



**Universidad del Azuay**

Departamento De Posgrados

Maestría en Desarrollo Temprano y Educación  
Infantil con Mención en Atención Temprana

**ATENCIÓN TEMPRANA VIRTUAL COMO  
HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN EN  
NIÑOS PREMATUROS: ESTUDIO DE CASO**

**Autora:**

Gabriela Fernanda Tacuri Garzón

**Directora:**

Ph.D Ximena Monserrath Vélez Calvo

**Codirectora:**

Mgst. (c) María José Peñaherrera

**Cuenca- Ecuador**

**2022**

## **DEDICATORIA**

**“En el arte de ascender el triunfo no está en no caer,  
sino en no permanecer caído”**

### **PAPA FRANCISCO**

Dedico este trabajo de investigación a Dios, por darme la vida y por bendecirme con lo más grande que tengo que es mi familia, a quien también va dirigido este trabajo.

A mi padre, por haber sacrificado muchas cosas en su vida para verme crecer y cumplir mis sueños, porque a pesar de la distancia, siempre estuvo pendiente de mí, de mis logros y de mis desaciertos. A mi madre, por estar pendiente de mí cada día, cada hora, cada desvelo, dándome palabras de aliento para continuar en la marcha y no dejarme caer, por su apoyo incondicional y sobretodo sus recargas de energía permanentes.

A mis hermanos, por la confianza y amor brindados cada día, especialmente en aquellos momentos difíciles donde la palabra rendirse era fácil para mí, pero ellos con sus palabras alentadoras, me animaban a continuar.

A una persona especial en mi vida, Darío por estar conmigo en las buenas y en las malas en esta travesía tan grande y este nuevo reto para mí.

A los amigos que forme a lo largo de este camino, a los docentes que me inspiraban y enseñaban algo nuevo cada día, y a todas las personas que de una u otra forma aportaron para que pueda culminar una meta más, pueda crecer personal, profesional y espiritualmente.

**Gabriela Tacuri G.**

## **AGRADECIMIENTO**

**“La gratitud se da cuando la memoria se almacena en el corazón y no en la mente”**

**Lionel Hampton**

Agradezco a mi familia entera por el apoyo incondicional, en esta etapa de estudio. A cada uno de los docentes del posgrado de Educación Inicial y Desarrollo Infantil mención Atención Temprana, los cuales fueron parte esencial para mi formación, brindando todo su conocimiento y formación en cada una de las clases impartidas lo que me pudo ayudar en un mejor crecimiento y desarrollo tanto profesional como personal.

A la Ph.D. Ximena Vélez Calvo, al igual que la Mstr. (c) María José Peñaherrera, ya que me brindaron su tiempo y conocimiento para poder realizar este trabajo de investigación.

A los padres de familia de la niña del estudio de caso que brindaron toda su disponibilidad y tiempo para que pueda concluir con éxito esta investigación.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio, fue desarrollar un plan de atención temprana virtual para la intervención en niños prematuros mediante un estudio de caso longitudinal y observacional con alcance descriptivo, que tuvo como finalidad potencializar el desarrollo psicomotor de la niña (estudio de caso), acorde a sus necesidades, las cuales fueron determinadas a través de un pre-test evaluativo, utilizando las siguientes herramientas: Inventario Betelle, Test Brunet Lézine y La Escala de Desarrollo Infantil. Luego fue puesto en marcha un plan de actividades previamente diseñadas y sistematizadas durante un periodo de 4 meses, a través de sesiones virtuales, realizadas por los padres en casa con una guía profesional, destacando la importancia que tuvo su participación, proceso que fue evidenciado positivamente en los resultados finales. Posterior a ello, se efectuó nuevamente un post-test para verificar los resultados obtenidos durante la intervención, notando un gran avance en la edad de desarrollo inicial de la niña a comparación de su edad de desarrollo final.

**Palabras Claves:** atención temprana, edad de desarrollo, evaluación del desarrollo, intervención, prematuros.

## ABSTRACT

The objective of this study was to develop a virtual early care plan for intervention in premature children through a longitudinal and observational case study with a descriptive scope, which aimed to enhance the girl's psychomotor development (case study), according to her needs, which were determined through an evaluative pre-test, using the following tools: The Betelle Inventory, the Brunet Lézine Test, and the Child Development Scale. Then, a plan of previously designed and systematized activities was launched for a period of 4 months through virtual sessions, and carried out by the parents at home with a professional guide, highlighting the importance of their participation, a process that was positively evidenced at the final results. After that, a post-test was carried out again to verify the results obtained during the intervention, noting a great advance in the girl's initial developmental age compared to her final developmental age.

**Keywords:** early attention, developmental age, developmental assessment, intervention, premature



Gabriela Fernanda Tacuri Garzón



# ÍNDICE

DEDICATORIA.....	<i>I</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>II</i>
RESUMEN.....	<i>III</i>
ABSTRAC.....	<i>III</i>
1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	<i>1</i>
1.1 Atención Temprana.....	<i>1</i>
1.2 Atención temprana en la virtualidad .....	<i>4</i>
1.3 Modelo ecológico contextual de Brofenbrenner .....	<i>6</i>
1.3.1 Microsistema .....	<i>6</i>
1.3.2 Mesosistema.....	<i>6</i>
1.3.3 Exosistema .....	<i>6</i>
1.3.4 Macrosistema .....	<i>6</i>
1.3.5 Cronosistema.....	<i>7</i>
1.4 Áreas de intervención.....	<i>7</i>
1.5 Estado de Arte .....	<i>9</i>
2 CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	<i>