en jóvenes de Lovaas/UCLA,

el rango de duración de la terapia fue de 14 a 36 meses, con un promedio de 26.3 meses, y una intensidad mayor a 24 horas/semana. En el grupo de comparación se realizó tratamiento usual, tratamiento ecléctico o no tratamiento, el cual fue realizado en escuelas públicas.

Lenguaje receptivo

Las terapias EIBI demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual, para mejorar el desenlace de lenguaje receptivo. Basado en una calidad global de la evidencia baja de la RSL de Reichow B. 2012, la intervención evaluada fue el tratamiento con terapia EIBI, basada en el proyecto modelo de autismo en jóvenes de Lovaas/UCLA, el rango de duración de la terapia fue de 14 a 36 meses, con un promedio de 26.3 meses, y una intensidad mayor a 24 horas/semana. En el grupo de comparación se realizó tratamiento usual, tratamiento ecléctico o no tratamiento, el cual fue realizado en escuelas públicas.

- **Seguridad**

No se identificó evidencia para el desenlace de seguridad relacionado con los eventos adversos, de la aplicación de terapias ABA comparado con la terapia habitual.
No se identificó evidencia para el desenlace de seguridad relacionado con los eventos adversos, de la aplicación de terapias EIBI comparado con la terapia habitual.
Como resultado de la evidencia, se puede decir con una baja calidad de la evidencia, las intervenciones basadas en ABA son efectivas en desenlaces como habilidades comunicativas y lenguaje receptivo.
La evidencia identificada tiene una gran heterogeneidad entre los estudios, dada específicamente por la utilización de distintas metodologías de intervención en aspectos como la intensidad, duración, técnica, personal que provee la intervención; así como las estrategias empleadas para la medición de los desenlaces como las escalas de valoración de las habilidades evaluadas. Estas características de heterogeneidad entre las revisiones introducen un alto riesgo de sesgo, por lo anterior y posterior a la evaluación de la calidad

de la evidencia con perfiles GRADE, se considera que la calidad global de la evidencia es baja para todos los desenlaces identificados. (Anexo 7)

De acuerdo con esta evidencia, y posterior a la revisión de GPC y al consenso de expertos se considera que el **análisis conductual aplicado se define como**:

» El análisis conductual aplicado, ABA, es una de las tres áreas que hace parte del análisis de la conducta. Es el diseño, uso y evaluación de modificaciones ambientales, con base en los principios de la conducta humana, para producir cambios significativos en el comportamiento. El análisis conductual aplicado **NO** es una técnica, ni un conjunto de técnicas, ni un procedimiento, es un enfoque terapéutico.

» ABA es una sub área del análisis de la conducta, la cual tiene como objetivo aplicar los diferentes procedimientos, o actividades, para el establecimiento de nuevos repertorios de conducta socialmente apropiados.

» Que no es ABA o no hace parte de ABA:
  - Intervenciones con agentes quelantes,
  - Terapia con cámaras hiperbáricas,
  - Terapia libre de gluten,
  - Terapia celular,
  - Inyecciones de secretina,
  - Suplementos vitamínicos,
  - Estimulación magnética transcraneal,
  - Terapia de integración sensorial,
  - Trabajo con animales (perros, delfines, caballos, etc.),
  - Musicoterapia,
  - Aromaterapia.

» Las terapias eclécticas, aquellas que mezclan componentes teóricos de ABA, con otras estrategias (TEACCH, intervención con animales, integración sensorial), no han demostrado tener algún efecto significativo en áreas como el lenguaje, habilidades sociales, cognición, estereotipias, auto-cuidado, en personas con diagnóstico de TEA, comparadas con ABA. (31-33)

» Las intervenciones basadas en ABA deberán cumplir con las siete dimensiones:

1) Aplicado: se utilizan los principios del aprendizaje para resolver problemas sociales, en este caso, la adquisición de habilidades y comportamientos adaptativos, así como la reducción de conductas problemáticas de las personas con TEA.
2) Comportamental: se plantean metas conductuales observables, medibles y cuantificables.
3) Analítico: se obtienen datos en cada momento, que muestran que la intervención es responsable del cambio en la conducta; se establece la función de la conducta en relación a variables ambientales (antecedentes y consecuencias).
4) Tecnológico: los procedimientos conductuales que se utilicen deben ser explícitos y claros (metas, pasos, procedimientos).
5) Conceptual: en los análisis y diseños de intervención se consideran los conceptos derivados del Análisis Conductual para explicar los procesos de aprendizaje y de cambio conductual.
6) Efectivo: se hace seguimiento a los resultados alcanzados en los procesos, según las metas de intervención que se plantean.
7) Generalización: se asegura que las habilidades o comportamientos se generalicen a diferentes contextos, primordialmente los entornos naturales donde se requiere la habilidad o conducta que se interviene.

A través de la literatura disponible y del consenso de expertos, se evaluó una práctica clínica diaria, que se ha visto fortalecida en los últimos años, la "sombra terapéutica". Se encontró al realizar una búsqueda con los términos "Therapeutic shade Autism", "Therapeutic shadow Autism", "aides autism classroom", "Autism Assistant behavioral", "Assistant care Autism", que no se encuentra evidencia que demuestre su efectividad en las personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Se considera por parte de los expertos, que no es una expresión reconocida "oficialmente", por los enfoques de autismo más conocidos en el mundo, no se menciona ni se recomienda en ninguna de las GPC evaluadas y tenidas en cuenta en este protocolo. Se realizó una búsqueda general, en la cual se encontró mención en un artículo no indexado en francés, en páginas de internet mexicanas y de la Fundación Esco de Cartagena, y son considerados como "maestra-sombra".

Sin embargo, en modelos como el de Estados Unidos y Canadá, enmarcados en un proceso de "educación inclusiva", e intersectorialidad, se incluyen apoyos adicionales, denominados auxiliares personales, personas con formación especializada y certificada entre los que se cuentan:

- Las personas de apoyo en el ambiente escolar
- Auxiliares de apoyo temporal (Temporary Support Assistant (TSA) que luego se llamarían adulto de ayuda adicional (Additional Adult Assistance) (AAA).
- Asistentes del cuidado sanitario (Health Care Assistant (HCA)): realizan ciertos procedimientos médicos adicionales que la persona requiere por enfermedades médicas asociadas a su condición de discapacidad. Están certificados en procedimientos, primeros auxilios e incluso, reanimación cardiopulmonar.
- Enfermeras con certificación para acompañamiento en el bus escolar.
- Asistente de conducta (Behavioral Assistant), el cual monitorea el comportamiento de la persona y utiliza reforzadores u otros métodos para modificar la conducta en cada contexto, como Picture Exchange Communication System (PECS).

Es importante mencionar que la discapacidad de la persona con trastorno del espectro autista, es el resultado de la relación entre las dificultades del individuo y los apoyos que recibe del entorno. Uno de los objetivos de las terapias para las personas con TEA es lograr la inclusión y participación en los contextos y ámbitos sociales, las llamadas "sombras terapéuticas" pueden llegar a ser obstáculos en el favorecimiento del desarrollo de la persona por aspectos que a continuación se describen:

- La "sombra" en muchas ocasiones, puede llegar a convertirse en el "tutor" de la persona y modificar según a su criterio el plan de intervención. Esto va en contra de los lineamientos de lo que debe ser un modelo de intervención interdisciplinario.
- La dependencia innecesaria en la "sombra", puede incluso, interferir con las interacciones entre pares, evitar el proceso de generalización de las habilidades de la persona con TEA y obstruir su independencia.
- La presencia "invasiva" de la "sombra", puede incluso resultar en niveles más bajos de participación de los maestros y restringir la interacción con los compañeros, evitando que tanto los maestros como los pares, aprendan estrategias de interacción con la persona con TEA y proporcionen apoyos "naturales", tan importantes en el proceso.

- La "sombra" puede convertirse en un estímulo "diferencial" para los pares del niño con autismo, quienes lo verán como alguien dependiente y "anormal", por requerir permanentemente la compañía de un adulto.
- Las "sombras" están presentes para dar apoyos permanentes impidiendo la posibilidad de aprendizaje: no le enseñan, solo le dan apoyos.
- Los niños con "sombras", pueden llegar a tener menor nivel de tolerancia a la frustración por tener a todo momento a su disposición, la "solución" a sus dificultades diarias.
- Los esfuerzos por incluir a estas personas, no pueden convertirse en tareas "explícitas" de unos pocos, deben ser responsabilidad del entorno, con todos sus integrantes.

Dado lo anterior, la inexistencia de evidencia científica, y no anecdótica, que demuestre la efectividad del recurso de "sombra terapéutica":

Indicaciones clínicas

- Se sugiere que como parte del tratamiento integral para personas con diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista se realicen intervenciones enmarcadas en el enfoque de análisis conductual aplicado, entendiendo que ABA no es una técnica, ni un conjunto de técnicas, ni un procedimiento, sino que es enfoque terapéutico.

- Se recomienda que las intervenciones enmarcadas en ABA debe ser dirigidas por profesionales expertos en el área (psicólogos con conocimiento en psicología comportamental durante su formación), con varias horas de supervisión y entrenamiento en estas estrategias. Igualmente la aplicación de ABA debe ir acompañada del trabajo interdisciplinario de terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales, psiquiatras infantiles, neuropediatras y trabajadores sociales de acuerdo al plan de intervención establecido y la reevaluación de metas alcanzadas.

  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- Se recomienda establecer el plan terapéutico, el tipo de intervenciones, la frecuencia y los profesionales participantes, de acuerdo al nivel de compromiso de

la persona con diagnóstico confirmado de TEA, sus habilidades, capacidades y el plan de metas.

- Se recomienda realizar proceso de evaluación y reevaluación de metas alcanzadas cada 6 meses, por parte del equipo interdisciplinario, sin interrumpir el ciclo terapéutico en el cual estaba las personas con TEA.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ La evaluación de las necesidades fármaco-terapéuticas, de ayudas diagnósticas y procedimientos complementarios se deberán realizar por el equipo interdisciplinario de acuerdo con el cuadro clínico de la persona con TEA.

- No se recomienda la valoración de neuropsicología como requisito en el manejo integral de la personas con diagnóstico de TEA. En caso de ser necesaria una valoración por neuropsicología, será el equipo interdisciplinario quien definirá la pertinencia y la solicitud de la misma.
  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

✓ Valoración por especialidades como nutrición, gastroenterología, fisiatría, entre otras, deberán ser definidas por el equipo interdisciplinario de acuerdo a las necesidades individuales de la persona con diagnóstico de TEA. En ningún caso se requieren estas valoraciones para confirmar el diagnóstico o como manejo permanente de la persona con TEA.

✓ El esquema terapéutico, con los profesionales recomendados deberá mantenerse cuando se llegue a la edad adulta.

- No se recomienda el uso de métodos coercitivos, como parte de la atención ambulatoria de la persona con TEA.
  Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
  Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

- No se recomienda el uso de "sombras terapéuticas", dado que no favorecen el cumplimiento del objetivo de la terapia, la autonomía. En caso de personas con compromiso severo, que necesiten acompañamiento superior a las 8 horas recomendadas, y se requiera una intervención individualizada, ésta en ningún caso podrá excluir la participación de la familia y limitar la participación en el entorno. En caso de requerirse una intervención que supere las 8 horas o requiera un acompañamiento terapéutico como "auxiliares personales" deberán ser indicadas, planeadas y evaluadas por el equipo interdisciplinario, buscando propiciar la generalización de habilidades en entornos naturales, por lo que debe ser claro el desvanecimiento gradual de los apoyos que utiliza, así como la trasferencia a otros cuidadores, buscando siempre alcanzar los objetivos generales de la terapia: mejorar el funcionamiento, promover la autonomía y mejorar la calidad de vida.

  El uso de "auxiliares personales" son medidas de soporte o servicios de "respiro", que buscan mejorar la calidad de vida familiar.

Calidad de la evidencia: Consenso de expertos
Fuerza de la recomendación: Fuerte a favor

8.5 Estructura de atención para personas con diagnóstico de TEA

Posterior a la revisión de la literatura y de acuerdo al consenso de expertos se propone la siguiente estructura:

8.5.1 Estructura para la sospecha de alteración del desarrollo

Ámbito comunitario

Padres, cuidadores, profesores, psicólogos o terapeutas de instituciones educativas, auxiliar de salud pública, enfermería o cualquier persona de la comunidad.

Herramienta: Lista de signos de alarma

Ámbito asistencial:

Médico general, enfermería, psicología, pediatra, en consultas de crecimiento y desarrollo, o en cualquier consulta a la que el niño asista.

Herramienta: Lista de signos de alarma

Si se considera que hay al menos un signo de alarma positivo, remitir al pediatra.

8.5.2 Estructura para la confirmación de la sospecha de alteración del desarrollo

Ámbito asistencial:

Esta confirmación la realizará el médico pediatra.

Esta confirmación se realiza valorando nuevamente la lista de signos de alarma, y se sospecha el trastorno del espectro autista, para lo cual puede usarse los criterios del DSM-V en mayores de 3 años, y para menores de 3 años el M-Chat-R.

Si se considera sospecha de TEA deberá ser remitido para confirmación diagnóstica.

Nota: la clasificación para efectos de historia clínica y registro se usará CIE10

8.5.3 Estructura para la confirmación diagnóstica de TEA

Ámbito asistencial:

Neuropediatra o Psiquiatra infantil

Psicólogo y terapeuta de lenguaje

Se realiza la valoración y se evaluarán los criterios del DSM-V para confirmación diagnóstica.

En caso de que se considere un TEA, se remitirá al equipo interdisciplinario para la definición del diagnóstico confirmado definitivo, evaluación del nivel de compromiso y establecimiento de terapia.

Cualquier persona que ingrese con diagnóstico confirmado de TEA previamente, no deberá volver a surtir el proceso de confirmación diagnóstica, se incluirá en las etapas subsiguientes de tratamiento integral.

En caso de que los profesionales involucrados en la confirmación definitiva del diagnóstico, no se encuentren en el mismo espacio físico de atención, será necesario diligenciar la herramienta de confirmación diagnóstica, en la cual cada uno de ellos confirmará el diagnóstico.

8.5.4 Estructura para la atención integral de la persona con diagnóstico confirmado de TEA

Esta estructura se enmarca en brindar una atención integral sustentada en el análisis conductual aplicado (ABA).
El equipo base que brindará la atención a la persona con diagnóstico de TEA estará conformado por:
Neuropediatra
Psiquiatra infantil,
Psicólogo clínico,
Pediatra,
Profesional de la salud con formación en análisis del comportamiento,
Terapeuta ocupacional,
Terapeuta de lenguaje, y
Trabajo social

Líder del equipo: será un profesional de la salud con formación en análisis del comportamiento o psicólogo clínico, certificado que demuestre experiencia y entrenamiento supervisado y formación continuada en ABA. Se sugiere que el número de formación será de 40 – 60 horas y de entrenamiento supervisado deberá ser mínimo de 1000 horas.
El líder deberá capacitar a los demás miembros del equipo, y será necesario soportar estas capacitaciones a través de evaluaciones de capacidades y competencias.

8.5.5 Criterios para la evaluación de la calidad de la atención integral de la persona con diagnóstico confirmado de TEA

Se sugiere que el tratamiento de la persona con diagnóstico de TEA sea integral y de fácil acceso en un mismo momento, idealmente todo el equipo deberá estar localizado en un mismo lugar con el objetivo de realizar procesos asistenciales interdisciplinarios. Entiéndase interdisciplinariedad como la existencia de un grupo de disciplinas relacionadas entre sí y con vínculos previamente establecidos, que evitan que se desarrollen acciones de forma aislada, dispersa o segmentada.
Para evaluar las intervenciones enmarcadas en ABA se sugiere tener en cuenta los siguientes criterios:

8.5.5.1 Personal asistencial

Evaluar los perfiles involucrados en el tratamiento integral.
Evaluar las competencias de los profesionales involucrados en el tratamiento (de acuerdo a lo sugerido previamente relacionado con horas de capacitación)

8.5.5.2 Evaluación y seguimiento del tratamiento integral

Se deberá tener registro para cada uno de los pacientes de:

- Perfil de fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven.
- Perfil psicosocial familiar y del entorno
- Compromiso de participación activa de la familia o cuidadores.
- Identificación del nivel de compromiso de la persona con diagnóstico de TEA (DSM-V)
- Plan de intervención: este debe involucrar todas aquellas actividades planeadas por parte del equipo interdisciplinario, que darán respuesta al plan de metas que se diseñe. Este deberá incluir: profesionales involucrados, frecuencia, horas de intervención y plan de seguimiento.
- Plan de metas
- Hoja de seguimiento, evolución y progreso

Se deberá documentar que se cumpla con las 7 dimensiones de ABA:

» **Aplicado**: se utilizan los principios del aprendizaje para resolver problemas sociales, en este caso, la adquisición de habilidades y comportamientos adaptativos, así como la reducción de conductas problemáticas de las personas con TEA.

» **Forma de verificación**: Perfil de profesionales

- **Comportamental**: se plantean metas conductuales observables, medibles y cuantificables.
    - **Forma de verificación**: Plan de metas
- **Analítico:** se obtienen datos en cada momento, que muestran que la intervención es responsable del cambio en la conducta; se establece la función de la conducta en relación a variables ambientales (antecedentes y consecuencias).
    - **Forma de verificación**: Hoja de seguimiento, evolución y progreso
- **Tecnológico**: los procedimientos conductuales que se utilicen deben ser explícitos y claros (metas, pasos, procedimientos).
    - **Forma de verificación**: Plan de intervención
- **Conceptual**: en los análisis y diseños de intervención se consideran los conceptos derivados del Análisis Conductual para explicar los procesos de aprendizaje y de cambio conductual.
    - **Forma de verificación**: Plan de intervención
- **Efectivo:** se hace seguimiento a los resultados alcanzados en los procesos, según las metas de intervención que se plantean.
    - **Forma de verificación**: Plan de metas y hoja de seguimiento, evolución y progreso.
- **Generalización:** se asegura que las habilidades o comportamientos se generalicen a diferentes contextos, primordialmente los entornos naturales donde se requiere la habilidad o conducta que se interviene
    - **Forma de verificación:** Hoja de seguimiento, evolución y progreso. Cambio en la estructura de la intervención promoviendo autonomía y desinstitucionalización.

8.6 Identificación de barreras y facilitadores para la implementación del protocolo

Barreras
No existe en el País un programa académico formal de entrenamiento en ABA
No existe un programa de certificación en el País de analista de la conducta
Infraestructura centralizada para la confirmación diagnóstica y tratamiento integral
Recurso humano capacitado insuficiente para la atención de personas con TEA
Las intervenciones por los profesionales de la salud incluidos, no tienen la misma duración de una consulta habitual (20 – 40 minutos), por lo anterior es necesario establecer mecanismos de pago y contratación que den cuenta de esta característica, teniendo presente que las actividades generales están incluidas en el Plan obligatorio de salud.

Facilitadores
Compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social
Compromiso de los padres y cuidadores de la persona con diagnóstico de TEA
Los componentes asistenciales (Neuropediatría, psiquiatría infantil, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional y terapia de lenguaje), se encuentran incluidos en plan obligatorio de salud.
Claridad actual de que es el análisis conductual aplicado.
Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social bajo su competencia defina el proceso de homologación y certificación de aquellas disciplinas que no se encuentren disponibles en el País.

Referencias bibliográficas

1. J M. Some historical and conceptual background to the development of BF Skinner's radical behaviorism. The Journal of Mind and Behavior. 2005;26:65-93.

2. Skinner BF. The experimental analysis of operant behavior. Annals of the New York Academy of Sciences. 1977;291.

3. Nora L.Lee DF, Raig J.Newschaffer Heritable And Nonheritable Risk Factors For Autism Spectrum Disorders. Epidemiologic Reviews 2002;24:137-53.

4. Rebecca Muhle SVT, Isabelle Rapin. The Genetics of Autism. Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society. 2004;113.

5. Armenian Hk LD. Overview And Historical Perspective. Epidemiol Rev. 1994;16:1-5.

6. Acosta M P, Caviness V, Herbert M, Johnston M, Blue M. Autism: A Neurological Disorder Of Early Brain Development. The International Child Neurology Association ICNA. 2006.

7. Irva Hertz-Picciotto LAC, Robin Hansen, Carrie R.Jones, Judy van de Water, Isaac N.Pessah The CHARGE Study: An Epidemiologic Investigation of Genetic and Environmental Factors Contributing to Autism. Environmental Health Perspectives. 2006;114:1119-25.

8. Glasson E BC, Petterson B, De Klerk N, Chaney G, Hallmayer J Perinatal Factors And The Development Of Autism. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:618-27.

9. Hannah Gardener SLB, Donna Spiegelman Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2009;195:7-14.

10. Diana Schendel TKB. Birth Weight and Gestational Age Characteristics of Children With Autism, Including a Comparison With Other Developmental Disabilities. Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society. 2008;121:1155-64.

11. Larsson HJ aW, Madsen KM, et al. . Risk Factors for Autism: Perinatal Factors, Parental Psychiatric History, and Socioeconomic Status. American Journal Of Epidemiology 2005;161:916-26.

12. Artigas-Pallarès J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012;32(115):567-87.

13. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Revista de Neurología. 2013;57(Supl 1):S185-91.

14. Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L, Díaz-Pichardo JA, Cortes-Hernández B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. Salud mental. 2008;31(1):37-44.

15. EspectroAutista.Info. EspectroAutista.Info – Trastorno del Espectro Autista según el borrador del DSM-52014. Available from: http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-V-TEA.

16. Zealand EMN. Autism Spectrum Disorder Guideline2008. Available from: http://www.moh.govt.nz/autismspectrumdisorder.

17. Society NAPfCNNA. Autism NIf, Screening, Assessment. Plan for the Identification, Assessment, Diagnosis and Access to Early Interventions for Pre-school and Primary School Aged Children with Autsim Spectrum Disorders: 2003.

18. NHS NSE. Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders: a national guideline. 2007.

19. Excellence NICE. L, UK. Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autistic Spectrum. Clinical Guidelines NICE. 2011.

20. Falkmer T AK, Falkmer M, Horlin C. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22:239-340.

21. Woolfenden S VS, Ridley G, Williams K. A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum. Research in Autism Spectrum Disorders. 2012;2012(6):345-54.

22. Daniels A HA, Shih A, Elder L, Dawson G. Approaches to enhancing the early detection of autism spectrum disroders: a systematic review of literature. Journal of american academy of child & adolescent psychiatric. 2014;53(2).

23. Gustavo Pradilla A. BEVA, Fidias E.León-Sarmiento, grupo GENECO Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2003;14:104-11.

24. CDC Cpecylpde. Trastorno del espectro autista 2014.

25. 2011 WM. The top 10 reasons children with autism deserve ABA. Behav Anal Pract. 2011;1.

26. Hamad CD SR, Morrison L, Fleming R. Extending the Reach of Early Intervention Training for Practitioners: A Preliminary Investigation of an Online Curriculum for Teaching

Behavioral Intervention Knowledge in Autism to Families and Service Providers. Infants Young Child. 2010;23(3):195-208.

27. MSPS FSdB. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano en sus componentes Guía de Práctica y EE. Bogotá2014.

28. Reichow B BE, Boyd BA, Hume K. . Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (TEA). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 (10).

29. Spreckley M BR. Efficacy of applied behavioral intervention in preschool children with autism for improving cognitive, language, and adaptive behavior: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr. 2009;154(3).

30. J. V-O. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose–response meta-analysis of multiple outcomes. Clinical Psychology Review 2010;30.

31. Dillenburger K. The Emperor's new clothes: Eclecticism in autism treatment. Research in Autism Spectrum Disorders,. 2011;5:1119-28.

32. Eikeseth S, Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. Intensive behavioral treatment at school for 4-to 7-year-old children with autism a 1-year comparison controlled study. Behavior modification. 2002;26:49-68.

33. Howard JS, Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. Research in Developmental Disabilities. 2005;26.

ANEXOS

Anexo No.1 Proceso de participación

CONSENSO DE EXPERTOS: PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENCIÓN Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL MARCO DEL SGSSS PARA LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Fecha del informe: 22/12/2014

Tipo de proceso:

Evaluación de tecnologías en salud	☐	
Producción de guía de práctica clínica corta	☐	
Producción de lineamientos	☐	
Producción de protocolo	☒	
Adopción de guía de práctica clínica	☐	
Otro	☐	¿Cuál? _____

Fase del proceso: **Refinamiento a las preguntas de evaluación de criterios diagnósticos, opciones terapéuticas y Ruta de Atención estrategia ABA en los servicios de salud en personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista**

Objetivos del proceso:

En el marco del Convenio de Asociación 762 de 2014 celebrado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, el IETS desarrolló un protocolo clínico de atención y una ruta de atención integral en el marco del SGSSS para los trastornos del espectro autista (TEA).

Por lo anterior, la Subdirección de Participación y Deliberación invitó a un grupo multidisciplinario a consenso de expertos que tuvo como objetivo definir el protocolo clínico de atención que permitirá orientar los mecanismos para realizar intervención para el diagnóstico y tratamiento del espectro autista en menores de 18 años y proponer la estructura de la estrategia de análisis del comportamiento aplicado (ABA) para la intervención de personas con diagnóstico de dicho trastorno. La ruta de atención integral incluirá la estructura de atención de los procedimientos basados en ABA.

Fechas reuniones:

4 de diciembre de 2014. Jornada am – pm.

Convocatoria:

Actores invitados a la reunión (para delegación de representante)

Nombre	Entidad
María Fernanda Lengua. Presidente	Asociación Colombiana de Neurología Infantil
Jaider Barros. Presidente	Asociación Colombiana de Psiquiatría
Aida Navas. Presidenta	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
Edith Betty Roncancio. Directora	Liga Colombiana de Autismo
Wilson López. Presidente	Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento
Diana Bohórquez.	Psicóloga. Experta temática
Sandra Piñeros Ortiz	Psiquiatra Infantil. Experta temática
Olga Lucía Casas buenas	Neuropediatra
Blanca Doris Rodríguez	Neuropediatra
Piedad Jaramillo Médica General (mamá de un niño con autismo)	Fundación Integrar - Liga Colombiana de Autismo
Roberto Chaskel	Psiquiatra Infantil

Juan David Palacio	Psiquiatra Infantil- Universidad de Antioquia
José William Cornejo Ochoa	Neurología Clínica
Rafael Vásquez Rojas	Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Carlos Campo	Neuropediatra
Óscar Flórez Gómez	Neuropediatra - Instituto Neurológico de Colombia
Maria Elena Sampedro	Psicóloga
Diana Botero	Psiquiatra Infantil
Clemencia de la Espriella.	Psicóloga.
Genoveva Morales Rubio	Anthiros - Centro de Desarrollo Infantil
Angela Sánchez	Clínica Neurorehabilitar
Patricia Gaviria	Fundación Integrar
Martha Mendoza. Directora	Fundación Sexto Sentido
Eileen Guzmán Tovar	Coordinadora de Aseguramiento. Gestar Salud
Jorge Duarte	Director Epidemiología. ACEMI
Ana Milena Jiménez Jiménez	Educadora Especial - Mg en Desarrollo Educativo y Social (C)/ Madre de un joven con Autismo
Alexandra Orjuela	Asesora Médica. Defensoría del Pueblo
Diana Margarita Ojeda Visbal	Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y Seguridad Social. Procuraduría General de la Nación
Sandra Camacho	Consultora

Ramón Abel Castaño	Consultor
Yors Alexander García	Experto Temático
Miguel Gutiérrez	Experto Temático
Walter Pontón Cortes	Experto Temático
Juan Alberto Jiménez	Director Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Monserrat

Confirmación de la participación de actores invitados:

Nombre	Entidad	Confirmación
María Fernanda Lengua. Presidente	Asociación Colombiana de Neurología Infantil	No Confirmó
Jaider Barros. Presidente	Asociación Colombiana de Psiquiatría	No Confirmó
Aida Navas. Presidenta	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	No Confirmó
Edith Betty Roncancio. Directora	Liga Colombiana de Autismo	Asiste
Wilson López. Presidente	Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento	No Confirmó
Diana Bohórquez.	Psicóloga. Experta temática	No Confirmó
Sandra Piñeros Ortiz	Psiquiatra Infantil. Experta temática	No Confirmó
Olga Lucía Casasbuenas	Neuropediatra	Asiste
Blanca Doris Rodríguez	Neuropediatra	Asiste
Piedad Jaramillo Médica General (mamá de un niño con	Fundación Integrar - Liga Colombiana de Autismo	Asiste

autismo)		
Roberto Chaskel	Psiquiatra Infantil	No Confirmó
Juan David Palacio	Psiquiatra Infantil- Universidad de Antioquia	No Confirmó
José William Cornejo Ochoa	Neurología Clínica	No Confirmó
Rafael Vásquez Rojas	Psiquiatra de Niños y Adolescentes	No Confirmó
Carlos Campo	Neuropediatra	No Confirmó
Óscar Flórez Gómez	Neuropediatra - Instituto Neurológico de Colombia	Asiste
Maria Elena Sampedro	Psicóloga	Asiste
Diana Botero	Psiquiatra Infantil	No Confirmó
Clemencia de la Espriella.	Psicóloga.	Asiste
Genoveva Morales Rubio	Anthiros - Centro de Desarrollo Infantil	No Confirmó
Angela Sánchez	Clínica Neurorehabilitar	Asiste
Patricia Gaviria	Fundación Integrar	No Confirmó
Martha Mendoza. Directora	Fundación Sexto Sentido	No Confirmó
Eileen Guzmán Tovar	Coordinadora de Aseguramiento. GestarSalud	No Confirmó
Jorge Duarte	Director Epidemiología. ACEMI	Asiste
Ana Milena Jiménez Jiménez	Educadora Especial - Mg en Desarrollo Educativo y Social (C)/ Madre de un joven con Autismo	Asiste
Alexandra Orjuela	Asesora Médica. Defensoría del Pueblo	Asiste
Diana Margarita Ojeda Visbal	Procuradora Delegada para Asuntos del Trabajo y Seguridad Social. Procuraduría General de la Nación	Asiste

Sandra Camacho	Consultora	No Confirmó
Ramón Abel Castaño	Consultor	No Confirmó
Yors Alexander García	Experto Temático	Asiste
Miguel Gutiérrez	Experto Temático	No Confirmó
Walter Pontón Cortes	Experto Temático	Asiste
Juan Alberto Jiménez	Director Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Monserrat	No Confirmó

Actores que participaron en la reunión:

Nombre	Entidad
Blanca Doris Rodríguez	Asociación Colombiana de Neurología y Neurología Infantil
José William Cornejo	Neurólogo Universidad de Antioquia
María Helena Sampedro	Fundación Integrar
Olga Lucia Casas buenas	Experta temática
Piedad Jaramillo	Experta temática
Clemencia de La Espriella	Experta temática
Rafael José Miranda	Psiquiatría – Clínica Monserrat
Walter Pontón	Experto temático
María Lourdes Restrepo	Anthiros
Yors Alexander García	Universidad Konrad Lorenz
Hilario Pardo	Defensoría del Pueblo

Alexandra Orjuela	Defensoría del Pueblo
Patricia Gaviria	Fundación Integrar
Edith Betty Roncancio	Liga Colombiana de Autismo
Ana Milena Jiménez	Experta temática
Oscar Flórez	INDEC

Participación del público:

¿Se recibieron comentarios del público durante las fases del proceso?

No

¿Se recibieron derechos de petición relacionados con las fases del proceso?

No

¿Se recibió solicitud de información del público relacionada con las fases del proceso?

No

Indicadores de evaluación del proceso:

Grado de participación

Momentos participativos:

Momento participativo: Refinamiento a las preguntas de evaluación de criterios diagnósticos, opciones terapéuticas y Ruta de Atención estrategia ABA en los servicios de salud en personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

Tipo de participación:

Activa ☐

Consultiva ☒

Informativa ☐

Fecha: 4/12/2014

Métodos y técnicas de participación: Los expertos invitados asistieron a una reunión presencial en las instalaciones de ASCOFAME. La metodología utilizada permitió al grupo desarrollador exponer la o las pregunta (s) de investigación planteadas y a través del

consenso de expertos, en el cual, un grupo de personas con experiencia, habilidad o determinados conocimientos científicos, técnicos y prácticos en un área específica adoptaron una decisión de común acuerdo empleando métodos sistemáticos y procesos estructurados.

La reunión siguió la siguiente agenda:

Bienvenida: Presentación general del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud a cargo de Javier Contreras, Subdirector Producción de Guías de Práctica Clínica.

Autorización grabación de audio y toma de fotografías a cargo de Javier Contreras, Subdirector Producción de Guías de Práctica Clínica.

Presentación de integrantes del consenso.

Presentación política de transparencia _ Calificación declaración de conflictos de interés. A cargo de Diana Esperanza Rivera, Subdirectora de Participación y Deliberación.

Discusión: Que define como ABA y cual su uso en personas con diagnóstico de Trastornos del espectro Autista

Plenaria de Opiniones

Definición de recomendaciones finales

Discusión: Componentes de la estrategia ABA y cual su uso en personas con diagnóstico de Trastornos del espectro Autista

Plenaria de Opiniones

Definición de recomendaciones finales

Discusión: Ruta de Atención por la cual se prestaría la estrategia ABA en relación con los servicios de salud en personas con diagnóstico de Trastornos del espectro Autista Componentes de la estrategia ABA y cual su uso en personas con diagnóstico de Trastornos del espectro Autista

Plenaria de Opiniones

Definición de recomendaciones finales

Evaluación y Cierre

Aspectos relevantes de la implementación de la metodología: Gracias a la metodología planteada, los expertos participantes pudieron aportar información diversa que refinó el protocolo planteado y formalizar sus posibles efectos.

Soportes de esta reunión pueden encontrarse en los anexos 0 y 0

Momento participativo: Socialización protocolo clínico de atención y una ruta de atención integral en el marco del SGSSS para los trastornos del espectro autista (TEA).

Tipo de participación:

Activa ☐

Consultiva ☒

Informativa ☒

Fecha: 19/12/2014

Métodos y técnicas de participación: Se realizó una socialización de las recomendaciones definidas en el protocolo clínico de atención y ruta de atención integral en el marco del SGSSS para los trastornos del espectro autista (TEA).

Aspectos relevantes de la implementación de la metodología: Este momento participativo de índole informativa se propuso bajo la modalidad presencial , se realizó de manera abierta ya que se informó a través de la página web del IETS

Soportes de este momento participativo pueden encontrarse como anexos.

Grado de satisfacción de los participantes en las reuniones programadas:

Con respecto a la reunión realizada el 4 de diciembre por el IETS, los resultados sobre satisfacción se encuentran a continuación.

Cada uno de los ítems se mide con valores entre uno (1) y cinco (5) y los valores reportados son el promedio simple de las valoraciones emitidas por los participantes que entregaron el formato.

Formatos entregados: 16

Formatos recibidos: 16

Evaluación del conferencista o moderador: Con respecto a este ítem, la escala de valoración se representa así:

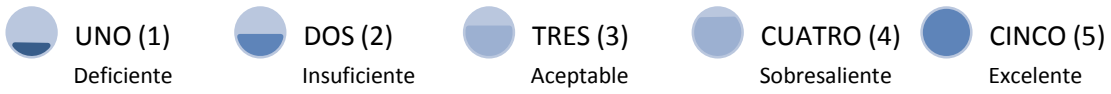


Grado percibido de dominio del tema: 5,00 - Excelente

Claridad en la transmisión de los conocimientos: 5,00 - Excelente

Respuesta clara a las inquietudes de los asistentes: 5,00 - Excelente

Evaluación de los contenidos desarrollados: Con respecto a este ítem, la escala de valoración se representa así:



Aplicabilidad directa al ámbito de trabajo o al área de interés: 5,00 - Excelente

Distribución/ordenamiento de los temas: 4,6 - Sobresaliente

Evaluación general de la reunión: Con respecto a este ítem, la escala de valoración se representa así:



Entorno de trabajo / instalaciones / Condiciones Logísticas: 5,00 - Excelente

Dinámica general aplicada: 4,8 - Sobresaliente

Nivel de satisfacción con la actividad: 4,8 - Sobresaliente

Nivel de satisfacción con la participación promovida en el proceso: El promedio de los que sí la respondieron es 4,60 – Sobresaliente.)

¿Se cumplió con las expectativas?

R/: El 100% de los participantes respondió afirmativamente.

Comentarios: No hubo comentarios sobre la reunión.

¿Se cumplió con los tiempos establecidos en el proceso?

R/: Sí

Componente ético:

Para garantizar la transparencia de los procesos, todos los actores involucrados en las diferentes fases de la evaluación de tecnologías en salud, la producción de Guías de Práctica Clínica y la implantación de evidencia deben declarar conflictos de intereses,

mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello. En algunos casos y dependiendo del proceso que se esté llevando a cabo se diligenciarán acuerdos de confidencialidad. En todos los casos adjunta a estos requisitos la persona deberá enviar la hoja de vida actualizada.

Las declaraciones de conflictos de intereses deben ser analizadas por un comité conformado para tal fin. El comité emitirá una calificación sobre los potenciales conflictos de intereses estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados. De acuerdo con la calificación emitida se condicionará la participación de los actores en el proceso[1].

Según el Reglamento de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses del IETS, la clasificación supone:

Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto.
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica debido a la naturaleza de sus intereses.

[1] Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. (2014). Manual de procesos participativos. Bogotá D. C.

¿El proceso de componente ético se llevó a cabalidad?

R/: Sí. Todos los participantes en la reunión completaron su componente ético y las hojas de vida fueron entregadas poco tiempo después de haber realizado la solicitud.

¿Cuántos formatos de declaración de conflictos de intereses y hojas de vida actualizadas se solicitaron?

R/: El IETS solicitó 16 formatos de declaración de intereses acompañados de la hoja de vida respectiva. Sin embargo, el requisito de hoja de vida no aplica para representantes de pacientes, cuidadores y usuarios, por lo que la entrega de este documento es considerada como adicional al formato de declaración de conflictos.

¿Cuántos formatos de declaración de conflictos de intereses se recibieron?

R/: Fueron recibidos por IETS para revisión del Comité de Conflictos de Intereses 16 formatos diligenciados de conflictos de intereses.

¿Cuántas hojas de vidas se recibieron?

R/: Fueron recibidos por IETS para revisión del Comité de Conflictos de Intereses 16 hojas de vida actualizadas.

¿Cuántos comités de conflictos de intereses se realizaron?

R/: Uno (1), el 2 de diciembre de 2014. Los resultados de esta sesión están consignados en el Acta No. 20 del Comité de Conflictos de Intereses.

¿Cuál es la calificación de los participantes de acuerdo a sus conflictos de intereses?

Nombre	Entidad	Calificación
Blanca Doris Rodríguez	Asociación Colombiana de Neurología y Neurología Infantil	A
José William Cornejo	Neurólogo Universidad de Antioquia	A
María Helena Sampedro	Fundación Integrar	A
Olga Lucia Casasbuenas	Experta temática	A
Piedad Jaramillo	Experta temática	A
Clemencia de La Espriella	Experta temática	A

Rafael José Miranda	Psiquiatría – Clínica Monserrat	A
Walter Pontón	Experto temático	A
María Lourdes Restrepo	Anthiros	A
Yors Alexander García	Universidad Konrad Lorenz	A
Hilario Pardo	Defensoría del Pueblo	A
Alexandra Orjuela	Defensoría del Pueblo	A
Patricia Gaviria	Fundación Integrar	A
Edith Betty Roncancio	Liga Colombiana de Autismo	A
Ana Milena Jiménez	Experta temática	A
Oscar Flórez	INDEC	A

Informe elaborado por: Subdirección de Participación y Deliberación

Actas

CONSENSO 1.

En el marco del Convenio de Asociación 762 de 2014 celebrado entre el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, el IETS desarrollará un protocolo clínico de atención y una ruta de atención integral en el marco del SGSSS para los trastornos del espectro autista (TEA).

Por lo anterior, la Subdirección de Participación y Deliberación invitó a un grupo multidisciplinario de expertos a un consenso de expertos que tendrá como objetivo definir el protocolo clínico de atención que permitirá orientar los mecanismos para realizar intervención para el diagnóstico y tratamiento del espectro autista en menores de 18 años y proponer la estructura de la estrategia de análisis del comportamiento aplicado (ABA) para la intervención de personas con diagnóstico de dicho trastorno. La ruta de atención integral incluirá la estructura de atención con de los procedimientos de ABA.

Se enviaron invitaciones a: Asociación Colombiana de Neurología Infantil, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, Liga Colombiana de Autismo, Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento, Diana Bohórquez, Sandra Piñeros Ortiz, Olga Lucía Casasbuenas, Asociación Colombiana de Neurología - Asociación Colombiana de Neurología Infantil, Fundación Integrar - Liga Colombiana de Autismo,. Universidad de Antioquia, Rafael Vásquez Rojas, Carlos Campo, Instituto Neurológico de Colombia, Maria Elena Sampedro, Diana Botero, Clemencia de la Espriella, Anthiros - Centro de Desarrollo Infantil, Clínica Neurorehabilitar, Fundación Integrar, Gestar Salud, ACEMI, Ana Milena Jiménez Madre de un joven con Autismo, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Sandra Camacho, Ramón Abel Castaño, Yors Alexander García, Miguel Gutiérrez, Walter Pontón Cortes, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Monserrat

Al consenso de expertos de criterios diagnósticos de Trastornos del Espectro Autista, Que se define como ABA, su uso en personas con diagnóstico de TEA, componentes de la Estrategia ABA, y sus mecanismos asistenciales de aplicación asistieron a la reunión, además de colaboradores del IETS:

- Blanca Doris Rodríguez Asociación Colombiana de Neurología y Neurología Infantil
- José William Cornejo - Neurólogo Universidad de Antioquia
- María Helena Sampedro- Fundación Integrar
- Olga Lucia Casasbuenas
- Patricia Gaviria – Fundación Integrar
- Piedad Jaramillo
- Clemencia de La Espriella
- Rafael José Miranda: Psiquiatría – Clínica Monserrat
- Walter Pontón
- María Lourdes Restrepo _ Anthiros
- Yors Alexander García – Universidad Konrad Lorenz
- Hilario pardo _ Defensoría del Pueblo
- Alexandra Orjuela _ Defensoría del Pueblo

Siendo las 8.30 a. m. se dio inicio al evento con una breve presentación del IETS, a cargo de Javier Contreras , Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica, enseguida, Diana Esperanza Rivera. Subdirectora de Participación y Deliberación explicó el componente ético

del proceso y presento la calificación de los participantes del consenso por parte del comité de conflictos. Posteriormente se continúa con la presentación de Angela Perez, quien inició su intervención con la presentación de la evidencia, para pasar a la plenaria de opiniones y por ultimo llegar a la definición de recomendaciones finales. Se obtuvo consenso en todas las recomendaciones propuestas.

CONSENSO 2

En el marco del Convenio de Asociación 762 de 2014 celebrado entre el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, el IETS desarrollará un protocolo clínico de atención y una ruta de atención integral en el marco del SGSSS para los trastornos del espectro autista (TEA).

Por lo anterior, la Subdirección de Participación y Deliberación invitó a un grupo multidisciplinario de expertos a un consenso de expertos que tendrá como objetivo definir el protocolo clínico de atención que permitirá orientar los mecanismos para realizar intervención para el diagnóstico y tratamiento del espectro autista en menores de 18 años y proponer la estructura de la estrategia de análisis del comportamiento aplicado (ABA) para la intervención de personas con diagnóstico de dicho trastorno.

Se enviaron invitaciones a: Asociación Colombiana de Neurología Infantil, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, Liga Colombiana de Autismo, Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento, Diana Bohórquez, Sandra Piñeros Ortiz, Olga Lucía Casasbuenas, Asociación Colombiana de Neurología - Asociación Colombiana de Neurología Infantil, Fundación Integrar - Liga Colombiana de Autismo,. Universidad de Antioquia, Rafael Vásquez Rojas, Carlos Campo, Instituto Neurológico de Colombia, Maria Elena Sampedro, Diana Botero, Clemencia de la Espriella, Anthiros - Centro de Desarrollo Infantil, Clínica Neurorehabilitar, Fundación Integrar, Gestar Salud, ACEMI, Ana Milena Jiménez Madre de un joven con Autismo, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Sandra Camacho, Ramón Abel Castaño, Yors Alexander García, Miguel Gutiérrez, Walter Pontón Cortes, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Monserrat

Al consenso de expertos para la ruta de atención por la cual se prestaría la atención de la estrategia ABA en relación a servicios de salud en personas con diagnóstico de TEA asistieron a la reunión, además de colaboradores del IETS:

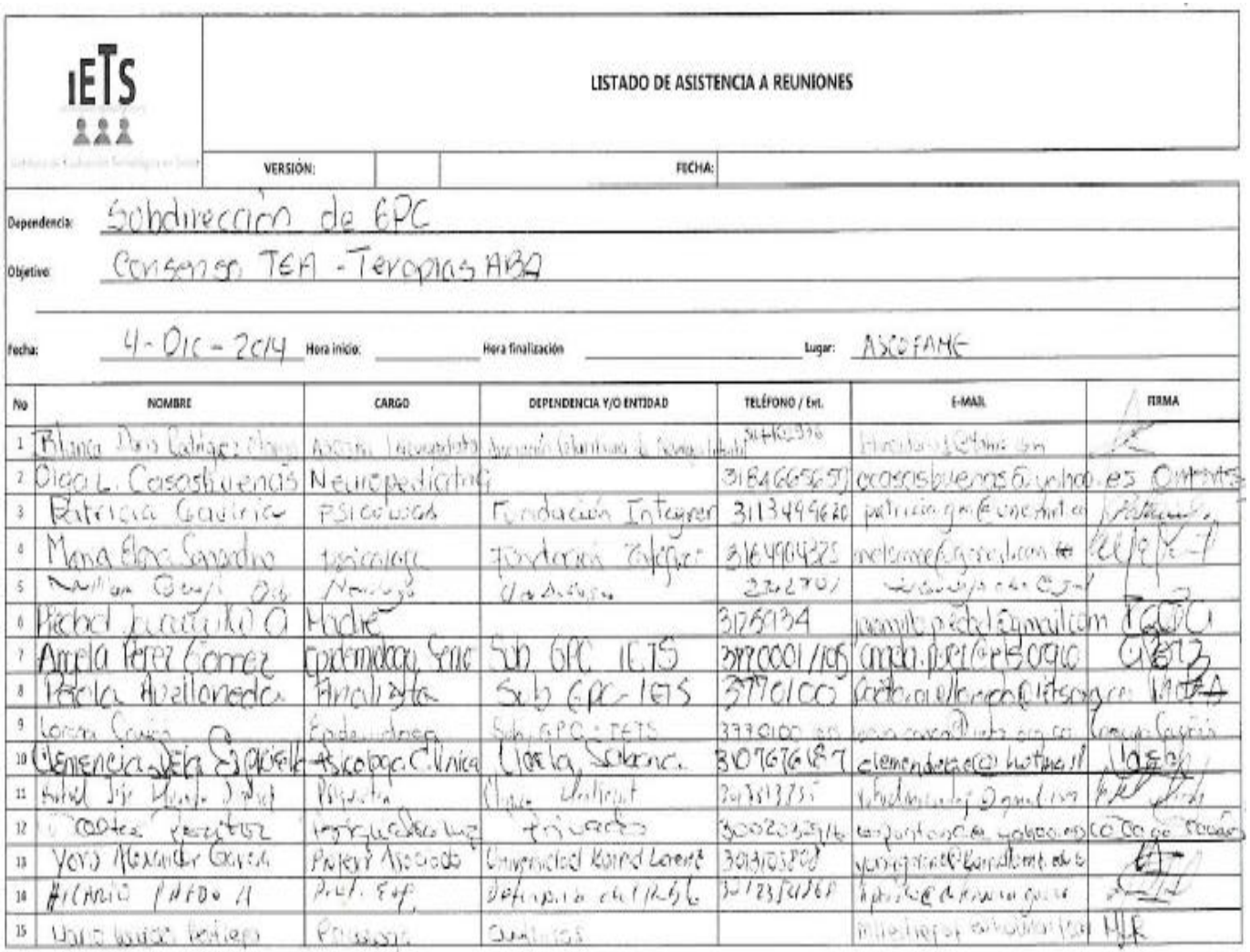
- Edith Betty Roncancio – Liga Colombiana de Autismo
- Ana Milena Jimenez -
- Blanca Doris Rodríguez Asociación Colombiana de Neurología y Neurología Infantil

- José William Cornejo - Neurólogo Universidad de Antioquia
- María Helena Sampedro- Fundación Integrar
- Olga Lucia Casasbuenas
- Patricia Gaviria – Fundación Integrar
- Piedad Jaramillo
- Clemencia de La Espriella
- Rafael José Miranda :Psiquiatría – Clínica Monserrat
- Walter Pontón
- María Lourdes Restrepo _ Anthiros
- Yors Alexander García – Universidad Konrad Lorenz
- Hilario pardo _ Defensoría del Pueblo
- Alexandra Orjuela _ Defensoría del Pueblo
- Oscar Florez - INDEC

Siendo las 2.30 p. m. se dio inicio al evento con una breve presentación del IETS, a cargo de Javier Contreras , Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica, enseguida, Diana Esperanza Rivera. Subdirectora de Participación y Deliberación explicó el componente ético del proceso y presento la calificación de los participantes del consenso por parte del comité de conflictos. Posteriormente se continúa con la presentación de Angela Perez, quien inició su intervención con la presentación de la evidencia, para pasar a la plenaria de opiniones y por ultimo llegar a la definición de recomendaciones finales. Se obtuvo consenso en todas las recomendaciones propuestas

Listados de asistencia

Jueves, 4 de diciembre – Consenso de Expertos – Jornada mañana



IETS

LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN: | FECHA:

Dependencia: Subdirección de GPC

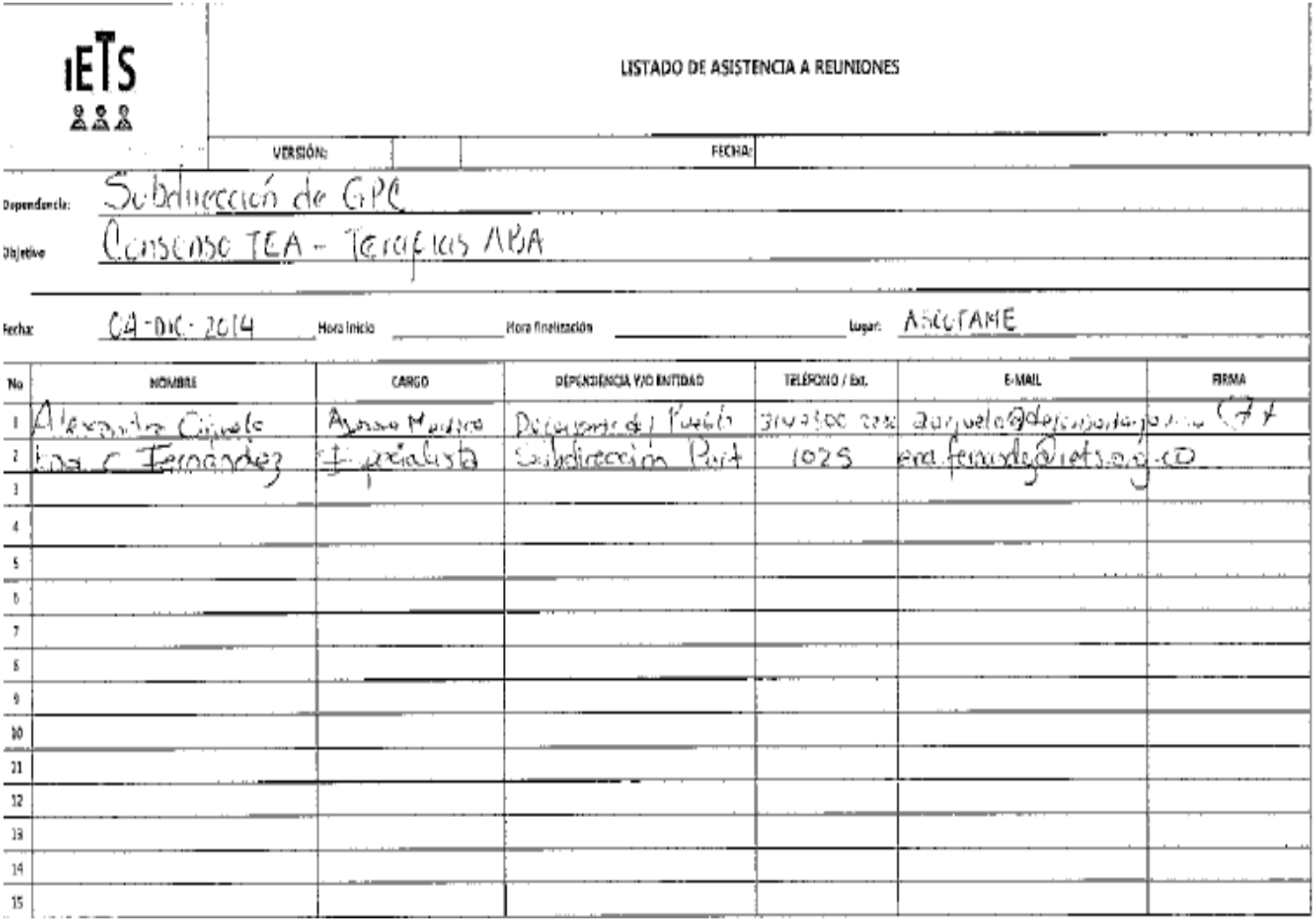
Objetivo: Consenso TEA - Terapias ABA

Fecha: 4-Dic-2014 Hora inicio: Hora finalización: Lugar: ASOFAME

No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Blanca Dora Cabrera	Asesora Investigación	Dirección Científica y Investigación	3176...330	[illegible]	
2	Diego L. Casasbuenas	Neuropediatra		3184666567	dcasasbuenas@yahoo.es	
3	Patricia Gaviria	Psicóloga	Fundación Integrar	3113499620	patricia.gaviria@[illegible]	
4	Maria Elena Sanabria	Psicóloga	Fundación Integrar	3164904225	[illegible]	
5	[illegible]	Médico	[illegible]	2362701	[illegible]	
6	Rachel Jaramillo O	Medico		3175134	[illegible]	
7	Angela Perez Gomez	Epidemiologa Senior	Sub GPC IETS	3779001/105	[illegible]	
8	Paola Arzallanedo	Analista	Sub GPC - IETS	3779100	[illegible]	
9	Lorena Cuervo	Epidemiologa	Sub GPC - IETS	3779100 ext	[illegible]	
10	Clemencia Vega Sepúlveda	Psicologa Clinica	Clinica Salud	3107676487	clemenciavega@hotmail.com	
11	[illegible]	Psicóloga	Clínica [illegible]	3013613735	[illegible]	
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3002013716	[illegible]	
13	Yeris Alexander Garcia	Patólogo Asociado	Universidad Rafael Landivar	3013103803	[illegible]	
14	Alcanio INFOD II	Prof. Esp.	Defensoría del Pueblo	3012376760	[illegible]	
15	[illegible]	Psicóloga	Semillas		[illegible]	

MINSALUD | IETS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



IETS

LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN: | FECHA:

Dependencia: Subdirección de GPC

Objetivo: Consenso TEA - Terapias ABA

Fecha: 04-DIC-2014 Hora Inicio: Hora finalización: Lugar: ASISTAME

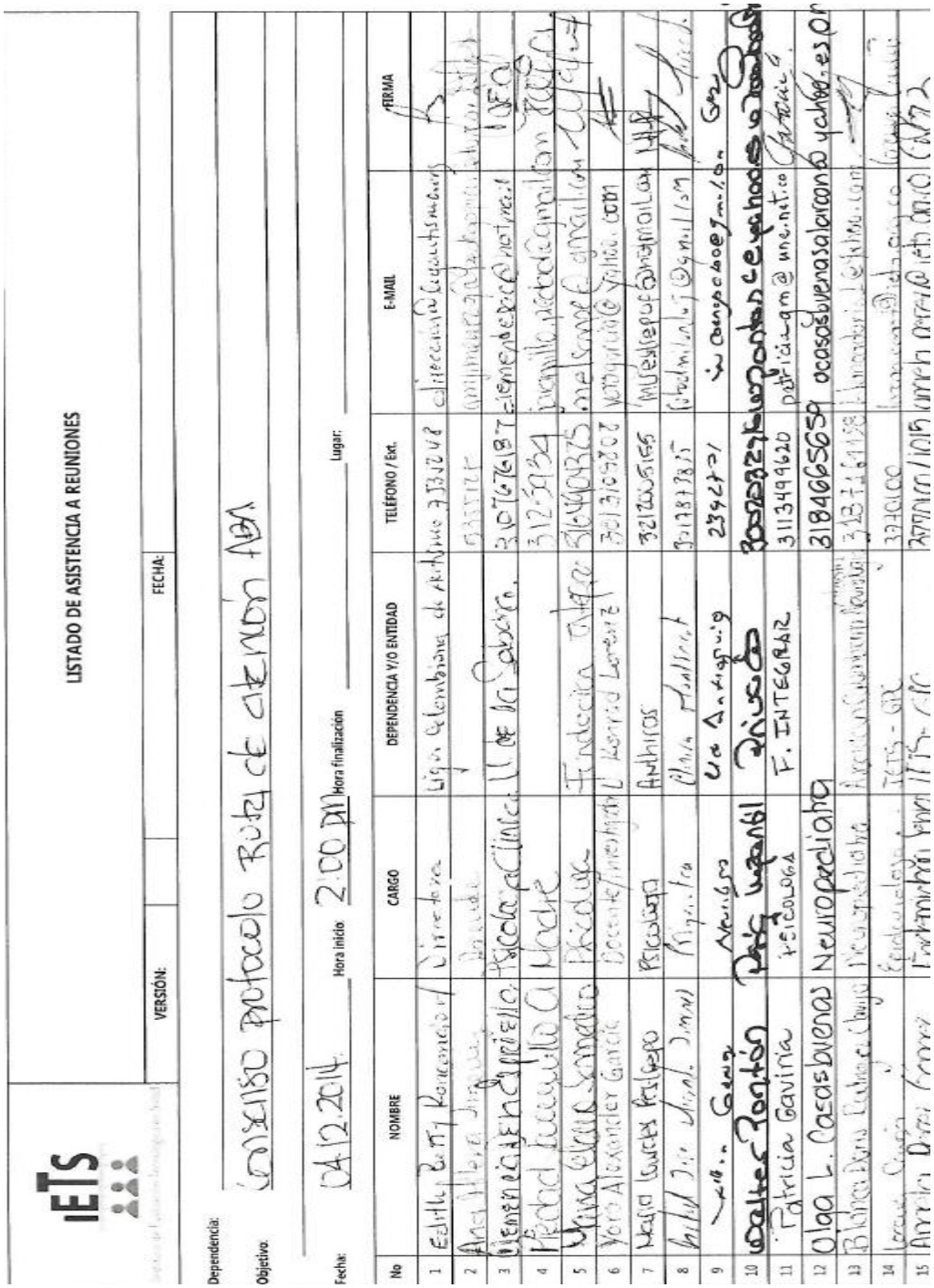
No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Alexandra Cifuentes	Asesora Medica	Departamento del Cauca	3142100 2202	acifuentes@departamento.gov.co	
2	Ana C Fernandez	Especialista	Subdirección PyP	1025	ana.fernandez@iets.org.co	
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

MINSALUD

IETS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Jueves, 4 de diciembre – Consenso de Expertos – Jornada Tarde



LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN: | FECHA:

Dependencia:

Objetivo: Consenso Protocolo Ruby de atención ARA

Fecha: 04.12.2014 Hora inicio: 2:00 PM Hora finalización: Lugar:

No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Edith Bertha Hernandez	Director	Liga Colombiana de Autismo	3133208	ciferencia@ligaautismo.org	
2	Ana Maria Jiménez	Docente			anajimenez@colegiohispanoamericano.edu.co	
3	Clemencia Arciniegas	Psicologa clinica	U. de la Sabana	3057618187	clemenciadelpilar@hotmail.com	
4	Rachel Acevedo Cl	Medico		3125934		
5	Maria Elena Sanabria	Psicologa	Fundacion Ayuda	3164043765	mariaelenasanabria@yahoo.com	
6	Vera Alexander Garcia	Docente Investigador	U. Manuela Beltran	3013165202		
7	Maria Lucia Restrepo	Psicologa	Autismo	3212005695	MLRestrepo@unicolombia.edu.co	
8	Rafael Jose Jaramillo	Psicologo	Clinica Marly	3118738317	rafaeljaramillo@gmail.com	
9	[illegible] Garay	Neurologo	Una Asistencia	2396201	[illegible]@consultoresmedicos.com	
10	Walter Ronton	Psicologo	Riscos	3008227	[illegible]	
11	Patricia Gaviria	Psicologa	F. Integrar	3113499620	patricia.gaviria@unimetro.edu.co	
12	Olga L. Casasbuenas	Neuropediatra		3184665659	ocasasbuenas@colmedicos.org	
13	Blanca Elena Cubaque	Psicopedagoga	Asociacion Nacional	3132[illegible]	[illegible]	
14	Lorena Cuervo	Fonoaudiologa	TEIS - CIC	3210000	[illegible]	
15	Ayrton David Gomez	Fisiatra	Fundacion Para [illegible]	3000000	[illegible]	

IETS

LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN:		FECHA:	

Dependencia:

Objetivo: Lanzamiento protocolo Ruta de atención DBJL

Fecha: 04.12.2014 Hora inicio: 2:00 pm Hora finalización: Lugar:

No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Alberto Pardo Rizzo	Prof Cofec	Defensoría del Pueblo	3212314968	Apardo1127@yahoo.es	
2	Alexandra Ospina Jaramillo	Médica Asesora	Defensoría del Pueblo	3153130833	dospina@defensoriacongreso.gov.co	
3	Ena C. Fernández	Especialista	IETS - Participación	6419025	ena.fernandez@iets.org.co	
4	Oscar Flórez G.	Medico Psi	INMEC	5766666	oscar.florez@inpec.gov.co	
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

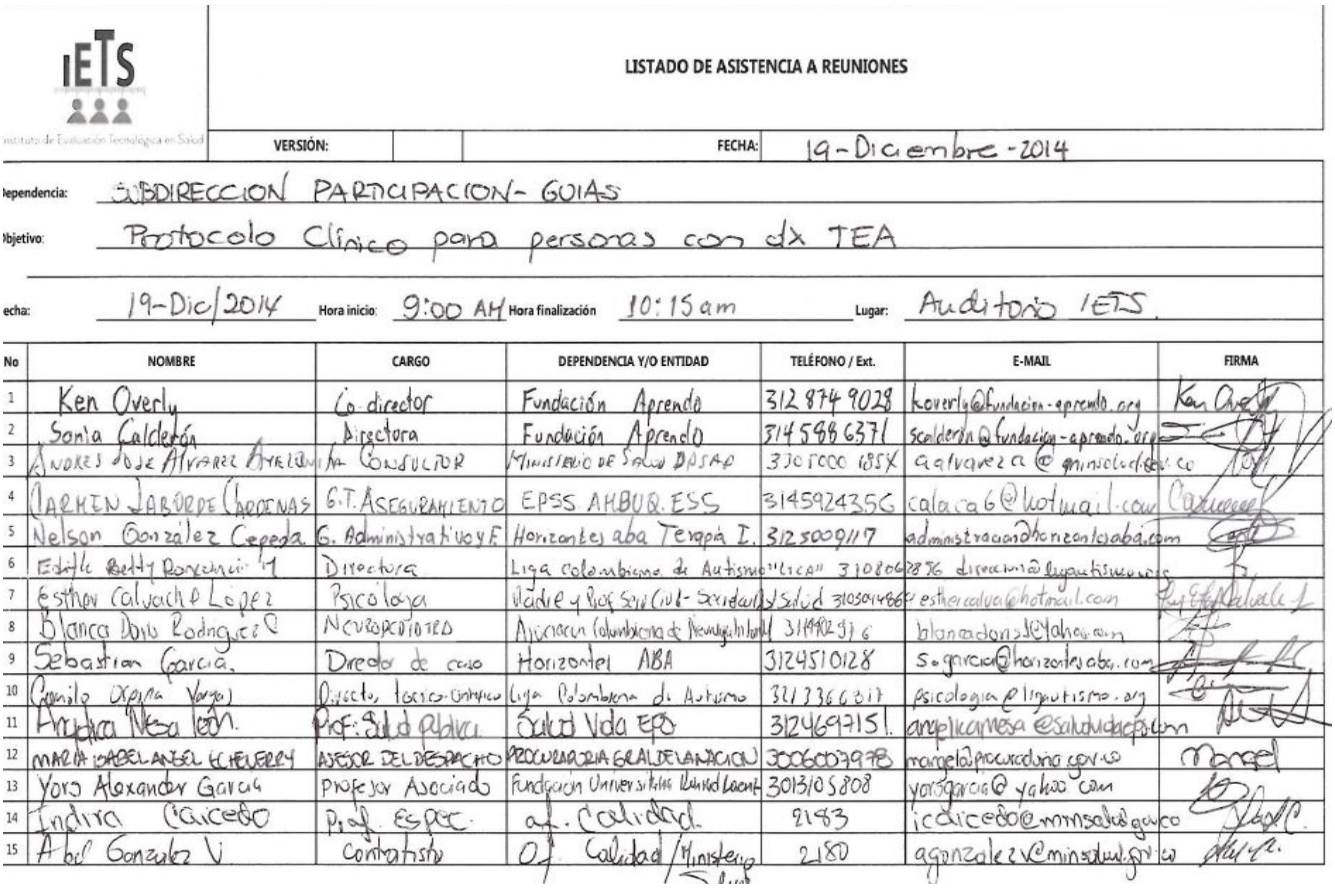
MINSALUD

IETS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Listados de asistencia

Viernes, 19 de Diciembre de 2014 – Socialización



LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN: | FECHA: 19-Diciembre-2014

Dependencia: SUBDIRECCION PARTICIPACION- GUIAS

Objetivo: Protocolo Clinico para personas con dx TEA

Fecha: 19-Dic/2014 Hora inicio: 9:00 AM Hora finalización 10:15 am Lugar: Auditorio IETS

No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	Ken Overly	Co director	Fundación Aprendo	312 874 9028	koverly@fundacion-aprendo.org	
2	Santa Calderón	Directora	Fundación Aprendo	314 588 6371	scalderon@fundacion-aprendo.org	
3	ANDRES JOSE ALVAREZ AVELEDA	CONSULTOR	MINISTERIO DE SALUD DASAP	330 5000 185X	aalvarez a @ minisalud.gov.co	
4	CARMEN JARAMILLO CARDENAS	G.T. ASEGURAMIENTO	EPSS AMBUQ. ESS	3145924356	calaca6@hotmail.com	
5	Nelson González Cepeda	G. Administrativo y F.	Horizontes aba Terapia I.	3125009117	administracion@horizontesaba.com	
6	Edith Betty Ramírez M	Directora	Liga colombiana de Autismo "LICA"	3108062836	direccion@ligautismo.org	
7	Esthev Calvache Lopez	Psicologa	Padres y Prof. Servicio - Servidor	Salud 3103014866	esthevcalvache@hotmail.com	
8	Blanca Doris Rodriguez	NEUROPSICOLOGA	Asociación Colombiana de Neuropsicología	3144826376	blancadoris1@yahoo.com	
9	Sebastian García.	Director de caso	Horizontes ABA	3124510128	s.garcia@horizontesaba.com	
10	Camilo Arana Vargas	Director técnico-científico	Liga Colombiana de Autismo	3213366217	psicologia@ligautismo.org	
11	Angelica Mesa León.	Prof: Salud Pública	Salud Vida EPS	3124697151	angelicamesa@saludvidaeps.com	
12	MARIA ISABEL ANGEL ECHEVERRY	ASESOR DEL DESPACHO	PROCURADURIA GRAL DE LA NACION	3006003978	mangel@procuraduria.gov.co	
13	Yoro Alexander García	Profesor Asociado	Fundación Universitaria Juan de Castellanos	3013105808	yorogarcia@yahoo.com	
14	Indira Cicedo	Prof. Espec.	of. Calidad.	2183	icdicedo@minsalud.gov.co	
15	Abel Gonzalez V.	contratista	Of. Calidad / Ministerio	2180	agonzalez@minsalud.gov.co	

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES

VERSIÓN: | FECHA: 19 de diciembre /2014

Dependencia: SUBDIRECCION DE PARTICIPACION – GUIAS

Objetivo: Socialización Protocolo Clínico para personas con Dx TEA

Fecha: 19-DIC-2014 Hora inicio: 9:00 am Hora finalización 10:15 am. Lugar: Auditorio IETS

No	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	TELÉFONO / Ext.	E-MAIL	FIRMA
1	ANA MARGARITA PARRA	Prof. Especializado	Ministerio de Educación	3553794735	anaparra@mineducacion.gov.	
2	Olga Casasbuenas	N-europediatra		3184665659	ocasasbuenas@yahoo.es	
3	Andrés Parra Fajardo	Psicologo	Fundación Avante	3137327704	parrafo75@hotmail.com	
4	Mario Fernando Lerma.	Presidente Asoni	Asociación Colombiana neuro infantil	3157256553	mflerma@hotmail.com	
5	FERNANDO TOVAR R.	PROF ESP.	MINSALUD	3305000 Ext 1465	ftovar@minsalud.gov.c.	
6	[illegible]	Director	Asoc. Proyecto Autismo	3046549690	proyectoautismo@hotmail	
7	Edgar Felipe Garzon Farah	Auditor Serv. De Salud	Saludvida EPS	3004355492	felipegarzon.md@gmail.com	
8	Juan Arbito	Psiquiatra infantil	Hospital de la Misericordia	3138000 ext 1410	juanes@lamisericordia.org.co	
9	Diana M. Gallego	Md Hosp Psicq	Hosp. San José	3004127735	gallodianar@gmail.com	
10	Claudia Marcela Castaño	Psicologa especialista	Ministerio de Salud	3188741577	ccastano@minsalud.gov.co	
11	[illegible]	Delegado	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	3153983928	info@terapiaocupacional.org	
12						
13						
14						
15						

Invitación Socialización



Anexo No.2 Búsqueda de guías de práctica clínica

1. Búsqueda google Scholar
    a. Términos:
    b. Autismo, trastorno autista, autism, autistic disorder
    c. Clinical practice Guideline, Guías de práctica clínica

2. Búsqueda PubMed términos
    a. child development disorders, pervasive
    b. autism
    c. autism spectrum disorders
    d. autistic disorder
    e. practice guidelines
    f. clinical practice guideline

3. Búsqueda pubmed estrategia

(((((("child development disorders, pervasive"[MeSH Terms] OR ("child"[All Fields] AND "development"[All Fields] AND "disorders"[All Fields] AND "pervasive"[All Fields]) OR "pervasive child development disorders"[All Fields] OR ("autism"[All Fields] AND "spectrum"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "autism spectrum disorders"[All Fields]) OR (("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]) AND ("Spectrum"[Journal] OR "spectrum"[All Fields] OR "IEEE Spectr"[Journal] OR "spectrum"[All Fields]))) OR (("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields]) AND ("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]))) OR (("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]))) OR (("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]))) OR (("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields]

OR "autism"[All Fields])) OR (("autistic disorder"[MeSH Terms] OR ("autistic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "autistic disorder"[All Fields] OR "autism"[All Fields]) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms])) AND ((((("practice guideline"[Publication Type] OR "practice guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "clinical practice guideline"[All Fields]) OR ("practice guideline"[Publication Type] OR "practice guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "clinical practice guidelines"[All Fields])) OR ("practice guideline"[Publication Type] OR "practice guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "practice guidelines"[All Fields])) OR (clinical[All Fields] AND ("guideline"[Publication Type] OR "guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "guidelines"[All Fields])))

Search	Add to builder	Query	Items found
#14	Add	Search **(((((((autism spectrum disorders) OR autism spectrum) OR children autism) OR therapy autism) OR autism treatment) OR treatment autism) OR autism diagnosis)) AND ((((clinical practice guideline) OR clinical practice guidelines) OR practice guidelines) OR clinical guidelines)**	206
#17	Add	Search **(((((((autism spectrum disorders) OR autism spectrum) OR children autism) OR therapy autism) OR autism treatment) OR treatment autism) OR autism diagnosis)) AND ((((clinical practice guideline) OR clinical practice guidelines) OR practice guidelines) OR clinical guidelines)** Filters: **Full text**	184
#13	Add	Search **(((clinical practice guideline) OR clinical practice guidelines) OR practice guidelines) OR clinical guidelines**	161380
#12	Add	Search **((((((autism spectrum disorders) OR autism spectrum) OR children autism) OR therapy autism) OR autism treatment) OR treatment autism) OR autism diagnosis**	27747
#11	Add	Search **clinical guidelines**	96160
#10	Add	Search **practice guidelines**	106074
#9	Add	Search **clinical practice guidelines**	102695
#8	Add	Search **clinical practice guideline**	100628
#7	Add	Search **autism diagnosis**	12716
#6	Add	Search **treatment autism**	9075
#5	Add	Search **autism treatment**	9075

Search	Add to builder	Query	Items found
#4	Add	Search **therapy autism**	7518
#3	Add	Search **children autism**	19607
#2	Add	Search **autism spectrum**	10276
#1	Add	Search **autism spectrum disorders**	23262

Identificadas: 206

Duplicados: 12

Seleccionadas por Título y Abstracts: 16

1. Búsqueda embase estrategia

Términos:

autism, autistic disorder, Clinical practice Guideline

No.	Query	Results
#7	'autism'/exp OR autism AND clinical AND practice AND guideline AND ('evidence based medicine'/de OR 'evidence based practice'/de OR 'practice guideline'/de) AND ('asperger syndrome'/de OR 'autism'/de) AND ([adolescent]/lim OR [child]/lim OR [infant]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim)	89
#6	'autism'/exp OR autism AND clinical AND practice AND guideline AND ('evidence based medicine'/de OR 'evidence based practice'/de OR 'practice guideline'/de) AND ('asperger syndrome'/de OR 'autism'/de)	262
#5	'autism'/exp OR autism AND clinical AND practice AND guideline AND ('evidence based medicine'/de OR 'evidence based practice'/de OR 'practice guideline'/de)	299

#4	'autism'/exp OR autism AND clinical AND practice AND guideline	302
#3	clinical AND practice AND guideline	129935
#1	'autism'/exp OR autism	43761

Identificadas: 89

Duplicados: 26

Seleccionadas por Título y Abstracts: 16

Organismos recopiladores de Guías

NGC, National Guideline Clearinghouse: 0

GIN (Guideline International Network): 0

Organismos que producen GPC

NZGG (New Zeland Guidelines Group): 1

NICE (National Institute for Clinical Excellence): 1

SIGN (Scottish Intercollegiate Network): 1

Guías de práctica Clínica nacionales o iberoamericanas.

Guía Salud: 1

Redsalud: 0

Cenetec: 1

Anexo No.3 tamización inicial de GPC. Herramienta No 7.

Criterios de tamización	Singapur	SIGN	NZ	NICE	Carlos III-AP	Carlos III	CENETEC	AAP 2012	NAPC	Institute, U of California Davis	European, 2013	AAP 2007
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No
¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No
¿Establece recomendaciones?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No
Año de publicación > 2004	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si

Anexo No.4 Evaluación de la calidad de las GPC. AGREE II

	Nombre de la Guía evaluada:	SIGN	NZ	#5-SIGN	CENETEC	Singapur	AAP	ESP Carlos III-AP	ESP Carlos III
		Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
	Dominio 01. Alcance y Objetivo								
1	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%	50%
2	El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).								
3	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.								
	Dominio 02. Participación de los implicados								
4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	100%	96%	100%	33%	67%	100%	67%	33%
5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).								
6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.								
	Dominio 03. Rigor en la elaboración								
7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	98%	100%	98%	35%	33%	35%	17%	33%
8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.								
9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.								
10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.								
11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.								
12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.								
13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.								
14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.								
	Dominio 04. Claridad de la presentación								
15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	100%	100%	100%	56%	72%	56%	33%	33%
16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.								
17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.								
	Dominio 05. Aplicabilidad								
18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	100%	100%	100%	38%	33%	33%	33%	33%
19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.								
20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.								
21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.								
	Dominio 06. Independencia editorial								
22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	100%	100%	100%	42%	33%	50%	100%	100%
23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.								
	Evaluación Global	Calificaci	Calificaci	Calificació	Calificación	Calificación	Calificaci	Calificación	Calificación
	Puntación global de la guía	7	7	7	4	3	4	3	3
	Recomienda esta guía para su uso	7	7	7	4	4	4	3	3

Anexo No.5 Estrategias de búsqueda efectividad y seguridad ABA en TEA

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	• **MEDLINE** • **MEDLINE In-Process &Other Non-Indexed Citations** • **MEDLINE Daily Update**
Plataforma	Ovid
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio
Estrategia de búsqueda (resultados)	1. exp autistic disorder/ (16086) 2. autistic disorder.tw. (1111) 3. (kanner$ adj5 syndrome).tw. (37) 4. (autism$ adj5 infantile).tw. (806) 5. autism$.tw. (20411) 6. (autism adj5 early adj5 infantile).tw. (183) 7. (autism adj5 spectrum adj5 disorder$).tw. (7289) 8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 (24955) 9. exp behavior therapy/ (52427) 10. behavior therapy.tw. (3033) 11. applied behavior analysis.tw. (275) 12. (conditioning adj5 therap$).tw. (827) 13. (behavior adj5 modification$).tw. (2912) 14. (therap$ adj5 behavior).tw. (5137) 15. 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (57433) 16. 8 and 15 (1068) 17. limit 16 to "reviews (maximizes specificity)" (33)

Reporte de búsqueda electrónica Núm. #2	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Base de datos	**EMBASE**
Plataforma	Elsevier
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio
Estrategia de búsqueda (resultados)	1. 'autism'/exp 37,560 2. autism:ab,ti 25,537 3. autis*:ab,ti AND (spectrum NEAR/5 disorder*):ab,ti 10,468 4. (autis* NEAR/5 early):ab,ti AND infantile:ab,ti 266 5. (autis* NEAR/5 infantile):ab,ti 10,019 6. (autistic NEAR/5 child*):ab,ti 4,144 7. (autistic NEAR/5 disorder*):ab,ti 3,209 8. child:ab,ti AND development*:ab,ti AND (disorder* NEAR/5 pervasive):ab,ti 539 9. (childhood NEAR/5 autism):ab,ti 1,059 10. (classical NEAR/5 autism):ab,ti 43 11. (kanner NEAR/5 syndrome):ab,ti 45 12. (typical NEAR/5 autism):ab,ti 272 13. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 40,046 14. 'behavior therapy'/exp 36,801 15. 'behavior therapy':ab,ti 4,591 16. (behavior NEAR/5 training):ab,ti 1,418 17. (behavior NEAR/5 treatment):ab,ti 6,830 18. (behavior* NEAR/5 therapy):ab,ti 14,587 19. (desensitization NEAR/5 psycholog*):ab,ti 25 20. eye:ab,ti AND movement:ab,ti AND (desensitization NEAR/5 reprocessing):ab,ti 345 21. (implosive NEAR/5 therapy):ab,ti 57 22. therapy:ab,ti AND (behaviortreatment NEAR/5 behavior):ab,ti 0 23. 'applied behavior analysis':ab,ti 233 24. #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 51,881 25. #13 AND #24 1,526 26. #13 AND #24 AND ([cochrane review]/lim OR [meta analysis]/lim OR [systematic review]/lim) AND [embase]/lim 18

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 3	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Bases de datos	• **Cochrane Database of Systematic Reviews** • Database of Abstracts of Reviews of Effects - **DARE**
Plataforma	Wiley
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio:revisiones sistemáticas
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 autism: ti,ab 960 #2 behavior therapy: ti,ab 19633 #3 applied behavior analysis: ti,ab 2676 #4 #1 and #4 in Cochrane Reviews (Reviews only) 64

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 4	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Bases de datos	**LILACS**
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio:
Estrategia de búsqueda (resultados)	(tw:(autism))AND (tw:(behavior therapy)) AND (instance:"regional")AND (instance:"regional")AND (db:("LILACS") AND limit:("humans"))

Anexo No.6 Estrategia de búsqueda de diagnóstico en TEA

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	• **MEDLINE** • **MEDLINE In-Process &Other Non-Indexed Citations** • **MEDLINE Daily Update**
Plataforma	Ovid
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio
Estrategia de búsqueda (resultados)	1. autistic disorder 2. autism 3. 1 OR 2 4. Diagnoses 5. 3 AND 4

Reporte de búsqueda electrónica Núm. #2	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Base de datos	**EMBASE**
Plataforma	Elsevier
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio
Estrategia de búsqueda (resultados)	1. autistic disorder 2. autism 3. 1 OR 2 4. Diagnoses 5. 3 AND 4

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 3	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Bases de datos	• **Cochrane Database of Systematic Reviews** • Database of Abstracts of Reviews of Effects - **DARE**
Plataforma	Wiley
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio:revisiones sistemáticas
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 autistic disorder #2 autism #3 1 OR 2 #4 Diagnoses #5 3 AND 4

Reporte de búsqueda electrónica Núm. # 4	
Tipo de búsqueda	Nueva / Actualización
Bases de datos	**LILACS**
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Filtro de tipo de estudio:
Estrategia de búsqueda (resultados)	(tw:(autism))AND (tw:(diagnoses)) AND (db:("LILACS") AND limit:("humans"))

Anexo No.7 Evaluación de la calidad global de la evidencia para efectividad y seguridad de ABA en TEA. Perfil GRADE

Comportamiento adaptativo

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Control	Early Intensive Behavioral Intervention				
Adaptive behavior (composite) Vineland Adaptive Behavior Scales Follow-up: 1-3 years	The mean adaptive behavior composite score in the control groups was 0.36 standard deviations lower at post-treatment compared to pre-treatment (0.78 lower to 0.05 higher)[1,2]	The mean adaptive behavior composite score in the intervention groups was 0.69 standard deviations higher (0.38 to 1.01 higher)[3]		171 (5 studies[4])	⊕⊕ low[5,6]	

*The basis for the assumed risk (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The corresponding risk (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

[1] This is a difference in standard deviations calculated for the TAU group from change scores before and after the intervention period.

[2] Relative effect for TAU calculated on pre-post change for control groups from Cohen, Howard, and Magiati studies (Remington excluded because only raw scores were reported).

[3] This is a difference between standard deviations

[4] Four CCTs and one RCT.

[5] Risk of bias assessment shows mostly equal levels of low risk and high risk. High risk items include allocation concealment, participants and personnel not being blind to treatment status, outcome assessors not being blind to treatment status, and significant differences on key variables at baseline measurement.

[6] Small number of included studies precludes our ability to examine funnel plot and thereby cannot exclude the potential of publication bias.

Tomado de: Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (TEA) (Review) Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Inteligencia

Early intensive behavioral intervention for increasing functional behaviors and skills for young children with autism spectrum disorders (TEA)						
Patient or population: Young children with TEA Settings: Home Intervention: Early intensive behavioral intervention						
Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				

	Control	Early Intensive Behavioral Intervention		
IQ Standardized tests of intelligence Follow-up: 1-3 years	The mean IQ in the control groups was 0.30 standard deviations higher at post-treatment compared to pre-treatment (0.03 lower to 0.63 higher)[1]	The mean IQ in the intervention groups was 0.76 standard deviations higher (0.4 to 1.11 higher)[2]	172 (5 studies[3])	⨁⨁ low[4,5]

*The basis for the assumed risk (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The corresponding risk (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

[1] This is a difference in standard deviations calculated for the TAU group from change scores before and after the intervention period.

[2]This is a difference between standard deviations because only raw scores were reported).

[3]Four CCTs and one RCT.

[4] Risk of bias assessment shows mostly equal levels of low risk and high risk. High risk items include allocation concealment, participants and personnel not being blind to treatment status, outcome assessors not being blind to treatment status, and significant differences on key variables at baseline measurement.

[5] Small number of included studies precludes our ability to examine funnel plot and thereby cannot exclude the potential of publication bias.

Tomado de: Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (TEA) (Review) Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Habilidades del lenguaje y comunicación

Early intensive behavioral intervention for increasing functional behaviors and skills for young children with autism spectrum disorders (TEA)

Patient or population: Young children with TEA

Settings: Home

Intervention: Early intensive behavioral intervention

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Control	Early Intensive Behavioral Intervention				

Expressive Language Reynell Follow-up: 1-3 years	The mean expressive language in the control groups was 0.14 standard deviations higher at post-treatment compared to pre-treatment (0.57 lower to 0.84 higher)1	The mean expressive language in the intervention groups was 0.50 standard deviations higher (0.05 to 0.95 higher)2	124 (4 studies3)	⨁⨁ low4,5	SMD 0.5 (0.05 to 0.95)
Receptive Language Reynell Follow-up: 1-3 years	The mean receptive language in the control groups was 0.26 standard deviations higher at post-treatment compared to pre-treatment (0.45 lower to 0.97 higher)1,6	The mean receptive language in the intervention groups was 0.57 standard deviations higher (0.2 to 0.94 higher)2	124 (4 studies3)	⨁⨁ low4,5	SMD 0.57 (0.2 to 0.94)

VABS Communication Domain Vineland Adaptive Behavior Scales Follow-up: 1-3 years	The mean VABS communication domain in the control groups was 0.05 standard deviation units lower at post-treatment compared to pretreatment (0.43 lower to 0.34 higher)1,7	The mean VABS communication domain in the intervention groups was 0.74 standard deviations higher (0.3 to 1.18 higher)2	171 (5 studies[8])	⨁⨁ low4,5	SMD 0.74 (0.3 to 1.18)

*The basis for the assumed risk (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The corresponding risk (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

[1] This is a difference in standard deviations calculated for the TAU group from change scores before and after the intervention period.

[2] This is a difference between standard deviations

[3] CCT (Cohen 2006, Howard 2005, Magiati 2007) and 1 RCT

[4]Risk of bias assessment shows mostly equal levels of low risk and high risk. High risk items include allocation concealment, participants and personnel not being blind to treatment status, outcome assessors not being blind to treatment status, and significant differences on key variables at baseline measurement.

[5] Small number of included studies precludes our ability to examine funnel plot and thereby cannot exclude the potential of publication bias.

[6] Relative effect for TAU calculated on pre-post change for control groups from Howard (Cohen and Magiati studies excluded because only raw scores were obtained or reported).

[7] Relative effect for TAU calculated on pre-post change for control groups from Cohen, Howard, and Magiati studies (Remington excluded because only raw scores were reported).

[8] Four CCTs and one RCT.

Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (TEA) (Review) Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Competencia social

Early intensive behavioral intervention for increasing functional behaviors and skills for young children with autism spectrum disorders (TEA)

Patient or population: Young children with TEA

Settings: Home

Intervention: Early intensive behavioral intervention

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Control	Early Intensive Behavioral Intervention				

VABS Socialization Domain Vineland Adaptive Behavior Scales Follow-up: 1-3 years	The mean VABS socialization domain in the control groups was 0.00 standard deviations higher at post-treatment compared to pre-treatment (0.38 lower to 0.38 higher)1,2	The mean VABS socialization domain in the intervention groups was 0.42 standard deviations higher (0.11 to 0.73 higher)3	171 (5 studies[4])	⊕⊕ low[4, 6]	SMD 0.42 (0.11 to 0.73)

*The basis for the assumed risk (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The corresponding risk (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval

GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

---

[1] This is a difference in standard deviations calculated for the TAU group from change scores before and after the intervention period.

[2] Relative effect for TAU calculated on pre-post change for control groups from Cohen, Howard, and Magiati studies (Remington excluded because only raw scores were reported).

[3] This is a difference between standard deviations

[4] Four CCTs and one RCT.

[5] Risk of bias assessment shows mostly equal levels of low risk and high risk. High risk items include allocation concealment, participants and personnel not being blind to treatment status, outcome assessors not being blind to treatment status, and significant differences on key variables at baseline measurement.

[6] Small number of included studies precludes our ability to examine funnel plot and thereby cannot exclude the potential of publication bias.

Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (TEA) (Review) Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Comparación: Terapias ABA comparado con Terapia habitual												
Referencia (No. de estudios)	Evaluación de la calidad						Resumen de los hallazgos				Calidad de la evidencia	Importancia del
							No. de eventos/No. de pacientes (%)		Efecto			
	Diseño	Limitaciones	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Intervención	Comparador	Relativo (%) [IC 95%]	Absoluto [IC 95%]		
Desplace: Lenguaje Expresivo												
Spreckley (3 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados, cuasi- experimental	SI [1]	SI [2]	NO	SI [3]		41	35	DEM 0.38 [-0.09; 0.84]		⊕⊕ Baja	
Virués (18 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados y cuasi- experimental	SI [1]	SI [4]	NO	SI [3]		311 total participantes		DEM 1.19 [0.91;1.47]		⊕⊕ Baja	

Spreckley (3 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados, cuasi- experimental	SI [1]	SI [4]	NO	SI 3		41	35	DEM 0.37 [-0.09; 0.84]		⊕⊕ Baja	
Virués (10 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados y cuasi- experimental	SI [1]	SI [4]	NO	SI [3]		164 total participantes		DEM 1.47 [0.85;2.08]		⊕⊕ Baja	
Desplace: Conducta Adaptativa												
Spreckley (3 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados, cuasi-experimental	SI [1]	SI[4]	NO	SI [3]		41	35	DEM 0.29 [-0.17; 0.74]		⊕⊕ Baja	
Virués (11 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados y cuasi- experimental	SI [1]	SI [4]	NO	SI 3		172 total participantes		DEM 1.48 [0.96;1.97]		⊕⊕ Baja	
Desplace: Conducta Adaptativa												
Spreckley (3 estudios)	Ensayos clínicos, aleatorizados, cuasi-experimental	SI [1]	SI[4]	NO	SI [3]		41	35	DEM 0.29 [-0.17; 0.74]		⊕⊕ Baja	
Virués (11 estudios)	Ensayos	SI [1]	SI [4]		SI [3]		170 total participantes		DEM 1.45		⊕⊕	

	clínicos, aleatorizados y cuasi- experimental			NO				[1.02;1.88]		Baja	
Calidadglobal											

IC: intervalo de confianza.

⊕⊕⊕⊕ Alta: es poco probable que otras investigaciones cambien nuestra confianza en el cálculo aproximado del efecto.

⊕⊕⊕Moderada: es posible que otras investigaciones tengan un impacto importante en nuestra confianza en el cálculo aproximado del efecto y que puedan cambiar el cálculo aproximado.

⊕⊕Baja: es muy probable que otras investigaciones tengan un impacto importante en nuestra confianza en el cálculo aproximado del efecto y es probable que cambien el cálculo aproximado.

⊕Muy baja: no estamos muy seguros sobre el cálculo aproximado.

[1] No es clara la generación de la secuencia de aleatorización

[2] La medición de este desenlace se emplearon diferentes escalas

[3] Los intervalos de confianza son muy amplios

[4] El I^2 de este estudio muestra una heterogeneidad moderada y Virués agrupa estudios con y sin grupo control en los desenlaces, no reporta número de eventos.

Anexo No. 8 Herramientas

Lista de signos de alarma

EDAD	SIGNOS DE ALARMA	SI	NO
6 meses	No trata de agarrar cosas que están a su alcance mirada a la madre durante la lactancia		
	No demuestra afecto por quienes le cuidan		
	No reacciona ante los sonidos a su alrededor		
	Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca		
	No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”)		
	No rota en ninguna dirección para darse vuelta		
	No se ríe ni hace sonidos de placer		
	Se ve rígido y con los músculos tensos		
	Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo		
12 meses	No gatea		
	No puede permanecer de pie con ayuda		
	No busca un objeto que se le esconde.		
	No dice palabras sencillas como “mamá” o “papá”		
	No aprende a usar gestos como saludar con la mano o mover la cabeza		
	No señala cosas		
	Pierde habilidades que había adquirido		
18 meses	No señala cosas para mostrárselas a otras personas		
	No puede caminar		
	No sabe para qué sirven las cosas familiares		
	No imita lo que hacen las demás personas		
	No aprende nuevas palabras		
	No sabe por lo menos 6 palabras		
	No se da cuenta ni parece importarle si la persona que le cuida se va a o regresa		
	Pierde habilidades que había adquirido		
2 años	No usa frases de dos palabras (por ejemplo, "mamá mía")		
	No conoce el uso de objetos cotidianos (ejm. un cepillo, el teléfono, el tenedor, o la cuchara)		
	No imita acciones o palabras		
	No sigue instrucciones simples		
	Pierde el equilibrio con frecuencia		
	Pierde habilidades que había adquirido		
3 años	Se cae mucho o tiene problemas para subir y bajar escaleras		
	Babea o no se le entiende cuando habla		
	No sabe utilizar juguetes sencillos (tableros de piezas para encajar, rompecabezas sencillos, girar una manija)		

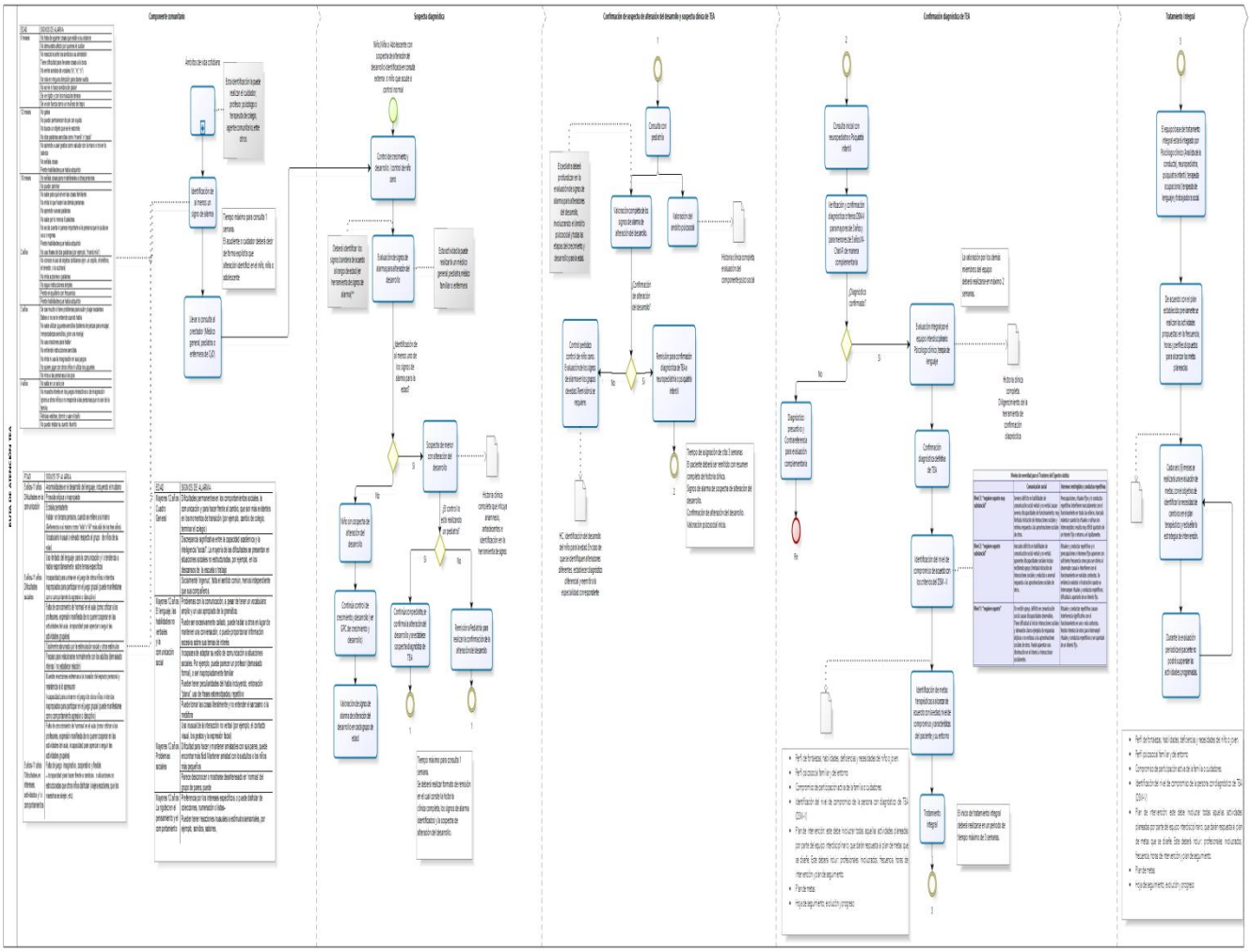
	No usa oraciones para hablar		
	No entiende instrucciones sencillas		
	No imita ni usa la imaginación en sus juegos		
	No quiere jugar con otros niños ni utiliza los juguetes		
	No mira a las personas a los ojos		
4 años	No salta en un solo pie		
	No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación		
	Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia		
	Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño		
	No puede relatar su cuento favorito		
	No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos		
	No entiende lo que quieren decir "igual" y "diferente"		
	No usa correctamente las palabras "yo" y "tú"		
	No habla claro		
	Pierde habilidades que había adquirido		
	Pierde habilidades que había adquirido		
5 años-11 años Dificultades en la comunicación, social, intereses, actividades y comportamientos	Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo		
	Prosodia atípica o inapropiada		
	Ecolalia persistente		
	Hablar en tercera persona, cuando se refiere a si mismo (Referencia a sí mismo como "ella" o "él" más allá de los tres años)		
	Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad.		
	Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos		
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)		
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)		
	Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos		
	Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos (demasiado intenso / no establece relación)		
	Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran		
	Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal (puede manifestarse como comportamiento agresivo o disruptivo)		
	Falta de conocimiento de 'normas' en el aula (como criticar a los		

	profesores, expresión manifiesta de no querer cooperar en las actividades del aula, incapacidad para apreciar o seguir las actividades grupales)		
	Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible.		
	– Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutan (viajes escolares, que los maestros se alejen, etc)		
Mayores 12 años Cuadro General, lenguaje, comunicación social, rigidez en el comportamiento y en el pensamiento	Dificultades permanentes en los comportamientos sociales, la comunicación y para hacer frente al cambio, que son más evidentes en los momentos de transición (por ejemplo, cambio de colegio, terminar el colegio)		
	Discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia "social". La mayoría de las dificultades se presentan en situaciones sociales no estructuradas, por ejemplo, en los descansos de la escuela o trabajo		
	Socialmente 'ingenuo', falta el sentido común, menos independiente que sus compañeros.		
	Problemas con la comunicación, a pesar de tener un vocabulario amplio y un uso apropiado de la gramática.		
	Puede ser excesivamente callado, puede hablar a otros en lugar de mantener una conversación, o puede proporcionar información excesiva sobre sus temas de interés		
	Incapaces de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales. Por ejemplo, puede parecer un profesor (demasiado formal), o ser inapropiadamente familiar		
	Pueden tener peculiaridades del habla incluyendo, entonación "plana", uso de frases estereotipadas, repetitivo		
	Puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o la metáfora		
	Uso inusual de la interacción no verbal (por ejemplo, el contacto visual, los gestos y la expresión facial)		
	Dificultad para hacer y mantener amistades con sus pares, puede encontrar más fácil Mantener amistad con los adultos o los niños más pequeños		
	Parecer desconocer o mostrarse desinteresado en 'normas' del grupo de pares		
	Preferencia por los intereses específicos, o puede disfrutar de colecciones, numeración o listas–		
	Pueden tener reacciones inusuales a estímulos sensoriales, por ejemplo, sonidos, sabores,		

Confirmación diagnóstico definitivo de TEA

Herramienta de confirmación diagnóstica definitiva					
Nombres			Apellidos		
Identificación			No. Historia clinica		
Fecha de nacimiento			Edad		
Regimen de afiliación			EPS		
Concepto Neuropediatra	Fecha		Concepto Psiquiatra infantil	Fecha	
Firma			Firma		
Concepto Psicólogo clínico	Fecha		Concepto Terapia de lenguaje	Fecha	
Firma			Firma		
Diagnóstico confirmado					
Plan					

Ruta de atención



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

COMANDO GENERAL
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

GRUPO DE GESTION EN SALUD

REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD

BOGOTÁ, D.C., DICIEMBRE 2012

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL



DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

BRIGADIER GENERAL ORLANDO DELGADILLO GIRALDO
DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CORONEL JUAN CARLOS VARGAS CALDERON
SUBDIRECTOR DE SALUD- DGSM

SMSM. LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
COORDINADORA GRUPO GESTION EN SALUD

PD. ANGELICA RICO GIL
GRUPO DE GESTION EN SALUD- REHABILITACION Y DISCAPACIDAD

OPS. LUCY JOHANA SALGADO SANCHEZ
FISIOTERAPEUTA DGSM

MY. SARA REYES MUÑOZ
COORDINADORA DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL BASAN –– DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ZAIRA BUITRAGO TAMY
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ALIX BAUTISTA CHACÓN
FISIOTERAPEUTA BASAN – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ASTRID AGAMEZ LEAÑO
COORDINADORA DE REHABILITACIÓN - DISAN ARC

SMSM MARIA MERCEDES MIRANDA
FISIOTERAPEUTA - DISAN FAC

REVISION

CORONEL **GINA PATRICIA CONTRERAS ORTIZ**
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

TENIENTE CORONEL **JAIME FUENTES GUEVARA**
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

DRA. **CARMEN TERESA ESQUIVIA**
JEFE DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

TE. **MARTHA ADRIANA CRESPO CARILLO**
GRUPOS SISAM- DGSM

ST. **MARIA FERNANDA ARDILA LIZARAZO**
GRUPO SALUD OPERACIONAL-DGSM

SMSM**. LAURA NOHELIA AYA GUERRERO**
GRUPO DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-DGSM

SMSM**. DENIS MARCELA RODRIGUEZ ROMERO**
GRUPO SALUD PÚBLICA - DGSM

SMSM **MARIA GLADYS QUIÑONEZ VENEGAS**
GRUPO GESTION EN SALUD - SALUD MENTAL -DGSM

SMSM **MONICA CASTILLO URREGO**
GRUPO GESTION EN SALUD - TRABAJADORA SOCIAL- DGSM

SMSM **ELIANA FLOREZ**
FISIOTERAPEUTA – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM **ADRIANA ALEGRIA**
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

OPS. **NATHALIA TORRES**
PSICOLOGA – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

OPS. **ELIZABETH GUTIERREZ**
TRABAJADORA SOCIAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM **LUZ STELLA SILVA QUINTERO**
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN ARC – CENTRO DE EVACUADOS SANIDAD NAVAL

SMSM **MARIA JOSE SALGADO LOPEZ**
PSICÓLOGA CLÍNICA– DISAN ARC – CENTRO DE EVACUADOS SANIDAD NAVAL

LECTORES EXTERNOS

MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL - OFICINA DE PROMOCION SOCIAL
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - GRUPO GESTOR DEL GSED

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN **5**
JUSTIFICACIÓN 6
MARCO DE REFRENCIA Y SITUACIONAL..... 10
METODOLOGIA 23
PLAN DE INTERVENCIÓN.....27
I LINEA DE INTERVENCIÓN-SISTEMA DE INFORMACIÓN **30**
II LINEA DE ARTICULACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN REHABILITACION... 35
I NIVEL DE ATENCIÓN..... 35
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS..... 36
RECURSO HUMANO..... 41
DOTACIÓN EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS..... 42
INFRAESTRUCTURA..... 43
GESTIÓN ADMINISTRATIVA..... 43
II NIVEL DE ATENCIÓN..... 44
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS..... 45
RECURSO HUMANO..... 51
DOTACIÓN EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS..... 53
INFRAESTRUCTURA..... 54
GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....55
III NIVEL DE ATENCIÓN.....57
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS.....57
RED DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN.....61
GEOREFERENCIACIÓN.....63
RUTAS DE ATENCIÓN..... 65
III LINEA PLAN DE CAPACITACIÓN..... **.** 83
INDICADORES..... 84
GLOSARIO..... .. 88
BIBLIOGRAFIA.....96
ANEXOS..... 97

INTRODUCCIÓN

La Fase de Rehabilitación Funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) se plantea como un eslabón fundamental dentro del Sistema de Rehabilitación Integral, el cual está conformado por un conjunto de entidades, actores, normas, principios, infraestructura, recursos y procedimientos, articulados entre sí, encaminados a brindar servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad, con énfasis en AVD (Actividades de la Vida Diaria) en donde el usuario con deficiencia y/o discapacidad recupere y desarrolle la máxima funcionalidad e independencia.

Para fundamentar la estructuración del componente de rehabilitación funcional se parte desde las directrices emitidas por la Organización Mundial de la salud a través de la Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), los lineamientos nacionales y la normatividad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, ajustados a los requerimientos de la población con discapacidad, enmarcados desde un enfoque de derechos, los cuales han enfatizado la importancia de generar servicios interdisciplinarios de rehabilitación, sin embargo se evidencia la necesidad de fortalecer el trabajo en equipo, la articulación de la red de prestación de servicios, así como ampliar el espectro de cara a un modelo de rehabilitación centrado en las posibilidades y no en las deficiencias.

En este contexto, surge la necesidad de reorientar y estructurar el proceso de rehabilitación funcional hacia un trabajo en equipo con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que permita la consecución de un objetivo común de acuerdo con las necesidades y expectativas de los usuarios con discapacidad y sus familias, logrando así, no solo el mejoramiento de las condiciones de salud sino su calidad de vida.

El presente documento expone la propuesta del componente de rehabilitación funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Su contenido está planteado en los siguientes apartados. El primero es la justificación, posteriormente se planteará el marco de referencia, seguido del marco situacional, la metodología, para así dar paso al plan de intervención en donde se desarrollará a fondo la temática a partir de tres líneas de intervención: los parámetros para el reporte y seguimiento de la información; articulación de la red de prestación de servicios en rehabilitación y el plan de capacitación en previsión, prevención, protección y manejo de la discapacidad. El documento finaliza con el glosario, que emite los conceptos básicos en el tema de rehabilitación - discapacidad, así como guías de orientación técnica básica de las principales patologías asociadas con discapacidad en el SSFM.

Palabras claves: Discapacidad, Rehabilitación funcional, Trabajo en equipo Interdisciplinario, Actividades de la vida diaria (AVD).

JUSTIFICACION

El panorama de la red de prestación de servicios en rehabilitación empezó a ser analizado a profundidad a partir del resultado obtenido en el Primer Diagnóstico Situacional de la Red de Prestación de Servicios en Rehabilitación 2010, el cual se concibió una herramienta metodológica para establecer la caracterización de la población que presenta discapacidad perteneciente al Ejército, Armada y Fuerza Aérea, así como a la descripción en la prestación de servicios de rehabilitación. Es a través del desarrollo de este ejercicio que se pudo establecer algunos hallazgos con relación a las características tanto de la oferta como a la demanda de los servicios en rehabilitación.

La caracterización de la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) con discapacidad, cuenta con unas características particulares, que difieren del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aspectos fundamentales que le dan la excepcionalidad al Subsistema, así:

La población militar corresponde al 65% del total de la población con discapacidad del SSFM, quienes presentan principalmente deficiencias producto del combate (enfrentamiento militar, accidentes por minas antipersonal/ municiones sin explotar) ó por otros accidentes, evidenciando con mayor frecuencia deficiencias de tipo motor y mental; dicha población concentra la mayor proporción de la fuerza laboral del sector que va enlazado a la productividad y posterior a la ocurrencia del evento son adultos con deficiencias y limitaciones, que salen al entorno social rehabilitados desde el ámbito funcional, pero que no cuentan con un proyecto de vida definido y que al conjugar la condición educativa, se traduce en menor posibilidad de inclusión a un medio familiar, laboral y social.

La segunda población con mayor proporción de usuarios con discapacidad es la población infantil y adolescente entre 0 y 17 años que abarcan un 25% del total de usuarios con discapacidad del SSFM, quienes presentan deficiencias de origen congénito o eventos que se presentaron en las etapas prenatales, perinatales y postnatales, debido a que muchas de estas deficiencias son producto de eventos que se pudieron prevenir temprana y adecuadamente. Lo anterior implica el fortalecimiento de las estrategias de prevención, detección temprana y atención oportuna en el proceso de gestación (control prenatal), atención adecuada en el parto, seguimiento y control a la etapa de crecimiento y desarrollo, vacunación y el diagnóstico temprano de limitaciones físicas, sensoriales y mentales para prevenir la discapacidad, de tal forma que se garantice un proceso de crecimiento y desarrollo adecuado.

Finalmente, el tercer grupo poblacional que presenta discapacidad son los usuarios adultos maduros y personas mayores que corresponde al 10% del total de usuarios con discapacidad del SSFM; fenómeno que muestra un comportamiento importante de las deficiencias, resultado de enfermedades crónicas y degenerativas (ataques cerebro vasculares, cardiopatías isquémicas, enfermedad de Alzheimer, párkinson, artritis degenerativa, entre otras) las cuales con una intervención adecuada y oportuna prevendría las complicaciones secundarias a las patologías de base

A partir de la caracterización de la población con discapacidad del SSFM se detectaron los requerimientos y demandas de dicha población, muchas de las cuales tienen su origen en las debilidades que se presentan en el proceso de prestación de servicios, que se encuentran implícitos en la descripción de los mismos y se traducen en:

1. Inconsistencias en los sistemas de información de la población con discapacidad ya que no se evidencian mecanismos de reporte, así como debilidades en la categorización de las diferentes variables, lo que conlleva a tener registros que alteran los resultados y la calidad de la información final, a esto se suma la existencia en la diversidad de conceptos y variables en el tema de rehabilitación, que generan confusión en la estandarización de directrices y lineamientos con poca claridad.

2. Los procedimientos e intervenciones en el ámbito de rehabilitación que se deben desarrollar en los diferentes niveles de atención no están parametrizados y/o estandarizados, acorde a los recursos humanos, técnicos y a la infraestructura de los ESM, lo que se traduce en que los servicios rehabilitación no se ajustan a los niveles de atención y a la demanda de la población del SSFM.

3. Los procesos de rehabilitación desarrollados a partir del modelo médico, se centran en el abordaje de la deficiencia física que consiste en la recuperación y/o habilitación de las funciones corporales, esto implica que la intervención deje por fuera la integración de las persona a su entorno social y familiar; a esto se suma la desarticulación del trabajo en equipo interdisciplinario y ausencia de mecanismos que promuevan la integración de los aspectos físicos, psicológicos, económicos y sociales. Así mismo, se evidencia que los procesos de rehabilitación son prolongados y con riesgo de generar efectos colaterales en las condiciones de salud del usuario.

4. Los programas de prevención y promoción encaminados a los usuarios que presenta alto riesgo de adquirir discapacidad, así como a la población con discapacidad, no están ajustados a las características de los grupos poblacionales y a los requerimientos por ciclos vitales. Así mismo, se hace necesario hacer mayor énfasis en los programas encaminados al entorno cercano de las personas con discapacidad (familia- cuidador) que promueva el empoderamiento del núcleo familiar mediante el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de los factores personales y nuevas alternativas de autogestión. Lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida, no solo del usuario sino de su familia.

5. En cuanto al panorama del recurso humano asistencial a nivel nacional se evidencia que el personal de planta es insuficiente en magnitud y perfiles, la mayoría corresponde a la modalidad de prestación de servicios con características propias del tipo de contratación por evento que mide la productividad por consultas o sesiones terapéuticas, generándose una alta rotación de profesionales dificultando la trazabilidad, el trabajo en equipo y la continuidad en los procesos de rehabilitación.

   Los profesionales en el ámbito de rehabilitación asumen una alta carga de funciones asistenciales y administrativas que no permite dar prioridad y continuidad a los tratamientos en rehabilitación, de igual manera, este déficit en el recurso humano impide el avance en investigación en los diferentes campos de rehabilitación de la población del SSFM. Es necesario capacitar a los profesionales para efectos del trabajo

de rehabilitación en el ámbito de sistemas de información, promoción de la salud, prevención de la discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria.

6. Carencia de una ruta de referencia y contra referencia, que guíe el proceso de rehabilitación del usuario y en donde se puedan establecer instancias de seguimiento y control en el proceso de atención de niveles de menor complejidad a mayor complejidad o a la red externa, en el ámbito de rehabilitación. De igual manera no existe seguimiento al proceso de rehabilitación posterior a la culminación de la fase aguda, es decir en el momento en que las personas con deficiencia o discapacidad regresan a sus unidades, lugares de origen o cuando son remitidos a la red externa, lo que se traduce en carencia en la gestión de caso.

7. Escasa articulación con relación al diseño y desarrollo de estrategias de prevención, detección e intervención temprana en los casos de limitaciones permanentes, entre el área de rehabilitación y las área de salud pública, salud ocupacional, salud operacional y el área de prestación de servicios de salud, desde las instancias de la Dirección General de Sanidad Militar y las Direcciones de Sanidad EJC, ARC y FAC.

8. La infraestructura física de algunos ESM requieren adecuaciones que garanticen la accesibilidad a los servicios y la prestación de los mismos con calidad acorde a la normatividad vigente. Así mismo, se deben tener en cuenta las características de la población ya que, dichas adecuaciones no solo corresponden a ámbito de infraestructura física sino al acceso de la comunicación como es el caso de la población sorda y ciega quienes requieren ayudas visuales o sonoras para acceder tanto a las instalaciones como a la información.

9. No existe un proceso estandarizado para el suministro de ayudas técnicas en los ESM al interior de las Fuerzas; se evidencia que la demanda es mayor que la oferta, sin embargo, no se puede determinar si esto es resultado del incremento de usuarios con discapacidad, de la limitación presupuestal o una inadecuada planeación de los recursos.

10. Se evidencia la necesidad de centralizar y articular las acciones, convenios interinstitucionales con diferentes entidades, empresa pública y privada, con el fin de generar alianzas estratégicas que permitan optimizar los recursos acorde a la demanda de la población y no a la oferta de las instituciones**.**

11. No se cuenta con estrategias o mecanismos para establecer el nivel de satisfacción del usuario y la percepción de calidad por parte de los usuarios de los servicios de rehabilitación, que conlleven a la retroalimentación y mejoramiento en la prestación de servicios.

A partir del planteamiento realizado en el Modelo de Rehabilitación Integral (MRI) del Ministerio de Defensa Nacional, con los componentes, definidos desde conceptos como los derechos, el proceso de rehabilitación, dis-capacidad, interacción del sujeto con el entorno, y la relación con el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se concluye que:

Derechos: Los derechos tienen una conexión directa con el proceso de rehabilitación; ya que desde esta perspectiva el SSFM debe garantizar la calidad de los servicios de salud a todos los usuarios, especialmente a la población con discapacidad, situación por la que se trabaja a diario; con el mejoramiento en la oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad.

En este mismo sentido, se requiere la implementación del enfoque presentado en el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII) del Ministerio de Defensa Nacional, que se centra en el desarrollo de la gestión de caso, la unión de esfuerzos mediante el trabajo interisciplinario de los profesionales que intervienen en el área de rehabilitación, para la generación de habilidades funcionales, desde el ámbito de la rehabilitación funcional y el empoderamiento del individuo de su propio proceso de rehabilitación.

Dis-capacidad: es la situación que surge de la relación entre sujetos con capacidades y deficiencias, y las oportunidades y restricciones existentes en el entorno, razón por lo cual al interior del SSFM se desarrollan campañas educativas y de sensibilización que buscan promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.

Relación del entorno con el individuo: Para el trabajo de este componente, en primera instancia se hace necesario empoderar al usuario con relación a su proceso de rehabilitación, para lo cual se requiere la intervención de todas las disciplinas en especial el área de psicología y trabajo social; así mismo, se requiere el trabajo de seguimiento frente al reconocimiento de las potencialidades desde las áreas físicas, comunicativas, ocupacionales y sociales, las cuales le permiten tener un mejor desempeño y relación con los diferentes entornos.

El panorama anteriormente descrito, se refuerza a partir de los planteamientos realizados en el documento Conpes 3591 de 2009, el cual estructura el Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública, y en donde se detectaron falencias equiparables a los hallazgos encontrados en el diagnóstico situacional, los cuales se convierten en puntos de partida para la generación de alternativas en el cambio de paradigma y en la forma de proyectar el tema de la discapacidad dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, partiendo de la construcción de un modelo que permita desarrollar procesos en la fase funcional de rehabilitación que estén acordes a las necesidades de la población, tomando como directrices las Políticas de Estado, que contribuyan a consolidar estrategias que direccionen el proceso de articulación sectorial en materia de discapacidad y rehabilitación.

I. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Referente normativo

La Rehabilitación se plantea como una estrategia fundamental para lograr la máxima funcionalidad e independencia de las personas con discapacidad y se convierte en una fase vital para lograr la Rehabilitación Integral, ya que dicho proceso posibilita la interacción del individuo con tres entornos vitales[1]: el microsistema, mesosistema y macrosistema, tal y como lo plantea el Modelo de Rehabilitación Integral (MRI) del Ministerio de Defensa Nacional. Desde esta perspectiva la rehabilitación trasciende el ámbito de salud e implica la participación de otros sectores que involucran la integralidad del ser.

Partiendo desde una visión holística, La clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud, constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el término de la discapacidad utilizando un lenguaje estandarizado, señala que "la discapacidad es un término genérico que incluye déficit en las funciones corporales/estructuras, limitación en la actividad y restricción en la participación"[2], integrados bajos los términos "Funcionamiento" y " discapacidad" que dependen de los aspectos negativos de la interacción del individuo con una "condición de salud"[3] y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales), esto implica que la discapacidad no es una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social. Así mismo esta clasificación sirve para la evaluación multidisciplinaria en medios clínicos y programas.

Tomando como base el planteamiento realizado por la OMS, con relación a las implicaciones que tiene el término de discapacidad y al panorama que enfrentan las personas con discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), define la "rehabilitación como un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes (…) puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o

---

[1] Microsistema: Se establece con el individuo y su ámbito más inmediato, su apariencia, su temperamento y las relaciones establecidas con su núcleo social significativo más cercano (familia, pareja, cuidador y amigos)
Mesosistema: Hace referencia a la interacción que realizan los microsistemas con la comunidad, es así como de acá nacen los procesos de trabajo, educación, salud, etc.
Macrosistema: Lo configuran los valores culturales y políticos de la sociedad, los modelos económicos y las condiciones sociales.

[2] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

[3] Es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (OMS, 2001).

para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional (…) abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional".[4]

Posteriormente, este mismo organismo, en el 2006 aprueba la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual se convierte en un instrumento para la consolidación de la promoción y protección de los derechos humanos de dicha población, así mismo es un recurso para la equiparación de oportunidades, en los contextos civil, político, económico, social y cultural hacía la población de personas con discapacidad, la cual "incluye a aquellas que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a 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".[5]

El proceso de ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se inició el 13 de diciembre de 2006, cuando fue aprobado el contenido de la Convención por parte de Asamblea General de Naciones Unidas, en la ciudad de Nueva York, y posterior a su aprobación, se inició el proceso de ratificación por parte de los 192 países miembros; finalmente, el 3 de mayo de 2008, la convención y su protocolo facultativo entró en vigor cuando fue ratificado por parte de 20 naciones. El proceso de ratificación implica que la nación acepta los requerimientos jurídicos, y posterior a la entrada en vigor, adoptará la normatividad para llevarla a cabo y dar cumplimiento a los compromisos. Colombia, sancionó la Ley 1346 en Julio de 2009, la cual aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otra parte, el Gobierno Nacional, desde el Plan de Salud Pública orienta los esfuerzos a prevenir las principales causas de discapacidad en la población colombiana, con acciones tendientes a disminuir la violencia y promover la resolución pacífica de conflictos; reducir los accidentes de tránsito; evitar o detectar tempranamente la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el embarazo, en el recién nacido y en los menores de 5 años, con estrategias como: vacunación, control prenatal, control de desarrollo y crecimiento, tamizajes para la detección de hipotiroidismo, alteraciones visuales, auditivas y nutricionales (Resolución 412 de 2000: guías y normas revisadas y actualizadas en el año 2007).

El Plan Nacional de Salud Pública, propone una articulación de enfoques para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas y en especial aquellas con discapacidad. Estos son enfoques poblacionales, intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general, están direccionadas a modificar los riesgos en cada uno de los momentos del ciclo vital; mientras que el enfoque de determinantes, está encaminado a intervenir los factores de riesgo ambiental, del comportamiento humano, de la herencia y de la respuesta de los servicios de salud, que sean modificables; por su parte, el enfoque de gestión social del riesgo busca disminuir riesgos en poblaciones específicas.

Igualmente, en el marco de las políticas nacionales se promueve la Ley 361 de 1997, por medio de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación, se emiten lineamientos para llevar a cabo estrategias desde la prevención, la educación, la rehabilitación, integración laboral, bienestar social, accesibilidad, eliminación de barreras arquitectónicas entre otros.

[4] ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 48/96. 1994.

[5] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006

En el año 2003, se da a conocer el Documento Conpes 80, el cual somete a consideración del Consejo Superior de Política Económica y Social, la política pública de discapacidad y las responsabilidad para llevarse a cabo en el marco del Plan de Desarrollo 2003-2006, de esta forma se pone de manifiesto las instancias a nivel nacional y las respectivas competencias, que posibilite la participación de las personas con discapacidad y facilite la ejecución de su derechos como ciudadanos.

El Ministerio de Protección Social en el año 2004 expide los Lineamientos de política de habilitación y Rehabilitación integral para la atención en salud de las personas con discapacidad y sus familias, tiene como objetivos generales la Promoción de los derechos de las personas con discapacidad, la Prevención de la discapacidad y la restitución de habilidades y capacidades para la autonomía funcional y social de las personas con discapacidades permanentes o temporales.

Asimismo, en el marco de la Ley 1145 de 2007, se organiza el Sistema de Nacional de Discapacidad, como el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los mecanismos para la participación de las personas con discapacidad, igualmente se ponen de manifiesto todas las instancias organismos y responsabilidades, para la implementación de estrategias en el orden nacional, departamental y municipal.

Por otra parte, el tema de la discapacidad ha cobrado gran importancia en el Sector Defensa, debido al impacto que ha desencadenado en la población Militar y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), razón por lo cual se estructuró el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional con Ley 352 de 1997 y el Decreto 1795 del 2000 cuyo objeto es “Prestar el Servicio de Sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio Policial como parte de su logística Militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios”.

La organización del área de Rehabilitación en el SSFM se remonta a la Directiva Permanente No. 0111110 de 2005, la cual crea y pone en funcionamiento las Unidades de Rehabilitación Integral de Sanidad Militar (URIS), las cuales tienen como objeto, establecer el perfil vocacional para el personal activo (militar y civil del Decreto 1214 de 1990) del Ministerio de Defensa Nacional y Fuerzas Militares con discapacidad, y se estructuraron a nivel central (Bogotá) y por regionales (Cali, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio y Cartagena).

Para dar respuesta a la gran demanda de los servicios en rehabilitación, por parte de la población del personal activo, los beneficiarios y pensionados, se amplío el espectro frente a la reorganización de los ESM que prestan servicios de rehabilitación con el fin, de potencializar y fortalecer los Establecimientos mediante la estructuración y desarrollo de los niveles de atención en Rehabilitación Funcional. La creación de dichos niveles se reglamenta a partir de las Directivas Permanentes 141764 y 141765 CGFM-DGSM-SS-GPES-RHD del 04-DIC/2009, mediante las cuales se modifica el alcance de la Directiva Permanente No. 0111110 de 2005, se reorganiza y re estructuran las acciones en Rehabilitación Funcional desde los niveles de rehabilitación I y II de los ESM.

Sin embargo, debido al impacto que genera la discapacidad en el personal activo de las Fuerzas Militares, como consecuencia del aumento progresivo en el número de heridos por accidentes con armas de fuego y las minas antipersonal, se evidenció la necesidad fortalecer la visión de la rehabilitación, la cual debe trascender

del reconocimiento de una deficiencia física que debe ser rehabilitada, hacia las características particulares del individuo, sus capacidades, su entorno familiar y social.

Por lo anterior y dando respuesta al panorama planteado, la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, con la participación de otras entidades a nivel nacional, estructuran el Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública, mediante el documento CONPES 3591/2009, el cual se define como "un conjunto organizado de reglas, principios, infraestructura y recursos articulados entre si y jerarquizados para el cumplimiento de un objetivo común (…) el cual exige la generación de redes para su operación"[6]. La apuesta del Sistema de Rehabilitación Integral está proyectado a consolidarse como un "sistema de protección social, que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y el ingreso de los hogares de las personas con discapacidad, provenientes de la Fuerza Pública."[7].

El Congreso de la República expide la Ley 1471 de 2011 por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalente en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y el personal no uniformado de la Policía Nacional, que comprende la fase de rehabilitación funcional así como la fase de inclusión, que serán realizables a partir de los elementos terapéuticos, educativos y de gestión.

El Modelo de Rehabilitación Integral, contempla dos fases que son complementarias e integradas es decir que las dos conllevan a la inclusión social: la primera fase denominada Fase Funcional, que consiste en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento funcional, la segunda fase denominada Fase de Inclusión la cual se centra en la creación de mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral.

En este marco de referencia, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en su propósito misional por garantizar el aseguramiento para la cobertura de servicios en salud integral a todos los usuarios del Subsistema, expide el Plan de Desarrollo 2011-2014, el cual contempla cuatro objetivos estratégicos encaminados al mejoramiento de los servicios de salud, dentro de los cuales se encuentra la "consolidación de la salud Militar" encaminado a implementar una doctrina unificada en el ámbito de salud operacional, tomando como base las mejores experiencias y prácticas desarrolladas desde la caracterización operacional de cada Fuerza. A partir del desglose de este objetivo estratégico se deriva la línea estratégica **fortalecimiento de la fase de rehabilitación funcional**, la cual busca fortalecer el proceso de rehabilitación mediante acciones desde la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad, el fortalecimiento del abordaje asistencial, así como el mejoramiento de las condiciones de vida desde la perspectiva de salud de la población con discapacidad perteneciente al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de los diferentes ciclos vitales.

El proyecto del fortalecimiento de la fase funcional del Sistema de Rehabilitación Integral contiene un componente importante con relación a la consolidación de la salud militar pero adicionalmente se complementa con la línea estratégica de ordenamiento de la red prestadora de servicios de salud, la cual está encaminada a la reorganización de los Establecimientos de Sanidad Militar acorde a los niveles de complejidad, cumpliendo las condiciones técnico-científicas y el trabajo en equipo, lo que permitirá garantizar la prestación de servicios

[6] CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL. Departamento Nacional de Planeación. Conpes 3591 de 2009. Bogotá. 2009. p 9.

[7] Ibid

de salud, específicamente de rehabilitación con calidad a toda la población de usuarios del Subsistema de Salud.

Todo lo planteado anteriormente con relación a las competencia de la Fase de Rehabilitación Funcional está liderado por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, y actualmente, cuenta con una infraestructura de 169 Establecimientos de Sanidad Militar, encargados de prestar servicios de salud a los segmentos poblacionales asignados a su jurisdicción, personal adicional, temporal y agregado, de acuerdo con los niveles de atención[8]. De la totalidad de dichos establecimientos, 6[9] prestan servicio de rehabilitación funcional correspondientes al segundo nivel de atención y los establecimientos restantes enfocan su atención básica en promoción y prevención de la salud, en donde se requiere fortalecer las estrategias encaminadas a la población con discapacidad del SSFM.

1.2 Enfoque gestión de riesgo

El enfoque moderador de riesgo aplicado en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, trabajado en el documento Plan de Desarrollo 2011-2014, plantea 3 ejes de acción, para el mejoramiento de los procesos así:

a. La atención con enfoque a poblaciones de riesgo o grupos vulnerables
b. Planeación de servicios con Enfoque al Riesgo Salud General
c. Planeación de servicios con enfoque al Riesgo en Sanidad Operacional, línea en la que se contempla la rehabilitación.

El direccionamiento del enfoque moderador de riesgo trasciende a la superación en la materialización del riesgo, dando prioridad al estudio de las características de la población, específicamente en el ámbito de rehabilitación, se refleja en la identificación de la población situada en los diferentes ciclos vitales y grupos poblacionales característicos del Subsistema, que aun no han adquirido una condición de discapacidad, desde esta perspectiva pueden ser intervenidas oportunamente por ser una población que puede presentar o no limitaciones que a través de estrategias de previsión, prevención y promoción se pueden intervenir previa a una condición de discapacidad, este proceso busca integrar las áreas de salud publica, salud operacional y ocupacional, entre otras.

1.3 Modelo de Rehabilitación Integral

El modelo de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública emite los lineamientos conceptuales para el diseño de estrategias que garanticen llegar al fin último, que es la inclusión de la población con discapacidad en los diversos entornos en los que se desempeña.

La interacción del individuo por los diferentes entornos se lleva a cabo a partir de tres tipos de sistemas:

- Microsistema: visto éste como el conjunto de aspectos relacionados con individuo y su ámbito inmediato (familia).

[8] Nivel I de atención: consultorio, enfermería – dispensario
Nivel II de atención: hospitales regionales
Nivel III de atención: hospitales de referencia
Nivel IV de atención: hospitales de alta complejidad
[9] Estos establecimientos se encuentran ubicados en Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio y Cartagena

- Mesosistema: se centra en aquellos factores que surgen a partir de la comunidad y con los cuales el individuo se relaciona.
- Macrosistema: definido desde los factores sociales con los cuales el individuo tiene interacción desde el entorno social, económico y político.

Así mismo, estos conceptos están íntimamente relacionados con tres realidades que se conjugan con el núcleo del Modelo, representado por el individuo, visto este como el sujeto protagonista y co-responsable del proceso de rehabilitación. Dichas realidades vistas desde la mirada del Modelo se conciben como:

- Proceso de rehabilitación: como "la suma de acciones y procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales para el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de los sujetos al medio familiar, social y ocupacional; articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, que desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollando recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional."[10] Lo anterior, es realizable a partir de tres tipos de elementos fundamentales:

  Terapéuticos: Estrategias e intervenciones encaminadas a brindar abordaje terapéutico (habilitador-rehabilitador) a la población que presenta deficiencias o disfuncionalidades, tendientes a potencializar las capacidades del individuo y lograr la máxima independencia posible. Los elementos terapéuticos se desarrollan con mayor énfasis en la fase de rehabilitación funcional, en la que se cuenta con la participación de diferentes profesionales pertenecientes al área de rehabilitación y en donde se obtienen productos contundentes de mejoramiento en la funcionalidad e independencia del sujeto pertinentes para generar procesos de inclusión social.

  Educativos, formativos: Estrategias encaminadas a la generación de habilidades y al fortalecimiento de capacidades que conducen al fomento de aprendizajes para el individuo, que facilitan la apropiación de conocimientos en la interacción con el entorno y los resultados obtenidos se reflejan en el meso sistema.

  Gestión: Se definen como todas aquellas intervenciones encaminadas a propiciar un cambio en la forma de asumir el proceso de rehabilitación por parte del individuo y su entorno. Están directamente relacionados con el fortalecimiento de los factores personales que generan una nueva percepción frente al papel fundamental que tiene la persona con discapacidad en su proceso de rehabilitación.

  El equipo interdisciplinario cumple una misión relevante, ya que la implementación de dichos elementos requieren de una visión individualizada, la cual hace referencia a la coordinación integral de la atención, con unos profesionales de referencia y una red de relación e intervención entre los profesionales y los aliados estratégicos hacia un objetivo común, mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.

[10] MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las Personas con discapacidad. 2004

- Dis-capacidad: desde la mirada del Modelo de Rehabilitación Integral, la Dis-capacidad es vista como "una situación que surge de la relación entre sujetos con capacidades y deficiencias, y las oportunidades y restricciones existentes en el entorno".[11] Este concepto implica una relación directa y proporcional entre el individuo y el entorno cuando se habla de discapacidad, lo que implica que una condición de discapacidad no recae únicamente en el individuo sino que hace responsable al contexto. Esa relación puede darse en términos positivos o negativos en la medida que tanto el individuo como el entorno sean generadores o restrictores de nuevos espacios de inclusión.

- Derechos: Los derechos son vistos como "las demandas de libertades, facultades o prestaciones, directamente vinculadas con la dignidad y el valor intrínseco de todo ser humano, reconocidas como legítimas por toda la comunidad internacional- por ser congruentes con los principios éticos-políticos ampliamente compartidos- y por eso consideradas merecedoras de protección jurídica en la esfera interna y en el plano internacional".[12]

1.4 Entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria

El objetivo de cualquier programa de rehabilitación es mejorar o potencializar la funcionalidad, independencia y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria AVD (básicas e instrumentales) de la personas con discapacidad, en los diferentes contextos en que se desempeñe, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Las Actividades de la Vida Diaria[13] incluyen las tareas que una persona regularmente hace para participar en sus diferentes roles sociales; Se incluye el desempeño en actividades de autocuidado, trabajo, tareas del hogar, ocio y tiempo libre.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son sinónimo de autocuidado, por lo tanto estas incluyen: higiene personal, vestido y desvestido, alimentación, traslado de cama a silla y viceversa, control de esfínteres, desplazamiento del entorno.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se refieren a tareas que van más allá del autocuidado e indican la capacidad del individuo para vivir con autosuficiencia en su entorno habitual, tales como: realizar quehaceres de la casa, ingesta de medicamentos, compra de alimentos o ropa, uso del teléfono, manejo del dinero, uso de la tecnología, entre otros

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) están relacionadas con el estilo de vida del sujeto, y son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles de: ocio y tiempo libre, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes

Las AVD deben ser evaluadas y entrenadas durante todo el proceso de rehabilitación, razón por lo cuál al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se ha dado especial énfasis a las AVD como la clave para realizar el trabajo del equipo interdisciplinario en rehabilitación, establecer un lenguaje común entre los profesionales, plantear unos objetivos consensuados entre los profesionales , el usuario y su familia, así como generar adherencia a los tratamientos y evaluar la efectividad de los procesos de rehabilitación.

[11] Ibidem
[12] ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA.Documento de trabajo sobre Derechos Humanos, Política Pública Distrital de Discapacidad. Decreto 470 de 2007
[13] MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL IDEAL "JULIO H. CALONJE" - CALI 2012

II. REFERENTE SITUACIONAL

El panorama de la discapacidad en el SSFM en términos cuantitativos se puede definir a partir del trabajo realizado en el Primer diagnóstico situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación realizado en el 2010, en donde se refleja un ejercicio de acercamiento a la caracterización de las condiciones de la población con discapacidad.

La incidencia de usuarios del SSFM con corte 2011 corresponde a 631.850 usuarios y el número de personas reportadas con discapacidad es de 2.911 usuarios, lo que equivale a tener 4.6 usuarios por 1.000 habitantes.

Por otra parte, desde el contexto nacional y tomando como base el Censo general de 2005, la tasa de deficiencias permanentes en Colombia se centró alrededor de 629 personas por 10.000 habitantes, con una prevalencia de 6,3% personas con algún tipo de limitación, lo que traduce la identificación de 2.651.701 personas con por lo menos una limitación.

Tabla 1. Discapacidad por tipo de afiliación

TIPO DE VINCULACIÓN	CENSO	*PCD	%	Tasa por mil
** COTIZANTES	221.281	1748	60	7.8
*** NO COTIZANTES	109.825	174	6	1.6
**** BENEFICIARIOS	300.744	989	34	3.4
TOTAL	631.850	2911	100	4.6

Fuente: Reporte 2011 – Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC-HOMIC)- GAVD DGSM

*PCD: Persona con discapacidad
** Cotizantes: Usuarios de los servicios del Subsistema, con capacidad de pago, que se encuentra con estatus de miembros de las Fuerzas Militares en servicio activo, miembros de las Fuerzas Militares en goce de asignacón de retiro o pensión, personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, soldados voluntarios, entre otros.
*** No Cotizantes: Se consideran como no cotizantes a los Soldados campesinos, soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación.
**** Beneficiarios: Usuarios de los servicios del Subsistema de Salud, que no hacen aporte de cotización, dependen del aporte del cotizante y son afiliados a partir del grado de parentesco y/o dependencia económica (cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado, los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del limite de edad de cobertura).

La tabla 1 evidencia que el 60% de personas con discapacidad en el SSFM son cotizantes, mientras que el 34% son beneficiarios. Es decir que 8 de cada mil usuarios cotizantes tienen discapacidad, dicha población se caracteriza por ser integrantes de las Fuerzas Militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) en servicio activo o miembros de las Fuerzas en goce de asignación de retiro o pensión. Debido a las características de la labor desarrollada por esta población, el riesgo de adquirir una condición de discapacidad es mayor, frente al riesgo

de las otras poblaciones relacionadas en la tabla; mientras que en la población de beneficiarios existen 3 de cada mil usuarios beneficiarios con discapacidad, lo que indica que el riesgo para la población de cotizantes es mayor que para los usuarios no cotizantes o beneficiarios.

Frente a la relación de la población por Fuerzas, la mayor cuota la aporta Ejército Nacional con 75% de la población con discapacidad, mientras que Armada Nacional presenta un 18%, y Fuerza Aérea un 7% del total de personas con discapacidad del SSFM.

En el Ejercito la población con mayor proporción de discapacidad es la de cotizantes con un 69%, seguido por la población de beneficiarios con un 23%; mientras que Armada concentra su mayor proporción de personas con discapacidad en la población de beneficiarios con un 56%, seguido de los usuarios cotizantes con un 29% y finalmente, Fuerza Aérea que cuenta con un 86% de beneficiarios con discapacidad y 14% de cotizantes.

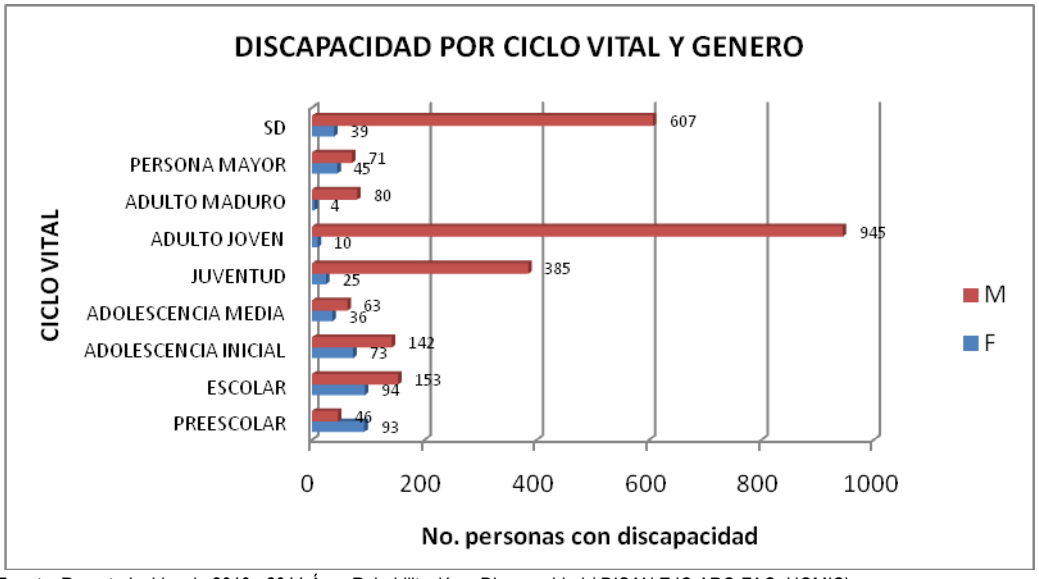
Tabla 2. Discapacidad por grado en el SSFM

GRADOS	CENSO	PCD	%	Tasa por mil
OFICIALES	13608	58	3	4.2
SUBOFICIALES	42451	282	14,7	6.6
SOLDADOS	191256	1582	82,3	8.2
TOTAL	247715	1822	100	7.3

Fuente: Reporte Incidencia 2010-2011 – Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC-HOMIC)- GAVD DGSM

La tabla 2 presenta la distribución de la discapacidad en la población del personal militar, en donde el 82% lo componen los soldados, mientras que 15% son suboficiales y el 3% son oficiales. De tal forma que, por cada mil soldados 8 presentan discapacidad, población que presenta mayor riesgo de adquirir una condición de discapacidad en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el teatro de operaciones (accidentes por minas antipersonal/ municiones sin explotar y armas de fuego), accidentes de trabajo y accidentes de tránsito, así mismo son quienes concentran la mayor proporción de fuerza laboral del sector y que va enlazado a la productividad del sector Defensa. Por cada 1000 suboficiales, 6 presentan discapacidad y 4 por cada mil oficiales adquieren una discapacidad.

Gráfica 1. Discapacidad por ciclo vital y género



Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

El gráfico 1 muestra la distribución por género y ciclo vital, en donde la mayor proporción de deficiencias permanentes se presenta en el grupo de hombres en los ciclos vitales adultos jóvenes con un 33% y juventud que abarca un 14% del total de personas con discapacidad, los cuales en la mayoría de casos esta representando al personal militar activo. Con relación a la población de mujeres con discapacidad en el SSFM, se evidencia una baja prevalencia en dicha población, la cual abarca un 33% del total de la población con discapacidad. La presencia de deficiencias que desencadenan discapacidad, es baja en los diferentes ciclos vitales del género femenino comparado con el porcentaje del género masculino, este último aporta un 67%. El ciclo vital que presenta mayor frecuencia de discapacidad en el género femenino es el pre y escolar con un 44% del total de personas con discapacidad.

Se lleva a cabo un análisis por similitud en la caracterización de las edades, por lo que se agrupan los ciclos vitales por cohortes, para tener grupos más homogéneos, de lo cual se obtienen los siguientes resultados: En el género masculino la cohorte representada por los ciclos vitales pre-escolar, escolar, adolescencia inicial y adolescencia media equivale a un 16% del total de personas con discapacidad; la cohorte conformada por los ciclos vitales de juventud y adulto joven representa un 53% y finalmente la cohorte de adulto maduro y persona mayor representa un 6%.

En género femenino la cohorte representada por los ciclos pre-escolar, escolar, adolescencia inicial y adolescencia media equivale a un 71% del total de personas con discapacidad; la cohorte conformada por los ciclos vitales de juventud y adulto joven representa un 8% y finalmente la cohorte de adulto maduro y persona mayor representa un 12%.

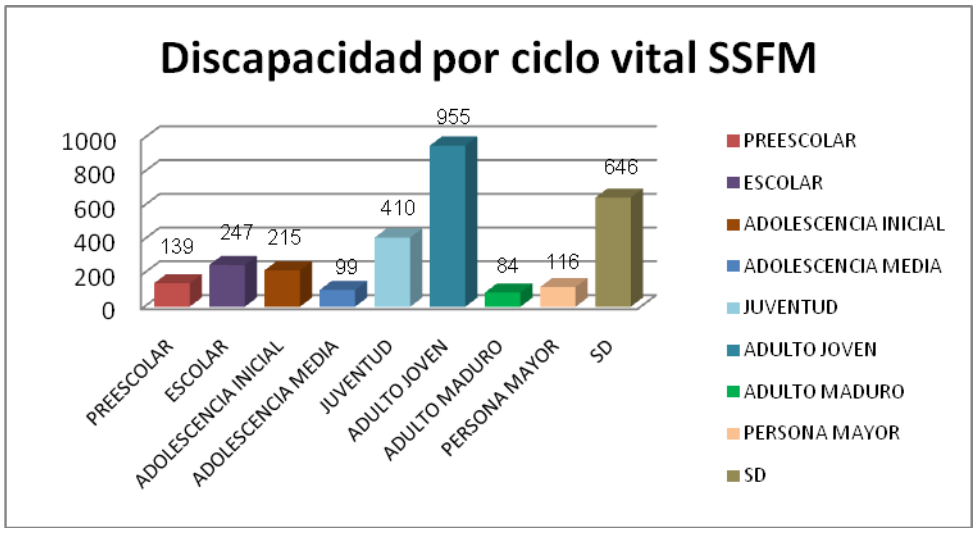
Desde la perspectiva de la población por Fuerzas se evidenció que Ejército cuenta con 2183 personas con discapacidad (75%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 2183 personas con discapacidad de Ejército 349 pertenecen a la cohorte de prescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 16%, en esta cohorte 157 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 1135 personas que equivale al 52% del total de personas con discapacidad el Ejército, de las cuales 1112 son hombres. Y

finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 175 personas correspondiente al 8% del total de personas con discapacidad del Ejército, de las cuales 129 son hombres.

Por su parte Armada cuenta con 524 personas con discapacidad (18%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 524 personas con discapacidad de Armada Nacional 257 pertenecen a la cohorte de prescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 49%, en esta cohorte 185 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 183 personas que equivale al 35% del total de personas con discapacidad de la Armada Nacional, de las cuales 175 son hombres. Y finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 26 personas correspondiente al 5% del total de personas con discapacidad de la Armada, de las cuales 23 son hombres.

Finalmente, Fuerza Aérea cuenta con 204 personas con discapacidad (7%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 204 personas con discapacidad de Fuerza Aérea 164 pertenecen a la cohorte de prescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 80%, en esta cohorte 98 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 14 personas que equivale al 7% del total de personas con discapacidad de la Fuerza Aérea, de las cuales 11 son hombres. Y finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 12 personas correspondiente al 6% del total de personas con discapacidad de La Fuerza Aérea, de las cuales 10 son hombres.

Gráfica 2. Discapacidad por ciclo vital SSFM



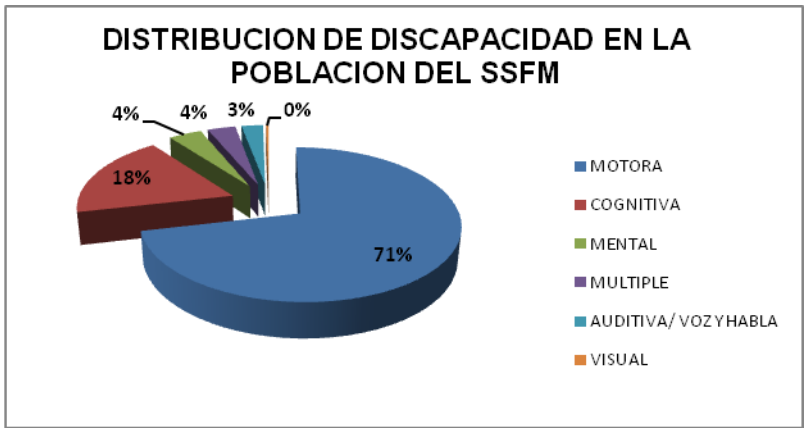
Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

La gráfica 2 evidencia, que la cohorte constituida por las poblaciones de preescolares, escolares, adolescentes iniciales y medio con discapacidad abarca un 24% del total de personas con discapacidad del SSFM.

Así mismo, la cohorte representada con los jóvenes y adultos jóvenes con discapacidad en edades productivas, representan un 47% del total de personas con discapacidad. Es de vital importancia mencionar que la población que reporta "**sin dato**", es personal militar que se encuentra en esta

cohorte (ciclos vitales juventud o adulto joven) y el cual representa el 21%. Mientras que la cohorte conformada por adulto maduro y personal mayor representan un 7% del total de la población con discapacidad.

Gráfico 3. Distribución de la discapacidad en el SSFM



Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC)

Tabla 5. Tipo de discapacidad por ciclo vital

TIPO DE DISCAPACIDAD	AUDITIVA/VOZ Y HABLA	COGNITIVA	MENTAL	MOTORA	MULTIPLE	VISUAL	TOTAL GENERAL
PRESCOLAR	19	53	0	42	23	0	137
ESCOLAR	20	144	5	52	30	0	251
ADOLESC INCIAL	7	171	3	21	8	0	210
ADOLESC MEDIA	8	69	5	10	4	0	96
JUVENTUD	11	21	31	332	5	1	401
ADULTO JOVEN	4	6	29	914	3	4	960
ADULTO MADURO	0	5	1	83	0	1	90
PERSONA MAYOR	0	0	28	84	13	0	125
SD	7	64	14	*540	13	3	641
TOTAL	**76**	**533**	**116**	**2078**	**99**	**9**	**2911**

Fuente: Reporte Incidencia 2010 -2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

* Los 2078 usuarios del SSFM que se reportan "sin dato" en la discapacidad tipo motora, es personal militar, el cual se encuentra enmarcado en la cohorte de juventud y adulto joven, sin tener el datos exacto de la edad, información que se puede verificar en la base de datos, que soporta el presente diagnóstico situacional.

Niños y adolescentes

La tabla 5 muestra que del total de niños y adolescentes con discapacidad del SSFM, equivalente a 694 usuarios que conforman la cohorte de escolares, pre-escolares, adolescentes iniciales y medios, el 63% presenta discapacidad de tipo cognitiva, lo que equivale a 437 casos. Los diagnósticos más frecuentes son el retraso mental con un 32%, síndrome de down con 17% y autismo con un 10%.

En ese orden de ideas, el siguiente tipo de discapacidad más frecuente en la población de la cohorte de escolares, prescolares, adolescentes iniciales y medios es el tipo motor con un 20% del total de niños y adolescentes con discapacidad del SSFM, que corresponde a 125 casos. El diagnóstico más frecuente en este tipo de discapacidad es la Insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC) con un 72% de los casos de tipo motor. En orden de frecuencias por tipo de discapacidad se encuentra la múltiple con un 10% (65 casos); la

auditiva voz y habla con un 8% (54 casos); la mental con un 2% (13 casos) y la visual que no presenta casos relacionados.

Jóvenes y adultos jóvenes

Del total de jóvenes con discapacidad del SSFM, equivalente a 1361 usuarios que conforman la cohorte de jóvenes y adultos jóvenes, el 91% presenta discapacidad de tipo motora, lo que equivale a 1246 casos. Los diagnóstico más frecuentes son las lesiones traumáticas que desencadenan amputaciones en un 91% del total usuarios que presentan discapacidad de tipo motora, la segunda causa en diagnósticos que conllevan a adquirir una condición de discapacidad de tipo motor, dentro de las que se encuentra el trauma raquimedular y el trauma creneoencefálico con un 7% del total de casos dentro de jóvenes con discapacidad motora.

Por otra parte, del total de usuarios pertenecientes a la cohorte de jóvenes y adultos jóvenes con discapacidad del SSFM, el 4% presenta discapacidad de tipo mental lo que equivale a 60 casos.

Los diagnósticos más frecuentes de discapacidad mental en la población de jóvenes y adultos jóvenes son los trastornos depresivos entre moderado y grave con 32% de total de casos de jóvenes con discapacidad mental, el 15% presenta trastorno bipolar y finalmente el 11% presentan trastorno esquizofrénico.

Otros tipos de discapacidad que se presentan en la población de jóvenes y adultos jóvenes en menor proporción son: la discapacidad de tipo cognitiva con un 2%, la auditiva/voz y habla con un 1%, la múltiple con un 0.5% y la discapacidad de tipo visual en un 0.3%.

Adulto maduro y persona mayor

La tabla 5 muestra que del total adultos maduros y persona mayor con discapacidad del SSFM, equivalente a 215 usuarios, el 77% presenta discapacidad de tipo motora, lo que equivale a 167 casos. Los diagnósticos más frecuentes en este tipo de discapacidad son los accidentes cerebrovasculares con un 20% del total de los casos.

En segundo lugar se presentan con mayor frecuencia deficiencias relacionadas con discapacidad mental en un 13% del total de usuarios adultos maduros y persona mayor, en donde el diagnóstico más frecuente son las demencias seniles.

Otros tipos de discapacidad que se presentan en la población de adultos maduros y persona mayor en menor proporción son: la discapacidad de tipo múltiple con un 6% en donde se evidencias deficiencias de tipo mental, auditivo voz- habla y físicas, la intelectual o cognitiva con un 2.5%, y la discapacidad de tipo visual en un 0.5%.

Tabla 6. Tipo de discapacidad por causa en la población del SSFM

TIPO DE DISCAPACIDAD	ACCIDENTE COMUN	ACCIDENTE DE TRABAJO	ACCIDENTES POR ACCION DIRECTA DEL ENEMIGO	ENFERMEDAD GENERAL	SD	TOTAL
AUDITIVA		1	18	40	2	58
COGNITIVA	4			515	20	524
MENTAL		1		99	3	116
MOTORA	21	53	1740	227	31	2067
MULTIPLE	4		4	99	2	116

VISUAL		3	15	10		29
TOTAL	**29**	**58**	**1776**	**990**	**58**	**2911**

Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC)

La tabla 6 evidencia el número significativo de accidentes por acción directa del enemigo, los cuales tienen mayor impacto en el personal militar, dejando como consecuencia deficiencias de tipo motor, específicamente las amputaciones. En la categoría de enfermedad general se encuentra la población de beneficiarios en mayor magnitud, y como consecuencias de la deficiencias producidas por diferentes patologías, surgen las condiciones de discapacidad en el espectro de lo auditivo, cognitivo, motor, mental, visual y múltiple, afectando a la población en los diferentes ciclos vitales.

III. METODOLOGÍA

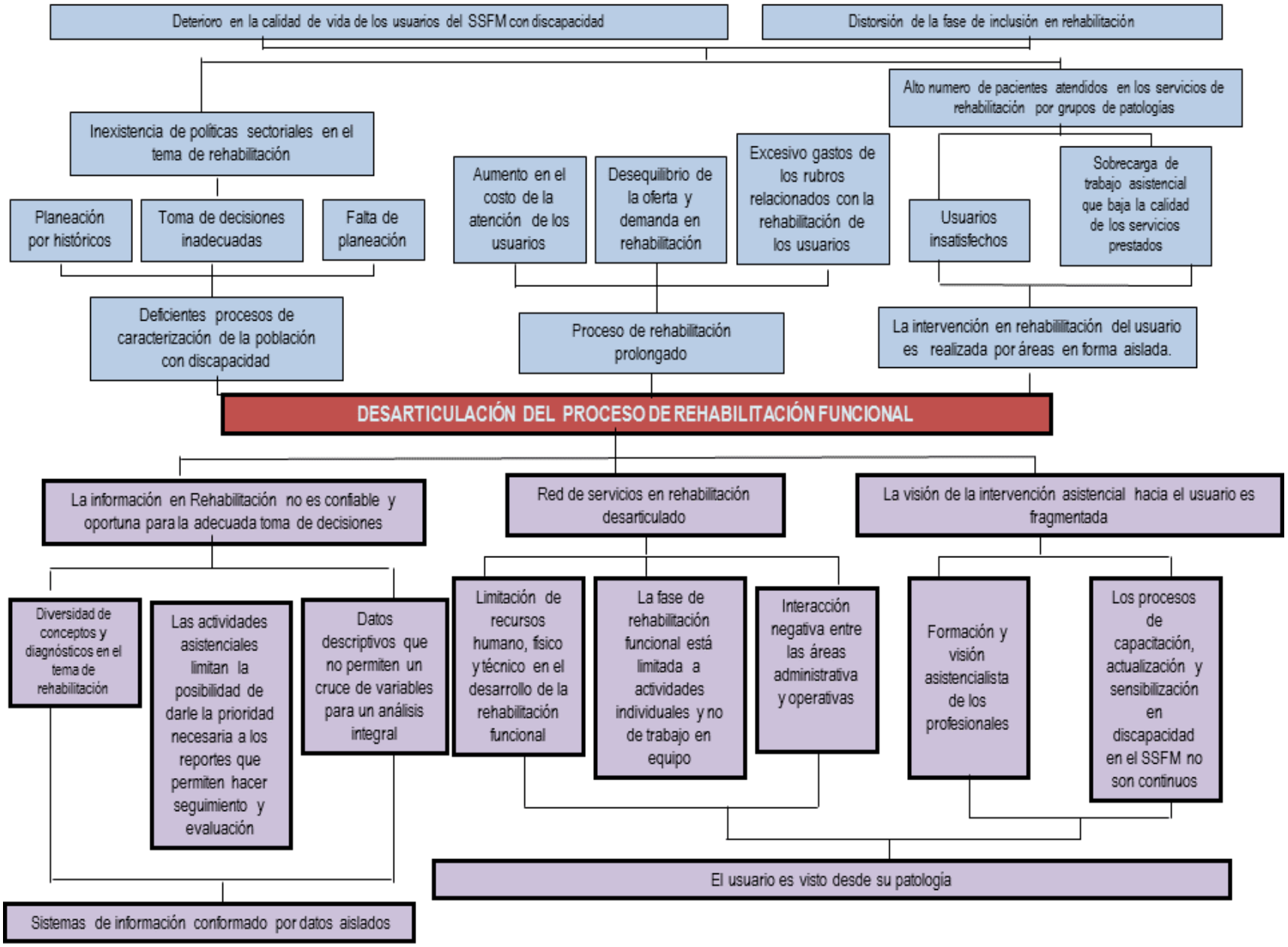
Para la construcción del modelo se contó con la participación de un grupo de profesionales de la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad (DISAN) de Ejército, Armada y Fuerza Aérea, así mismo, con el conocimiento y experiencia de los equipos interdisciplinarios de rehabilitación de los Establecimientos de Sanidad de Militar del Batallón de Sanidad - Centro de rehabilitación del Ejercito Nacional y el Centro de Evacuados de la Armada Nacional pertenecientes a la ciudad de Bogotá, así como la asesoría y asistencia técnica de profesionales de rehabilitación del Hospital Militar Central , del Grupo Gestor GSED del Ministerio de Defensa Nacional y la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y de Protección Social .

El presente documento apunta a darle cumplimiento a los compromisos planteados en el PLAN DE DESARROLLO 2011-2014 del SSFM, mediante el cual se establecen los lineamientos estratégicos para fortalecer la fase de Rehabilitación Funcional y contribuir así al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios con discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, acorde a sus necesidades y expectativas desde la perspectiva de salud.

Dicho proyecto se inició con la elaboración del diagnóstico situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación del SSFM, mediante el cual se buscó identificar y categorizar las diferentes problemáticas que surgen a partir de la prestación de los servicios de rehabilitación. Posteriormente se organizaron mesas de trabajo conformada por Fisiatra, terapeutas físicas, ocupacionales, psicólogas y trabajadores sociales de las diferentes Direcciones y Establecimientos de Sanidad Militar y mediante la metodología del Marco Lógico se priorizaron estrategias encaminadas a establecer los parámetros para el desarrollo de la fase de rehabilitación funcional, mediante la prestación de servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad en donde la atención es personalizada y se ajuste a las necesidades de las personas con discapacidad a través de la

implementación de estrategias terapéuticas, se obtuvieron como productos los siguientes árboles de problemas y soluciones los cuales direccionaron las líneas estratégicas de intervención:

ARBOL DE PROBLEMAS



EJES PROBLEMÁTICOS

La problemática descrita se sustenta en tres ejes:

1. Falta de información sistemática con datos confiables y oportunos que incidan sobre el planeamiento y la toma de decisiones. La mencionada situación se genera a partir de la carencia de un sistema en la recolección que facilite el análisis y la trazabilidad de la información, sumado a esto se evidencia la falta de un proceso de parametrización y consolidación de variables, lo que conlleva a que exista diversidad de conceptos en el tema de rehabilitación, que generan confusión en la estandarización de directrices.

2. Falta de articulación en la red de prestación de servicios en el tema de la discapacidad

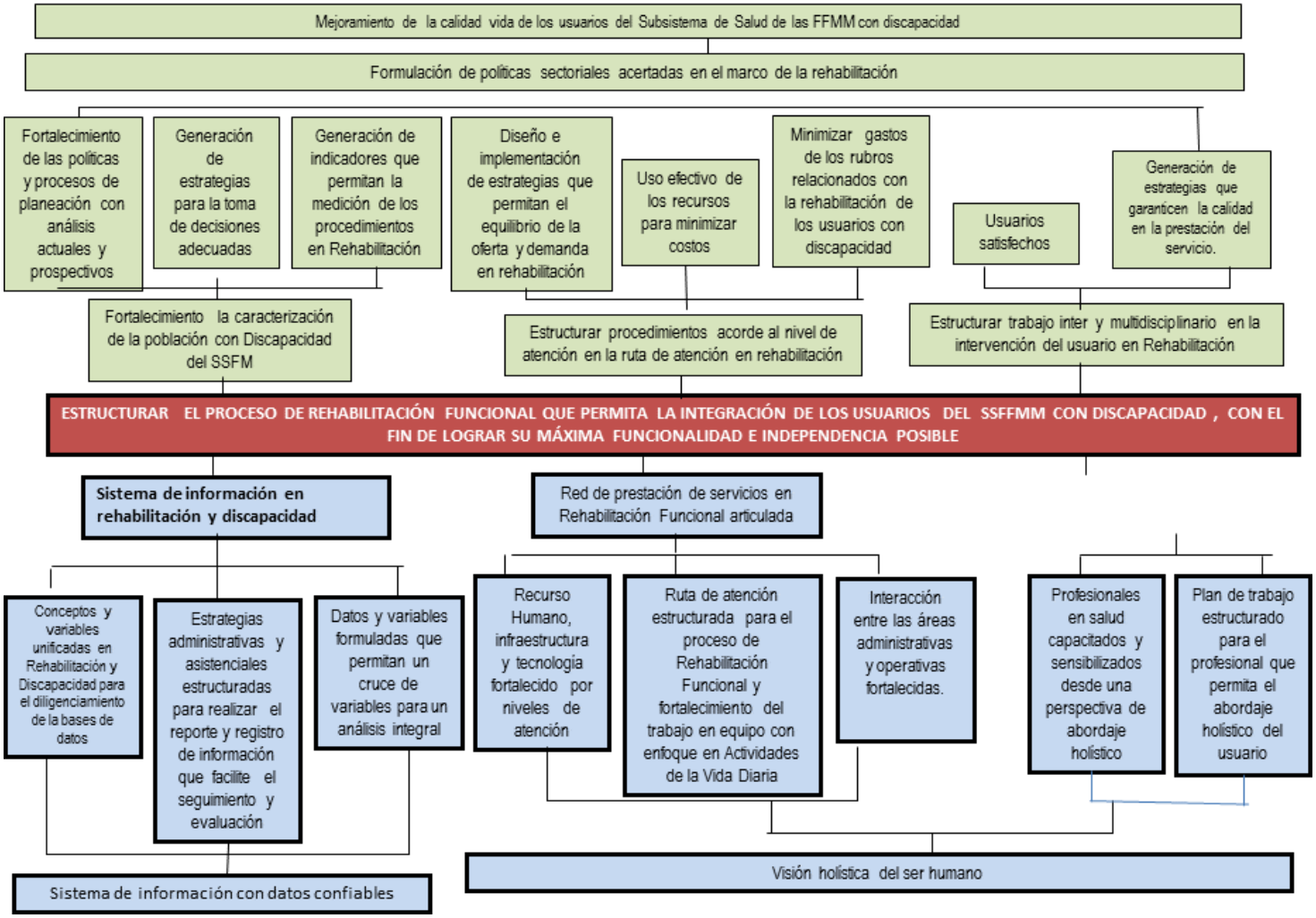
Actualmente la tendencia de los servicios de Fisiatría, psiquiatría, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, trabajo social y los demás requeridos para la rehabilitación, es la prestación de los servicios de manera desarticulada; los usuarios del subsistema de salud deben desplazarse por diferentes sectores para cumplir las citas, y cada profesional realiza las intervenciones de acuerdo al diagnóstico clínico emitido por el médico que remite (características del modelo médico), acciones puntuales y no secuenciales sin tener la oportunidad de interactuar interdisciplinariamente y de ver a la persona con discapacidad como un ser integral, considerando las necesidades de su familia y entorno, generando procesos asistenciales prolongados, gastos económicos, entre otros. A esto se suma que falta una ruta de referencia y contra referencia del paciente para continuar el proceso de rehabilitación.

Existe limitación de recursos humano, físico y técnico en el desarrollo de la rehabilitación funcional, generando una distribución inequitativa de los mismos, con los efectos negativos previsibles en la racionalidad del gasto. Igualmente, falta articulación entre las áreas administrativas y operativas generando mayores costos e inadecuado aprovechamiento del recurso asistencial a nivel nacional.

3. La visión de la intervención asistencial hacia el usuario es fragmentada

El Modelo de atención en rehabilitación del SSFM se ha direccionado hacía un enfoque “médico”, así como a un enfoque intervencionista, el cual gira en torno a la superación del riesgo cuando éste se ha materializado, teniendo un bajo impacto de las acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad. Esto responde a que existe un atraso de la normatividad del sector en relación con los conceptos y al marco de las políticas nacionales e internacionales en rehabilitación, manteniendo una visión fragmentada de la persona humana, es decir el sujeto es intervenido en sus diferentes áreas sin el concepto de holístico que la discapacidad amerita y exige.

ARBOL DE OBJETIVOS



PLAN DE INTERVENCIÓN

META

El fin último de la rehabilitación funcional es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, mediante la prestación de servicios integrales de rehabilitación con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en donde la atención se ajuste a las necesidades de los usuarios a través de la implementación de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión. Lo que se logrará a partir de la intervención del equipo de interdisciplinario y la participación activa del paciente y su familia; desde el principio hasta el fin del proceso de atención, cumpliendo así los objetivos y metas propuestas conjuntamente, y contribuyendo a su proceso de inclusión social.

LINEAS DE INTERVENCIÓN

1. Generar estrategia de reporte de información en rehabilitación

- Unificar conceptos y variables en Rehabilitación y Discapacidad para incorporarlos al sistema de información.
- Generar estrategias administrativas y asistenciales para realizar el registro, reporte y análisis de información, que facilite evaluación y seguimiento.
- Formular datos y variables que permitan el cruce de los mismos para un análisis integral.

2 . Articular la Red de prestación de servicios en Rehabilitación Funcional

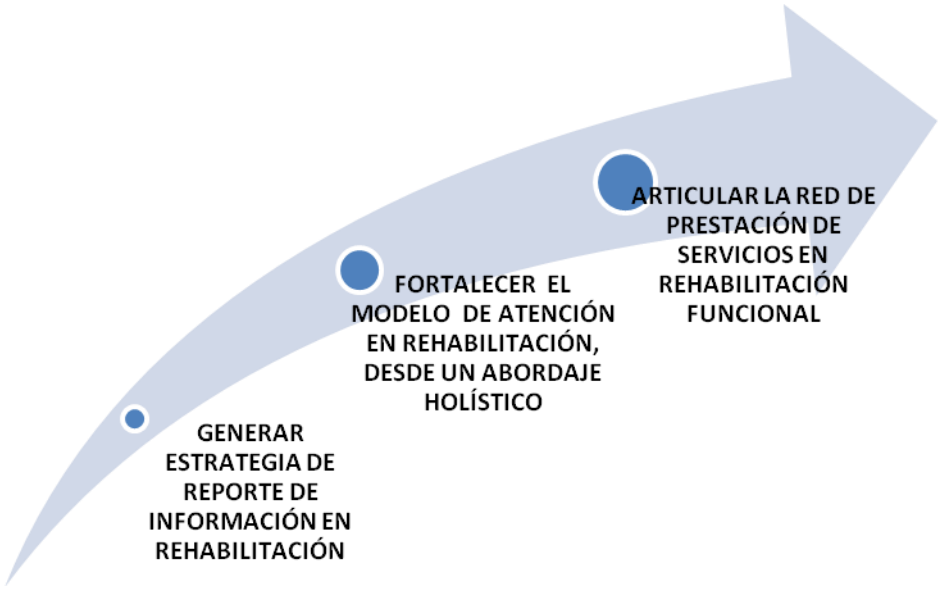
- Fortalecer el recurso Humano, infraestructura y tecnológica por niveles de atención
- Estructurar la ruta de atención en el proceso de Rehabilitación Funcional
- Fortalecer la interacción entre las áreas administrativas y operacionales

3. Fortalecer el modelo de atención en rehabilitación, desde un abordaje holístico

- Capacitar y sensibilizar a los profesionales en salud desde una perspectiva de abordaje holístico.
- Capacitar y sensibilizar a los profesionales en salud, frente al trabajo en equipo con enfoque a la funcionalidad del usuario con discapacidad, basados en los lineamientos establecidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

IV. PROPUESTA

LINEAS DE INTERVENCIÓN



Líneas de intervención: Fase de Rehabilitación Funcional

POBLACIÓN OBJETO

La población objeto de las estrategias de rehabilitación es el personal de cotizantes, beneficiarios, pensionados y retirados, pertenecientes al Subsistema de salud de las Fuerzas Militares con algún tipo y/o grado de discapacidad, se categorizará por ciclos vitales (ver glosario), este concepto difiere de los grupos etáreos, ya que como fue mencionado en los lineamientos correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas, de la Secretaria Distrital de Salud en el 2009, las edades no funcionan como demarcadores definitivos, sino como referencias generales; "las etapas del ciclo vital son entonces un conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona, en aspectos culturales, políticos, sociales e individuales"[14].

[14] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Plan de Intervenciones Colectivas- PIC. Bogotá.2009

GRADOS DE DISCAPACIDAD SEGÚN: CAPACIDAD DE EJECUCIÓN Y POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN

GRADO DE DISCAPACIDAD	CAPACIDAD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES
SEVERO	La persona no tiene o posee mínimas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace totalmente, dependiente; requiere siempre apoyo de otras personas y de ayudas técnicas.	La persona no cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de actividades de la vida diaria.
MODERADO	La persona tiene algunas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace semidependiente; requiere apoyo de otras personas o de ayudas técnicas.	La persona cuenta algunas veces con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida diaria.
LEVE	La persona tiene capacidades para ejecutar la mayoría de las actividades de la vida diaria; requiere ocasionalmente apoyo de otras personas o de ayudas técnicas.	La persona cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en las actividades de la vida diaria.

Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

GRUPOS / ALTERACIÓN FUNCIONAL

GRUPO	ALTERACIÓN FUNCIONAL
MENTAL	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, alterando las actividades de interacción y Relaciones Personales.
INTELECTUAL - COGNITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso ocasionando limitación principalmente en la ejecución de actividades de Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
SENSORIAL - AUDITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales auditiva , estructuras del oído o sistema nervioso, que limitan principalmente, comunicación en forma sonora
SENSORIAL - VISUAL	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales visuales , estructuras del ojo o sistema nervioso que producen Limitación en la visión
MOTOR	Presentan Alteraciones en las funciones musculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso que limita la ejecución de actividades en la movilidad
MULTIPLE	Dos o más de las anteriores

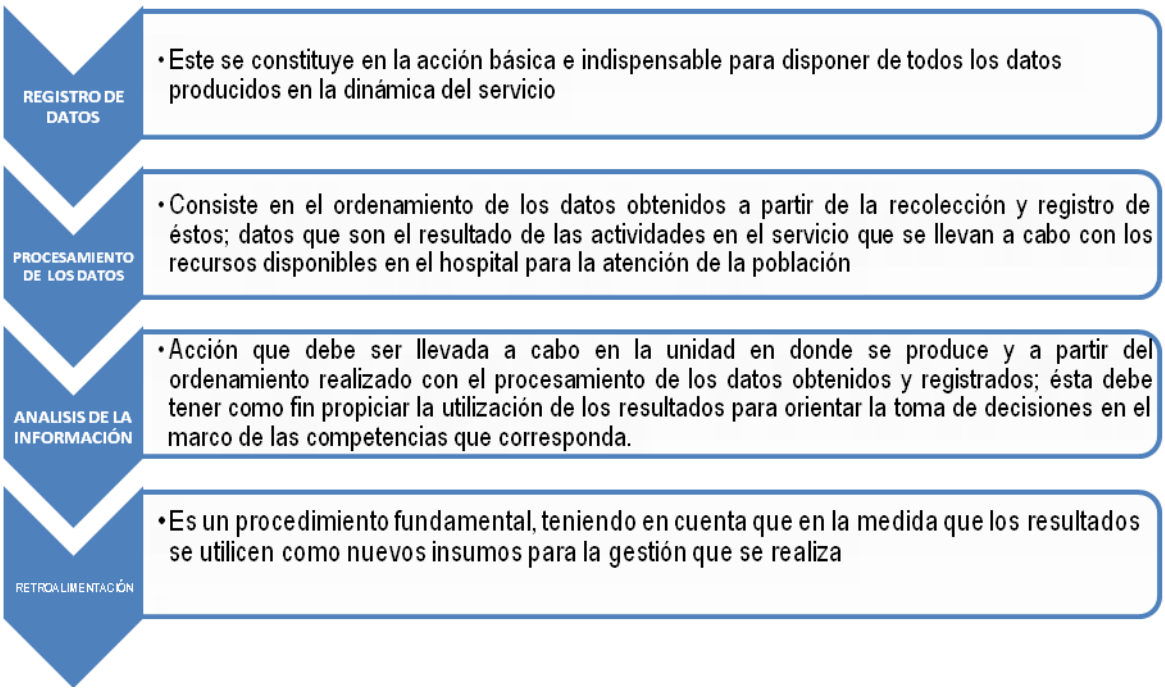
Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

I LINEA DE INTERVENCIÓN

REPORTE Y SEGUIMIENTO DE INFORMACIÓN EN REHABILITACIÓN

El objeto de un sistema de información en el contexto de salud se convierte en un medio para optimizar la gestión y el método que orienta los procesos hacia los criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, desde esta perspectiva las organizaciones, entidades y servicios de salud deben contar con el insumo que proporciona la información para la adecuada toma de decisiones.

El proceso para operar un sistema de información según Malagón[15] consta de las siguientes etapas:



Las etapas anteriormente mencionadas son de vital importancia para el desarrollo de un sistema de información, y serán aplicadas en el proceso de gestión de la información en las diferentes instancias que conforman los servicios de rehabilitación del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tomando como base las siguientes estrategias:

[15] MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo. Administración Hospitalaria. Bogotá: Editorial Médica Internacional. 2008. p 412.

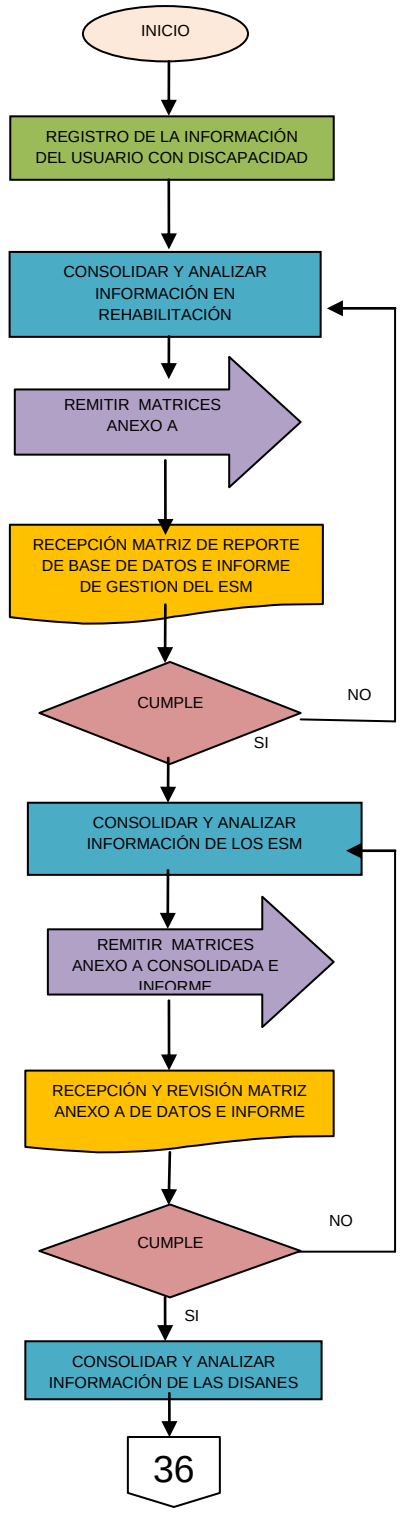
ESTRATEGIA 1: ESTANDARIZACIÓN Y APLICACIÓN DE MATRICES -FORMATOS DE REHABILITACIÓN,

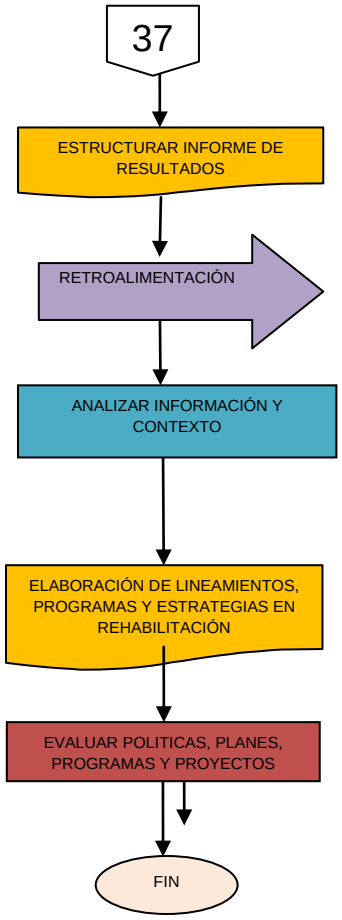
La primera estrategia en el marco del proceso de reporte y seguimiento de información en rehabilitación es la estandarización y aplicación de matrices en el ámbito de rehabilitación y discapacidad, por parte de las diferentes instancias del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Así mismo, ésta estrategia aborda el proceso de análisis de la información a partir de la generación de informes de gestión.

a. **Matriz de reporte de información de la población con discapacidad**: Al momento de identificar un caso nuevo de discapacidad se diligencia la matriz de reporte, discriminado por el personal militar activo, pensionado y retirado con discapacidad, y beneficiarios (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad). (Ver variables de la matriz en el anexo A).
b. **Tabla guía de discapacidad y ciclos vitales:** Es una herramienta que permite identificar el tipo de discapacidad acorde a las características de las deficiencias anatómicas-fisiológicas y a las limitaciones en la actividad que surgen a partir de la condición de discapacidad. Se convierte en una base teórica para la categorización en las matrices anteriormente mencionadas.
c. **Instrumento de Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria (EAVD) del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación** La elaboración y aplicación de este instrumento, permite fortalecer el trabajo en equipo, buscando la unificación de conceptos, la efectividad y eficacia en la evaluación de las actividades de la vida diaria, con un enfoque humanizado, que permita fortalecer el desarrollo de habilidades para vivir con autonomía y participación del usuario con el entorno.
d. **Ficha A Ficha de identificación del niño con discapacidad**: La cual será diligenciada en los ESM, y se convierte en el mecanismo formal de ingreso a los programas de Niños, niñas y jóvenes con discapacidad. (ver anexo A)
e. **Ficha B Ficha de evaluación trimestral niños y jóvenes del programa de Niños y jóvenes con discapacidad:** Mediante la cual se evalúa la evolución desde el punto de vista terapéutico de los niños y jóvenes con discapacidad. El nivel de competencia para el diligenciamiento de este formato corresponde al ESM contratante de la Institución Terapéutica. (ver anexo B)
f. **Ficha C Ficha de evaluación del portafolio de servicios en rehabilitación del programa de Niños y Jóvenes con discapacidad:** por medio de la cual se evalúa la prestación de los servicios terapéuticos ofrecidos por las instituciones de la red interna y/o externa. El nivel de competencia para el diligenciamiento de este formato corresponde al ESM contratante de la Institución Terapéutica. (ver anexo C).
g. Encuesta de satisfacción del usuario de los servicios de rehabilitación.

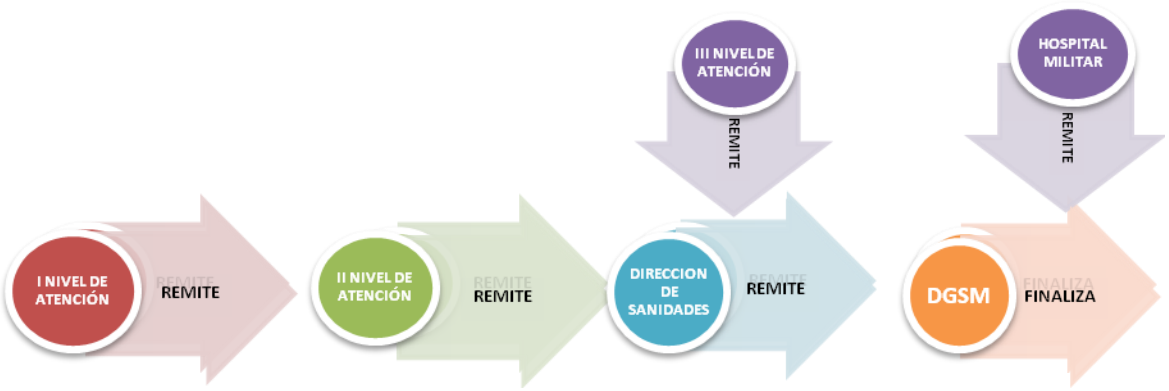
ESTRATEGIA 2: PROCESO E INSTANCIAS EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE REHABILITACIÓN

A continuación se muestra la ruta que referencia el flujo de información en el ámbito de rehabilitación, mediante la cual se evidencia las instancias con sus niveles de responsabilidad y los respectivos productos.

FLUJOGRAMA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS
	ESM: Profesionales que abordan al usuario con discapacidad (especialidades medicas, fisioterapia, terapia del lenguaje-fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, entre otros del ESM	En el momento de la evaluación y anamnesis se solicita la información al usuario con discapacidad, que corresponda con las variables solicitadas en la historia clínica y la matriz de Reporte de información de la persona con discapacidad (Anexo A) Dicha información será ingresada de forma completa en la matriz de reporte de información (Anexo A) de los casos nuevos de activos, pensionados, retirados y beneficiarios (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad) por el Coordinador de Rehabilitación del ESM.	Matrices correspondiente al Anexo A, diligenciada con todos los datos.
	ESM: Coordinador del Área de Rehabilitación	Consolida y analiza de la información mensual suministrada por cada uno de los profesionales del área de rehabilitación y actualiza base de datos de personas con discapacidad. Posteriormente será remitida a la siguiente instancia en forma mensual.	Matrices correspondientes al Anexo A, consolidada. A partir de esta se genera el informe de gestión. Se remite tanto las matrices como el informe de gestión.
	DISAN: Coordinador (a) de Rehabilitación de la Dirección de Sanidad EJC-ARC- FAC	Revisa la información suministrada por el Coordinador de Rehabilitación del ESM. Si cuenta con los requisitos continua el proceso en caso contrario se retorna a la instancia competente para los respectivos ajustes.	Acto administrativo que evidencie, la retroalimentación frente al proceso de verificación de la información y el nuevo plazo de entrega.
	DISAN: Coordinador (a) de Rehabilitación de la Dirección de Sanidad EJC-ARC- FAC	Verifica y actualiza la base de datos de la DISAN de casos nuevos reportados con discapacidad por los ESM, para evitar la duplicidad de registros. Consolida y analiza la información (matrices anexo A e informe de gestión) remitida por los ESM correspondientes a su Dirección. Posteriormente dicha información será remitida a la siguiente instancia en forma trimestral.	Matrices correspondientes al Anexo A, revisada y actualizada. A partir de esta se genera el informe de gestión. Se remite tanto las matrices como el informe de gestión.
	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad	Revisar la información suministrada por el Coordinador de Rehabilitación de la DISAN. Si cuenta con los requisitos continua el proceso en caso contrario se retorna a la instancia competente.	Acto administrativo que evidencie, la retroalimentación frente al proceso de verificación de la información y el nuevo plazo de entrega.
	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad	Consolidar y analizar la información (Matriz anexo A e informe) remitida por las DISANES. .	Base de datos consolidada y actualizada.

	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad y Coordinador Grupo de Programas Especiales en Salud. DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad y Coordinador Grupo de Programas Especiales en Salud.	Elabora el informe de resultados con base a la información suministrada trimestralmente por las DISANES. Posterior a la elaboración del informe se envía un documento de retroalimentación y evaluación del periodo especifico a las DISANES. Elaborar análisis integral de resultados de acuerdo a las estadísticas y al contexto y panorama periódico acorde a la oferta y la demanda de los servicios de rehabilitación Elaboración o rediseño de lineamientos, programas o estrategias en rehabilitación Evaluación y seguimiento a los lineamientos, programas o estrategias en rehabilitación. Se evalúa el impacto sobre la población.	Informe de resultados de acuerdo a las estadísticas y novedades remitidas por las DISANES en el periodo específico. Informe con las recomendaciones y acciones de mejora correspondientes a las DISANES. Documento planteamiento de alternativas Actos administrativos: Directivas, Circulares; manuales, guías. Indicadores de gestión e impacto.

ESTRATEGIA 3: FLUJO DE LA INFORMACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN



1) **Instancia:** Los ESM correspondientes al I nivel de atención remiten la información obtenida y procesada a los ESM de referencia de II nivel de atención circunscritos en las regionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

2) **Instancia:** Los ESM correspondientes al II nivel de atención envían la información consolidada procesada y analizada de los ESM de los nivel I y II que pertenecen a su jurisdicción y el producto final es remitido a las Direcciones de Sanidad correspondientes.

3) **Instancia:** Los ESM de III nivel de atención remiten la información a la Dirección de Sanidad Correspondiente.

4) **Instancia:** Las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Fuerza Aérea que concentran la información de los niveles I, II y III recepciona, consolida y analiza la información que remiten los ESM a nivel nacional, para la toma de decisiones al interior de cada una de las Direcciones. A su vez retroalimenta a los ESM y el producto final consolidado es remitido a la Dirección General de Sanidad.

5) **Instancia:** El Hospital Militar Central como red externa contratada reporta la información directamente a la Dirección General de Sanidad Militar.

6) **Instancia:** La Dirección General de Sanidad Militar recepciona la información remitida de las Direcciones de Sanidad y del Hospital, y es desde esta instancia en la que se elabora el análisis integral de las diferentes variables y resultados de las estadísticas remitidas para la formulación de lineamientos en el ámbito de rehabilitación y discapacidad.

II LINEA DE INTERVENCIÓN

ARTICULACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL

La fase de Rehabilitación Funcional se define como el conjunto de principios, normas, infraestructura, recursos, procedimientos y entidades, articulados entre sí, encaminados a brindar servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad, en donde el usuario con deficiencia y/o discapacidad recupere y desarrolle la máxima funcionalidad e independencia, mediante el fortalecimiento y la articulación de todos los elementos y procesos de la red de prestación de servicios en rehabilitación.

Para lograr la consolidación de la fase de rehabilitación funcional se fortalecerán los niveles de atención, a partir de la reorganización de recursos (humano, técnicos) tomando como referencia los parámetros de los grados de complejidad y el rediseño de los procesos implícitos en el ámbito de la rehabilitación funcional (estructura de regionalización, integración funcional, la estructuración de rutas de atención), estrategias que se desarrollarán a continuación:

ESTRATEGIA 1: ORGANIZACIÓN DE RECURSOS Y PROCEDIMIENTOS A PARTIR DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

I NIVEL DE ATENCIÓN

Se caracteriza porque la función principal es la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación con participación comunitaria. El fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención lideradas por Salud Publica que se llevan a cabo en los ESM están alineadas con la prevención de la discapacidad y debe involucrar la prevención primaria (antes de adquirir la discapacidad) así como la prevención de nuevas discapacidades en el personal que ya la adquirió. Sus acciones también deben orientarse a la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, preservación y restauración de las capacidades físicas y mentales de los usuarios del SSFM con deficiencia transitoria, brindar herramientas que promuevan estilos de vida, fortalecimiento de conductas saludables, teniendo como base los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipo de deficiencia (motor, sensorial (visual y auditiva), mental, intelectual - cognitiva y múltiple), acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos

La atención en Rehabilitación del I Nivel implica servicios y tecnología de baja complejidad y el enfoque de atención se centra en la persona con discapacidad y su familia.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se establecen estrategias que promuevan estilos de vida saludable, que apunten al mantenimiento, fortalecimiento, aplicación y apropiación de conductas enfocadas a consolidar condiciones de salud óptimos en la persona con o sin discapacidad. Así mismo, en el ámbito de promoción de la salud se hace énfasis en desarrollar acciones encaminadas hacía el entorno cercano de las personas con discapacidad (familia y/o cuidadores).

En conclusión se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, así como a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; Se suma igualmente, la provisión de información sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de las personas con discapacidad, como también la promoción de la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud. A continuación se puntualizan entre otras las intervenciones en el ámbito de promoción de la salud:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Llevar a cabo intervenciones de **comunicación-información** (estrategias divulgación, folletos, afiches, cartillas, entre otros), **educación-formación** (aplicación, apropiación y multiplicación de los conocimientos adquiridos) y de **habilidades** que modifiquen los hábitos y comportamientos individuales y colectivos de los usuarios del Subsistema.
	Desarrollar programas encaminados al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y su entorno inmediato. Dichos programas estarán encaminados a: • Fortalecer los factores personales, familiares y sociales, de la persona con discapacidad, para lograr efectividad en los procesos de socialización y relación con las personas del entorno inmediato. • Promover la implementación de acciones encaminadas a la actividad física para personas con y sin discapacidad (mantenimiento), pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. • Brindar asesoría y capacitación a las familias y cuidadores, frente su rol, las responsabilidades y las implicaciones frente a la condición de la persona con discapacidad como apoyo directo al trabajo realizado en el segundo nivel. • Educación en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en los diferentes ciclos vitales. • Educación en estrategias de estilos de vida saludables en donde se tengan presente los requerimientos y necesidades de las personas con discapacidad.

	Promover la formación y actualización de los profesionales del área de rehabilitación en los lineamientos de la CIF con énfasis en las actividades de la vida diaria (AVD)
	Asistencia y asesoría domiciliaria a la persona con discapacidad y su familia, con el fin, de orientar a la persona y al núcleo familiar en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo y un ambiente saludable.
	Promover la formación de las personas con discapacidad, sus familias, y los profesionales, frente a la corresponsabilidad en el cumplimiento del proceso de rehabilitación.
	Definir y ajustar las estrategias administrativas, que garanticen la participación de las personas con discapacidad en los programas que se implementen en los ESM, para el mejoramiento de su calidad de vida.
	Educación sobre los derechos de la prestación de los servicios de rehabilitación, y el suministro de medicamentos, ayudas técnicas a las personas con discapacidad, en términos de equidad e igualdad, en razón de sus capacidades; promoviendo un entorno inclusivo y el mejoramiento de las condiciones de salud y vida, previniendo de esta forma el deterioro del usuario o el agravamiento de la condición de discapacidad.
	Educar sobre los procedimientos para el suministro y adaptación de ayudas técnicas
	Desarrollo de estrategias que faciliten la labor del cuidador.
	Desarrollar campañas de sensibilización para promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.
	Implementar la estrategia de demanda inducida en la población de personas con discapacidad, para llevar procesos de identificación, asesoría y promoción de los servicios de rehabilitación.

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Son todas las acciones encaminadas a la identificación de factores de riesgos y control de los mismos, así como resolución de las principales circunstancias y eventos que desencadenan discapacidad. Este ámbito comprende acciones desde la prevención primaria, a partir del enfoque moderador del riesgo, en donde se desarrollan acciones direccionadas a la protección específica y detección temprana (prevención de deficiencias diferentes a las ya existentes), igualmente se desarrollan acciones de intervención, las cuales están direccionadas al diseño de medidas que disminuyan la deficiencia y eviten o aminoren la limitación en la actividad desde los diversos ciclos vitales, tipos de deficiencia , acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos. A continuación se puntualizan entre otras, las intervenciones en el ámbito de prevención de la salud:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Coordinar esfuerzos frente al fortalecimiento de las estrategias que se adelantan en el ámbito de salud pública y gestión en la prestación de servicios de salud, para prevenir la aparición de deficiencias que puedan desencadenar discapacidad a partir de los siguientes parámetros: • Detección temprana y atención oportuna de defectos al nacimiento • Abordaje oportuno en etapa preconceptiva y prenatal adecuada para la mujer embarazada y el niño menor de tres años que incluya la información,

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	seguimiento y nutrición, considerando los riesgos prenatales, perinatales y los de la primera infancia. • Desarrollar los planes de vacunación para prevenir aquellas deficiencias físicas y anatómicas en los diferentes ciclos vitales, que puedan generar discapacidad. • Prevención, detección e intervención temprana en los casos de deficiencias (visuales – auditivas, desórdenes musculoesqueléticos y neurológicos) que puedan desencadenar discapacidad. • Brindar asesoría genética a mujeres y hombres en edad fértil, especialmente a aquellos grupos de riesgo. • Desarrollar estrategias de prevención, seguimiento, control y autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles en los ciclos vitales del adulto joven, adulto maduro y persona mayor. • Mejorar la calidad de atención en los servicios de la población que presentan enfermedades crónicas degenerativas, que tienen el riesgo de desencadenar discapacidad secundaria a complicaciones. • Brindar asesoría-orientación en materia de salud sexual y reproductiva • Desarrollar estrategias de seguimiento, control y autocuidado en enfermedades de transmisión sexual direccionado a prevenir discapacidad. • Brindar orientación a la población para prevenir la aparición de deficiencias nutricionales, embarazos riesgosos, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades genéticas, enfermedades infectocontagiosas y todas aquellas conductas y factores riesgo que puedan generar discapacidad. • Promover la investigación científica y epidemiológica encaminada a determinar las causas y los factores de riesgo para que se desencadene la discapacidad en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
	Coordinar esfuerzos frente a las estrategias que se adelantan desde el ámbito de salud operacional y salud ocupacional, para la identificación e intervención oportuna de riesgos que puedan desencadenar discapacidad: • Desarrollar programas de educación vial, frente al autocuidado y cuidado por los demás en donde se ilustre las consecuencias de los accidentes de tránsito. • Fortalecer las medidas de identificación, detección, prevención e intervención temprana en enfermedades y accidentes (ocupacionales, operacionales) y lesiones discapacitantes, lo que implica la prevención de enfermedades, accidentes (ocupacionales y operacionales) y riesgos prevenibles. • Identificar los riesgos que pueden desencadenar discapacidad desde el ámbito operacional y el ámbito de salud ocupacional.
	Coordinar esfuerzos frente a las estrategias que se adelantan desde el ámbito de salud mental para identificación de factores de riesgos y deficiencias que puedan desencadenar discapacidad.
	Promover estudios epidemiológicos y estrategias de localización y caracterización de la población, orientados a conocer las causas que producen discapacidad en los ESM pertenecientes a las regionales correspondientes
	Ejecutar campañas educativas masivas y de sensibilización para alertar sobre los riesgos que puedan generar una discapacidad para los usuarios afiliados y beneficiarios Subsistema de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares.
	Establecer estrategias encaminadas a la detección temprana de alteraciones secundarias o derivadas de una deficiencia funcional o estructural inicial y evitar la instauración de la limitación en la ejecución de las actividades.

REHABILITACIÓN CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Rehabilitación con participación comunitaria propende por la participación efectiva y con incidencia en los asuntos institucionales, departamentales y municipales que atañe al tema de discapacidad, mediante las acciones que se articulen dentro de la gestión social y local

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
REHABILITACION CON PARTICIPACION COMUNITARIA	Seguimiento de caso, frente al proceso de rehabilitación y corresponsabilidad de la persona con discapacidad (evolución en el proceso de salud, proyecto de vida, evaluación de necesidades). Así como la coordinación entre los profesionales de salud y aliados estratégicos locales.
	Participación de pares personas con discapacidad que ha tenido un proceso de rehabilitación exitosa.
	Incorporar temas de interés (experiencias exitosas, información relevante direccionada a mejorar las condiciones de vida, participación efectiva), y una cultura de percepción positiva para las personas con discapacidad, y la comunidad en general, a partir de diferentes estrategias de comunicación: emisora, folletos, página web, orientaciones pedagógicas.
	Promover el diseño e implementación de planes continuos de sensibilización, concienciación y capacitación dirigidos a la población que conforma el Subsistema de salud de las Fuerzas Militares, enfocados a promoción de derechos, deberes de las personas con discapacidad, promoviendo la eliminación de términos y el uso de imaginarios culturales que sugiera prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias contra las personas con discapacidad.
	Reorganización de proceso de ayudas técnicas y prótesis desde la planeación de recursos hasta la fase de suministro acorde a la demanda de la población del SSFM.

ATENCIÓN ASISTENCIAL

En el marco del abordaje asistencial en el ámbito terapéutico la atención asistencial se centra en los usuarios que presentan un déficit funcional temporal susceptible de reversión posterior al proceso terapéutico, para lo cual se llevaran a cabo procedimientos e intervenciones, como por ejemplo los que se describen a continuación y que tienen como base lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, del Ministerio de Defensa Nacional, la resolución 1896 del 2001 del Ministerio de Protección Social, Acuerdo 029 de 2011 de la CRES ó aquellas normas que lo modifiquen o adicionen:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación • Evaluación funcional métodos y estrategias para evaluar componentes cognoscitivos sociafectivos y espirituales del desempeño. • Evaluación fonoaudiológica de desordenes de lenguaje y voz • Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes sensiomo-tores de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales entre otros • Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular),Medición de longitud de extremidades, mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros)
	Terapia física • **Terapia física integral incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores, cognocitivos, socioafectivos y espirituales del desempeño; ejercicios terapéuticos, estimulación temprana,**

ATENCIÓN ASISTENCIAL	**mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crio-terapia, calor húmedo), electroterapia (tens, ultrasonido, diatermia) y/o tracciones.** • Ejercicio asistido incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores del desempeño excluye: ejercicio asistido en piscina • Modalidades cinéticas de terapia incluye: acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales : coordinación, balance y equilibrio corporal, movilización/manipulación de segmentos corporales (extensión forzada de miembro) entrenamiento en flexibilidad (liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia) • Ejercicio resistivo • Entrenamiento en movimientos de articulaciones • Marcha y entrenamiento de la marcha • Modalidades eléctricas, electromagnéticas y mecánicas • Adecuación y entrenamiento en uso tecnología de rehabilitación incluye: entrenamiento y uso de ortesis, aditamentos asistidos, artefactos para movilidad y marcha, entre otros, en el hogar, escuela o sitio de trabajo. • Otra terapia térmica: baño de parafina, paquetes calientes • Entrenamiento pre, peri y post parto incluye: psicoprofilaxis o entrenamiento para parto natural y estimulación intrauterina • Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia, entre otras • Inmovilización, presión y cuidado de herida
	Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, orofaciales y función deglutoria entre otros. • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia • Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos- comunicativos, cognitivo - comunicativo. • Otro entrenamiento y terapia del habla incluye: comunicación aumentativo y alternativo entre otros • Otro adiestramiento y terapia del habla
	Terapia ocupacional lincluye: aquellos procedimientos e intervenciones para la protección de salud : Terapia ocupacional integral determinación terapéutica en los componentes sensorio-motores, cognoscitivo, socioafectivos y ergonómicos para entrenamiento funcional e integración laboral, social y familiar y en uso de tecnología de rehabilitación. • Entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas cotidianas) • Terapia ocupacional en manejo adecuado de tiempo libre y juego • Entrenamiento funcional en integración laboral y social • Terapia ocupacional terapia de actividades de vida diaria excluye: adiestramiento en actividades de vida diaria para ciegos
	Procedimientos relacionados con la psique • Evaluación y pruebas psicológicas • Administración [aplicación] de prueba de inteligencia (cualquier tipo), de personalidad • Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta • Determinación del estado mental psicológico excluye: la entrevista, evaluación o valoración realizada en la consulta por psicología • Determinación del estado mental por psicología • intervenciones de salud mental en la comunidad

	• Intervención en salud mental comunitaria por psicología • Intervención en salud mental comunitaria, por trabajo social, terapia ocupacional
	Consulta, Monitorización y procedimientos Entrevista, consulta y evaluación [valoración] + incluye: aquella en cualquier fase de la atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnostico, tratamiento y/o rehabilitación; consejería como actividad de cualesquier consulta, entrevista o evaluación • Atención [visita] domiciliaria, por psicología • Atención [visita] domiciliaria, por trabajo social • Atención [visita] domiciliaria, por fisioterapia • Atención [visita] domiciliaria, por terapia ocupacional Consulta descrita como global o de primera vez incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta: anamnesis, toma de signos vitales, examen físico o evaluación de todos los sistemas o del sistema pertinente al motivo de consulta y la especialidad; en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, diagnostico, tratamiento y/o rehabilitación Consulta de control o de seguimiento + incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta limitadas: para un problema ya conocido, sobre un sistema o un órgano especifico, para seguimiento en cualquier atención integral durante las fases de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. excluye: evaluación ortoptica/pleoptica(9501, evaluación de baja visión Interconsulta incluye: acto mediante el cual un especialista u otro profesional de la salud a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opinión diagnostica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del usuario, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

RECURSO HUMANO

Los ESM catalogados en I nivel de atención deberán contar **con al menos dos profesionales** de las siguientes disciplinas: Medicina general, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología y Trabajo social. El énfasis de este grupo de profesionales debe estar encaminado al ámbito promoción y prevención y la atención se centrará en la persona con discapacidad y su familia.

La **coordinación del área de rehabilitación** debe ser liderado por un profesional perteneciente alguna de las disciplinas anteriormente mencionada, quien será la persona con la competencia para dirigir los procesos del área de rehabilitación y asumir el liderazgo de las actividades y procedimientos que se lleven a cabo en el ESM en términos de estrategias en promoción de la salud, prevención de la discapacidad y rehabilitación i con participación comunitaria. Así mismo, será el designado para coordinar las acciones con la Dirección de Sanidad correspondiente, frente a la generación de los reportes estadísticos indispensables para la toma de decisiones y planeamientos futuros. Dentro de las funciones del Coordinador de Rehabilitación como figura fundamental que garantiza la trazabilidad de los procesos se encuentran:

- Elaborar el plan de necesidades y/o plan de acción con base al perfil epidemiológico del ESM, con el fin de garantizar el buen desarrollo del Programa de Rehabilitación y Discapacidad.

- Desarrollar el plan de capacitación y actualización en rehabilitación en coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y Salud Ocupacional, entre otras. acorde a los perfiles y competencias del personal que labora en los ESM.

- Desarrollar campañas educativas y de sensibilización en los ESM, para promover cambios en el imaginario cultural, frente a las personas con discapacidad, así como alertar sobre los riesgos de adquirir condiciones de discapacidad o su cronificación cuando ya es adquirida

- Elaborar los reportes del personal con discapacidad. En coordinación con el profesional responsable de liderar los procesos de administración y gestión estadística, elaborar, presentar periódicamente los informes y consolidados de la población con discapacidad PERMANENTE y el personal que accede al servicio por una lesión TEMPORAL del personal activo, pensionado, retirado y beneficiario según ciclo vital.

- Elaborar informe encaminado a determinar la relación de los pacientes y el suministro de ayudas técnicas.

- Coordinar con las oficinas acción integral de cada Unidad, la divulgación del programa y de las actividades realizadas, por medio de la implementación de diversas estrategias de comunicación (correo institucional, medios escrito, afiches, plegables, emisora, etc.)

- Realizar el seguimiento, evaluación y control de la red interna y externa prestadora de servicios de rehabilitación a cargo del Establecimiento, para la atención del personal con discapacidad física, mental, sensorial (visual y auditiva), motora y cognitiva - intelectual.

- Realizar la actualización y seguimiento a los procesos de suministro, uso, mantenimiento, reposición y control de los elementos ortésicos y ayudas externas, según prescripción médica y en cumplimiento a normatividad vigente.

- En coordinación con la Dirección de Sanidad correspondiente establecer alianzas estratégicas con dependencias internas de la Fuerza (Personal, Bienestar, entre otras) para desarrollar actividades para el usuario con discapacidad y su entorno inmediato, apoyando así su proceso de rehabilitación, por medio de actividades deportivas, recreativas y culturales.

- Diligencia la matriz de reporte de información de la población con discapacidad del SSFM.

DOTACIÓN DE EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

La dotación de equipos técnicos y tecnológicos está enmarcada en los procedimientos de baja complejidad que se llevan a cabo por cada uno de los servicios en el primer nivel de atención:



- **Mecanoterapia**: Bicicletas y/o bandas sin fin
- **Electroterapia**: TENS, electroanalgesia, ultrasonido, vibradores terapéuticos.
- **Crioterapia**: paquetes frios.

El mantenimiento de los equipos debe llevarse a cabo periódicamente para evitar la ocurrencia de eventos adversos, lo cual se pueda evidenciar en las hojas de vida de los equipos, y sea objeto de verificación.

INFRAESTRUCTURA

La infraestructura estará circunscrita a cada servicio perteneciente al ámbito de rehabilitación funcional, debe contar con un espacio físico en el cual se puedan desarrollar las intervenciones y actividades relacionadas con cada disciplina, las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; proyectándose hacia el cumplimiento del Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006, que trata de la verificación del cumplimiento de las condiciones para habilitación, así como la legislación vigente en materia de garantía de la calidad y promover un acercamiento a todas las características de accesibilidad de garantice espacios con diseño universales que incluyan a la población con o sin discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- El nivel I de atención debe garantizar que del **100**% de actividades e intervenciones que se llevan a cabo en las áreas de rehabilitación el **40**% de las actividades que se realiza en cada servicio de rehabilitación deben estar centradas en abordaje asistencial de usuario y el **60**% debe estar encaminado al desarrollo de actividades de promoción de la salud (en el ámbito de rehabilitación), prevención de la discapacidad y

rehabilitación con participación comunitaria, acorde a los lineamientos emitidos en el presente documento. Lo anterior, se evidenciará en los reportes de productividad así como el informe de actividades-procedimientos realizados periódicamente (mensuales) por cada una de las áreas.

- Otro de los énfasis que se trabajará en el I nivel de atención en el ámbito de rehabilitación es el seguimiento de caso como el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo el fortalecimiento de las unidades de atención primaria, frente al seguimiento de la población con discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a partir del momento en que el usuario culmina su proceso de rehabilitación en el II nivel y llega a su lugar de residencia, esto con el fin de documentar los procesos de seguimiento de la condición del usuario a partir de la perspectiva de salud, la funcionalidad (mantenimiento o la aparición de complicaciones secundarias a su patología inicial) y mantener una comunicación efectiva con los agentes sectoriales que apoyan el proceso de inclusión socio-laboral.

  Es responsabilidad del ESM de referencia del II nivel o del CRI reportar y direccionar al usuario con discapacidad al ESM que corresponde a la ciudad de origen, este proceso debe estar liderado por el área de trabajo social tanto en los ESM de I como de II nivel, para llevar a cabo las anteriores actividades se requiere trazabilidad y continuidad en los procesos, por lo cual se sugiere que el profesional que desempeñe este cargo, garantice las características mencionadas.

II NIVEL DE ATENCIÓN

El propósito fundamental de los servicios de rehabilitación en los ESM correspondientes al II nivel de atención, está centrado en brindar procesos intensivos de rehabilitación funcional para lograr que el usuario recupere y desarrolle su máxima funcionalidad e independencia posible con una visión holística, así mismo, centrará sus esfuerzos en fortalecer y articular todos los componentes de la red de prestación de servicios. El II nivel de atención no excluye las actividades básicas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad propias de este nivel, a partir de la identificación oportuna de los riesgos, que pueden surgir posterior a una condición de deficiencia o discapacidad, como efectos secundarios, que aumentan la dicha condición. Desde esta perspectivas se abordan los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipos de deficiencia (motor, visual, auditiva, mental, cognitiva y múltiple) acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos.

El presente grado de atención involucra la intervención en rehabilitación que se desarrolla en los Hospitales Regionales (No contempla atención hospitalaria), servicios que cumplen con las especificaciones del II Nivel de atención y ESM como el Batallón de Sanidad y el CESAN, correspondiente a la organización del SSFM.

La atención en Rehabilitación del II Nivel implica servicios y tecnología de mediana complejidad y el enfoque de atención se centra en la persona con discapacidad.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud en este nivel toma como base el mejoramiento de las condiciones de salud desde una perspectiva integral abordando holísticamente a la persona con discapacidad a partir de sus dimensiones, condiciones y requerimientos, con el fin de brindar alternativas adecuadas al contexto en el que se desenvuelve especialmente a partir de la esfera individual y familiar, dentro de las cuales que describen las siguientes entre otras:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Fortalecer las estrategias para el mejoramiento de las condiciones de salud, a partir de los requerimientos particulares del usuario con discapacidad con un abordaje holístico desde la perspectiva de salud (acompañamiento psicológico, estrategias que faciliten la movilidad "manejo adecuado de órtesis y prótesis que incluyan las prótesis auditivas", estrategias encaminadas a la salud sexual y reproductiva, cuidado de la piel, nutrición, desempeño de tareas y actividades de la vida diaria, etc)
	Integrar a la familia en el proceso de rehabilitación mediante estrategias de asesoría capacitación y educación de la tarea que desempeña el cuidador
	Estrategias de sensibilización a los padres frente a los desafíos con relación a su labor en el desarrollo y acompañamiento continuo de los niños y jóvenes con discapacidad.
	Diseño e implementación de guías de atención y orientaciones técnicas básicas para la atención de pacientes, con base a las 10 primeras deficiencias que generan discapacidad y son abordadas en el ESM.
	Realizar investigación en la temática de rehabilitación y discapacidad para mejorar los procesos en la atención al personal en situación de discapacidad
	Diseñar estrategias encaminadas al personal Militar con discapacidad con el fin de desarrollar programas desde terapia ocupacional, que promuevan diferentes capacidades vocacionales, paralelas al proceso de rehabilitación, para ser desarrolladas como aprovechamiento del tiempo libre y nuevos aprendizajes mientras culmina su proceso de rehabilitación funcional en los diferentes ESM.
	Desarrollar campañas de sensibilización para promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.
	Diseño y restructuración de programas específicos para la atención y rehabilitación funcional encaminado a grupos poblacionales y ciclos vitales con discapacidad.

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Esta dirigida a la prevención de deficiencias diferentes a las ya presentes y a disminuir la limitación en las actividades y restricción en la participación, encaminada los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipos de deficiencia: motor, sensorial (visual y auditivo), mental, intelectual - cognitivo y múltiple, acordes a las demandas de la población y sus requerimientos específicos. A continuación se puntualizan las intervenciones en el ámbito de prevención de la salud, entre otras:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	Promover estudios epidemiológicos y estrategias de localización y caracterización de la población, orientados a conocer las causas que producen discapacidad y son abordados en los ESM pertenecientes a las regionales correspondientes
	Establecer estrategias encaminadas a la detección temprana de alteraciones secundarias o derivadas de una deficiencia funcional o estructural inicial y evitar la instauración de la limitación en la ejecución de las actividades. (úlceras, deformidades estructurales, posturas inadecuadas, lesiones o accidentes por el uso inadecuados de las ayudas técnicas, compromiso de otras sistemas y órganos, alteraciones emocionales y mentales, etc)
	Coordinar acciones con los programas de salud operacional, salud mental, salud Ocupacional, Salud Pública, entre otros, para la identificación oportunamente e intervenir los riesgos que aumenten la probabilidad de adquirir una discapacidad.

ATENCIÓN ASISTENCIAL los objetivos se centrará en la atención de usuarios que presenten condición de discapacidad (deficiencia funcional- anatómica, limitación en la actividad y restricción en la participación) en forma permanente, para lo cual se conformaran equipos interdisciplinarios, desarrollando procesos de diagnóstico-pronóstico (evaluación, intervención y re-evaluación) por medio del cual se decide el tratamiento a seguir, su intensidad y los logros que se esperan obtener en un período de tiempo determinado. Así mismo se llevaran a cabo procedimientos e intervenciones, como por ejemplo los que se describen a continuación y que tienen como base lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, del Ministerio de Defensa Nacional, la resolución 1896 del 2001 del Ministerio de Protección Social, Acuerdo 029 de 2011 de la CRES ó aquellas normas que lo modifiquen o adicionen:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Sistema Auditivo • Procedimientos no quirúrgicos relacionados con el oído • Audiometría incluye: por técnicas como reactometria, por observación del comportamiento, por refuerzo visual, por juego condicionado, por comunicación funcional, o por tonos logoaudiometria, medidas de puros aéreos y óseos con enmascaramiento; aquella para tamizaje auditivo en la población general como en protección de la salud de los trabajadores. • Imitancia acústica [impedanciometria] + incluye: timpanometria, gradiente, volumen físico del canal, complacencia y presión del oído medio • Medición del umbral del reflejo estapedial (ipsilateral y contralateral) • pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación) incluye: evaluación de rehabilitación audiológica, en candidatos a implante coclear • Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central incluye: pruebas de procesamiento temporal, pruebas de habla dicótica, pruebas de habla mononeurales de baja redundancia, pruebas de interaccion binaural entre otras. • Pruebas de simulación y disimulación incluye: comparación del umbral de tonos puros con el umbral de reconocimiento del habla, retraso de la retroalimentación auditiva, prueba de stenger, prueba de lombard • Liberación y reposicionamiento canalicular [terapia de rehabilitación vestibular periférica] • Adaptación de prótesis y ayudas auditivas incluye: prótesis análogas, programables o digitales; audífonos entre otros • Evaluación y adaptación de prótesis y ayudas auditivas incluye: umbrales de molestia, incomodidad y dolor, con tonos y con habla, índices de discriminación, aplicación de cuestionarios de autoevaluación sobre el impacto comunicativo social y afectivo de la pérdida auditiva, toma de manejo de la prótesis y ayudas auditivas. Impresiones, entrenamiento en el manejo de prótesis y ayudas auditivas. • Monitoreo de prótesis y ayudas auditivas incluye: orientación, validación y seguimiento audiológico.
	Sistema visual • Medición de agudeza visual • Potenciales evocados visuales (uni o bilaterales) • Terapéutica ortóptica
	Sistema óseo y tegumentarios • Iinfiltración intra articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso • inyección de material miorelajante (toxina botulínica)
	Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación y relacionados • Evaluación funcional métodos y estrategias para evaluar componentes congno-citivos, sociafectivos y espirituales del desempeño. • Prueba de integración sensorial, Prueba cognitiva • Evaluación del desempeño ocupacional funcional incluye: evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas • Evaluación fonoaudiológica de desordenes de lenguaje y voz incluye: pruebas de minessota, dinamometría de desordenes auditivos comunicativos, cognoscitivos comunicativos • Pruebas fonoaudiológicas de la comunicación funcional (habla) • Evaluación ortésica incluye: evaluación ortotica, de ferulaje • Evaluación protésica de extremidades • Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes sensiomo-tores de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales

ATENCIÓN ASISTENCIAL	entre otros • Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular) • Medición de longitud de extremidades, mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros) • Electrodiagnóstico: Neuroconducción (cada nervio), Neuroconducción bilateral • Electromiografía en cada extremidad (uno o mas músculos), en cara • Reflejo h, f o palpebral • Otros procedimientos diagnósticos en desempeño funcional y rehabilitación • Laboratorio de marcha **(no incluido en el acuerdo 002 de 2001)** • Aplicación de vendaje enyesado • Aplicación o cambio de soporte cervical • Aplicación o cambio de otra escayola + incluye: único procedimiento de atención de la herida y/o fractura para inmovilización y transporte; para tratamiento ortopédico de malformaciones congénitas y adquiridas (displasia uni o bilateral); con uso de acrílico, yeso o arnés excluye: la inmovilización realizada en el post operatorio inmediato • Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro superior (excepto mano), miembro inferior (muslo, pierna, tobillo, pie) • Aplicación de férula + incluye: único procedimiento de atención de la herida y/o fractura para inmovilización y transporte; en el manejo ortopédico de dedo en botonera, cuello de cisne, martillo o gatillo.
	Terapia física • **Terapia física integral incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores, cognocitivos, socioafectivos y espirituales del desempeño:** • Diseño e implemento de programas de promoción y prevención. • Ejercicios terapéuticos: ejercicio asistido, ejercicios activos, pasivos, activos asistidos, ejercicios isométricos, ejercicios de fortalecimiento, flexibilidad, estabilización pélvica y segmental en columna, ejercicios resistidos con elementos como bandas elásticas, pesas y otros, ejercicios de propiocepcion. • Ejercicio de Acondicionamiento físico: Mecanoterapia (Elíptica, banda sin fin, bicicleta estática, escalador, barras paralelas entre otros). • Medios Físicos: Termoterapia, crioterapia, parafina. • Electroterapia: Electroestimulacion con diferentes tipos de corriente (tens, corriente premodulada, rusa, microcorrientes, travert y otras. Ultrasonido. • Diatermia, laser, infrarojo entre otros • Hidroterapia: piscina, tanque de Hoovard, tanques de remolino para miembro superior e inferior entre otros. • Tracción Manual y mecánica • Modalidades Cinéticas: Acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales (Coordinación, balance y equilibrio corporal). • Terapia Manual: movilizaciones de las diferentes articulaciones y liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia. • Manipulaciones de segmentos corporales. • Marcha y reentrenamiento en marcha con o sin ayudas externas. • Manejo de tejidos blandos: masaje, digitopresion, fricción transversa entre otros • Entrenamiento en el uso de ortesis especialmente las de miembro inferior y prótesis. • Otros procedimientos terapéuticos en fisioterapia. • Utilización de maquinas de presión intermitente e indicación de medias antiembolicas entre otros. • Drenaje linfático. • Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia entre otros.

- Educación en cuidados de la herida.
- Educación en medidas antiedema.
- Aplicación de vendajes y educación al paciente.
- Tratamiento manipulativo osteopatico para movilización general (tratamiento general de articulaciones, se pueden emplear fuerzas de alta velocidad y baja amplitud, fuerzas de baja velocidad y alta amplitud, fuerzas indirectas).
- Inmovilización o manipulación articular inespecífica
- Estimulación temprana
- Programas de psicoprofilaxis

Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación
Terapia fonoaudiológica Integral

- Terapia fonoaudiológica integral incluye: aquella para problemas de lenguaje, habla, audición o comunicación.
- terapia fonoaudiológica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje oral y escrito
- Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, oro faciales y función deglutoria entre otros.
- Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos comunicativos, desordenes cognitivo comunicativo.
- Otro entrenamiento y terapia del habla incluye: comunicación aumentativo y alternativo entre otros
- Otro adiestramiento y terapia del habla
- Rehabilitación del habla y de lectura y rehabilitación de ciegos
- Educación en escritura braille

Terapia ocupacional
incluye: aquellos procedimientos e intervenciones para la protección de salud de los trabajadores

- Terapia ocupacional integral determinación terapéutica en los componentes sensorio-motores, cognoscitivo, socioafectivos y ergonómicos para entrenamiento funcional e integración laboral, social y familiar y en uso de tecnología de rehabilitación.
- Entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas cotidianas)
- Terapia ocupacional en manejo adecuado de tiempo libre y juego
- Entrenamiento funcional en integración laboral y social
- Rehabilitación profesional [vocacional] familiar, escolar y/o laboral
- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad (física, sensorial o mental) incluye: la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional; el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar o restaurar la función física, mental o social.
- Terapia ocupacional terapia de actividades de vida diaria
- Terapia recreativa terapia de diversión terapia de juego excluye: psicoterapia de juego

Rehabilitación funcional

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria leve incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo máximo **de seis semanas** con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria moderada incluye:

intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo mínimo **de seis semanas y máximo de diez semanas**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria severa incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo mínimo de **veintiún semanas y máximo de treintaiocho semanas**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva leve autogestión en un tiempo máximo de **tres meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.

- rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva moderada incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo **mínimo de tres meses y máximo de seis meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva severa incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo **mínimo de nueve meses y máximo de quince meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista
- Otra rehabilitación para ciegos, mental

Procedimientos relacionados con la psique

- Valoración por psicología, psiquiatría
- Psicoterapia individual por psiquiatra, psicólogo
- Psicoterapia de grupo por psiquiatra, psicólogo
- Psicoterapia de pareja por psiquiatra
- Evaluación y pruebas psicológicas
- Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta
- Administración [aplicación] de prueba neuropsicológica
- Determinación del estado mental psicológico excluye: la entrevista, evaluación o valoración realizada en la consulta por psicología
- Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas
- Determinación del estado mental psiquiátrico
- Evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario
- Somatoterapia psiquiátrica
- Psicoterapia incluye: aquella para el control de factores de riesgo, psicosociales en la protección de la salud de los trabajadores, como el manejo del conflicto y la negociación, comunicación efectiva, incremento de autoestima, entre otras estrategias
- psicoterapia individual por psiquiatría
- Intervención en crisis
- otras modalidades terapéuticas en salud mental
- Psicoterapia de pareja por psiquiatría, psicología
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia de grupo por psiquiatría, por psicología

Consulta, Monitorización y procedimientos

Consulta descrita como global o de primera vez incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta: anamnesis, toma de signos vitales, examen físico o evaluación de todos los sistemas o del sistema pertinente al motivo de consulta y la especialidad; en cualquier fase de

la atención: promoción, prevención, diagnostico, tratamiento y/o rehabilitación integral

Consulta de control o de seguimiento + incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta limitadas: para un problema ya conocido, sobre un sistema o un órgano especifico, para seguimiento en cualquier atención integral durante las fases de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. excluye: evaluación ortoptica/pleoptica(9501, evaluación de baja visión

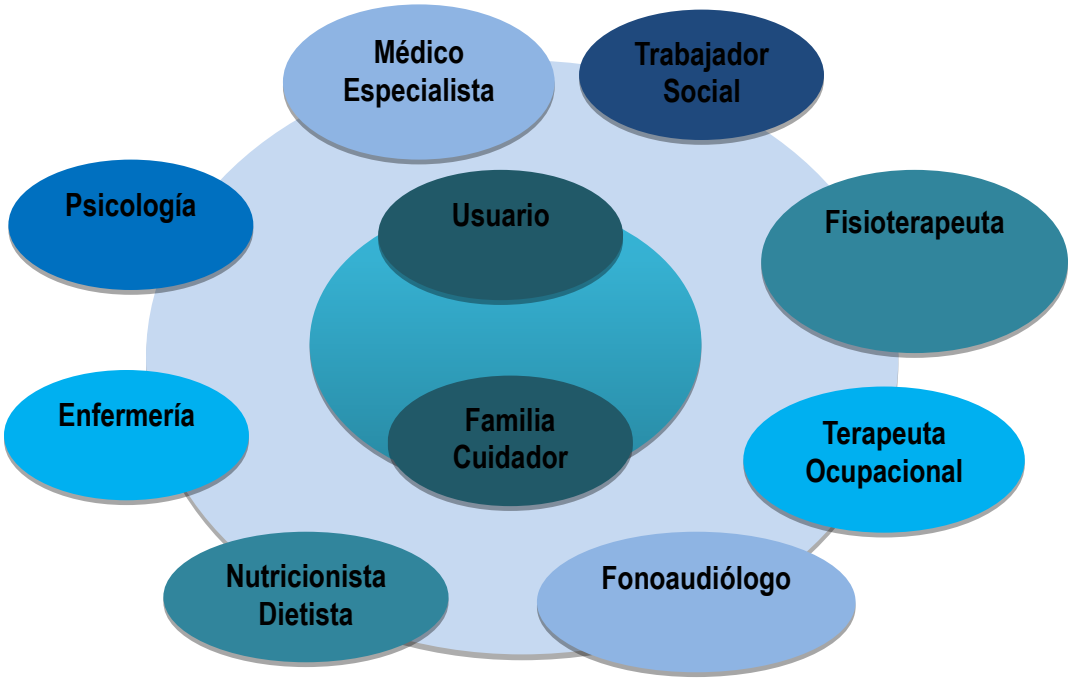
Interconsulta incluye: acto mediante el cual un especialista u otro profesional de la salud a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opinión diagnostica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del usuario, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

Junta médica incluye: órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas (mínimo tres), a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los usuarios, para establecer un diagnostico o acción terapéutica. aquellas juntas de calificación de pérdida de capacidad laboral:

- Participación en junta médica, por medicina especializada y caso (paciente)
- Participación en junta médica, por otro profesional de la salud y caso (paciente)

RECURSO HUMANO

Los ESM catalogados en II nivel de atención deberán contar con un equipo interdisciplinario de rehabilitación, conformado **por uno o más profesionales de** cada una de las siguientes especialidades y disciplinas: Fisiatría, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional , Trabajo social y Nutrición, estos últimos pueden contar con experiencia o especialización en áreas específicas en el ámbito asistencial acorde a los procedimientos que se plantea para el II nivel de rehabilitación y contando con especialidades de apoyo como ortopedia, neuropediatria, neurología, psiquiatría y urología, entre otras. En áreas técnicas se hallan los técnicos prótesistas y órtesistas. Los profesionales que conforman el equipo tendrán comunicación directa e interacción para lograr un proceso de rehabilitación efectivo a partir de las diferentes miradas acorde a las características clínicas, funcionales y los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación funcional en términos de capacidades, habilidades de los usuarios con discapacidad



La coordinación del área de rehabilitación debe ser liderada por un fisiatra o un profesional perteneciente alguna de las áreas de rehabilitación, quien será la persona con la competencia de dirigir los procesos y asumir el liderazgo de las actividades y procedimientos que se lleven a cabo en el ESM en el ámbito de rehabilitación. Así mismo, será el líder designado para coordinar las acciones con la Dirección de Sanidad correspondiente, frente a la generación de los reportes estadísticos indispensables para la toma de decisiones y planeamientos futuros en el tema de rehabilitación. Dentro de las funciones del Coordinador de Rehabilitación como figura fundamental que garantiza la trazabilidad de los procesos se encuentran:

- Elaborar el plan de compras y plan de acción con base al perfil epidemiológico del ESM, con el fin de garantizar el buen desarrollo del Programa de Rehabilitación y Discapacidad.

- Desarrollar el plan de capacitación y actualización en rehabilitación en coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y Salud Ocupacional, entre otras, acorde a los perfiles y competencias del personal que labora en los ESM.

- Desarrollar campañas educativas y de sensibilización en los ESM, para promover cambios en el imaginario cultural, frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación social así como la sensibilización para alertar sobre los riesgos de adquirir condiciones de discapacidad o su cronificación cuando ya es adquirida

- En coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y salud ocupacional, articular acciones y programas a desarrollar por los Establecimientos de Sanidad Militar en promoción de la salud, prevención de la discapacidad y atención asistencial en rehabilitación.

- Desarrollar proyectos de investigación en la temática de Rehabilitación y Discapacidad, con el fin de mejorar los procesos de atención al personal con discapacidad.

- En coordinación con el profesional responsable de liderar los procesos de administración y gestión estadística, elaborar, analizar y presentar periódicamente los informes y consolidados de la población en situación de discapacidad PERMANENTE y el personal que accede al servicio por una lesión TEMPORAL del personal activo, pensionado, retirado y beneficiario según ciclo vital.

- Elaborar y analizar el perfil epidemiológico en discapacidad del Establecimiento de Sanidad Militar, y establecer las acciones correctivas y nuevas estrategias para la prevención de la discapacidad y la prestación de los servicios de salud.

- Elaborar informe encaminado a determinar la relación de los pacientes y el suministro de ayudas técnicas.

- Coordinar esfuerzos con las oficinas de comunicación de cada Unidad, con el fin de promover la divulgación del programa y de las actividades realizadas, por medio de la implementación de diversas estrategias de comunicación (correo institucional, medios escrito, afiches, plegables, emisora, etc.)

- Realizar el seguimiento, evaluación y control de la red interna y externa prestadora de servicios de rehabilitación a cargo del Establecimiento, para la atención del personal en condición de discapacidad física, mental, sensorial (auditiva – visual), motora y cognitiva - intelectual.

- Realizar la actualización y seguimiento a los procesos de suministro, uso, mantenimiento, reposición y control de los elementos protésicos, ortésicos y ayudas externas, según prescripción médica y en cumplimiento a normatividad vigente.

- Establecer y presentar un plan de necesidades de infraestructura del ESM, con el fin de cumplir con las normas de accesibilidad para el personal con discapacidad.

- Coordinar la aplicación del instrumento de las actividades de la vida diaria AVD y establecer en conjunto con el equipo interdisciplinario, el paciente y/o cuidador, los objetivos del plan de tratamiento.

- En coordinación con la Dirección de Sanidad correspondiente establecer alianzas estratégicas con dependencias internas de la Fuerza (Personal, Bienestar, entre otras) y entidades externas (Fundaciones, Organizaciones No Gubernamentales –ONG, entre otras), para desarrollar actividades encaminadas al usuario con deficiencia con discapacidad, así como, la intervención del entorno inmediato, apoyando así su proceso de rehabilitación, por medio de actividades deportivas, recreativas y culturales.

- Diligencia la matriz de reporte de información de la población con discapacidad del SSFM.

DOTACIÓN DE EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

El uso de tecnología de mediana complejidad debe estar acorde a los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo, ya que implica el desarrollo de modalidades terapéuticas como mecanoterapia, hidroterapia, Electroterapia que serán claves en el éxito de la rehabilitación funcional. En el marco de las anteriores modalidades se encuentran los siguientes equipos:



- **EQUIPOS DIAGNÓSTICOS:** Electromiográfo y potenciales evocados, Laboratorio de marcha, cabina sonoamortiguada, Otoscopio, espéculos, curetas de oído, Audiómetro de vía aérea para actividades de tamizaje, Diapasones, Audiómetro con vía aérea, vía ósea y Logoaudiometría para actividades diagnósticas, Impedanciómetro, etc**.**
- **MECANOTERAPIA:** Bicicleta estática, elíptica, cicloergómetro, banda sin fin, estaciones multifuerza**.**
- **ELECTROTERAPIA:** Electroestimulador, ultrasonido, laser, electroestimuladores, biofeedback, terapia combinada, movilizadores pasivos continuos, entre otros.
- **HIDROTERAPIA:** tanques de remolino, piscina terapéutica, tanques de parafina, etc.
- **OTROS EQUIPOS:** Simuladores de actividades básicas cotidianas y de trabajo, tracción eléctrica.

CONSIDERACIONES:

- La utilización de los equipos de los diferentes servicios deben contar con las condiciones técnicas de calidad y su respectivo soporte técnico científico.

- A nivel de los consultorios de los profesionales deberán cumplir con la dotación exigida para el funcionamiento del consultorio de medicina general o de fisiatría en el caso que ofrezca esa consulta.

- Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia del lenguaje, deberán contar con los equipos necesarios de acuerdo con el tipo de terapia, definidos por los niveles de atención en los ESM acorde a los procedimientos e intervenciones correspondientes.

- El mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, estará sujeto a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, correctivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior, deberá estar consignado en la hoja de vida del equipo. Este mantenimiento preventivo y correctivo debe realizarse por profesionales en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.

INFRAESTRUCTURA

La infraestructura estará circunscrita a cada servicio perteneciente al ámbito de rehabilitación funcional, contando con un espacio físico en el cual se puedan desarrollar las intervenciones y actividades relacionadas con cada disciplina, las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; proyectándose hacia el cumplimiento del Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006, que trata de la verificación del cumplimiento de las condiciones para habilitación, así como la legislación vigente en materia de garantía de la calidad y promover un acercamiento a todas las características de accesibilidad de garantice espacios con diseño universales que incluyan a la población con o sin discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- El nivel II de atención debe garantizar que del **100**% de actividades e intervenciones que se llevan a cabo en las áreas de rehabilitación el **70**% de las actividades que se realiza en cada servicio y deben estar centradas en abordaje asistencial del usuario y el **30**% debe estar encaminado al desarrollo de actividades de promoción de la salud (en el ámbito de rehabilitación), prevención de la discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria, acorde a los lineamientos emitidos en el presente documento. Lo anterior, se evidenciará en los reportes de productividad así como el informe de actividades-procedimientos realizados periódicamente (mensuales) por cada una de las áreas.

- Es responsabilidad del ESM de referencia del II nivel reportar y direccionar al usuario con discapacidad al Centro de Rehabilitación e Inclusión Social (CRIS) o al I nivel de atención, según sea el caso, con el fin de complementar la inclusión socio- laboral y la trazabilidad o seguimiento de caso.

- Se conformará el **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES EN REHABILITACIÓN**, el cual se concibe como la instancia de profesionales formados en diferentes disciplinas y experiencias con idoneidad en el ámbito de rehabilitación, que operan articuladamente con el fin de:

    - Desarrollar abordajes y tratamientos en el ámbito de rehabilitación funcional desde una mirada holística, en donde se evidencie la intervención y complementariedad de cada disciplina con el fin de generar un abordaje efectivo en las actividades de la vida diaria, en el usuario con discapacidad
    - Desarrollar las valoraciones y evaluaciones periódicas de los usuarios con discapacidad, que permitan evidenciar la evolución e impacto de rehabilitación funcional en el individuo.
    - Definición de metas a corto, mediano y largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente.
    - Establecer por parte del equipo interdisciplinario un diagnóstico-pronóstico (evaluación, intervención y re-evaluación) por medio del cual se decide el tratamiento a seguir, su intensidad y los logros que se esperan obtener en un período de tiempo determinado.
    - Realizar las valoraciones finales de los usuarios a partir de las capacidades y habilidades adquiridas en el proceso rehabilitación funcional de los usuarios con discapacidad (personal Militar) para el ingreso a la fase de inclusión.

Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables administrativamente de la gestión de la contratación con la red externa y el seguimiento de los usuarios con discapacidad en dichas entidades, este tipo de gestión será reportado a las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Fuerza Aérea. Lo anterior, abarca los contratos de las instituciones para el

programa de niños, niñas, y adolescentes con discapacidad y la contratación de centros con servicios especializados en rehabilitación y cuidado intermedio.

- La inclusión de los pacientes que requieran atención en unidad de cuidado intermedio serán valorados y evaluados según criterios técnicos-científicos por el equipo interdisciplinario del ESM de referencia, tomando como base la regional a la que pertenece.

- Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables del desarrollo de programas para el aprovechamiento del tiempo libre del personal militar y el desarrollo de nuevas habilidades, paralelos a la implementación de la etapa de rehabilitación, en las que se promuevan actividades vocacionales, deportivas, artísticas lideradas por el área de terapia ocupacional, durante el tiempo que no se desarrollan actividades relacionadas con el proceso de rehabilitación.

- Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables de liderar el proceso de rehabilitación del personal amputado en sus tres fases (pre-protésica, protésica y post-protésica) con el respectivo seguimiento de los casos, la entrega oportuna de los aditamentos y el proceso de acople-adaptación de la prótesis a corto, mediano plazo así como los pacientes con trauma raquimedular y patología neurológica.

- Desde el ámbito del área de salud mental (psiquiatría y psicología) es vital el fortalecimiento al proceso de rehabilitación realizando actividades como :Evaluaciones en el área intelectual, psicomotor, personalidad y cognitiva; psicoterapia; actividades lúdico-recreativas y de estimulación cognitiva, destinadas a mejorar la capacidad de atención, memoria y concentración, permitiendo realizar otras actividades superiores, evaluaciones psicométricas, emocionales, cognitivas y de desarrollo psicomotor., psicoterapias a los pacientes, así como talleres psicoeducativos a los menores y a sus familiares, orientación a los padres en cuanto a la crianza, estimulación y proceso de rehabilitación de los menores.

- Presentar informes periódicamente del personal con discapacidad de los Establecimientos de Sanidad Militar, ante las Direcciones de Sanidad de su respectiva Fuerza, para determinar las acciones correctivas y nuevas estrategias para la prestación de los servicios de salud, Mantener actualizado y consolidado los procesos individualizados y asimismo, presentar informes de los programas y actividades que se estén desarrollando con el objeto de evaluar la gestión e impacto de los mismos.

- Verificar la aplicación de las guías de manejo o las orientaciones técnica básica para la atención de pacientes con deficiencias a nivel de cada ESM de acuerdo a la morbilidad y a las características de la población del Subsistema de Salud.

- Realizar investigación en la temática de rehabilitación y discapacidad para mejorar los procesos en la atención al personal en situación de discapacidad.

- Proceso de suministro y adaptación de ayudas técnicas.

- Articular la fase de rehabilitación funcional que desarrolla el Subsistema con la fase de inclusión socio - laboral que desarrolla el Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas Militares.

III NIVEL DE ATENCIÓN

El III nivel de atención centra las actividades en el cuidado de las personas en los momentos críticos, lesiones o enfermedades agudas de alta complejidad. Sus acciones contemplan la atención intra-hospitalaria en la que se requiere la participación de los servicios de rehabilitación, con las competencias para el abordaje terapéutico en deficiencias anatómicas y/o fisiológicas que pueden generar una discapacidad. Asimismo, se adelantan acciones de prevención terciaria, encaminada a reducir complicaciones, prevenir la muerte y tendientes a mejorar el estado de salud dentro la condición en la que se encuentra el usuario en los diferentes ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez) , tipos de deficiencia (motor, sensorial (visual, auditiva), mental, intelectual - cognitiva y múltiple) y acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos.

Se tratan de servicios que hacen parte de Hospitales o Centros de III ó IV nivel, donde los profesionales que participan son especializados en aspectos específicos relacionados con las características de las deficiencias y discapacidades que atienden, así mismo la tecnología es de alta complejidad y la atención se centra en el paciente.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Las actividades que se llevarán a cabo en ESM deben estar acordes con el III grado de atención, las cuales se desarrollaran en el Hospital Naval de Cartagena, Hospital Militar y Hospitales correspondientes a la red externa que cumplan con los requerimientos.

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS

	Sistema Nervioso-tratamiento de dolor • Neurolisis de raíces espinales • Inserción de catéter en canal espinal para infusión de sustancia terapéutica o paliativa incluye: infusión continua o intermitente de medicación (con la creación de algún reservorio) para dolor crónico, post amputación de miembro, con fines analgésicos o anestésicos, simultáneo: cualquier implantación o bomba de infusión • inserción de catéter epidural en canal espinal con puerta de entrada implantable para infusión de sustancia terapéutica o paliativa • Inserción de catéter subaracnoideo en canal espinal para infusión de sustancia terapéutica o paliativa • Inyección de anestésico en el canal espinal incluye: aquel por dolor crónico, o post amputación de miembro entre otros, con fines analgésicos o anestésicos. • Implantación de electrodos o receptor de neuroestimulacion espinal, intradural, por laminectomia • Implantacion de electrodos o receptor de neuroestimulacion espinal, vía percutánea • Retiro neuroestimulador espinal • Retiro de electrodos y/o receptor de neuroestimulacion espinal • Neurolisis de nervio periférico • Inyección de anestesia dentro de nervio periférico con fines analgésicos incluye: aquella en nervios intercostales excluye: aquella para anestesia operativa-omitir código • Inyección de anestesia en nervio de faceta articular vertebral con fines analgésicos • Inyección de anestésico en nervio simpatico + incluye: aquella con fines analgésicas o anestésicos • Inyección de anestésico en nervio simpático • Bloqueo de nervio simpático único • Bloqueo de plejo braquial, plejo lumbosacro, seno carotideo, de unión mioneural • Bloqueo paracervical bilateral • Bloqueo del simpático presacro (ganglio impar de walter) • Gangliolisis en ganglios simpaticos, por radiofrecuencia o fenolizacion • Gangliolisis en ganglio del v par (gasser) por radiofrecuencia o fenolizacion
	Sistema visual • Evisceración del globo ocular con implante Potenciales evocados visuales (uni o bilaterales) • Adaptación de protesis oculares
	Sistema auditivo • Implantación o sustitución de prótesis coclear incluye: mastoidectomia • Inserción de prótesis coclear de canal único, de canal múltiple • Audiometría de tallo cerebral • Potenciales evocados auditivos + incluye: potenciales evocados auditivos con curva función intensidad-latencia de onda v (umbrales electrofisiológicos con estimulo click), de estado estable, multifrecuencia, de latencia media (amrl), respuesta auditiva tardía (latencia larga arl), respuesta p300 o respuesta de discordancia de la negatividad (mmn) • Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral incluye: potenciales evocados auditivos de tallo cerebral transientes, (bera click con técnica de sitio de lesión), o de alta rata (prueba de habituación).
	Procedimientos diagnósticos • Electromiografía con electrodo de fibra única • Electromiografía laríngea • Test de lambert • Reflejo trigémino facial • Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)

	• Test de fibra única • Test con tensilón • Electromiografía laríngea
ATENCIÓN ASISTENCIAL	**Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación** • Evaluación del desempeño ocupacional funcional incluye: evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas • Evaluación fonoaudiológica de desordenes de lenguaje y voz incluye: pruebas de minessota, dinamometría de desordenes auditivos comunicativos, cognoscitivos comunicativos • Pruebas fonoaudiológicas de la comunicación funcional (habla) • Evaluación ortésica incluye: evaluación del ferulaje • Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes sensiomo-tores de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales entre otros • Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular) • Medición de longitud de extremidades • Mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros) • Otros procedimientos diagnósticos en desempeño funcional y rehabilitación
	Terapia física • Ejercicios terapéuticos: ejercicio asistido, ejercicios activos, pasivos, activos asistidos, ejercicios isométricos, ejercicios de fortalecimiento, flexibilidad, estabilización pélvica y segmental en columna, ejercicios resistidos con elementos como bandas elásticas, pesas y otros, ejercicios de propiocepcion. • Ejercicio de Acondicionamiento físico: Mecanoterapia (Elíptica, banda sin fin, bicicleta estática, escalador, barras paralelas entre otros). • Medios Físicos: Termoterapia, crioterapia, parafina. • Electroterapia: Electroestimulacion con diferentes tipos de corriente (tens, corriente premodulada, rusa, microcorrientes, travert y otras. Ultrasonido. • Diatermia, laser, infrarojo entre otros • Hidroterapia: piscina, tanque de Hoovard, tanques de remolino para miembro superior e inferior entre otros. • Tracción Manual y mecánica • Modalidades Cinéticas: Acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales (Coordinación, balance y equilibrio corporal). • Terapia Manual: movilizaciones de las diferentes articulaciones y liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia. • Manipulaciones de segmentos corporales. • Marcha y reentrenamiento en marcha con o sin ayudas externas. • Manejo de tejidos blandos: masaje, digitopresion, fricción transversa entre otros • Entrenamiento en el uso de ortesis especialmente las de miembro inferior y prótesis. • Otros procedimientos terapéuticos en fisioterapia. • Utilización de maquinas de presión intermitente e indicación de medias antiembolicas entre otros. • Drenaje linfático. • Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia entre otros. • Educación en cuidados de la herida. • Educación en medidas antiedema. • Aplicación de vendajes y educación al paciente. • Tratamiento manipulativo osteopatico para movilización general (tratamiento general de articulaciones, se pueden emplear fuerzas de alta velocidad y baja amplitud,

	fuerzas de baja velocidad y alta amplitud, fuerzas indirectas). • Inmovilización o manipulación articular inespecífica
	Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación **Terapia fonoaudiológica Integral** • Terapia fonoaudiológica integral incluye: aquella para problemas de lenguaje, habla, audición o comunicación. • terapia fonoaudiologica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje oral y escrito • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, orofaciales y función deglutoria entre otros. • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia • Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos comunicativos , cognitivo comunicativo.
	Rehabilitación • Rehabilitación pulmonar • Terapia de rehabilitación pulmonar • Rehabilitación cardiaca • Terapia de rehabilitación cardiaca • Oxigenación hiperbárica • Otra terapia con oxigeno (efecto citoreductivo, oxigenadores, terapia catalitica por oxigeno, terapia con oxigeno • Cámara de descompresión • Otro control de presión y composición atmosférica (terapia con helio y aire acondicionado libre de antígenos)
	Procedimientos relacionados con la psique • Psicoterapia de pareja por psicólogo, sesión • Psicoterapia de familia, sesión • Examen psicopedagógico • Test de rorschach • Inventario de personalidad (mmpi) • Pruebas de percepción temática (cat o tac) • Escala de weschler para niños y adultos • Escala infantil de inteligencia therman • Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante)
	Monitorización y procedimientos • Cuidado (manejo) y asistencia intrahospitalaria incluye: aquella atención diaria al paciente internado, utilizando métodos como las rondas, revistas entre otros., realizada en cualesquier servicio. • cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada • Asistencia intrahospitalaria por psicología • Asistencia intrahospitalaria por trabajo social + incluye: asesoría y orientación, reubicación extrainstitucional de pacientes internados en los casos críticos identificados • Asistencia intrahospitalaria por terapia foniatría y fonoaudiología, terapia física, terapia ocupacional • Asistencia intrahospitalaria por equipo interdisciplinario • Junta médica incluye: órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas (mínimo tres), a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los usuarios, para establecer un diagnostico o acción terapéutica. aquellas juntas de calificación de pérdida de capacidad laboral

RECURSOS HUMANOS

Los ESM catalogados en III ó IV grado de complejidad deberán contar con un equipo conformado **por uno o más profesionales, especialistas y supraespeciliadades** de cada una de las siguientes disciplinas: Ortopedia, Fisiatría, Neurología, psiquiatría, Neuropediatria, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Nutrición, Psicología y/o Trabajo social, entre otras.

ESTRATEGIA 2: RED DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM

El Subsistema de Salud de las Fuerzas, actualmente cuenta con 91 de ESM (74 EJC, 11 ARC Y 6 FAC) que prestan dos o más servicios de rehabilitación, los cuales se convierten en medios de intervención para llegar a los usuarios con deficiencia y discapacidad del SSFM.

Tomando como base este panorama, se plantea el funcionamiento de la red de prestación de servicios en rehabilitación, acorde a las actividades de los niveles de complejidad y a la categorización por tipo de ESM, que plantea el Acuerdo No 004 de 1997, buscando de esta forma descentralizar los servicios y reorganizar las actividades – procedimientos, acorde a la referencia que se debe llevar a cabo del I y II grado de complejidad, con el fin de suministrar servicios de rehabilitación accesibles, que se ajusten a las necesidades de los usuarios y dando cumplimiento a los principios de igualdad, equidad y eficiencia. Para lograr la organización del sistema, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Promover la organización de los ESM, acorde a las actividades y procedimientos establecidos tanto para el I y II grado de complejidad, así como el flujo de referencia (envío de usuarios del SSFM por parte de un ESM, a otro de mayor nivel de complejidad o en dado caso a IPS externas que se encuentren habilitados para la atención, con el fin de dar respuesta a las necesidades desde el ámbito de rehabilitación).

- Implementar el planteamiento de regionalización expuesto en el portafolio de servicios del SSFM, frente a la referencia de los ESM de I grado de complejidad hacía los de II grado de complejidad, correspondiente a la circunscripción a la que pertenecen los ESM, según las 7 (siete) regionales (norte, nor-oriente, sur-oriente, sur-occidente, centro, Bogotá, sur y nor-occidente). Solo se recurrirá a los ESM de otras regionales cuando sea estrictamente necesario.

- Desarrollar el concepto de integración funcional, en las Fuerzas Militares (EJC, ARC Y FAC), con el fin de lograr el aprovechamiento de la red de servicios en rehabilitación, así como generar economías de escala en los procesos de contratación con la red externa.

El siguiente cuadro muestra los ESM que cuentan con servicios de rehabilitación adicionalmente en el anexo 2, se plantearan los ESM estableciendo los servicios que se prestan por la red externa contratada:

ESM QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN SSFM

FUERZA	ENFERMERIAS	DISPENSARIOS	HOSPITAL REGIONAL
EJÉRCITO	52	17	5
ARMADA	5	4	1
FUERZA AEREA	-	6	-
TOTAL	58	27	6

La operativización de la red se centra principalmente en realizar la referencia de usuarios que presenten discapacidad permanente a los ESM categorizados en el II grado de complejidad o red externa contratada, en donde se puede llevar a cabo el abordaje acorde a las necesidades del usuario y a las características de la intervención que requiere.

Por el contrario, el abordaje del usuario en los ESM categorizados en el I grado de complejidad, se realizara cuando el usuario presente una deficiencia temporal, en donde no se requiere un nivel de complejidad tan alto. Y la remisión de un grado de mayor complejidad a menor grado de complejidad se llevará a cabo, cuando el usuario con discapacidad finalice la intervención en la etapa aguda y regrese a su lugar de residencia o de origen, en donde se ejecutarán procedimientos e intervenciones de mantenimiento, seguimiento y rehabilitación con participación comunitaria.

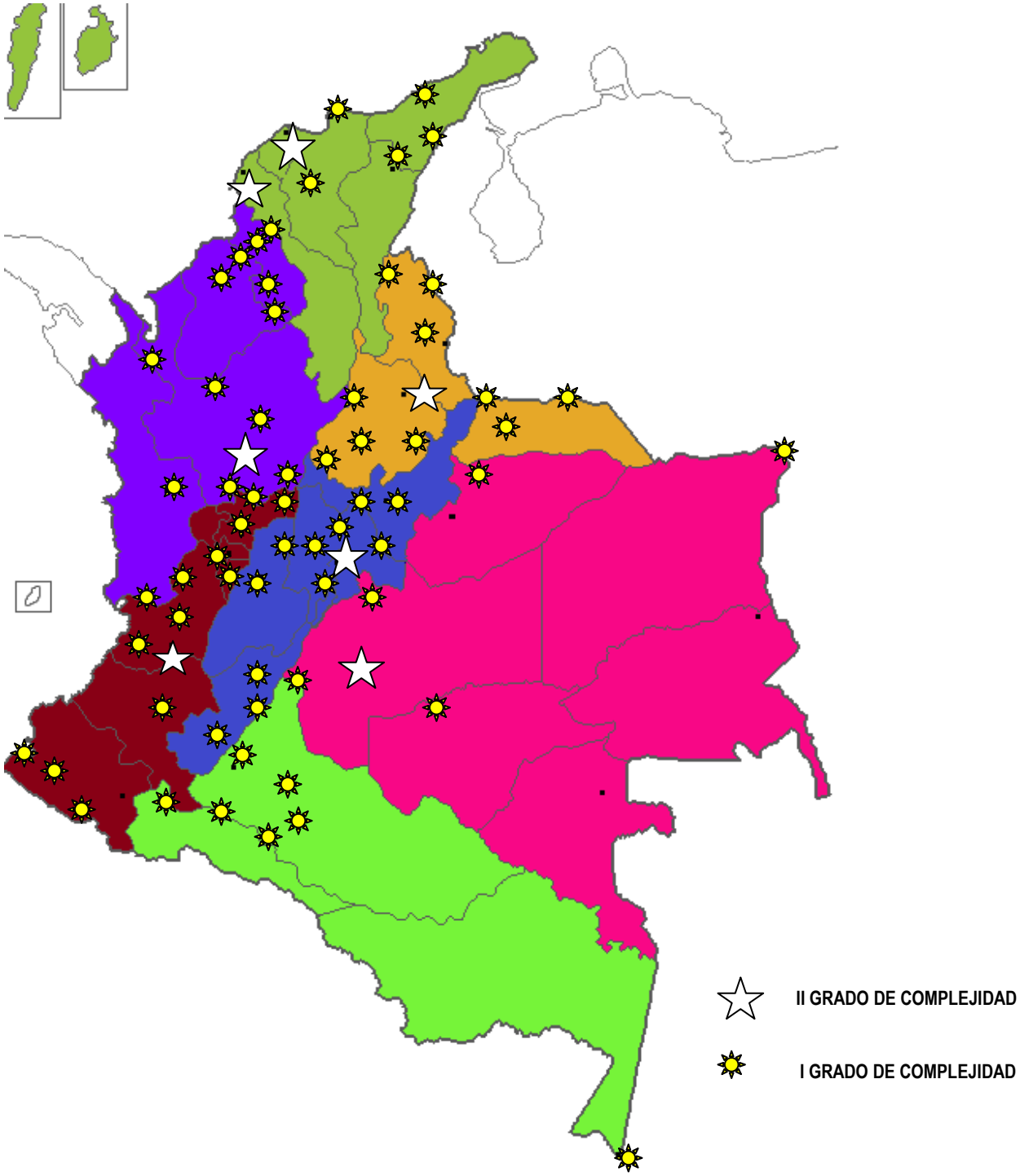
En el portafolio de servicios del Ejército se evidenció que existen algunos ESM que cuentan servicios que no están acordes a los niveles de complejidad, por lo cual, en el anexo 2 se reflejan, ESM denominados II BASICO, catalogado como dispensario que tienen especialidades médicas que corresponden al hospital regional, por lo cual para efectos del presente documento y un futuro el II BASICO, se debe convertir en I grado de complejidad, es decir dispensario, enfermerías o consultorios, en donde las especialidades deben estar presentes en los hospitales regionales. A Continuación se presenta la georefenciación de la red de prestación de servicios en rehabilitación del SSFM:

Niveles de atención aplicada al ámbito de rehabilitación funcional

Nivel de atención I	Nivel de atención I	Nivel de atención II	Nivel de atención III y IV
Consultorio, Enfermería y Punto de Atención Básica.	**Dispensarios**	**Hospital Regional FF.MM o Centros Especializadas**	**III (Hospital de Referencia)y IV (Enfermedades catastróficas)**
Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad,	Rehabilitación Básica Implica: servicios de rehabilitación de baja complejidad con la participación de por lo menos dos o más	El uso de tecnología es de mediana complejidad, con la participación de: terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del lenguaje, psicología, trabajo	Los procesos de rehabilitación se prestarán en los servicios intrahospitalarios especializados.

discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria.	profesionales de las siguientes disciplinas: Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional ó Trabajo social	social, enfermería, nutrición, ortopedia, fisiatría y otras especialidades médicas deben ser contratadas con red externa de acuerdo a la morbilidad de la población.	

GEOREFERENCIACION

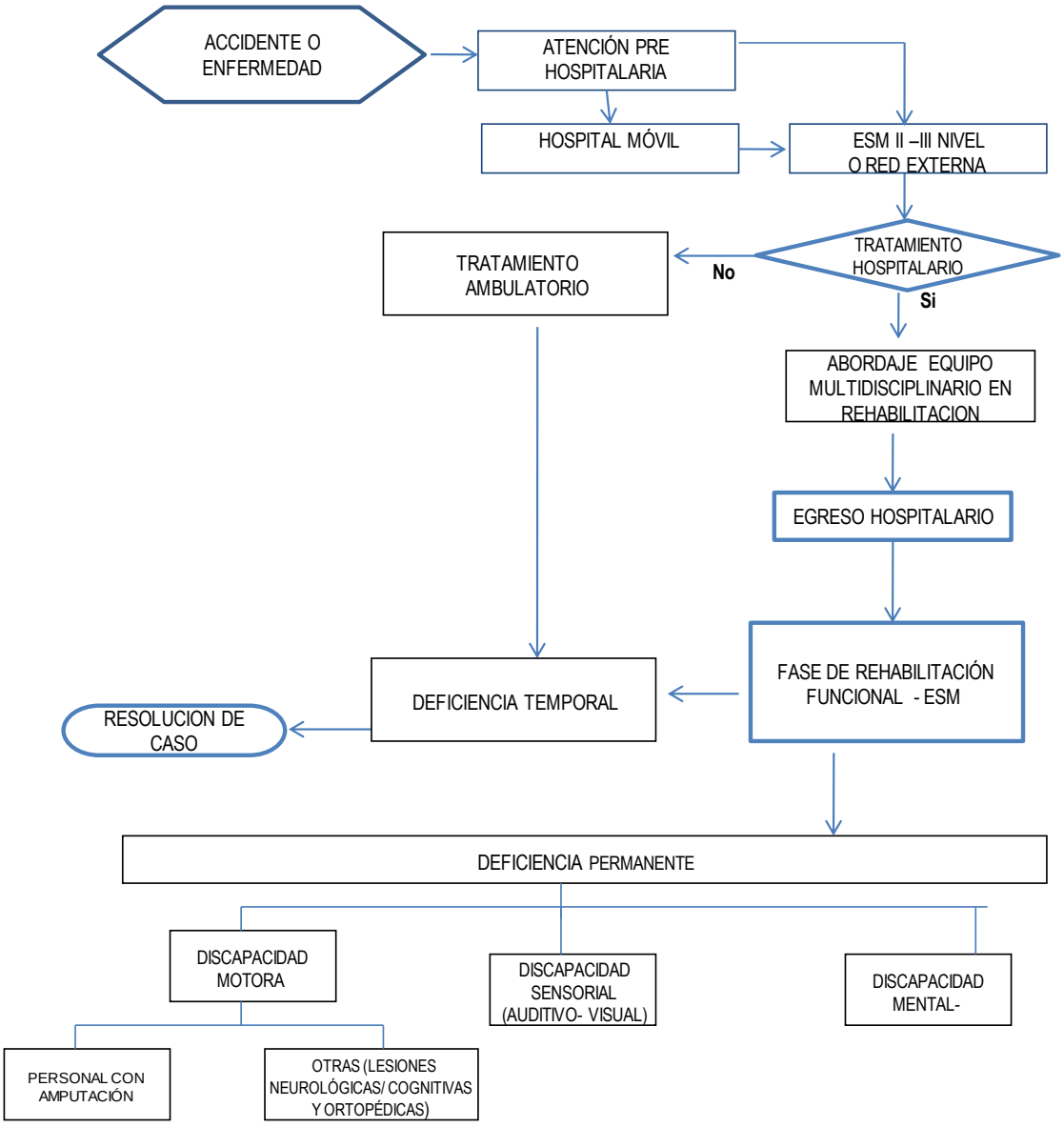

II GRADO DE COMPLEJIDAD
I GRADO DE COMPLEJIDAD

RUTAS DE ATENCIÓN

La población perteneciente al SSFM que accede a los servicios de rehabilitación, presenta unas características particulares que requieren ser abordadas desde la integralidad, tomando como base los principios que caracterizan la calidad en los servicios de salud, desde la perspectiva de la oportunidad, accesibilidad, seguridad y continuidad.

Para lograr lo que se plantea anteriormente, es necesario contar con un mecanismo que permita lograr la orientación para todos los usuarios (internos-externos) de los servicios de rehabilitación, así como la organización en la prestación de servicios, lo que se alcanza mediante la estructuración y aplicación de rutas de atención.

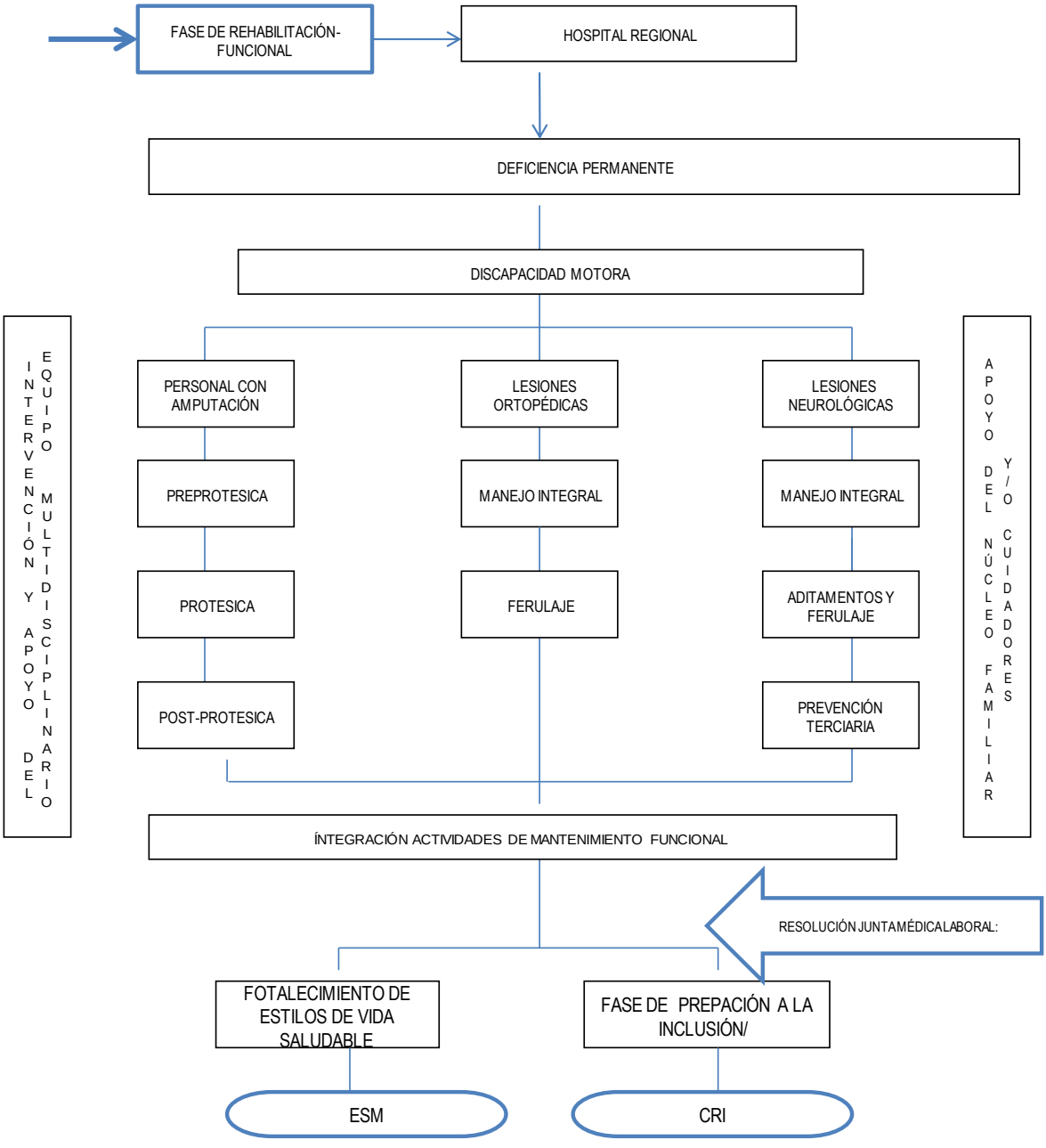
RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM



FLUJOGRAMA PROCESO DE ATENCION REHABILITACION FUNCIONAL		
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**	**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC), BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
ACCESO: DETECCION Y DIAGNOSTICO	EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE CONOCER, PROMOVER Y RESPETAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO, TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL USUARIO, DESDE EL CONTACTO INICIAL HASTA SU EGRESO, DEBE ESTAR DEFINIDO Y CONOCIDO POR TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL	
REGISTRO E INGRESO	REGISTRO DEL USUARIO Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL, CLÍNICA Y FAMILIAR	
EVALUACION INICIAL	EVALUACIÓN INICIAL DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN DEL USUARIO, QUE INCLUYE: • DIAGNÓSTICO: FÍSICO, FUNCIONAL CON ENFASISI EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, PSICOLÓGICO, FAMILIAR, SOCIAL. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PERSONALES Y AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACIÓN •NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y SU FAMILIA (GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL USUARIO Y SU FAMILIA SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION • CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRELIMINAR SI ES NECESARIO LA EVALUACIÓN ES REALIZADA POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESTABLECIENDO OBJETIVO COMUN Y COORDINADA POR UN PROFESIONAL TRATANTE RESPONSABLE.	
PLANEACION DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	PROCESO DE DESARROLLO, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN PARA CADA USUARIO: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, MEDIOS, ACTIVIDADES. CONSEJERÍA Y APOYO EMOCIONAL AL USUARIO Y SU FAMILIA, DE ACUERDO CON LA EVOLUCIÓN Y RESPUESTA A LA REHABILITACIÓN. SOPORTE NUTRICIONAL, CUANDO APLICA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CONJUNTO CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, ESTABLECEN LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS, DISPOSITIVOS DE APOYO O AYUDAS TÉCNICAS DEL USUARIO. SE DEBE TENER ESPECIAL CUIDADO EN INCORPORAR ESTOS ELEMENTOS DENTRO DEL PLAN DE TRATAMIENTO Y CONSIGNARLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, ASI COMO LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA O CONFIRMATORIA CUANDO LA DISCAPACIDAD O LA PATOLOGÍA PRESENTE LA HACE NECESARIA.	

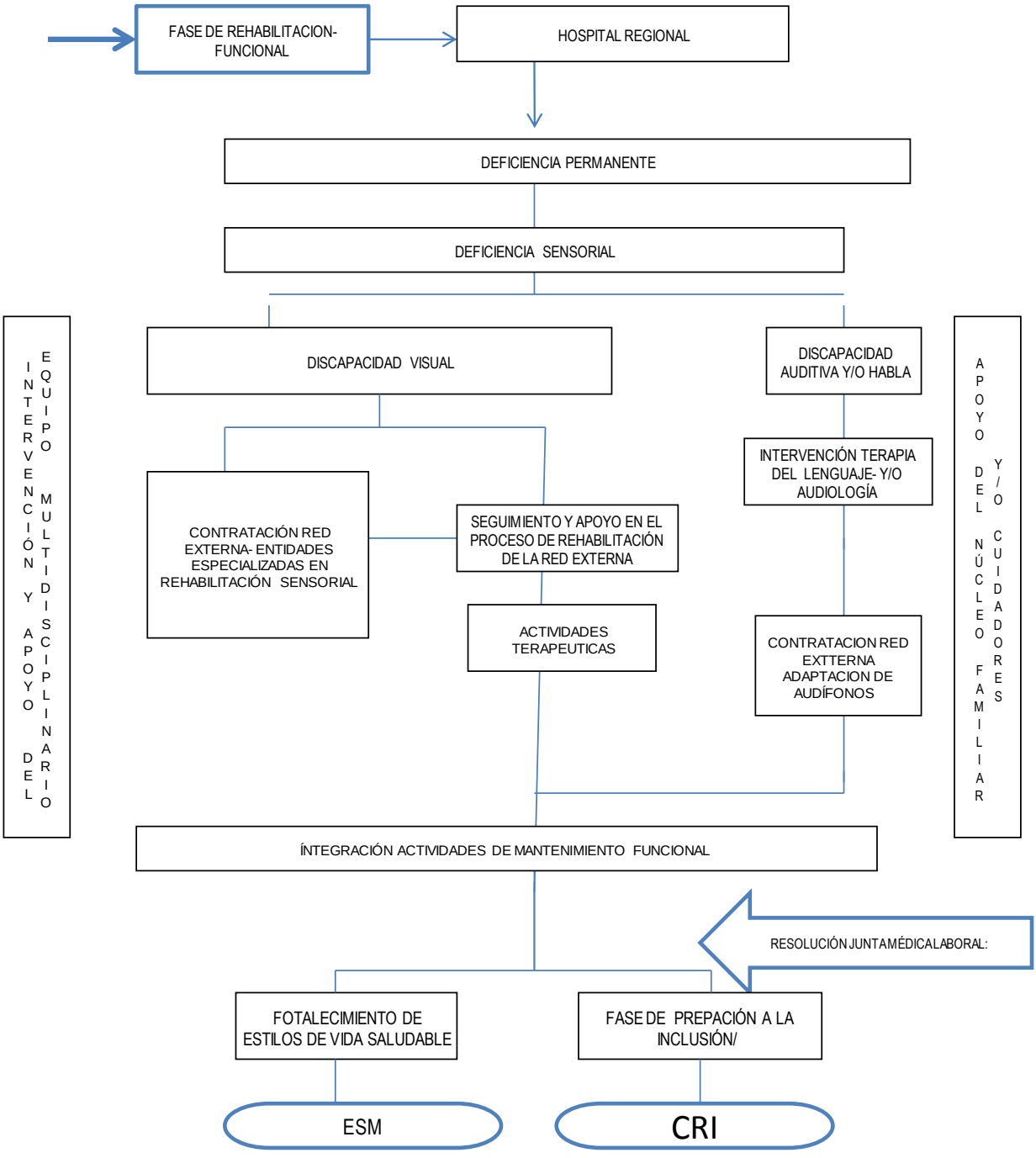
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	LA REHABILITACIÓN ES EJECUTADA POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ENTRENADO Y CON CAPACIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA, PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA. REVALORACIÓN PERIÓDICA Y REPORTE DE AVANCES LAS ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN DEBEN SER CONSISTENTES CON LOS ESTÁNDARES DE PRÁCTICA BASADOS EN LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE. EL ESM DEBE CONTRAR CON UN SISTEMA PERIÓDICO DE MONITORIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y DEL USO DE GUÍAS DE ORIENTACION TECNICAS BASICAS. SE DEBE REALIZA EDUCACIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA EN ASPECTOS RELEVANTES PARA EL BUEN RESULTADO DE LA REHABILITACIÓN:ESTA EDUCACIÓN ES IMPARTIDA POR EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO Y CUBRE ASPECTOS SOBRE LA DISCAPACIDAD, EL PROCESO DE REHABILITACIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, CUIDADOS EN CASA, SALUD E HIGIENE, SEGURIDAD, USO DE RECURSOS, PARTICIPACIÓN, ADIESTRAMIENTO EN USO DE AYUDAS TÉCNICAS Y DISPOSITIVOS DE APOYO, ETC	
EVALUACION FINAL	SE LLEVA A CABO LA REVISIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN Y SUS RESULTADOS, CON LA PERIODICIDAD Y CRITERIOS PREESTABLECIDOS, Y SE HACEN LOS AJUSTES NECESARIOS	
ALTA Y SEGUIMIENTO	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES. CONVENIOS/ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES. EXPLICACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR, MEDICAMENTOS Y SU ADMINISTRACIÓN, USO DE EQUIPOS MÉDICOS, DISPOSITIVOS DE APOYO Y AYUDAS TÉCNICAS, ALIMENTACIÓN, SI APLICA. REMISIÓN PARA EL SEGUIMIENTO, SI APLICA, QUE INCLUYA: LUGAR, FECHA Y RAZONES DE LA REMISIÓN; PERSONAS A CONTACTAR; INFORME DE LOS RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN	
	LOS ESM DESARROLLA PROCESOS PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA PROMOVER SU ACCESO AL MEDIO Y LA PARTICIPACIÓN, EDUCACIÓN A LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD EDUCACIÓN CONTINUADA A PROFESIONALES DE SALUD COORDINACIÓN Y CONTACTOS INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIALES PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS DE INCLUSION.	ESM CERCANO A SU LIGAR DE RESICENCIA
	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN	CENTRO DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL (CRIS)

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM (DISCAPACIDAD MOTORA)



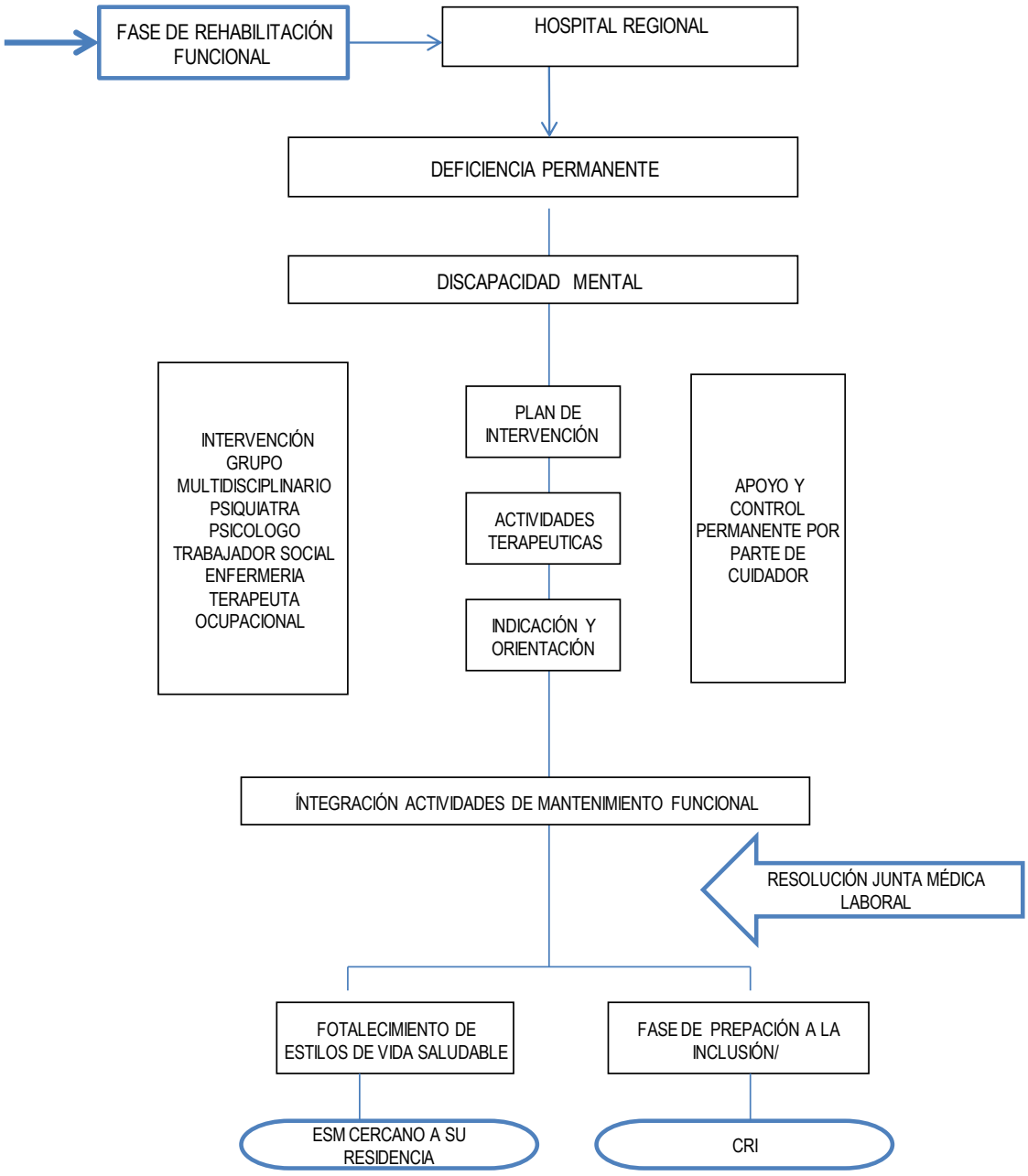
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD MOTORA				
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**			**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .			ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN *NOTA: EN BOGOTA LA FASE PROTESICA ES MANEJADA POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y A NIVEL DE DISAN EJC SE ESTA DESCENTRALIZANDO EL PROCESO
DISCAPACIDAD MOTORA	AMPUTADOS	LESIONES ORTOPEDICAS: FX COMPLEJAS, TUTORES, SEUDOARTROSIS, REMPLAZOS ARTICULARES, POLITRAUMA,	TRAUMA RAQUIMEDULAR, TCE, LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO, SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO, TRASTORNO COGNITIVO, ENTRE OTROS.	
MANEJO INTEGRAL	**FASE PREPROTESICA:** CUIDADO DEL MUÑON E HIGIENE POSTURAL DESENSIBILIZACION DEL MUÑON Y MANEJO DEL DOLOR ENTRENAMIENTO EN COLOCACION DE VENDAJE FORTALECIMIENTO MUSCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BASICAS E INSTRUMENTALES MANEJO DE DUELO EXPLORAR EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS FUTUROS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL USUARIO Y A SU RED DE APOYO IMAGEN, ESQUEMA, CONCEPTO CORPORAL Y MIEMBRO FANTASMA REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES ENTRENAMIENTO EN AYUDAS PARA LA MARCHA	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR Y SENSIBILIDAD ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INTERVENCION PSICO-SOCIAL APOYO NUTRICIONAL	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MODULACION DE TONO, MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA IMAGEN, ESQUEMA CONCEPTO CORPORAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION PSICO-SOCIAL (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN PERCEPCION Y FUNCION COGNITIVA, DESARROLLO DE PROCESOS MENTALES, MANEJO SEXUALIDAD, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CUIDADORES, PROYECTO DE VIDA APOYO NUTRICIONAL PREVENCION DE COMPLICACIONES TERCIARIAS (ESCARAS, DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA, RETRACCIONES, INFECCION VIAS URINARIAS, DOLOR, ESPASTICIDAD)	
	FASE PROTESICA: PRESCRIPCION Y ADAPTACION PROTESICA ENTRENAMIENTO EN MARCHA ENTRENAMIENRTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES INTERVENCION PSICOTERAPÉUTICA APOYO NUTRICIONAL PROYECTO DE VIDA			
	FASE POSTPROTESICA : DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS CON LA PRÓTESIS			
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR			
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO			DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	USUARIO PENSIONADO DESARROLLAR PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.			ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN			CRI

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM (DISCAPACIDAD SENSORIAL)



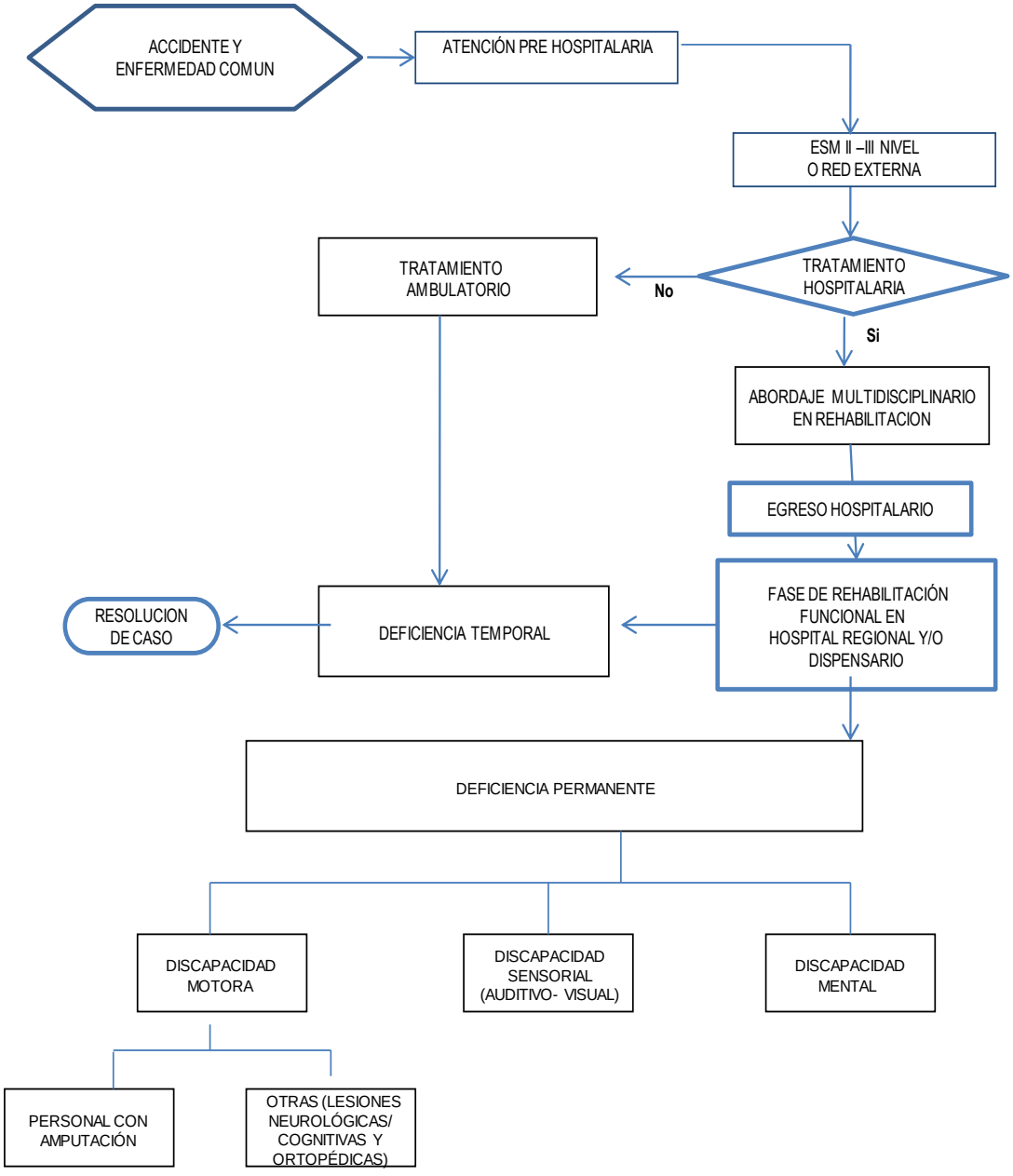
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD SENSORIAL			
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**		**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .		ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD SENSORIAL	SENSORIAL: VISUAL	SENSORIAL: AUDITIVA, VOZ, LENGUAJE, APRENDIZAJE Y HABLA	
MANEJO INTEGRAL	CONTRATACIÓN RED EXTERNA-ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN SENSORIAL (TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS)	TERAPIA MIOFUNCIONAL, MOVIMIENTOS ORGANOS FONOARTICULADORES, COMUNICACIÓN ALTERNATIVA, RELACIONES DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS ADECUADAS EN COMUNICACIÓN, ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN Y/O FUERZA	
	COMUNICACIÓN DIRECTA Y PERMANENTE CON LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACION SENSORIAL) PARA IDENTIFICAR RIESGOS Y SEGUIMIENTO.TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICA	AUDITIVOS: ADAPTACION DEL AUDIFONO Y SEGUIMIENTO,REHABILITACIÓN POSTRASPLANTE COCLEAR HABLA Y DEGLUCIÓN: REHABILITACION EN APRAXIAS, INTERPOSICION, EMPUJE LINGUAL, HABITOS ALIMENTICIOS	
		CONTRATACION RED EXTERNA ADQUISICIÓN Y ADAPTACION DE AUDIFONOS (SI EL HOSPITAL REGIONAL NO CUENTA CON ESTE SERVICIO	
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR		
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO		DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	USUARIO PENSIONADO DESARROLLAR PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA		ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN		CRI

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM (DISCAPACIDAD MENTAL)



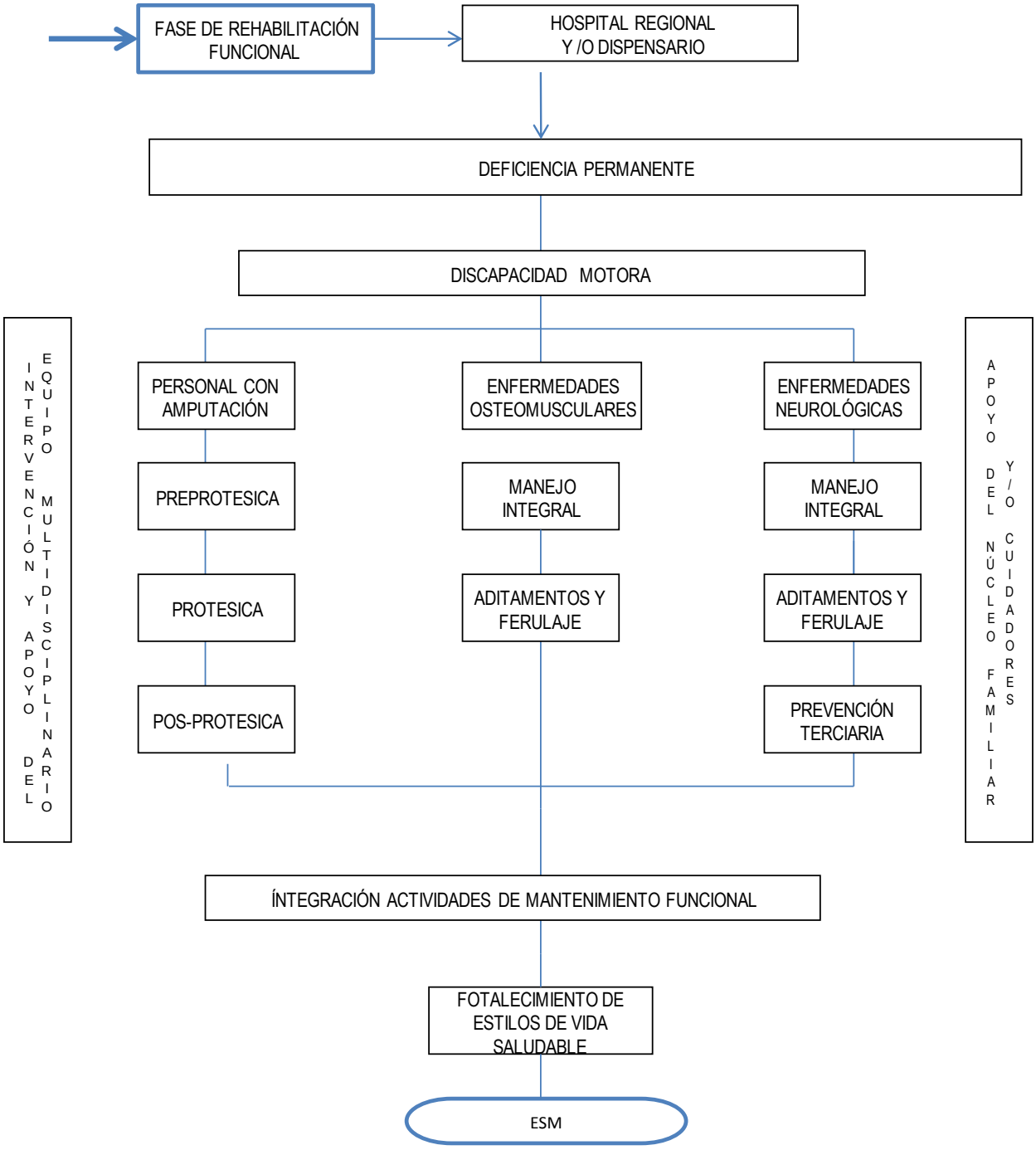
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD MENTAL		
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**	**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL , ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD MENTAL	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA, TRASTORNOS AFECTIVOS, TRASTORNOS PSICOTICOS , TRASTORNOS DE ANISEDAD , ENTRE OTROS. ESTE PROCESO APLIICA EN PACIENTES QUE NO REQUIERAN INTERNACION	
MANEJO INTEGRAL	EVALUACION INICIAL POR PSIQUIATRIA VALORACION EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA, APLICACIÓN DE PRUEBAS, OBSERVACION DE CONDUCTA) SE ESTABLECE PLAN DE TRATAMIENTO (PSICOEDUCACION, DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ESTABILIDAD EMOCIONAL, ADQUISICION Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION FAMILIAR EVALUACION FINAL	
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR	
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO	DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.	ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN	CRI

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM



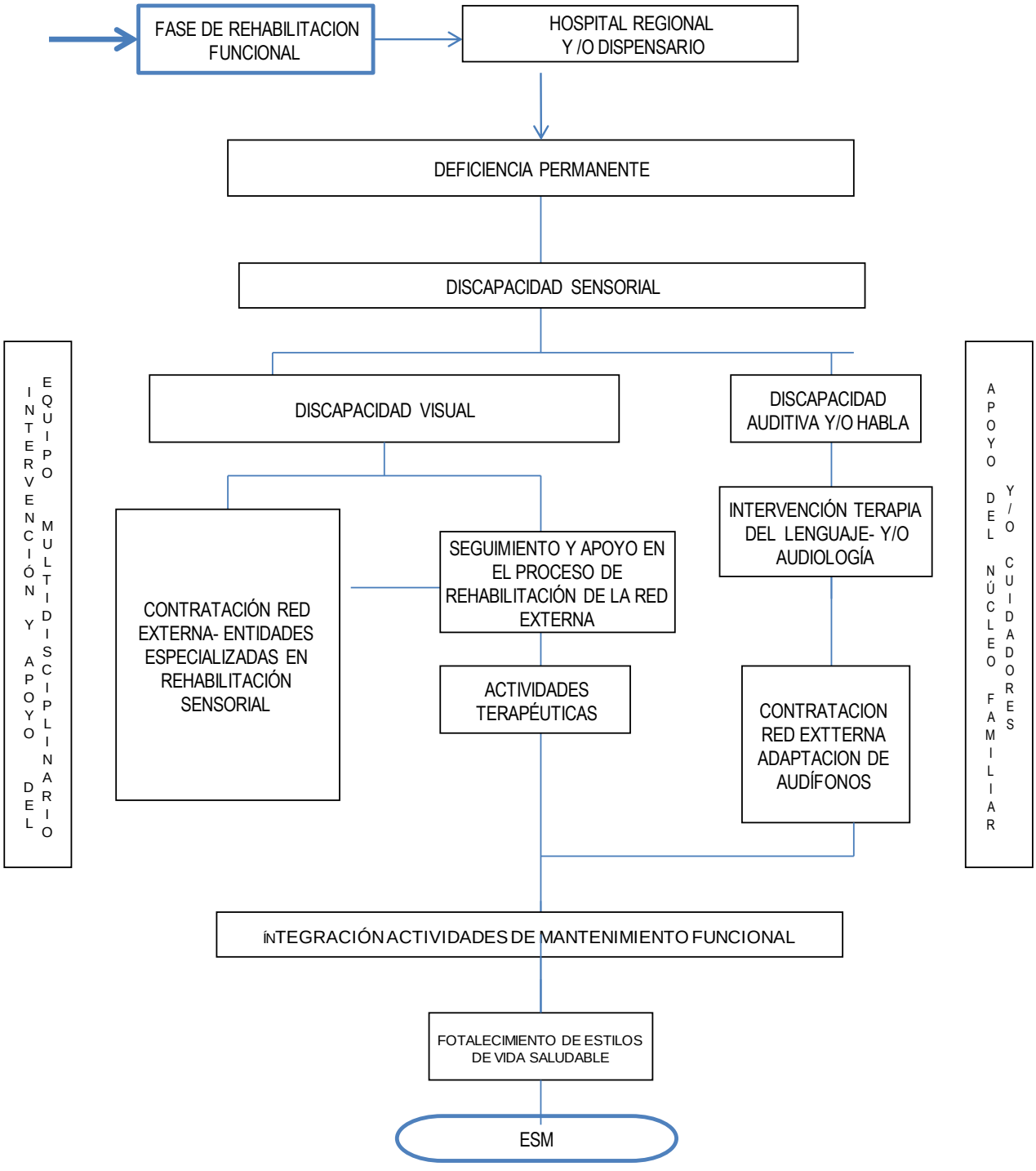
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL BENEFICIARIOS SSFM		
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**	**RESPONSABLE**
ACCIDENTE O ENFERMEDAD	EL PERSONAL USURIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PUEDE SUFRIR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN	USURARIO SSFM
ATENCION PREHOSPITALARIA	EN EL LUGAR DONDE OCURRA EL EVENTO SE BRINDA LA ATENCIÓN INICIAL, PRESTANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS, SE INFORMA LA SITUACIÓN, SOLICITANDO LOS REQUERIMIENTOS DE APOYO NECESARIOS PARA EL TRASLADO A LA RED *INTERNA/ **EXTERNA.	ENFERMERO SOCORRISTA-MÉDICO ESM
	EL USUARIO ES REIMITIDO A UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, PERTENECIENTE A LA RED INTERNA O EXTERNA, ACORDE A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA.	ESM II-III NIVEL O RED EXTERNA
TRATAMIENTO HOSPITALRIO	EL PACIENTE ES ATENDIDO POR PARTE DE UN EQUPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES PARA EL MANTENIMIENTO DE CONDICIONES CARDIOPULMONARES Y MUSCULOESQUELETICAS, MANEJO DEL DOLOR, MANEJO DE AYUDAS EXTERNAS PROVISIONALES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	HOSPITAL DE III Y IV NIVEL O RED EXTERNA
TRATAMIENTO AMBULATORIO	SI EL PACIENTE NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALRIO SE LLEVARÁ A CABO LA EVALUACIÓN MÉDICA CON APOYO DEL PROCESO TERAPEUTICO FÍSICO Y PSICOLOGÍCO, ESTE ÚLTIMO EN EL CASO QUE LO REQUIERA. SEGUN EVOLUCIÓN DEL CASO SE FINALIZA O REMITE A UN NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD	ESM DE I Y IINIVEL O RED EXTERNA
FASE REHABILITACION FUNCIONAL	A NIVEL DEL SSFM LOS ESM ENCARGADOS DE BRINDAR PROCESOS DE REHABILITACION FUNCIONAL DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO: EVALUACIÓN INICIAL, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEL ESM DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: FISIATRIA,TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, TERAPIA DEL LENGUAJE, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, ENFERMERIA, NUTRICIONISTA Y SE CONTARA CON EL APOYO DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS COMO ORTOPEDIA, NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA, NEUROPEDIATRIA DE ACUERDO ALA MORBILIDAD DE LA POBLACIÓN. LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGÍA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DEFICIENCIA PERMANENTE	DE ACUERDO CON EL TIPO DE DEFICIENCIA PERMANTE QUE PRESENTE EL USUARIO SE ESTABLECERAN PROCESOS ESPECIFICOS DE ATENCION SEGÚN SU TIPO DE DISCAPACIDAD. NOTA. SI EL ESM NO CUENTA CON EL ESPECIALISTA SE CONTRATARA CON LA RED EXTERNA, DEBE DILIGENCIAR Y REMITIR EL FORMATO DE CONTRAREFERENCIA, PARA DAR CONTINUIDAD AL PROCESO DE REHABILITACION	PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS RED INTERNA Y EXTERNA

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD MOTORA)



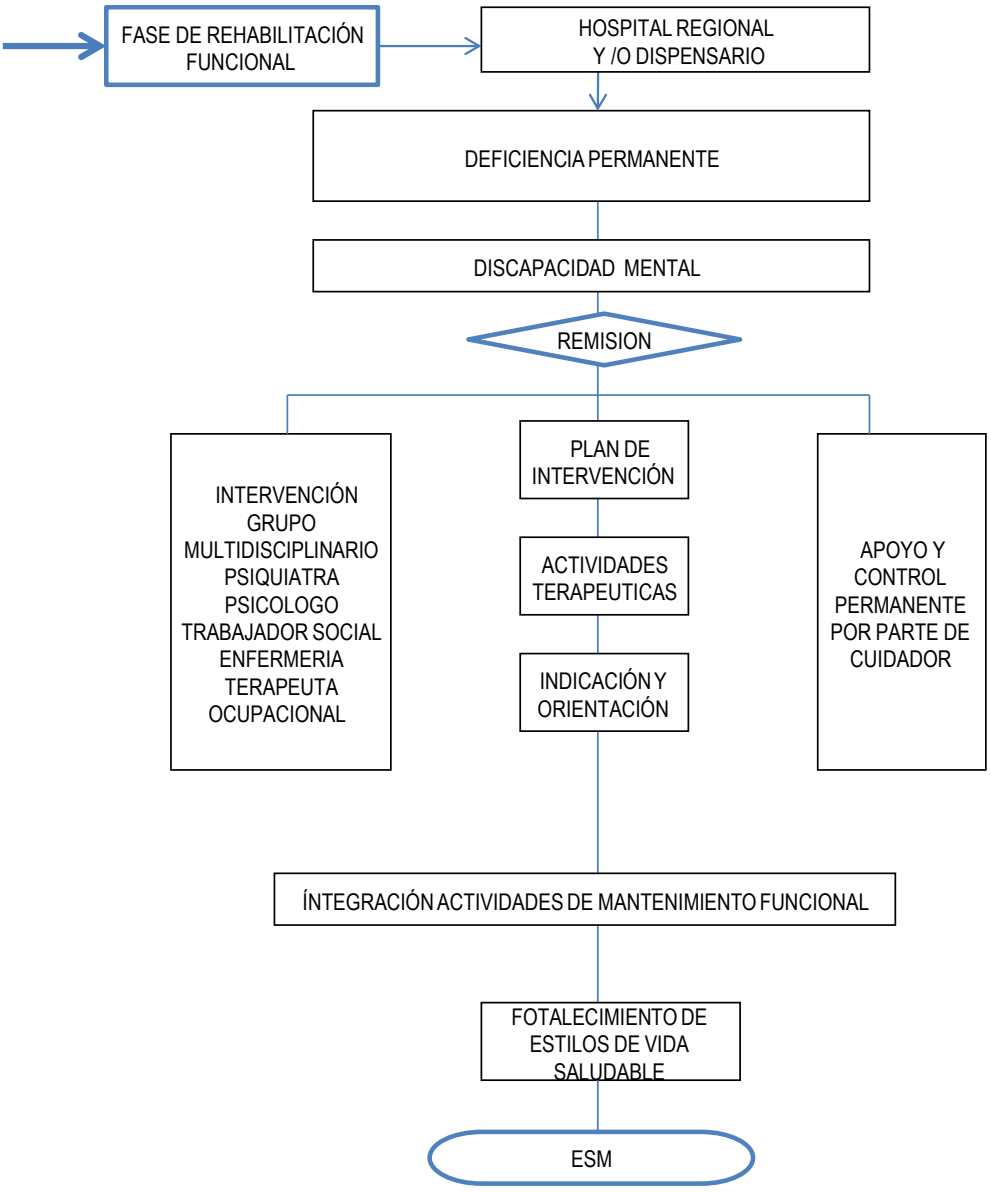
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD MOTORA				
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**			**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGÍA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.			ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN *NOTA: EN BOGOTA LA FASE PROTESICA ES MANEJADA POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y A NIVEL DE DISAN EJC SE ESTA DESCENTRALIZANDO EL PROCESO
DISCAPACIDAD MOTORA	AMPUTADOS	LESIONES ORTOPEDICAS: FX COMPLEJAS, TUTORES, SEUDOARTROSIS, REMPLAZOS ARTICULARES, POLITRAUMA,	TRAUMA RAQUIMEDULAR, TCE, LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO, SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO, TRASTORNO COGNITIVO, TRASTORNO DESARROLLO PSICOMOTOR, TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, ENTRE OTROS.	
MANEJO INTEGRAL	**FASE PREPROTESICA:** CUIDADO DEL MUÑON E HIGIENE POSTURAL DESENSIBILIZACION DEL MUÑON Y MANEJO DEL DOLOR ENTRENAMIENTO EN COLOCACION DE VENDAJE FORTALECIMIENTO MUSCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BASICAS E INSTRUMENTALES MANEJO DE DUELO EXPLORAR EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS FUTUROS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL USUARIO Y A SU RED DE APOYO IMAGEN, ESQUEMA, CONCEPTO CORPORAL Y MIEMBRO FANTASMA REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES ENTRENAMIENTO EN AYUDAS PARA LA MARCHA	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR Y SENSIBILIDAD ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INTERVENCION PSICO-SOCIAL APOYO NUTRICIONAL	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MODULACION DE TONO, MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA IMAGEN, ESQUEMA CONCEPTO CORPORAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION PSICO-SOCIAL (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN PERCEPCION Y FUNCION COGNITIVA, DESARROLLO DE PROCESOS MENTALES, MANEJO SEXUALIDAD, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CUIDADORES, PROYECTO DE VIDA APOYO NUTRICIONAL PREVENCION DE COMPLICACIONES TERCIARIAS (ESCARAS, DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA, RETRACCIONES, INFECCION VIAS URINARIAS, DOLOR, ESPASTICIDAD)	
	FASE PROTESICA: PRESCRIPCION Y ADAPTACION PROTESICA ENTRENAMIENTO EN MARCHA ENTRENAMIENRTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES INTERVENCION PSICOTERAPÉUTICA APOYO NUTRICIONAL PROYECTO DE VIDA			
	FASE POSTPROTESICA : DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS CON LA PRÓTESIS			
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR,DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL , APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL, DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA SEGUN CICLOS VITAL, CICLO VITAL NIÑO/ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y COGNITIVO SE DESARROLLARAN HABILIDADES PARA ENFRENTAR UN I NTEGRACIÓN ACORDE A SUS CAPACIDADES INTELECTUALES			
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DESARROLLO DE PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.			ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD SENSORIAL)



RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD SENSORIAL			
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**		**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGÍA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.		ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD SENSORIAL	SENSORIAL: VISUAL	SENSORIAL: AUDITIVA, VOZ, LENGUAJE, APRENDIZAJE Y HABLA	
MANEJO INTEGRAL	CONTRATACIÓN RED EXTERNA-ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN SENSORIAL (TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS)	TERAPIA MIOFUNCIONAL, MOVIMIENTOS ORGANOS FONOARTICULADORES, COMUNICACIÓN ALTERNATIVA, RELACIONES DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS ADECUADAS EN COMUNICACIÓN, ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN Y/O FUERZA	
	COMUNICACIÓN DIRECTA Y PERMANENTE CON LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACION SENSORIAL) PARA IDENTIFICAR RIESGOS Y SEGUIMIENTO.TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICA	AUDITIVOS: ADAPTACION DEL AUDIFONO Y SEGUIMIENTO,REHABILITACIÓN POSTRASPLANTE COCLEAR HABLA Y DEGLUCIÓN: REHABILITACION EN APRAXIAS, INTERPOSICION, EMPUJE LINGUAL, HABITOS ALIMENTICIOS	
		CONTRATACION RED EXTERNA ADQUISICIÓN Y ADAPTACION DE AUDIFONOS (SI EL HOSPITAL REGIONAL NO CUENTA CON ESTE SERVICIO	
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO . FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL CICLO VITAL NIÑO/ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y COGNITIVO SE DESARROLLARAN HABILIDADES PARA ENFRENTAR UN INTEGRACIÓN ACORDE A SUS CAPACIDADES INTELECTUALES		
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DESARROLLO DE PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.		ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD MENTAL)



RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD MENTAL		
ACTIVIDAD	**DESCRIPCION**	**RESPONSABLE**
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL , ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN O RED EXTERNA
DISCAPACIDAD MENTAL	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA, TRASTORNOS AFECTIVOS, TRASTORNOS PSICOTICOS , TRASTORNOS DE ANISEDAD , ENTRE OTROS. ESTE PROCESO APLIICA EN PACIENTES QUE NO REQUIERAN INTERNACION	
MANEJO INTEGRAL	EL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL SE LLEVARÁ CABO EN LOS HOSPITALES REGIONALES Y DISPENSARIOS. POSTERIOR A LA EVALUACIÓN, EN CASO DE NO CONTAR CON LOS ESPECIALISTAS SE REMITIRA A INSTITUCIONES DE LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL) EN CASO DE CONTAR CON EL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA SE LLEVARA A CABO EL SIGUIENTE PROCESO: EVALUACION INICIAL POR PSIQUIATRIA VALORACION EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA, APLICACIÓN DE PRUEBAS, OBSERVACION DE CONDUCTA) SE ESTABLECE PLAN DE TRATAMIENTO (PSICOEDUCACION, DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ESTABILIDAD EMOCIONAL, ADQUISICION Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABUILIDADES EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION FAMILIAR EVALUACION FINAL	
INTEGRACION ACTIVIDAES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR	
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DESARROLLO DE PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.	ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

III LINEA DE INTERVENCIÓN

PLAN DE CAPACITACIÓN EN PREVISIÓN, PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD

El plan de capacitación en previsión, prevención, protección y manejo de la discapacidad, se convierte en el carta de navegación frente a los tópicos y temáticas con los cuales se busca crear capacidades y competencias en los diferentes niveles de intervención mediante los preceptos de la clasificación internacional del funcionamiento y la de la salud (CIF) con énfasis en la actividades de la vida diaria.

Se desarrollarán metodologías pedagógicas, a partir de educación continuada (cursos, seminarios, diplomados, etc) y metodología virtuales que garanticen adquisición, apropiación de conocimientos lo que permita la generación competencias y fortalecer el trabajo en equipo.

TEMATICAS	COMPONENTES DEL MODELO
Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF)	DIS-CAPACIDAD
Normatividad internacional y nacional relacionada con discapacidad y rehabilitación	DIS-CAPACIDAD
Modelos de atención de la discapacidad: Desde el enfoque intervencionista hacia un enfoque de proyecto de vida	REHABILITACION
Caracterización de los servicios de rehabilitación acorde a las competencias por los niveles de atención en el Subsistema de Salud.	REHABILITACION
Redes de servicios: Sistemas de referencia y contra referencia.	REHABILITACION
Acciones en salud: Promoción de la salud, prevención de la discapacidad, rehabilitación con participación comunitaria , atención primaria en salud.	REHABILITACION
Metodología Gestión de caso: Aporte a un trabajo interdisciplinario. Nuevas formas de diagnóstico e identificación de necesidades	REHABILITACION
Guías integrales de práctica clínica: Como aportar en su elaboración desde la perspectiva de los servicios de rehabilitación.	REHABILITACION
Ayudas técnicas: Bancos de ayudas técnicas	REHABILITACION
Trabajo con familia y cuidadores. La persona con discapacidad responsabilidad de todos, redes de apoyo.	REHABILITACION
Rehabilitación con énfasis en las Actividades de la Vida diaria	REHABILITACION
Actualización en abordajes terapéuticos de rehabilitación	REHABILITACION
Registro, localización y caracterización de las personas con discapacidad	SISTEMA DE INFORMACION

No.	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
1.	**Sistema de Información** Corresponde al sistema vigente en el servicio, asi como las variables de la base de datos.	Bases de datos y reportes de informes	Trimestral	Servicios de Rehabilitación
2.	**Consulta en rehabilitación** Se establecen las causas por las cuales el usuario consulta los servicios de rehabilitación cumpliendo los criterios de discapacidad permanente (se toman de la base de datos)	Listado de los (10) promeros diagnósticos de consulta en los servicios de rehabilitación que desencadena discapacidad permanente	Mensual	Servicios de Rehabilitación
3.	**Demanda Efectiva** Relaciona el número de usuarios que demandan atención de los servicios de rehabilitación cumpliendo los criterios de discapacidad permanente durante el último año, con el total, de la población de usuarios a mitad del periodo. Se debe especificar por servicios de rehabilitación.	No. de usuarios que demandan atención en rehabilitación cumpliendo criterios de discapacidad/Total de la población de usuarios de los servicios de rehabilitación a mitad del periodo x100	Anual	Servicios de Rehabilitación
4.	**Demanda Efectiva Atendida** Relaciona el número de usuarios con discapacidad permanente que recibieron atención en los servicios de rehabilitación durante el último año, con el total de la población de usuarios que solicitaron los servicios	No. de usuarios con discapacidad que recibieron atención de los servicios de rehabilitación /Total de población de usuarios con discapacidad permanente que solicitaron los servicios en el mismo año X 100	Anual	Servicios de Rehabilitación
5.	**Oportunidad** Se establece el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y el momento en que el usuario lo recibe	Fecha de recepción menos fecha de solicitud	anual	Servicios de Rehabilitación
6.	**Capacitación** Se establece el número de capacitaciones realizadas en el periodo	No. de capacitaciones en previsión, prevención,	anual	Servicios de Rehabilitación

INDICADORES POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL SSFM					
Número del indicador	**Nombre del indicador**	**Forma de cálculo (Variables)**	**Unidad de medida**	**Fecha de Corte**	**Periodicidad**
1	% de discapacidad personal Militar activo de las Fuerzas Militares	Número de personal Militar activo con discapacidad / total de la población Militar activa	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
2	% de discapacidad Mental en personal militar activo SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad Mental x 100 / Total de población Militar activo con discapacidad del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
3	% de discapacidad motora (Amputados) militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad motora (amputado) X 100 / Total de población Militar activo con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
4	% de discapacidad sensorial -auditiva militares activos del SSFM	Número de personal militar activo con discapacidad sensorial - auditiva X 100 / Total de población Militar activo con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
5	% de discapacidad sensorial - visual militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad sensorial - visual X 100 / Total de población Militar activo con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
6	% de discapacidad múltiple militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad múltiple X 100 / Total de población Militar activo con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
7	% de discapacidad personal Militar retirado-pensionados de las Fuerzas Militares	Número de personal Militar retirado - pensionado con discapacidad / total de la población Militar retirado y pensionado	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
8	% de discapacidad Mental en personal militar retirado - pensionado SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad Mental x 100 / Total de población Militar retirado - pensionado con discapacidad del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral

9	% de discapacidad motora (Amputados) militares retirados - pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad motora (amputado) X 100 Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
10	% de discapacidad sensorial -auditiva militares retirados - pensionados del SSFM	Número de personal militar retirado y pensionado con discapacidad sensorial - auditiva X 100 Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
11	% de discapacidad sensorial - visual militares retirados y pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad sensorial - visual X 100 Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
12	% de discapacidad múltiple militares retirados y pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad múltiple X 100 Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
13	% población de niños y adolescentes con discapacidad.	Número de niños y adolescentes con discapacidad Total de niños y adolescentes del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
14	% de discapacidad Motora en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad motora X 100 Total de niños y adolescentes con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
15	% de discapacidad Intelectual - cognitiva en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad intelectual - cognitiva X 100 Total de niños y adolescentes del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
16	% de discapacidad sensorial - auditiva en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad sensorial - auditiva X 100 Total de niños y adolescentes con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral

17	% de discapacidad sensorial Visual en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad sensorial - visual X 100 Total de niños y adolescentes con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
18	% de discapacidad Múltiple en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad múltiple X 100 Total de niños y adolescentes con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
19	%población de beneficiarios -adultos con discapacidad.	Número de beneficiarios - adultos con discapacidad Total de beneficiarios adultos del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
20	% de discapacidad Mental en beneficiarios -adultos SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad Mental x 100 Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad del SSFM	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
21	% de discapacidad motora beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad motora X 100 Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
22	% de discapacidad sensorial -auditiva beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad sensorial - auditiva X 100 Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
23	% de discapacidad sensorial - visual beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad sensorial - visual X 100 Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
24	% de discapacidad múltiple beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad múltiple X 100 Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral

GLOSARIO

DISCAPACIDAD

Desde el planteamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud, CIF la discapacida]d incluye las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación[16]. Así mismo, se contemplan conceptos que describen con mayor detalle la trascendencia de la discapacidad, definidos desde la deficiencia, vista como los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida; a su vez la **limitación en la actividad** se concibe como las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades y finalmente, la **restricción en la participación** los cuales se describen como problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciónes vitales.

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reconoce que "la discapacidad 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"[17].

Las deficiencias a nivel anatómico y funcional están categorizadas a partir de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión diez (CIE 10). Sin embargo, la discapacidad, trasciende la categoría de las deficiencias e incluye la limitación en la actividad y restricción en la participación, la cual tiene como herramienta de trabajo la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la salud (CIF); es así como desde dicha clasificación se trabajan áreas específicas para determinar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que tiene que enfrentar la persona con discapacidad:

Acorde a las características de las alteraciones a nivel corporal, individual y social, se establecen los siguientes grupos, con el fin de determinar las estrategias para la intervención y el tipo de apoyos que requeridos:

[16] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.* IMSERSO. Madrid, 2001.

[17] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York.: 2006.



Fuente: .Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001

GRUPOS / ALTERACIÓN FUNCIONAL

GRUPO	ALTERACIÓN FUNCIONAL
MENTAL	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, alterando las actividades de interacción y Relaciones Personales.
INTELECTUAL - COGNITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso ocasionando limitación principalmente en la ejecución de actividades de Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
SENSORIAL - AUDITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales auditiva , estructuras del oído o sistema nervioso, que limitan principalmente, comunicación en forma sonora
SENSORIAL - VISUAL	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales visuales , estructuras del ojo o sistema nervioso que producen Limitación en la visión
MOTOR	Presentan Alteraciones en las funciones musculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso que limita la ejecución de actividades en la movilidad
MULTIPLE	Dos o más de las anteriores

Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano [18]

[18] Ley 1145 de 2007

REHABILITACIÓN

Proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independiente. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. La rehabilitación abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.[19]

REHABILITACIÓN INTEGRAL

Según el Ministerio de la Protección Social (2004) 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 de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, y desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional[20]. El resultado de la rehabilitación integral exige el cumplimiento de la inclusión de la persona con discapacidad a la sociedad a través del ejercicio de los roles que le son propios y que además desea desempeñar. Está implica el desarrollo de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión, las cuales se convierten en medios para alcanzar la autonomía de la persona con discapacidad enmarcado en un nuevo proyecto de vida, teniendo como base la inclusión al ámbito familiar y social. La implementación de las estrategias terapéuticas, educativas y de gestión serán transversales tanto a la fase de rehabilitación funcional como a la fase de inclusión, direccionando finalmente al proceso de rehabilitación Integral.

FASE DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL

La Rehabilitación funcional se define como "la combinación de procesos interdisciplinarios con el fin de mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a promover, restaurar o restituir la autonomía funcional de las personas y sus grupos familiares, acordes a sus condiciones de edad, de género, etnia, clase social.[21]

Asimismo, la fase de rehabilitación funcional comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento de la funcionalidad alcanzada, mediante el desarrollo de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión para alcanzar la autonomía de la persona con discapacidad enmarcado en un nuevo proyecto de vida, teniendo como base la inclusión al ámbito familiar y social.[22]

Los procesos centrales de la rehabilitación funcional (Secretaria Distrital de Salud, 2007) son:

[19] ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 48/96. 1994.
[20] MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad. Bogotá D.C.: 2004
[21] SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA-GRUPO FUNCIONAL DE DISCAPACIDAD. Plan de Acción 2007
[22] Ley 1471 de 2011 Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional.

1. **Evaluación:** identificación de las necesidades de la persona con discapacidad y su grupo familiar. Incluye la realización de pruebas estandarizadas y no estandarizadas y la participación de profesionales de diversas disciplinas: medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, audiología y terapia del lenguaje, psicología, trabajo social, entre otros
2. **Intervención:** Se refiere a las acciones propiamente del proceso de rehabilitación acorde con las necesidades identificadas en el proceso anterior; incluye técnicas, procedimientos soportados en diferentes corrientes del proceso de rehabilitación.
3. **Reevaluación o evaluación final:** Reconocer los avances del proceso de rehabilitación e identificar en conjunto con la familia y la persona con discapacidad los pasos a seguir.

Este proceso no se limita únicamente hasta la recuperación de los daños de estructuras u órganos, sino que trasciende a estrategias de apoyo, orientación al desempeño de las actividades ocupacionales cotidianas, adecuación de ambientes cotidianos y ocupacionales, desarrollo de habilidades, destrezas, conocimientos, actitudes, aptitudes y mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral, que facilitan la integración, garantizando un proceso óptimo de integración social.

De tal forma, que la Rehabilitación funcional enmarcada en el Subsistema de Salud de la Fuerza Pública tiene como objetivo principal estructurar el proceso de rehabilitación para alcanzar la máxima independencia funcional en el menor tiempo posible prestando servicios integrales de rehabilitación de óptima calidad, de forma personalizada que se adecúe a las particularidades de cada discapacidad como paso previo a la fase de inclusión.

FASE DE INCLUSIÓN

Esta fase provee estrategias facilitadoras de la relación del sujeto con su medio familiar, laboral y social. Comprende el desarrollo de los factores personales y del entorno mediante la ejecución de los programas de: actividad física y movilidad; habilidades sociales; comunicación y cognición; interacción con el entorno y vida activa y productiva.[23]

NIVEL DE ATENCION

Se entiende por nivel de atención, el grupo de Establecimientos de Sanidad, bajo cuya estructura y organización se clasifican las actividades que pueden realizar, para satisfacer las necesidades de los usuarios que demandan su atención, de acuerdo con las políticas definidas en la misión institucional de cada fuerza[24]

CICLO VITAL

Conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona. En esta perspectiva se hace necesario comprender las etapas del ciclo vital desde el desarrollo humano, entendiendo que dicho concepto se ha ido alejando progresivamente de la esfera de la

[23] Ibid., 1p.

[24] COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Acuerdo 004 (15, mayo, 1997). Por el cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contra referencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1997. 5 p.

economía para incorporar otros aspectos igualmente relevantes para la vida, como los aspectos culturales, políticos, sociales e individuales.[25]

El trabajo por ciclo vital se convierte en un marco de referencia que considera la totalidad de las etapas de la vida, haciendo la caracterización de ellas desde el abordaje en el estudio de las deficiencias permanentes y las implicaciones en la vida cada usuario, asimismo desde esta categoría de análisis se adiciona el estudio de los grupos poblacionales (personal activo, beneficiarios, pensionados y retirados) inmersos en los ciclos vitales, lo que brinda la posibilidad de hacer un análisis integral de la población con deficiencias permanentes pertenecientes al SSFM. Para lo cual se ha definido el siguiente esquema de categorización, con base en los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud:

Tabla 2. Categorías por Ciclo Vital

CATEGORIA	CICLO	RANGOS
INFANCIA	INFANCIA	Gestación/ Recién nacido /<1año
	Preescolar	De 1 a 4
	Escolar	De 5 a 9
	Adolescencia Inicial	De 10 a 14
	Adolescencia Media	De 15 a 17*
JUVENTUD	Juventud	De 18 a 26
	Adulto Joven	De 27 a 44 años
ADULTEZ	Adulto Maduro	De 45 a 59 años
VEJEZ	Persona Mayor	De 60 años o más

Fuente: Adaptación ciclos vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . 2009

* El rango establecido por la SDS abarca hasta los 18 pero fue modificado y adaptado a la población de SSFM

GRADO DE COMPLEJIDAD

Se denomina grado de complejidad, a las diferentes características que al interior de cada nivel de atención, puedan identificarse de acuerdo con la diferenciación de sus recursos humanos, locativos y tecnológicos. [26]

[25] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Intervenciones Colectivas-PIC Lineamientos 2009.
[26] Ibid., p. 5.

CUADRO CARACTERIZACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

AMBITOS DE APLICACIÓN	NIVELES DE ATENCION Y GRADOS DE COMPLEJIDAD			
	NIVEL I		NIVEL II	NIVEL III Y IV
SISTEMA DE SALUD	Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados		Especificado por procedimientos Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. En este nivel están incluido todos las disciplinas terapéuticos (tf. to.tl.ts. fono y psicologia).	Enfermedades catastróficas y hospitalización Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico
SSFM	**IA** **Consultorio, Enfermería y Punto de Atención Básica**. Actividades básicas de promoción y prevención, observación y aislamiento de pacientes con o sin internación y vigilancia epidemiológica.	**IB** **Dispensarios o Unidades Especializadas** Atención médico-odontológica general y especializada de acuerdo a la demanda	**Nivel II de atención: Hospital Regional FF.MM**. o **Clínica Regional de la Policía Nacional.** Atención de especialidades básicas	**Hospital de Referencia (III)** Soluciona la demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios. Realiza procedimientos médicos y quirúrgicos programados o de urgencias, de especialidades básicas y subespecialidades. **Patologías de Tipo Catastrófico (IV)** Alto costo, baja ocurrencia y alto costo-efectividad en su tratamiento.
REHABILITACIÓN SSFM		**unidad básica de rehabilitación** desarrolla acciones sencilla, de bajo costo, encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la discapacidad y a la restauración de las capacidades físicas y psicosociales	**unidades de rehabilitación interdisciplinaria de sanidad militar – URIS** Prevención, promoción e intervención a nivel grupal, individual y familiar en salud y discapacidad. actividades e intervenciones de mayor complejidad contando con un equipo interdisciplinario de profesionales	

Fuente: Resolución 5260/94 y acuerdo 004/97, Directiva permanente 04 DIC 2009 No. 141766 / CGFM-DGSM-SS-GPES-RHD-23.1

Como se observa en este cuadro comparativo los procesos de Rehabilitación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares desde la Directiva permanente 04 /2009 se localizan en dos niveles de atención: las Unidades Básicas de atención y las Unidades Interdisciplinarias de sanidad Militar URIS, actualmente los hospitales regionales Nivel II de atención cuentan parcialmente con los equipos interdisciplinarios, la atención se limita al proceso asistencial por servicios de forma independiente, según los registros suministrados a la Dirección de Sanidad Militar la atención en rehabilitación está centrada a la población de niños con discapacidad y el personal de militares activos con algún grado de amputación, desconociendo la existencia de otras poblaciones y deficiencias relacionadas con discapacidad y sus actividades de intervención no abarcan el entorno familiar.

Por otro lado las unidades básica de atención, servicio prestado en el primer nivel (consultorios, enfermerías y dispensarios) la atención en rehabilitación se enfoca únicamente a los usuarios con deficiencias transitorias, y

los programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad se desarrollan parcialmente por algunos de los ESM sin alcanzar a cumplir con los objetivos expuestos en la Directiva. A partir de este panorama se plantea un nuevo modelo de atención en rehabilitación que amplié el proceso, más allá de lo asistencial dando cumplimiento la normatividad actual.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.[27]

La promoción de la salud busca que los individuos tengan las herramientas para manejar adecuadamente su salud adquiriendo hábitos saludables, enfatiza en la importancia de que los entes gubernamentales intervengan activamente frente al proceso de Atención Primaria en salud, por medio de la generación de espacios para la educación en salud, realizando campañas (…) De igual forma garantizando el cubrimiento total de las necesidades básicas de toda la población, incluyendo las personas con discapacidad.[28]

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

En habilitación/Rehabilitación se busca identificar oportunamente riesgos que aumenten la condición de discapacidad por la presencia de la deficiencia, mediante acciones de **prevención primaria**, las cuales se refieren a la protección específica y detección temprana. En este nivel se busca la prevención de deficiencias a las ya existentes; así mismo se deben implementan **acciones de intervención**, las cuales van encaminadas al desarrollo de medidas que disminuyan la deficiencia y eviten o aminoren la limitación en la capacidad de ejecución de actividades. [29]

REFERENCIA

Es el envío de usuarios del SSMP o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un Establecimiento de Sanidad Militar o de la Policía Nacional, a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad o el envío de usuarios del SSMP a instituciones de salud o grupos profesionales habilitados contratados, para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el nivel de atención o grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud[30].

CONTRAREFERENCIA

Es la respuesta que los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o las instituciones de salud contratados, receptoras de la referencia, dan al establecimiento de sanidad que ordena la referencia. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario al Establecimiento de Sanidad Militar o de la Policía Nacional al cual pertenece por circunscripción, con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.[31]

---

[27] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1990

[28] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Política Pública en Discapacidad, Fortalecimiento y Movilización Social. Medellín. 2005

[29] MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad. Bogotá D.C.: 2004

[30] COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Acuerdo 004 (15, mayo, 1997). Por el cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contra referencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1997. 2 p.

[31] Ibid., 2

REHABILITACIÓN CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Estrategia encaminada a crea una cultura del conocimiento, a parir del empoderamiento y la participación de los diferentes actores de la sociedad, promoviendo que sea la propia comunidad quien aborde los temas de prevención, rehabilitación, derechos y deberes. Así mismo se plantean, soluciones viables y se aportan los elementos básicos de participación y gestión estratégica, conjuntamente con la promoción y el ejercicio de los derechos humanos y deberes de las personas con discapacidad sumados a la creación de proyectos sostenibles frente a la gestión del proyecto de vida.

REGIONALES SSFM

El SSFM está constituido a partir 7 regionales, que permite tener una distribución equitativa y funcional de los ESM nivel nacional, a continuación se presentan la conformación de las regionales:

Tabla 4. Distribución de las regionales en el SSFM

REGIONAL	DEPARTAMENTOS
NORTE	Bolívar, Sucre, Magdalena, Cesar, Guajira, Atlántico, San Andres
NOR-ORIENTE	Norte de Santander, Santander, Arauca
SUR-OCCIDENTE	Cauca, Valle del Cauca, Caldas, Nariño, Risaralda, Quindio
SUR-ORIENTE	Vichada, Casanare, Guainia, Vaupes, Guaviare, Meta
CENTRO	Boyacá, Tolima, Huila, Cundinamarca, Bogotá
SUR	Caquetá, Putumayo, Amazonas
NOROCCIDENTE	Choco, Cordoba, Antioquia, Choco

Fuente: Portafolio de Servicios de Salud SSFM 2010- Actualización 2011

PROCEDIMIENTO EN SALUD

Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas en el proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad;

INTERVENCION EN SALUD

Es el conjunto de procedimientos realizados con el mismo fin, acordes con un diagnóstico, dentro del proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad. Cualquier acto realizado para vigilar o mejorar un proceso fisiológico, para interrumpir o controlar un proceso patológico.

INTERDISCIPLINARIEDAD

Los servicios de rehabilitación deberán contar con al participación de profesionales de las diferentes tales como medicina general y especializada, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, y las demás disciplinas que se requieran para el tratamiento de la persona con discapacidad.

BIBLIOGRAFIA

BERNAL TORRES, Janeth y GARCIA Alix Solanger. Lineamientos de Política. Habilitación y Rehabilitación para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Mayo, 2004.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1471 (30, junio, 2011) Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional.

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES 80. Colombia. 2004

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES 3591. Colombia. 2004DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Plan de Desarrollo 2011-2014. Bogotá. 2011.

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Mayo 2010

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Portafolio de Servicios de Salud. Tercera Edición. Bogotá. Agosto. 2010.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Primer diagnóstico Situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación. 2011

FUNDACION SALDARRIAGA CONCHA, La discapacidad en el contexto del Sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia, Lineamientos epidemiológicos e impacto económico.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía para el manejo médico-quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado. Bogotá. 2011.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá. Mayo de 2004

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá. Abril de 2004.

MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL IDEAL . Fundación IDEAL para la Rehabilitación Integral, Cali.2012

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006

PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN. Guía de Atención en Rehabilitación. Managua, Nicaragua. Ministerio de Salud de Nicaragua. Septiembre de 2004.

SECRETARÍA DE SALUD. Programa de Acción Específico 2007-2012, Atención Integral a la Salud de las personas con discapacidad. Primera edición. México. 2009.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Lineamientos de Discapacidad 2007. Bogotá.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Lineamientos técnicos de Discapacidad 2008. Bogotá.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan Distrital de Discapacidad 2001-2005. Versión Final. Bogotá. 2001.

FORMATO I

INSTRUCTIVO MATRIZ DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

La matriz de reporte de información periódica en discapacidad evidencia las diferentes variables y categorías con relación de identificación, caracterización la deficiencia- discapacidad, características del proceso de rehabilitación y finalmente datos concernientes a la entrega de ayudas técnicas, todos los anteriores serán mencionados a continuación:

COLUMNA	TIPO CAMPO	NOMBRE CAMPO	FORMA DE DILIGENCIAR (TODO EN MAYUSCULA)
A	NUMERICO	NUMERO	Número consecutivo de ingreso a la base de datos
B	ALFABETICO	TIPO IDENTIFICACION	Se deben escribir según la Resolución_____ AS: Adulto sin ID CC: Cedula de Ciudadanía CE: Cedula de Extranjería MS: Menor sin ID NUIP: N° UNICO DE IDENTIFICACIÓN PA: Pasaporte RC: Registro Civil T.I: Tarjeta de Identidad
C	NÚMERICO	NUMERO IDENTIFICACION	Se requiere especificar el número. No escribir puntos, rayas o comas
D	ALFABETICO	PRIMER APELLIDO	Escribir el primer apellido del usuario en MAYUSCULA (todos deben tener esta casilla dilienciada)
E	ALFABETICO	SEGUNDO APELLIDO	Escribir el segundo apellido del usuario en MAYUSCULA, si el usuario no tiene escribir 0
F	ALFABETICO	PRIMER NOMBRE	Escribir el Primer nombre del usuario en MAYUSCULA (todos deben tener esta casilla dilienciada)
G	ALFABETICO	SEGUNDO NOMBRE	Escribir el segundo nombre del usuario en MAYUSCULA, si el usuario no tiene escribir 0
H	NÚMERICO	FECHA DE NACIMIENTO	Escribir la fecha con el siguiente formato: día/mes/año (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones
I	ALFABETICO	GENERO	Escribir según el caso F (femenino) M (masculino)
J	NÚMERICO	EDAD	Escribir la edad en numero de años, si es menor de un año <1
K	ALFABETICO	ESTADO CIVIL	Escribir : S (Soltero) C (Casado) S (Separado) UL (Unión Libre) V (Viudo)
L	ALFANÚMERICO	CODIGO MUNICIPIO DANE RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE	Según los códigos del DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos. (solo números)
M	ALFABETICO	TIPO GRADO	Especifique el tipo de grado completo en MAYUSCULA ejemplo: CORONEL, SARGENTO MAYOR, SOLDADO PROFESIONALI

N	ALFABETICO	GRADO NETO	Especificar la clase del grado en MAYUSCULA , Ejemplo: OFICIAL SUBOFICIAL SOLDADO - INFANTE DE MARINA CIVIL PENSIONADO RETIRADO
O	ALFABETICO	TIPO DE AFILIACION	Escribir en MAYUSCULA el tipo de afiliación: AFILIADO COTIZANTE AFILIADO NO COTIZANTE BENEFICIARIO TUTELA
P	ALFABETICO	FUERZA	Escribir LA SIGLA según el caso **EJC** (Ejército Nacional) **ARC** (Armada Nacional) **FAC** (Fuerza Aérea Colombiana) **HOMIC** (Hospital Militar Central)
Q	ALFABETICO	FORMACION ACADEMICA	Para el reporte de la formación académica se deben tener en cuenta los siguientes parámetros según corresponda: NO ESCOLARIZADO, PREESCOLAR, PRIMARIA, SECUNDARIA BASICA (9° GRADO), BACHILLERATO, TECNICO, TECNOLOGO, UNIVERSITARIO, POSGRADO. Escribir la palabra completa en MAYUSCULA , sin comentarios y sin signos de puntuación
R	NÚMERICO	FECHA DEL EVENTO	Se reporta la fecha en la cual se presentaron los hechos, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
S	ALFABETICO	LUGAR DONDE OCURRIO EL EVENTO	Escribir la ciudad o departamento donde ocurrió el evento Según los códigos DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos (solo números)
T	ALFABETICO	ORIGEN DE EVENTO	Escribir LA SIGLA según el caso AC: Accidente Común. AT: Accidente de Trabajo. EG: Enfermedad general (Congénita, adquirida) EP: Enfermedad profesional.
U	ALFABETICO	AGENTE DE LESION	Se reporta acorde a las siguientes acciones: 1. Animales 2. Maquinaria y/o equipo 3. Mina Antipersonal /MUSE (Munición sin explotar) / AEI: Artefacto Explosivo Improvisado 4. Arma de Fuego 5. Artefacto explosivo 6. Medio de transporte aéreo 7. Medio de transporte Fluvial 8. Medio de transporte terrestre 9. Objeto corto punzante 10. Herido en combate 11. Otro (Cua ESPECIFIQUEl)
V	ALFANUMERICO	PRIMER DIAGNOSTICO CODIGO DE LA CIE-10	Escriba el código de la CIE-10 (Recuerde que este tiene cuatro dígitos) S580
W	ALFABETICO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	Se debe diligenciar en MAYUSCULA con el nombre completo de la patología, según el código anteriormente descrito el. Ejemplo: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE CODO-
X	ALFANÚMERICO	SEGUNDO DIAGNOSTICO CODIGO DE LA CIE-10	Escriba el codigo de la CIE-10 (Recuerde que este tiene cuatro digitos) S980
Y	ALFABETICO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	Se debe diligenciar en MAYUSCULA con el nombre completo de la patología, según el código anteriormente descrito el. Ejemplo: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE CODO-

Z	ALFANÚMERICO	TIPO DE DISCAPACIDAD	Escribir en MAYUSCULA según sea el caso MOTORA INTELECTUAL - COGNITIVA MENTAL SENSORIAL (especificar si es visual - auditiva, gusto, tacto, olfato) MULTIPLE
AA	ALFANÚMERICO	NIVEL DE AMPUTACIÓN	Se reporta en MAYÚSCULA de acuerdo a la tabla correspondiente a los niveles de amputación: **MIEMBROS SUPERIORES** DESARTICULADO DE HOMBRO. TRANSHUMERAL (SOBRE CODO). DESARTICULADO DE CODO. TRANSRADIAL (BAJO CODO). DESARTICULADO DE MUÑECA. TRANSMETACARPIANAS Y PARCIALES DEL CARPO. **MIEMBROS INFERIORES** DESARTICULADO DE CADERA. TRANSFEMORAL (SOBRE RODILLA). DESARTICULADO DE RODILLA. TRANSTIBIAL (BAJO RODILLA). TRANSMALEOLAR (SYME). TARSOMETATARSIANA (LISFRANC) Y MEDIOTARSIANA (CHOPART). TRANSMETATARSIANA.
AB	ALFABETICO	LATERALIDAD	Especificar la lateralidad de la amputación Derecho Izquierdo Bilateral
AC	ALFABETICO	NOMBRE DEL ESM O RED EXTERNA DONDE RECIBE EL TRATAMIENTO	Escribir en MAYUSCULA el nombre del Establecimiento de Sanidad Militar donde recibe tratamiento de rehabilitación
AD	ALFABETICO	CODIGO MUNICIPIO DANE DONDE RECIBE EL TRATAMIENTO	Escribir la ciudad o departamento donde recibe el proceso de rehabilitación Según los códigos DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos (solo números)
AE	NÚMERICO	FECHA DE INGRESO AL PROCESO DE REHABILITACION INICIAL	Se reporta la fecha en la cual el usuario ingresó a algunos de los servicios de rehabilitación, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
AF	ALFABETICO	NOMBRE DE LA AYUDA TÉCNICA	Se reporta el nombre de la ayuda técnica (silla de ruedas, audífonos, implantes cocleares, kit visual ,ortesis, prótesis
AG	ALFABETICO	ACTIVIDAD ACTUAL	Escribir en MAYUSACULA la actividad que actualmente desempeña el usuario HOGAR ESTUDIANTE EMPLEADO DESEMPLEADO INDEPENDIENTE OTRO (Especifique cuál)
AH	ALFANÚMERICO	OBSERVACIONES	Escribir en MAYUSCULA las Novedades que se presenten en el proceso de rehabilitación.
AI	NÚMERICO	FECHA DE FINALIZACION DEL PROCESO DE REHABILITACION	Se reporta la fecha en la cual el usuario finaliza el proceso de rehabilitación, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (15/02/2011) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
AJ	ALFABETICO	REMISION AL CENTRO DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL	Especificar en letra MAYUSCULA si el ESM de II Nivel remitió al paciente al Centro de Rehabilitación e Inclusion Social SI - NO

FORMATO II

TABLA GUIA DE DISCAPACIDAD

TIPO DE DISCAPACIDAD	FUNCIONES CORPORALES	ESTRUCTURAS CORPORALES	LIMITACIONES- DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y PARTICIPACIONES	CATEGORIAS
DISCAPACIDAD MOTORA	**Funciones Musculoesquelético y relacionada con el movimiento**	**Estructuras relacionadas con el movimiento**	Moverse o caminar	Limitaciones en la movilidad del cuerpo y los miembros inferiores: Cambiar y mantener la posición del cuerpo, cuello, cabeza. Andar o desplazarse de un sitio a otro.
			Usar sus brazos y manos	Limitaciones en la movilidad de los miembros superiores: tocar, coger y manipular objetos con las manos, mover y utilizar brazos, hombros, manos, dedos.
			Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	Alimentarse, llevar alimento a la boca utilizando cubiertos, tazas, pocillos, vasos: Beber, sorber, cortar comida. Ponerse y quitarse la ropa exterior e interior, medias, zapatos. Lavarse cara, manos, cabeza, cuerpo, secarse con la toalla, cepillarse los dientes, peinarse. Manejar la acción de eliminación de sus desechos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye indicar la necesidad de realizarlo, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa antes y después de usarlo, el uso de toallas sanitarias y compresas.
DISCAPACIDAD VISUAL	**Funciones Sensoriales**	**Ojo y estructuras relacionadas**	Ver a pesar de usar lentes o gafas	Limitaciones para ver, comprende las personas que son ciegas (carecen de la vista) los que no pueden percibir la luz, hasta que tienen serias deficiencias visuales como ver borroso o sombra aún utilizando lentes o ayudas especiales.
DISCAPACIDAD AUDITIVA/ VOZ Y HABLA	**Funciones Sensoriales**	**Oído y estructuras relacionadas**	Oír aún con aparatos especiales	Limitaciones en la recepción de mensajes hablados, sonidos del entorno. Capta personas con sordera total y parcial.
	Funciones de Voz y Habla	**Estructuras involucradas con la voz y el habla**	Hablar	Limitaciones para hablar, producción de mensajes. Vocalización y entonación. Para entablar una conversación y/o utilizar aparatos y técnicas de comunicación.
DISCAPACIDAD COGNITIVA	**Funciones Cognitivas**	**Estructura del sistema nervioso**	Entender o aprender	Limitaciones en el aprendizaje y aplicación de conocimientos: Experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico (mirar, escuchar, copiar, repetir, aprender a leer, calcular, resolver problemas, tomar decisiones), pensar y memorizar.
DISCAPACIDAD MENTAL	**Funciones Mentales**	**Estructuras del sistema nervioso central**	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	Interrelaciones interpersonales generales y interrelaciones interpersonales particulares con familiares, amigos, extraños, sociales y comunitarios, formales e informales.
DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	**Dos o más de las funciones anteriores comprometidas**	**Dos o más de las estructuras anteriores comprometidas**		Existen individuos que presentan dos o más alteraciones en las funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limite la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesita igualmente, diversos apoyos, los cuales dependerán de las diversas alteraciones.
	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y	**Estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico y**	Alteraciones de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	

DISCAPACIDAD MENTAL	**Funciones Mentales**	**Estructuras del sistema nervioso central**	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	Interrelaciones interpersonales generales y interrelaciones interpersonales particulares con familiares, amigos, extraños, sociales y comunitarios, formales e informales.
DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	**Dos o más de las funciones anteriores comprometidas**	**Dos o más de las estructuras anteriores comprometidas**		Existen individuos que presentan dos o más alteraciones en las funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limite la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesita igualmente, diversos apoyos, los cuales dependerán de las diversas alteraciones.
OTRAS	**Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio**	**Estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio**	Alteraciones de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	
	Funciones de los sistemas digestivos y endocrino	**Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos y endocrino**	Alteraciones en la digestión	
	Funciones genitourinarias y reproductoras	**Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductor**	Alteraciones en el sistema genitourinario y genital	
	Funciones de la piel y estructuras relacionadas	**Piel y estructuras relacionadas**	Alteración en la Piel.	

FUENTE: Clasificación Internacional de Funcionamiento , Discapacidad y la Salud / Censo de Población y Vivienda 2005 DANE.

CATEGORÍAS POR CICLO VITAL

CATEGORIA	CICLO	RANGOS
INFANCIA	INFANCIA	Gestación/ Recién nacido /<1año
	Preescolar	De 1 a 4
	Escolar	De 5 a 9
	Adolescencia Inicial	De 10 a 14
	Adolescencia Media	De 15 a 17*
JUVENTUD	Juventud	De 18 a 26
	Adulto Joven	De 27 a 44 años
ADULTEZ	Adulto Maduro	De 45 a 59 años
VEJEZ	Persona Mayor	De 60 años o más

Fuente: Adaptación ciclos vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . 2009

* El rango establecido por la SDS abarca hasta los 18 pero fue modificado y adaptado a la población de SSFM

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - EAVD
(EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION

Identificación General del Usuario

Nombres y apellidos: **Identificación:**

Dx.

Calificación: **3** Si solo **1** Si con avuda **0** No lo hace

	FECHA (Día - Mes - Año)					
Ítem	Entrevista	**inicial**	**intermedia**	**final**	**Meta**	Observación
MOVILIDAD EN CAMA	Puede usted, adoptar la posición de acostado y levantarse de su cama?					
	Cambia de posición en la cama?					
	Se sienta en la cama?					
	Se puede desplazar sentado en la cama					
	Subtotal					
VESTIDO	viste y desviste prendas de la cintura hacia arriba					
	viste y desviste prendas de la cintura hacia abajo					
	Se coloca calzado					
	Usa accesorios de vestir (cinturón, reloj, anillo)					
	Subtotal					
ALIMENTACION	Se alimenta solo					
	Sirve alimentos líquidos y sólidos					
	Utiliza cubiertos					
	Subtotal					
CALADO	Usa talco, loción, gel. Desodorante (maquillaje)					

	Se arregla las uñas					
	cuidado de la piel (crema, afeitada y uso de elementos de protección)					
	se peina					
	Subtotal					
HIGIENE PERSONAL	Se baña y seca el cuerpo (parte superior)					
	Se baña y seca el cuerpo (parte inferior)					
	Se lava y seca las manos					
	Se lava y seca el cabello					
	Se cepilla los dientes o prótesis					
	Subtotal					
IR AL BAÑO	Al hacer la evacuación vesical o intestinal lo hace solo?					
	Utiliza adecuadamente el papel toilette					
	Usa el baño adecuadamente?					
	Subtotal					
TRASLADOS FUNCIONALES	Puede ir de un lado a otro en su casa o lugar donde habita?					
	Puede pasarse de la cama a la silla, de la silla a la cama. (Otros traslados)					
	Puede desplazarse fuera de su casa?					
	Subtotal					
PATRONES INTEGRALES	Puede coger elementos grandes con una mano?					
	Puede escribir?					
	Puede lanzar una pelota en una cesta?					
	Puede alcanzar objetos que estén arriba de la cabeza?					
	Puede alcanzar objetos que estén debajo de la cintura?					

	Puede alcanzar objetos que estén al lado a la altura del hombro? (lateral y contra lateral)					
	Subtotal					
COMUNICACIÓN	Comprensión					
	Expresión					
	Se comunica con otros de manera adecuada					
	Subtotal					
	TOTAL					

Fuente: Test de independencia y funcionalidad de Rodriguez y Arango, UN. Adaptado Grupo de trabajo DGSM-FFMM. Bogotá , 2012

CALIFICACION	PUNTUACIÓN	ESCALA PORCENTUAL DE FUNCIONALIDAD
0	0 a 35	0% a 33%
1	36 a 70	34% a 66%
3	71 a 105	67% a 100%

Identificación General del Usuario

Datos Personales

Nombres y apellidos: Identificación:

Fecha de Nacimiento: DD MM AA Lugar:

Género: Edad Estado Civil:

Escolaridad: Grado: Tiempo de servicio:

Ciudad de residencia: Dirección: Teléfono:

Celular:

Nombre del acudiente: Parentesco:

Ciudad de residencia: Dirección: Teléfono:

Celular:

Datos de la Unidad Militar- Caracterización del evento

Fuerza: Brigada: Unidad Militar:

Fecha del evento: DD MM AA

Lugar (Departamento- municipio) donde ocurrió el evento:

Origen del evento: AT ☐ AC ☐ EP ☐ EC ☐ Otro ☐ Cual: _____

Agente de la lesión:_____

Atención Asistencial

Diagnóstico de remisión (CIE 10): _____ Tipo De Discapacidad: _____

Tratamientos recibidos:

_____

_____

_____

Adaptaciones :

Silla de ruedas ☐ Muletas ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Prótesis ☐ Ninguna ☐

Dominancia: Izquierda ☐ Derecha ☐ Conservada SI ☐ NO ☐

Antecedentes:

Patológicos: SI ☐ NO ☐ Cual:_____

Quirúrgicos:_____

_____

Familiares:_____

_____

Toxico alérgicos:_____

_____

Farmacológicos:_____

_____

Otros:_____

_____

EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y/O FAMILIA FRENTE A SU REHABILITACIÓN:

Valoración Por Fisiatría:

DOLOR (lattinen).

Intensidad del dolor: _____ Frecuencia del dolor: _____ Consumo de analgésicos_____

Incapacidad: _____ Horas de sueño: _____ Total: _____

Localización:

Tipo:

Observación:

Valoración Por Fisioterapia:

Evaluación De Dolor

TIPO DOLOR	AGUDO	SUBAGUDO	CRONICO
APARICION DOLOR	INTERMITENTE	OCASIONAL	CONTINUO
ORIGEN DE DOLOR	MECANICO	INFLAMATORIO	NEUROGENICO
DOLOR MOVILIDAD (Mencione la aticulación)	FLEXION EXTENSION	ROTACIONES (Int-Ext; Der-Izq Columna)	INCLINACION (Der-Izq) (Columna) ABD-ADD
DOLOR PALPACION	BILATERAL	UNILATERAL	LINEA MEDIA
ACTIVIDADES QUE AUMENTAN DOLOR		ACTIVIDADES QUE DISMINUYEN DOLOR	

DESCRIPCION DEL DOLOR : _____

_____

Evaluación Sensibilidad

HIPOESTESIA	HIPERESTESIA	ANESTESIA	DISESTESIA	PARESTESIA
NORMAL	ALODINIA	OTRO	OTRO	

Dermatoma Afectado:_____

Valoración Articular

Tensión Selectiva De Tejidos

MOVIMIENTO	AMPLITUD DE MOVIMIENTO		CALIDAD DE MOVIMIENTO		SINTOMAS
FLEXION					
EXTENSION					
INCLINACIÓN (columna)					
ROTACIONES					
ADDUCION					

ABDUCCION					

Amplitud del movimiento: si completa o no rango normal de movimiento, Calidad de movimiento: Bueno- Regular – Malo, Síntomas: Si Hay o no dolor.

Observaciones: _____

_____

Valoración De Fuerza Por Miotomas

TEST VALORACION RAICES	DERECHO	IZQUIERDO
Flexión de cadera L2		
Aducción de cadera L2L3L4		
Extensión de rodilla L3L4		
Tibial Anterior L4		
Flexión de rodilla S1		
Peronero S1		
Extensión dedo gordo L5		
Flexión dorsal talones L4L5		
Flexión plantar puntillas S1		

Valorar fuerza pidiendo contracción máxima se califica débil o fuerte.

TEST VALORACION RAICES	DERECHO	IZQUIERDO
Rotación cervical C1		
Elevación de hombros C2 C3 C4		
Abducción de hombros		
Flexión de codo y ext. de muñeca		
Extensión de codos, flexión de muñeca C7		
Extensión de pulgar C8		
Abducción de dedos T1		

Valorar fuerza pidiendo contracción máxima se califica débil o fuerte.

Observaciones: _____

_____

Valoración De Tono Muscular: _____

_____

_____

Postura: Descripción de la postura en vista anterior, posterior y lateral.

_____
_____

_____

Marcha:

Funcional: ☐ Inclinación lateral: der: ☐ izq: ☐ Dolor al caminar: ☐

Observaciones: _____

_____

Valoración por Terapia Ocupacional:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

<u>Valoración por Trabajo Social:</u>

Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación

Redes Sociales:

Primarias:

_____

_____

_____

Secundarias:

_____

_____

_____

Institucionales:

_____

_____

_____

Compromisos familiares o del paciente:

_____
_____
_____
_____
_____

Concepto Final Trabajo Social:

_____
_____
_____

_____

<u>Valoración Psicológica:</u>

Examen mental e indicadores clínicos:

_____

_____
_____
_____
_____

Adherencia al tratamiento (Motivación, cumplimiento y compromiso en actividades relacionada con sus terapias, expectativas)

_____

_____
_____

_____

Estrategias de Afrontamiento:

_____
_____
_____

_____

edes de apoyo:

_____

_____
_____

_____

Factores de riesgo (Vulnerabilidades) y Factores protectores:

_____

_____

_____

_____

Proyecto de Vida:

_____

_____

_____

_____

Objetivo de rehabilitación:

_____

_____

_____

_____

EQUIPO DE REHABILITACION

Fisiatra: _____

Fisioterapeuta: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

Trabajador Social: _____

Psicóloga:_____

INSTRUCTIVO

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (EAVD) DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN

El instrumento de Evaluación que se presenta a continuación está constituido por dos partes: La primera (parte A) corresponde a la evaluación propiamente dicha de actividades de la vida diaria; La segunda (parte B) corresponde a información general de la persona con discapacidad y las valoraciones realizadas por cada uno de los profesionales que integran el equipo de rehabilitación.

PARTE A:

EVALUACION ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (EAVD)

Para el modelo de Rehabilitación Funcional De Las Fuerzas Militares, se realizó una adaptación del Test de Independencia y Funcionalidad de Rodríguez y Arango - 1995, para permitir la evaluación de las actividades de la vida diaria, como herramienta que identifica cuantitativamente el grado de funcionalidad.

La elaboración y aplicación de este instrumento, permite fortalecer el trabajo en equipo, buscando la unificación de conceptos, la efectividad y eficacia en la evaluación de las actividades de la vida diaria, con un enfoque humanizado, que permita fortalecer el desarrollo de habilidades para vivir con autonomía y participación del usuario con el entorno.

A QUIEN SE APLICA

El Instrumento de evaluación de Actividades la Vida Diaria, se aplicará al personal con discapacidad permanente, que pertenezca al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

ALCANCE

El diseño del instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria (EAVD), permite ser aplicado por cualquier profesional de la salud que haga parte del equipo de rehabilitación.

Este instrumento de evaluación permite realizar varias aplicaciones, para que el evaluador determine los avances o retrocesos teniendo en cuenta la evaluación inicial comparada con una evaluación intermedia y o una evaluación final.

RESPONSABLE

Los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de rehabilitación funcional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Preferiblemente un Terapeuta Ocupacional debe ser quien lo aplique.

SEGUIMIENTO

Con el fin de facilitar la aplicación y el seguimiento del instrumento de evaluación, se hará entrega de una ruta en la cual se indica a la persona con discapacidad y/o acudiente, las áreas por la cuales debe ser valorado. Cada profesional al realizar la valoración firmará con fecha en el espacio correspondiente a su especialidad en la hoja de ruta; una vez esté correctamente diligenciada ésta hoja, el área de Trabajo Social ó profesional designado, programará la primera reunión del equipo interdisciplinario de rehabilitación con la participación del usuario y su familia en la cual se fijará un objetivo en común, concertado de acuerdo con las necesidades y expectativas del usuario y su familia, posteriormente el equipo interdisciplinario evaluara los avances y en caso de requerirse se realizaran ajustes al plan de intervención; finalmente se realizará una evaluación final y se determinara los compromisos alcanzados y se emitirá un concepto del proceso de rehabilitación, el cuál estará basado en los parámetros establecidos en la Clasificación Internacional Funcional (CIF).

INSTRUCCIONES DE APLICACION

El instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria (EAVD), está constituido por un formato de evaluación, que contempla los datos generales del individuo, así como la escala de evaluación con los ítems de Movilidad en cama; Vestido; Alimentación; Acicalado; Higiene Personal; Ir al Baño; Traslados Funcionales y patrones integrales.

El instrumento de evaluación propone una escala de medición que consiste en tres niveles de desempeño así:

(0) No realiza la acción, es el más bajo nivel de desempeño[32] de el individuo.

(1) Nivel intermedio de desempeño en donde el individuo presenta dificultad para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), suspende o interrumpe continuamente la actividad, manifiesta fatiga o realiza la actividad con alguna ayuda técnica como aditamentos, ortesis, prótesis.

(3) Es la calificación máxima para quien se desempeña óptimamente.

EL EVALUADOR DEBE:

* Explicar al evaluado de manera clara, corta y concisa en que consiste la evaluación y cada ítem.
* Indicar al evaluado que cada acción a evaluar, debe ser realizada en su totalidad.
* Es importante formular todas las preguntas, hacer el registro teniendo en cuenta la respuesta del entrevistado, o la observación directa si es necesario.
* En el espacio de observación, se debe registrar la anotación pertinente en cada ítem, como factores que alteran el desempeño del individuo, ayudas utilizadas por el evaluado, para realizar la acción.

MOVILIDAD EN CAMA	conjunto de acomodaciones que realiza el individuo en la cama, para llevar acabo la actividad de sueño. Se refiere al comportamiento motor y no al proceso fisiológico del dormir.
VESTIDO	actividad consistente en cubrir el cuerpo con ropas, con el fin de aislarlo de la intemperie y brindarle protección a la piel.
ALIMENTACIÓN	Concierne al proceso del manejo de alimentos desde el plato hasta la introducción del alimento en la boca. En la ejecución se tiene en cuenta el manejo y uso de utensilios y del espacio.
ACICALADO	Consiste en la acción del individuo de utilizar elementos para su arreglo personal dando como resultado el embellecimiento. Entre los elementos están los cosméticos, cremas, lociones, cortaúñas, peinillas y ganchos
HIGIENE PERSONAL	Conducta del individuo en el manejo del agua y elementos para la limpieza total del cuerpo: incluye mojarse, enjabonarse y secarse. Mojarse y utilizar el jabón, así como retirar el jabón con agua, implica la acción de

[32] Desempeño es capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria

	bañar. Secar indica retirar el agua de la superficie corporal utilizando la toalla.
IR AL BAÑO	Consiste en el acto de preparar la ropa antes y despues de ir al baño, la planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior, incluyendo su regulación. Así como coordinar y manejar la micción y defecación, tal como lo indica la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar y defecar.
TRASLADOS FUNCIONALES	Acto motor que implica la movilidad corporal del evaluado dentro del ambiente familiar y cotidiano. En el traslado el evaluado debe respetar las disposiciones arquitectónicas y distribución de elementos (puertas con perillas o candados) ya sea en posición bípeda o con ayudas de bastón, caminador o silla de ruedas. Se tiene en cuenta si requiere de asistencia para el manejo de la silla de ruedas.
COMUNICACIÓN	capacidad para transmitir y comprender verbal y no verbalmente las emociones, sensaciones y pensamientos o ideas de manera clara y eficaz.

En este cuadro se observan las puntuaciones máximas y mínimas que se pueden obtener de la Evaluación de Actividades de la Vida Diaria. Estas puntuaciones se asignarán en caso de observar en el evaluado la completa independencia o dependencia.

ÁREA O ÍTEM	**NÚMERO PREGUNTAS**	**CALIFICACIÓN MÁXIMO DE DESEMPEÑO (INDEPENDENCIA)**	**CALIFICACION MÍNIMA DE DESEMPEÑO (DEPENDENCIA)**
Movilidad en cama	4	12	0
Vestido	4	12	0
Alimentación	3	9	0
Acicalado	4	12	0
Higiene personal	5	15	0
Ir al baño	3	9	0
Traslados funcionales	3	9	0
Patrones Integrales	6	18	0
Comunicación	3	9	0
Puntuación total	**35**	**105**	**0**

Interpretación de la escala porcentual

La máxima puntuación que el evaluado puede alcanzar en su desempeño funcional al aplicar el **EAVD**, es de 105 que equivale al 100% de independencia. Por ello, cualquier valor de la puntuación total por debajo del 105 se contrastará con la tabla – escala porcentual de independencia del evaluado.

Relación puntuación total – Escala porcentual

CALIFICACION	PUNTUACIÓN	ESCALA PORCENTUAL DE FUNCIONALIDAD
0	0 a 35	0% a 33%
1	36 a 70	34% a 66%
3	71 a 105	67% a 100%

PARTE B:

EVALUACION EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

A QUIEN SE APLICA

El Instrumento de evaluación de Actividades la Vida Diaria, se aplicará al personal con discapacidad permanente, que pertenezca al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia.

ALCANCE

El diseño del instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria, permite ser aplicado por cada uno de los profesionales de la salud que hagan parte del equipo de rehabilitación.

Este instrumento de evaluación permite realizar varias aplicaciones, para que el evaluador determine los avances o retrocesos teniendo en cuenta la evaluación inicial comparada con una evaluación intermedia y o una evaluación final.

RESPONSABLE

Los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de rehabilitación funcional

La evaluación del equipo interdisciplinario está compuesta por:

DATOS GENERALES

Identificación General Del Paciente

La historia clínica completa incluye preguntas de significado especial, incluyendo: (datos generales, antecedentes personales-familiares y enfermedad actual o historia de las lesiones), así como la información de sus antecedentes importantes de salud .

DATOS DE LA UNIDAD MILITAR- CARACTERIZACION DEL EVENTO

Nos permite conocer dónde, cuándo y cómo ocurrieron los hechos del accidente, reconocer la unidad de origen-zona, origen-agente de la lesión y el tipo de accidente de trabajo: (AT) - accidente común (AC) – enfermedad profesional (EP) – enfermedad común (EC) – accidente de tránsito (ATR).

ATENCION ASISTENCIAL

- *Diagnóstico de remisión (CIE 10):*

Este corresponde al código con el cual ingresa la persona con discapacidad al proceso de rehabilitación.

- *Tipo de discapacidad:*

Hace referencia al tipo de discapacidad consignado en la clasificación del Modelo de Rehabilitación Funcional FFMM (condiciones de discapacidad en el espectro Sensorial (auditivo – visual), Intelectual - cognitivo, motor, mental y múltiple, afectando a la población en los diferentes ciclos vitales.

Según el tipo y grado de la discapacidad el Ministerio de la Protección Social, acorde con los planteamientos conceptuales de la CIF, ha propuesto una clasificación de los grados de discapacidad en severa, moderada o leve, de acuerdo a la posibilidad de participación en la realización de actividades.

- *Tratamientos recibidos:*

Transcripción de la epicrísis, nombrando las especialidades que lo han atendido, se adaptará de acuerdo a la estructura organizacional de cada Fuerza.

- *Adaptaciones:*

Se debe señalar el tipo de adaptación que la persona con discapacidad utilice (*Silla* de ruedas, Muletas, Bastón, Caminador, Prótesis o Ninguna)

- *Dominancia:*

Determinar la dominancia que presenta la persona con discapacidad y si se encuentra conservada o no.

- *Antecedentes:*

Se refiere a los hechos importantes en la vida del paciente, dando importancia no sólo a los aspectos físicos, historia ocupacional; sino también los aspectos sicosociales, emocionales y familiares. Se deben identificar factores que tengan influencia en la vida actual.

- *Expectativas Del Usuario:*

Es importante conocer la actitud del paciente frente al tratamiento, así como las causas que le producen malestar, y que son factores negativos, para controlarlos y poder conocer al paciente en cuanto a la necesidad de la rehabilitación del mismo. Se debe tener en cuenta aspectos como el miedo, la ansiedad, el stress; los cuales determinan la expectativa del paciente, necesidades, fracasos, y posibles factores de deserción, que puedan afectar el tratamiento que deba realizar.

VALORACIÓN DE FISIATRÍA

Realizada por el medico o especialista, utilizando el Test de L*atinnen*, en el cual permite medir la intensidad del dolor, frecuencia del dolor, consumo de analgésicos, incapacidad, horas de sueño así:

Intensidad del dolor	ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia dolor	Raramente	1
	Frecuentemente	2
	Muy frecuente	3
	Continúo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1

Total de 20 /20

Localización: Sitio anatómico del dolor.

Tipo o característica del dolor: Punzada, quemazón, ardor, hormigueo, peso, opresivo…

Observación:

VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

- *Evaluación de Dolor:*
  Se debe colocar una X de acuerdo:

  Al tipo de dolor (agudo, subagudo o crónico)

  A la aparición del dolor (intermitente, ocasional o continuo)

  Al origen del dolor (Mecánico, inflamatorio o neurogénico)

  Al dolor en la movilidad, mencionar las articulación (es) de acuerdo a los movimientos específicos (flexión-extensión, rotación interna – externa o rotación derecha-izquierda si se refiere a la columna, inclinaciones adelante – atrás o derecha o izquierda si se refiere a la columna y abducción, adducción).

  En descripción del dolor colocar las observaciones que se considere mencionar.

- *Evaluación de Sensibilidad:*
  Colocar una X en el lugar correspondiente y en otro indicar si existe y nombrarlo. En caso de ser necesario referirse al dermatoma específico o a las observaciones que considere mencionar.

- *Valoración articular:*
  En ésta evaluación se utilizará la Tensión Selectiva de tejidos (Kisner y ColbY, 2005). En la amplitud del movimiento se debe indicar si completa o no el rango normal de movimiento, en calidad de movimiento describir si es: Bueno- Regular – Malo y en síntomas: Si hay o no dolor al realizar el movimiento. Se debe especificar las articulaciones comprometidas y las observaciones que considere mencionar.

- *Valoración de fuerza por Miotomas:*
  Se pide el movimiento a la persona con discapacidad, se debe colocar una resistencia al movimiento y describirlo como fuerte o débil.

- *Valoración de tono muscular:*
  De debe describir cómo está el tono muscular, y en cuál etapa se encuentra el paciente.

- *Postura:*

  Describir brevemente con palabras en vista anterior, posterior y lateral la postura adoptada.

- *Marcha:*

  Describir si es funcional, si existen inclinaciones ya sea hacia la derecha o la izquierda y si existe presencia de dolor.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

Los pasos referidos se inician con el análisis de la Historia Clínica y la revisión de la Semiología Clínica, continuando con la Entrevista que incluye la elaboración de la Historia Ocupacional y la Evaluación con su consecuente aplicación de baterías e instrumentos de medición. Análisis claro y conciso de los resultados que se obtienen de la intervención por parte de terapia ocupacional, obedecen a una secuencia lógica que el terapeuta previamente ha organizado. Finalmente el terapeuta utiliza los datos anteriores para estructurar un plan de intervención con sus respectivos objetivos y metas hacia la máxima funcionalidad del paciente de igual manera emitir el concepto ocupacional en términos de la CIF.

VALORACION DE TRABAJO SOCIAL

Su objeto es ubicar a la persona con discapacidad en su contexto socio familiar. Como en cualquier otro caso de valoración se desarrollan las siguientes acciones: entrevista de preingreso, valoración socioeconómica y familiar, contactos institucionales como apoyo de redes externas e internas en busca de un óptimo desarrollo antes, durante y después de la rehabilitación de la persona discapacitada y su entorno familiar.

- *Composición Familiar***:**

Se debe identificar el nombre, el parentesco, la edad, la escolaridad y la ocupación de cada uno de los integrantes de la familia del paciente.

- *Redes Sociales:*

Se debe identificar las redes primarias, secundarias e institucionales con las que cuenta el paciente.

- *Compromisos familiares o del paciente:*

Se deben crear acuerdos tanto con el paciente como con su núcleo familiar, frente al proceso de rehabilitación.

- *Concepto final Trabajo Social:*

Teniendo en cuenta el anterior abordaje el Trabajador Social debe emitir un concepto del estado del paciente en ésta área.

VALORACION PSICOLÓGICA

Su objetivo es orientar psicológicamente al paciente frente a la aceptación y adaptación de su nueva condición, por medio de: generación de conductas de adherencia al tratamiento, realización de la evaluación y diagnóstico de la situación de cada paciente, identificación factores de riesgo y protectores, fortalecimiento de sus estrategias de afrontamiento, tolerancia a la frustración, hábitos de vida saludable, asesoría familiar, personal entre otros y finalmente establecimiento de su nuevo proyecto de vida. Como en cualquier otro caso de valoración se deben explorar las siguientes áreas:

- *Examen mental e indicadores clínicos*:

Se deben explorar y dar un concepto sobre el estado actual de cada una de la áreas: Apariencia-porte y actitud (APA), conciencia, orientación, atención, sensopercepción, memoria, afecto, pensamiento, juicio y raciocinio, inteligencia, lenguaje, conducta motora, sueño, alimentación y conducta sexual. Además se deben explorar los indicadores clínicos que presente el paciente.

- *Adherencia al Tratamiento*:

Se debe evaluar la motivación intrínseca y extrínseca que maneja el paciente frente a su tratamiento, expectativas frente a su recuperación.

- *Estrategias de afrontamiento*:

Se debe indagar la forma en la que el paciente se enfrenta, soluciona, aborda, interviene las situaciones problema que se le presentan.

- *Redes de apoyo*:

Estructura familiar, relaciones entre los mismos (pautas de crianza, estilos de comunicación, establecimiento de normas y valores), e instituciones y personas que puedan influir positivamente en la rehabilitación de la persona con discapacidad.

- *Factores de riesgo (vulnerabilidades) y Factores protectores:*

Evaluar las características de: personalidad, recursos internos o externos de la persona, situación en particular y/o contexto que puedan apoyar o interferir en la rehabilitación del paciente. Así mismo tolerancia a la frustración, nivel de autoconfianza, si posee capacidad de autocrítica, cómo se enfrenta a sus problemas, estrategias de resolución de conflictos.

- *Proyecto de vida:*

Se debe indagar cuáles son los proyectos o plan de vida que tiene el paciente a futuro, identificando si está acorde con sus recursos y posibilidades actuales.

OBJETIVO DE REHABILITACIÓN

Se emite por parte del equipo interdisciplinario de rehabilitación, el objetivo con el que se orientarán las diferentes intervenciones terapéuticas.

POLITICAS Y LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

POLÍTICA DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, tiene el compromiso de proporcionar un manejo terapéutico de acuerdo al tipo de discapacidad, basados en los procesos de salud como son la prevención, el diagnóstico, tratamiento y la Habilitación/Rehabilitación buscando la participación activa de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, a través de un enfoque de derechos y con un Modelo de Atención de Gestión de Caso, en el cual cada menor tenga un tratamiento de acuerdo a su necesidad. Así mismo integrando al proceso a los padres de familia - cuidadores, y un equipo interdisciplinario de salud (Medicina Especializada, Enfermería, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social o aquellas profesiones de salud que requiera cada caso), basados en los principios de autonomía, corresponsabilidad y transversalidad, entre otros.

POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN. La población objeto del programa de Habilitación y Rehabilitación son los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años con discapacidad.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.

1. Orientar a los menores de edad y sus familias en derechos y deberes de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad del SSFM.
2. Fortalecer las estrategias de Prevención en discapacidad.
3. Elaborar los planes de habilitación /rehabilitación para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de equipos interdisciplinarios en salud tanto en la Red Propia como en la Red Contratada.
4. Fomentar la participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y sus familias, en la elaboración y desarrollo de los planes de intervención; basado en el Modelo de Gestión de Caso.
5. Asegurar la atención en Salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de las mejores prácticas, con equipos interdisciplinarios y con corresponsabilidad en los procesos de rehabilitación.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN REHABILITACIÓN EN EL SSMP.

a. Todo proceso de habilitación/rehabilitación debe ser interdisciplinario (elaborado y ejecutado por un equipo interdisciplinario del área de la salud), es decir articulado y armonizado en el desarrollo de habilidades funcionales; tener duración limitada, objetivos claramente definidos, fomentar la participación del niño, niña y/o adolescente con discapacidad, de los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud y de la Familia.

b. Para la formulación y evaluación del proceso de intervención en habilitación/rehabilitación se debe contar con instrumento (Clasificación Internacional Funcionamiento y la Discapacidad- CIF) para la medición del funcionamiento, en el cual se pueda visualizar el avance del proceso – desde la valoración hasta la finalización de la misma.

c. Ejecutar campañas de Promoción y Prevención y de sensibilización para alertar sobre los riesgos que generan discapacidad, promover cambios frente a la temática de discapacidad y favorecer los procesos de participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

d. Las Áreas de Rehabilitación de Establecimientos de Sanidad Militar deben ser dotados de acuerdo a los niveles de complejidad en cuanto a Recurso Humano, Físico, Tecnológico y Financiero, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos por el Programa.

e. Desarrollar estrategias de seguimiento y control del proceso de Habilitación/rehabilitación en salud que involucren las dependencias comprometidas en este proceso

f. Establecer un sistema de información con el objeto de diseñar, implementar, evaluar y retroalimentar los planes y programas de habilitación/rehabilitación del programa de Niños, Niñas y adolescentes con discapacidad.

g. El niño, niña, adolescente con discapacidad deberá ser evaluado mínimo dos (2) veces al año y debe consignarse el nivel de avance de acuerdo al objetivo inicialmente planteado por el equipo interdisciplinario de cada Dirección ó Establecimiento de Sanidad según corresponda para la continuación de prestación de servicios especializados, con la red propia y/o red externa.

h. Cuando los menores alcancen la mayoría de edad se definirá su derecho a continuar recibiendo los servicios contemplados en el Plan de Beneficios del SSMP, Según lo establecido en el en la normatividad vigente.

i. Cuando el Establecimiento de Sanidad no cuente con los Recursos para el desarrollo de los Planes de tratamientos de los niños, niñas y adolescentes, se remitirán a la Red Externa Contratada (la cual debe cumplir con los Estándares en Salud y lo establecido en la Directiva de Contratación).

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

Se excluye del programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, servicios de educación y capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de habilitación/rehabilitación, distintas a los necesarios de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo de las enfermedades y sus secuelas, así mismo el pago de alimentación, insumos de aseo, sombras terapéuticas y transporte los cuales será responsabilidad de las entidades competentes y/o afiliado de acuerdo a la normatividad vigente.

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SSFM

El Comité de habilitación y rehabilitación del SSMP, estará conformando por*:*

- Coordinador del Programa de Rehabilitación y Discapacidad de la Dirección General de Sanidad Militar.

- Coordinador del Programa Rehabilitación y Discapacidad de la Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas: Ejército, Armada y Fuerza Aérea.

- Coordinador del Programa de Rehabilitación del Hospital Militar Central.

Para los casos de asesoría y de consulta que se requiera el comité podrá contar con la participación de las especialidades y supra-especialidades necesarias y Profesionales de la red interna y/o de la red externa contratada.

FUNCIONES DEL COMITÉ DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SSFM

El Comité tendrá las siguientes funciones:

a. Proponer normas administrativas y técnicas que regulen el programa de habilitación/rehabilitación para los niños, niñas, adolescentes con discapacidad del SSFM

b. Actuar como organismo asesor y evaluador para el desarrollo del Programa de habilitación y rehabilitación.

c. Estandarizar al interior del SSFM los protocolos y/o guías de manejo específicas para cada tipo de discapacidad

d. Emitir los lineamientos para la promoción de los derechos y deberes en salud de los niños, niñas, adolescentes con discapacidad.

e. Realizar reuniones periódicas (se concertara previamente mediante cronograma de actividades) para evaluar el ingreso al programa del niño, niña o adolescente con diagnostico que genera discapacidad; evaluar casos especiales (niños con discapacidad que cumplen mayoría de edad). Para este fin se contara con los conceptos de los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación y las especialidades yb supra-especialidades que se requieran.

CO-RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA Y CUIDADORES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.

"Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

El Estado representado por los Subsistemas, será responsable por la atención integral en salud a los menores y adultos menores; no obstante los padres o representantes legales de los niños, niñas, adolescentes y adultos menores, son responsables de su cuidado y de asumir los gastos de su manutención, educación, vivienda, vestuario y demás elementos necesarios para su congrua subsistencia , así como de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados y de facilitarles el proceso de atención evitando que incurran en abandono del tratamiento, evento último que exonerará de responsabilidad a los Subsistemas".

1. Procurar el cuidado integral de salud del niño, niña, adolescente con discapacidad.

2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre el estado de salud del niño, niña, adolescente con discapacidad.

3. Participar activamente en la formulación y desarrollo de los programas y actividades del proceso de habilitación/rehabilitación involucrándose en el Plan de tratamiento, cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del programa.

EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN /REHABILITACIÓN.

Es responsabilidad de la Dirección General de Sanidad Militar vigilar la ejecución, evaluar los resultados a través de la información reportada por las Direcciones de Sanidad y los Establecimientos de Sanidad, con el fin de realizar seguimiento y control de los aspectos establecidos para el Programa de Niños, Niñas y Adolescentes.

La información de la bases de datos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad será suministrada por los Establecimientos de Sanidad y las Direcciones de Sanidad en las condiciones y fechas estipuladas por la Dirección General de Sanidad Militar, con el fin de consolidar y elaborar los reportes e indicadores correspondientes.

CONTRATACIÓN DE LA RED EXTERNA

La contratación de la Red Externa de los servicios de Rehabilitación tendientes a la atención de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que se encuentran inscritos en el programa, deberá estar acorde con la normatividad vigente y los lineamientos establecidos por el sistema de salud Militar (Modelo de Rehabilitación Funcional).

CONCEPTOS CLAVES PARA EL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

Discapacidad Término genérico que involucra cualquier alteración a nivel de una función o estructura corporal, la limitación en el desarrollo de una actividad individual o la restricción en la participación en actividades vitales para el individuo a nivel social, laboral o familiar asociado al estado de salud.

Persona con discapacidad: Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano.

Niño, Niña: "Entiéndase como niño/niña o menor toda persona que no haya cumplido los 18 años de edad".

"Periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir los 18 años de edad o alcanzar la emancipación. La Convención sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".

Adolescente: La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización está alrededor de los 18 años.

"Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 18 años y está comprendida dentro del período de la juventud. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años".

Rehabilitación: Es el proceso encaminado a que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar o mantener un estado funcional desde el punto de vista físico, sensorial, cognitivo y mental, de manera que cuenten con medios para desarrollar su proyecto de vida y facilitar la inclusión social.

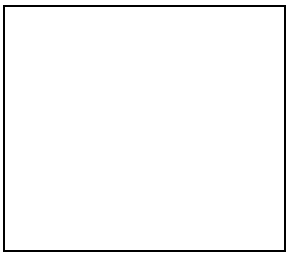
Habilitación: Es el proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a que la persona que presenta una discapacidad congénita o adquirida en la infancia, alcance habilidades que le permitan desarrollar destrezas que faciliten sus procesos de maduración y adaptación a su ambiente, para mejorar su calidad de vida.

Equipo interdisciplinario de rehabilitación: Grupo de profesionales de diferentes disciplinas de salud y rehabilitación que interactúa en el diagnóstico y manejo del paciente, para procurar una visión integral de sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, que permite direccionar unos objetivos terapéuticos acordes con sus capacidades residuales y con una proyección definida en el tiempo. Las disciplinas que se inscriben en el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación son: Medicina Especializada, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social.

Participación de las personas con discapacidad: Derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

PROGRAMA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD



DATOS PERSONALES

<table>
<tr><td colspan="3">FECHA DE DILIGENCIMIENTO DE LA FICHA:</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>FUERZA</td><td>ESM</td><td colspan="2">FECHA EVALUACION</td><td colspan="4">INSTITUCION</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">NOMBRE Y APELLIDOS</td><td colspan="5">NO DOCUMENTO IDENTIDAD</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO(DD/M/M/AA)</td><td colspan="2">GÉNERO</td><td colspan="3" rowspan="2">FECHA INGRESO PROGRAMA</td></tr>
<tr><td>M</td><td>F</td></tr>
<tr><td colspan="3">DIAGNOSTICO</td><td colspan="2">CODIGO CIE 10</td><td colspan="3">*TIPO DISCAPACIAD</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>M</td><td>SENSORIAL
V A/V</td><td>INTE</td><td>MEN</td><td>MUL</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">MEDICO TRATANTE</td><td colspan="2">ESPECIALIDAD</td><td colspan="3">TELÉFONO</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

***M: motora S: Sensorial (V: visual A/V: Auditiva/voz y habla) INTE: Intelectual ó Cognitiva MEN: Mental MUL: Múltiple**

DESCRIPCION FAMILIAR

NOMBRE PADRE	DIRECCION Y CUIDAD	TELEFONO FIJO Y CELULAR
NOMBRE MADRE	**DIRECCION Y CUIDAD**	**TELEFONO FIJO Y CELULAR**
NOMBRE CUIDADOR	**DIRECCION Y CUIDAD**	**TELEFONO FIJO Y CELULAR**

<table>
<tr><td>HERMANOS</td><td>SI/NO</td><td>EDAD</td><td colspan="2">GENERO</td><td colspan="2">PRESENTA DISCAPACIDAD</td></tr>
<tr><td colspan="2">NOMBRE Y APELLIDOS</td><td></td><td>M</td><td>F</td><td>SI</td><td>NO</td></tr>
</table>

				CUAL

GENOGRAMA

DESCRIPCIÓN

Marque con una X, según corresponda al tipo y las características de discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD		**FUNCIONES CORPORALES**	**Marque con una X, Según corresponda**
MOTORA		**Funciones Musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento**	
SENSORIAL	**VISUAL**	**Funciones sensoriales relacionadas con el área visual**	
	AUDITIVA/ VOZ Y HABLA	**Funciones relacionadas con la audición/voz y habla**	
INTELECTUAL (COGNITIVA)		**Funciones relacionadas con el aprender y el entender.**	
MENTAL		**Funciones para relacionarse con los demás y aspectos mentales o emocionales**	
OTRAS		**Funciones relacionadas con de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio**	
		Funciones la digestivas	
		Funciones relacionadas con el sistema genitourinario y genital	
		Funciones de la piel y estructuras relacionadas	

NECESIDADES TERAPEUTICAS

SERVICIO	**I. SI**	**II. NO**		**III. SI**	**IV. NO**
TERAPIA FISICA			PSICOLOGIA		
TERAPIA OCUPACIONAL			FONOAUDIOLOGIA		
OTROS : CUALES :					

REQUERIMIENTO AYUDAS TECNICAS	**DESCRIPCION**

NOMBRE Y FIRMA

COORDINADOR PROGRAMA
CC:

FICHA DE EVALUACIÒN TRIMESTRAL

PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

FUERZA	ESM	FECHA EVALUACION	INSTITUCION

NOMBRE Y APELLIDOS	No identidad	FECHA /LUGAR NACIMIENTO (dd/mm/aa)

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10	TIPO DISCAPACIAD

MEDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

NOMBRE PADRE/CUIDADOR	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO FIJO Y CELULAR

SERVICIO TERAPIA	SI	NO	SERVICIO TERAPIA	SI	NO	SERVICIO TERAPIA	SI	NO
TERAPIA OCUPACIONAL			TERAPIA LENGUAJE			OTRO		
TERAPIA FISICA			PSICOLOGIA			ESPECIFIQUE		

OBJETIVOS TERAPEUTICOS Y METAS PROPUESTAS

Establezca los objetivos y metas concertadas con el equipo interdisciplinario, el usuario con discapacidad y su familia, con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

FECHA	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

EVALUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

De acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación terapéutica y metas concertadas semestralmente, diligencie la siguiente matriz:

FECHA (DD/MM/AA)	METAS PROPUESTAS CON ENFASIS EN AVD	CUMPLE EL OBJETIVO TERAPÉUTICO			OBSERVACIONES
		Satisfactoria-mente	Parcialmente	No cumple	

EVALUACION DEL COMPROMISO DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD Y DE LOS PADRES - CUIDADOR

Se valora de acuerdo a los siguientes criterios S: Siempre A: Algunas veces N: Nunca

FECHA	COMPROMISO DEL USUARIO CON SU PROCESO DE REHABILITACION	COMPROMISO DE LA FAMILIA – CUIDADOR CON EL PROCESO DE REHABILITACIÓN (ASISTENCIA AL TRTAMIENTO DE REHABILITACION)	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA ENTIDAD (REUNIONES, TALLERES)	SE EVIDENCIA PREOCUPACIÓN POR SATISFACER LAS NECESIDADES DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD(ASEO, ALIMENTACIÓN, UNIFORMES)	SE HA EVIDENCIADO MALTRATO Y/O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (SEXUAL, PSICOLÓGICA, FÍSICA)	OBSERVACIONES

ESTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL COORDINADOR DE REHABILITACION Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ESM EN LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, CON BASE EN EL INFORME ENVIADO POR LA ENTIDAD CONTRATADA. SI EL NIÑO NO ESTA EN UNA ENTIDAD PARTICULAR, EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EVALUA EL PROCESO EN ESTE FORMATO

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA COORDINADOR DE REHABILITACIÓN **NOMBRE Y FIRMA JEFE ESM**

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL SERVICIO PRESTADO POR EL AREA DE REHABILITACION

Su opinión es muy importante para nosotros mejorar el servicio y brindarle una atención que llene sus expectativas. No es obligatorio diligenciar el nombre y número telefónico, sin embargo si usted desea puede dejar sus datos

NOMBRE DEL ESM:

FECHA

Califique el servicio de rehabilitación prestado por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, de acuerdo con su experiencia. Marque con una X

1. Califique amabilidad, respeto, calidez y cordialidad del equipo de Rehabilitación que atendió su caso:

SERVICIO	**EXCELENTE (5)**	**BUENO (4)**	**REGULAR (3)**	**MALO (2)**
Medicina General y/o Especializada				
Fisioterapia				
Fonoaudiología/Terapia del lenguaje				
Terapia Ocupacional				
Psicología				
Trabajo Social				
Equipo de Rehabilitación				
Otro (describa cual)				

2. Califique el servicio en cuanto a,

SERVICIO	**EXCELENTE (5)**	**BUENO (4)**	**REGULAR (3)**	**MALO (2)**
Orientación en normas del servicio				
Información sobre su enfermedad y proceso de rehabilitación				
Oportunidad en el proceso de rehabilitacion				
Aclaración de dudas				
Tramites administrativos				
Conferencias, charlas, talleres				
Otro (describa cual)				

3. Cuando solicitó el servicio recibió la información necesaria para la realización de exámenes, procedimientos o terapias?
   a. Si
   b. No

   Si la respuesta fue SI, como considera que fue la información

   a. Clara
   b. Confusa

4. El proceso de rehabilitación cumplió con los objetivos propuestos por el equipo interdisciplinario en consenso con la persona con discapacidad y la familia:

   a. Sí
   b. No

5. ¿La familia ó el cuidador tuvo participación en el proceso de rehabilitación?
   a. Sí
   b. No
   c. Algunas veces

6. Desea reconocer la atención de algún funcionario del servicio de rehabilitación ó un hecho especial: _____
   _____

7. En caso de tener algún comentario o sugerencia

NOMBRE: TELEFONO O CELULAR:

EMAIL:

GRACIAS

RED SERVICIOS EN REHABILITACIÓN

INFORMACION PORTAFOLIO DE SERVICIOS SSFM EJERCITO AÑO 2010

CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE ATENCION

DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)	CONNOTACION RHB.
					I-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL			
DIV 01	1	BAT.DE INF.No.05 CORDOBA	BICOR	SANTA MARTA		X			Medicina, Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica, fonoaudiologia, trabajo social y Enfermeria	KINESIS, IPS OPORTUNIDAD, IPS RENACIDO	NIVEL II BASICO
	2	GRUPO CAB.MEC.No.02 JUAN JOSE RONDON	GMRON	BUENAVISTA		X			Psicologia, Terapia Fisica y fisiatria		PYP
				RIOHACHA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	3	BAT.A.S.P.C.No.10 CACIQUE UPAR	BAS 10	VALLEDUPAR			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas (Psiquiatria y Ortopedia)	INSTITUTO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DEL CESAR	NIVEL II BASICO
	4	BAT.A.S.P.C.No.02 CACIQUE ALONSO XEQUE	BAS 2	BARRANQUILLA				X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Terapia del lenguaje,Fonoaudiologia y Especialidades Medicas (Ortopedia y Pediatria, Psiquiatria, Urologia)	CRUZ ROJA, UMPRE,HOSPITAL METROPOLITANO, HEALTHCARE E.U., OPTICA VISION ITALIANA.	NIVEL II ESPECIALIZADO RHB
				MALAMBO		X			Psicologia, Terapia Fisica , Enfermeria y fonoaudiología		PYP
DIV 02	5	BAT.DE ART.No.02 NUEVA	BAGRA	BARRA/MEJA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	6	BAT.DE INF.No.13 CUSTODIO GARCIA ROVIRA	BIROV	PAMPLONA		X			Fisiatra, Psicologia, Terapia Fisica	HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO CUCUTA	NIVEL II BASICO
	7	BAT.DE INF.No.15 FRCO DE PAULA SANTANDER	BISAN	OCAÑA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FONOAUDIOLOGA, REHABILITAR	PYP
	8	BAT.A.S.P.C.No.30 GUASIMALES	BAS 30	CUCUTA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas (ortopedista), terapia del lenguaje y terapia ocupacional	FONOS, HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO CUCUTA	NIVEL II BASICO
	9	BAT.DE ART.No.05 CT.JOSE ANTONIO GALAN	BAGAL	SOCORRO		X			Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica, y Enfermeria	CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL, SANATORIO SANTA CRUZ DE LA LOMA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, CENTRO TERAPEUTICO, HOSPITAL SAN RAFAEL, CLINICA LOS ANDES, OIR, MEDILASER, ASORSALUD	NIVEL II BASICO
	10	BAT.A.S.P.C.No.05 MERCEDES ABREGO (HOSMIR)	BAS 5	BUCARAMANGA				X	Psicologia, Fisiatria, psiquiatría, ortopedista, Terapia Fisica, Terapia Ocupacional. Fonoaudiología y Enfermeria,	PALLANA CENTRO TERAPEUTICO DE ESTIMULACION DE LA INTELIGENCIA LTDA, SANCHEZ RUSSI LILIA REGGIO AMELIA, AÑOS MARAVILLOSOSINSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE SACENTRO NEUROLOGICO INTEGRAL DE SANTANDER NISA EUFUNDACION FUNDAR HU MANOS DOWN	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				SN VICENTE CHUCURI		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				CIMITARRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
		BAT.A.S.P.C.No.18 RAFAEL ARAGONA	BAS 18	ARAUCA			X		Medicina Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiología.	CONSULTA FONOAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
		BAT.A.S.P.C.No.18 RAFAEL ARAGONA	BAS 18	SARAVENA		X			Medicina , Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CONSULTA FONOAUDIOLOGIA	PYP
			BAS 18	TAME		X			Medicina, Psicologia, Terapia Fisica		PYP
DIV 03	11	BAT.DE INF.No.07 JOSE HILARIO LOPEZ	BILOP	POPAYAN		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA, TRAUMACOL, UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE - UFO	PYP
	12	BAT.DE INF.No.09 BATALLA	BIBOY	PASTO		X			Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica		NIVEL II BASICO
	13	GRUPO CAB.MEC.No.24 CABAL	GMCAB	IPIALES		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	HOSPITAL SAN RAFAEL, HOSPITAL CIVIL DE IPIALES, CLINICA LAS LAJAS, FUNDACION REHABILITAR NARIÑO	PYP
	14	BAT.DE INGENIEROS No.03	BICOD	PALMIRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	15	BAT.A.S.P.C.No.03 POLICARPA SALAVARRIETA (HOMRO)	BAS 3	CALI			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Trabajo Soccial Especialidades Medicas (Fisiatria, Ortopedia y Psiquiatria)	FVL, CRD, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, INSTITUTO MEDICO DIVINO SALVADOR	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				BUGA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	ORTOPEDICOS SAN CARLOS, CIPAD, ORTOPEDIA.	PYP
	16	BAT.DE INF.No.22 AYACUCHO	BIAYA	MANIZALES		X			Fisiatra, Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CLINICA SAN JUAN DE DIOS, FONIAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
	17	BAT.DE ART.No.08 SAN MATEO	BASMA	PEREIRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CLINICA DE FRACTURAS,PROFISIO, CENTRO DX AUDIOLOGICO, HOMERIS, ORTOMEDICA, FUNDACION LUDES	PYP
				CARTAGO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	18	BAT.A.S.P.C.No.08 CACIQUE CALARCA	BAS 8	ARMENIA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas(Ortopedia, Fisiatrría)	CLINICA PRADA (PSIQUIATRIA), CENTRO DE REHABILITACION EJE CAFETERO CREC, CENTRO JEAN PIAGET, CLINICA EL PRADO, CLINICA CENTRAL, ABRAZAR, COVIDA	NIVEL II BASICO
				PUEBLO TAPAO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP

DIV 04	19	BAT.DE INF.No.19 JOSE JOAQUIN PARIS	BIPAR	SN JOSE GUAVIARE		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FISIO CENTER	PYP
	20	HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE (BASER-7)	HOMIO	APIAY				X	Psicologia, Terapia Fisica, Nutricion, Terapeuta Ocupacionjal, Trabajo Social, Especialidades Medicas(Ortopedia, Psiquiatria)	FONOAUDIOLOGA, FUNDACION DESTREZAS,	NIVEL II ESPECIALIZADO
				GRANADA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
DIV 05	21	BAT.DE INF.No.02	BISUC	CHIQUINQUIRA		X			Medicina , Psicologia y Enfermeria	FISIOTERAPIA Y FISIATRIA	PYP
	22	GRUPO CAB.MEC.NoSILVA PLAZAS	GMSIL	BONZA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	23	BAT.DE ART.No.01 TARQUI	BATAR	SOGAMOSO		X			Medicina y Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CENTRO DE REHABILITACION SIREB LTDA, CLINICA DE ESPECIALISTAS	PYP
	24	BAT.A.S.P.C.No.01 CACIQUE	BAS 1	TUNJA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion, Terapia Ocupacional	FISIATRA, FONOAUDIOLOGA	NIVEL II BASICO
	25	BAT.DE INF.No.16	BIPAT	HONDA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	26	BAT.A.S.P.C.No.06 FRANCISCO ANTOÑIO ZEA	BAS 6	IBAGUE			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion,Fonoaudiologa, Terapia del Lenguaje, Terapeuta Ocupacional , Trabajo Social Especialidades Medicas(Ortopedia y Psiquiatria)	DAR, ASINVITOL	NIVEL II BASICO
				CHAPARRAL		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	27	BAT.A.S.P.C.No.09 CACICA GAITANA	BAS 9	NEIVA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologa, Terapia Ocupacional Especialidades Medicas(Psiquiatra)	CLINICA DE FRACTURAS,PROFISIO, CENTRO DX AUDIOLOGICO, HOMERIS, ORTOMEDICA, FUNDACION LUDES, ORTOPEDIA Y FISIATRIA	NIVEL II BASICO
	28	BAT.DE INF.No.26 CACIQUE P.	BIPIG	GARZON		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FISIATRA	PYP
	29	BAT.DE INF.No.27	BIMAG	PITALITO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	30	BAT.DE COMUNICACIONES MANUEL MURILLO TORO	BACOM	FACATATIVA		X			Psicologia, Terapia Fisica, Fonoaudiologia	GIMNASIO ANGLO COLOMBIANO, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN EMANUEL	PYP
	31	BAT.A.S.P.C.No.13 CACIQUE TISQUESUZA (DISNORT)	BAS 13	BOGOTA D.C.			X		Medicina, ortopedia, Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,Especialidades, terapia ocupacional		NIVEL II BASICO
				UBALA		X			Medicina , Psicologia, Terapia Fisica		PYP
	32	BAT.DE INF.No.39 SUMAPAZ	BISUM	FUSAGASUGA		X			Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS, MEDICOS ASOCIADOS, CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUDITIVO, UNIDAD DE SALUD FISICA, FISIOTERAPEUTA	PYP
DIV 06	33	BAT.A.S.P.C.No.12 FERNANDO SERRANO	BAS 12	FLORENCIA			X		Medicina , Ortopedia, Terapia ocupacional, fonoaudiologia,Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,	CENTRO NEUROPSIQUIATRICO EL DIVINO NIÑO	NIVEL II BASICO
				VENECIA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				VICENTE CAGUAN		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	34	BAT.DE INF.SELVA No.49	BISEL49	LA TAGUA		X			Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	35	BAT. A.S.P.C. No. 26.	BAS 26	LETICIA		X			Medicina , Psicologia, Terapia Fisica		PYP
	36	BAT.A.S.P.C.No.27	BAS 27	MOCOA			X		Medicina, Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria		NIVEL II BASICO
DIV 07	37	BAT.A.S.P.C.No.04 YARIGUIES	BAS 4	MEDELLIN				X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia, Nutricion, Terapia Ocupacional, Especialidades, Medicas(Ortopedia y Fisiatria)	FUNDACION LUISA FERNANDA, MULTIIMPEDIDOS, AULA ABIERTA, COMITÉ DE REHABILITACION, PRODEBILES AUDITIVOS, FUNDACION INTEGRAR	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				BELLO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				RIONEGRO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				MEDELLIN		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				ANDES		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	38	BATINF. No. 12 "ALFONSO MANOSALVA FLOREZ	BIAMA	QUIBDO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	39	BAT.A.S.P.C.No.11 CACIQUE TIRROME	BAS 11	MONTERIA			X		Medicina Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,	PSIQUIATRAS ASOCIADOS, ORTOPEDIA, CENTRO AUDIOLOGICO	NIVEL II BASICO
	40	BAT.DE INF.No.31 RIFLES	BIRIF	CAUCASIA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	41	BAT.A.S.P.C.No.14 CACIQUE PIPATON	BAS 14	PUERTO BERRIO			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Ortopedia	EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO "REHABILITAMOS, FONOAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
				VDA. GUASIMAL		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				CANTIMPLORA PTO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				EMITAÑO-PTO. BOYACA		X			Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	42	BAT.A.S.P.C.No.17 KATIOS DE URABA	BAS 17	CAREPA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion, Especialidades Medicas(Ortopedia y Psiquiatria)		NIVEL II BASICO
				SAN PEDRO URABA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP

DIV 08	43	BAT.A.S.P.C.No.16 WILLIAM RAMIREZ SILVA	BAS 16	YOPAL			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas y Odontologicas Basicas	FONOAUDIOLOGA,	NIVEL II BASICO
			BAS 18	TAME		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	45	BAT. A.S.P.C. No. 28.	BAS 28	PTO CARREÑO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
TROPAS EJERCITO	46	BAT.DE TRANSPORTES (DISUR)	BATRA	BOGOTA D.C.		X			Medicina, terapia ocupacional, fonoaudiologia, terapia del lenguaje, Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		NIVEL II BASICO
	47	BAT.SANIDAD SL.JOSE MARIA HERNANDEZ	BASAN	BOGOTA D.C.			X		Medicina Psicologia, Terapia Fisica, fonoaudiologia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, trabajo social, Enfermeria, psiquiatria, ortopedia, fisiatria	INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, CLÍNICA INMACULADA, AUDIFONOS , STARKEY, SUMINISTROS ORTOPEDICOS	NIVEL II ESPECIALIZADO
	48	HOSPITAL MILITAR DE TOLEMAIDA (HOSGUAR)	CENAE	TOLEMAIDA				X	Medicina , ortopedia ,Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia, trabajo social, terapia ocupacional.	IPS CAPRECOM HOSPITAL SAN RAFAEL DE GIRARDOT, SANATORIO AGUA DE DIOS, FISIATRIA, PSIQUIATRIA	NIVEL II ESPECIALIZADO
	49	DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA	DMGEM	BOGOTA D.C.			X		Medicina,Psiquiatria, ortopedia, Psicologia, Terapia Fisica, Fonoaudiologia.	FISIATRIA, CRAC	NIVEL II BASICO
	51	BAT.A.S.CONTRA EL NARCOTRAFICO	BASCN	LARANDIA		X			Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
JEDOC	52	BAT.A.S.P.C.No.19 ESMIC	ESMIC	BOGOTA D.C.		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP

FUENTE SECCION BIOESTADISTICA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO FEBRERO DE 2011
AJUSTADO PARA LA CONNOTACION DE REHABILITACION

1. SE OMITEN LOS ESM TIPO CONSULTARIO	
2. NIVEL I REHABILITACION : PROMOCION Y PREVENCION	PYP
3. NIVEL II BASICO DE REHABILITACION	NIVEL II BASICO
4. NIVEL II ESPECIALIZADO REHABILITACION	NIVEL II ESPECIALIZADO

PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM ARMADA AÑO 2011

CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE COMPLEJIDAD

DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	ESM SATELITE	CODIGO ESM	DIRECCION	TELEFONO	MICROONDAS	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)
										-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL		
	1	HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	HONAC	CARTAGENA	HONAC (norte)	1500	CARRERA 2 Nº14-210 AV. SAN MARTIN ENTRADA BOCAGRANDE	5-6655360	023273/023231/023272				X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Terapia del lenguaje,Fonoaudiologia y Especialidades Medicas (Ortopedia, Pediatria, Psiquiatria, Urologia)	FUNDACION ALUNA, FUNDACION DEL ROSARIO, INSTITUTO REI, CENTRO EDUCATIVO DE NIVELACION, IPS AVANZAMOS, FONOAUDIOLÒGICOS DEL CARIBE, CLINICA DE LA COSTA, MEDIESPES
	2	ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES	ENSB	BARRANQUILLA		1034	VIA 40 CALLE 58 ESQUINA	5-3693333	021-227			X		Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia Y Especialidades Médicas (Pediatria, Psiquiatria, Ortopedia, oftalmología, Urología, Medicina Interna)	CENTRO EDUCATIVO CRECIENDO JUNTOS, CRUZ ROJA COLOMBIANA, CORPORACION MUNDO DE LOS ESTUDIANTES, DISTRAUMEDS, OPTICA ITALIANA
	3	BASE DE ENTRENAMIENTO	CBEIM	COVEÑAS		1049	VIA COVEÑAS LORICA	5-2880065	028-200		X			Medicina, Psicología, Terapia Fisica y Enfermeria	
	4	BRIGADA DE I.M Nº 1	BRIM 1	COROZAL		1048	AV. TRONCAL DE OCCIDENTE DM 2 SALIDA A	5-2843808	023-831		X			Medicina, Psicología, Terapia Fisica y Enfermeria	
	5	BATALLON DE FUSILEROS DE I.M	BAFIM 2	CARTAGENA		1115	ENTRADA BOCAGRANDE AV. SAN MARTIN	5-6654799	023-261		X			Medicina, Psicología, Terapia Fisica y Enfermeria	
	6	ESCUELA NAVAL ALMIRANTE PADILLA	ENAP	CARTAGENA		1033	ISLA MANZANILLO BARRIO EL	5-6694323	023-636		X			Medicina, Psicología, Terapia Fisica y Enfermeria	
	7	CENTRO DE MEDICINA NAVAL	CEMED	BOGOTA	CEMED (centro)	5102	CRA 27 Nº 43-40	3351212	3289/3290			X		Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, educadora especial Y Especialidades Médicas (Pediatria, Psiquiatria, Ortopedia, Urologia, Cardiología)	CLINICA SEP, CLINICA INMACULADA, EMPRESA OTTOBOCK, GILLETE
	8	CENTRO DE EVACUADOS DE SANIDAD NAVAL	CESAN	BOGOTA			CRA 61 Nº 51-31	2631277				X		Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocuapcional, Trabajo Social, medicina, odontologia y enfermería	
	9	HOSPTAL NAVAL DE BAHIA MALAGA	HONAM	BAHIA MALAGA	HONAM (oriente)	3030	BASE NAVAL "ARC MALAGA"	2-2460649	033-232/033-227			X		Psicología, Terapia Fisica, Fonoaudiología, Optometria	FUNDACION IDEAL, CORINTEGRA, ASOCIACION DE PADRES CON HIJOS AUTISTAS, LUZ ESTELLA MEDINA, COLOMBO-CUBANO,
	10	BRIGADA DE INFANTERIA DE MARINA Nº 2	BRIFLIM 2	BUENAVENTURA		3056	CARRERA 3 Nº8-40 BARRIO LAS MERCEDES	2-2401556	33264					Medicina, Psicología, Terapia Fisica y Enfermeria	CLINICA VALLE DE LILI (terapia ocupacional, fonoaudiologia) CLINICA SANTA SOFIA, HOSPITAL DE BUENAVENTURA, COSMITET, INSTITUTO NIÑOS CIEGOS Y SORDOS
	11	BATALLON FLUVIAL DE I.M Nº 70	BAFLIM 70	TUMACO		3022	VIA AL MORRO	2-7274563	023-226		X			Medicina, Psicología y Enfermeria	HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO

PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM FUERZA AEREA AÑO 2011

CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE COMPLEJIDAD

DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)
					I-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL		
	1	COMANDO AEREO DE COMBATE No. 1 "GERMAN OLANO"	CACOM 1	PUERTO SALGAR CALDAS			X		Psicologia, Terapia Fisica	
	2	DISPENSARIO MÉDICO DE LA FUERZA AEREA	DMEFA	BOGOTA			X		Psicologia, Terapia Fisica, terapia del lenguaje y fonoaudiologia,	
	3	COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR, BASE AEREA" BG CAMILO DAZA ALVAREZ"	CATAM	BOGOTA			X		Psicología, terapia física	
	4	CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL	CEMAE	BOGOTA			X		Psicología, fonoaudiología, terapia física	
	5	COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO BASE AEREA "MY JUSTINO MARIÑO CUESTO"	CAMAN	BOGOTA			X		Psicología, terapia física	
	6	COMANDO AEREO DE COMBATE No.6 BASE AEREA "CT ERNESTO	CACOM 6	TRES ESQUINAS CAQUETA			X		Psicología, terapia física	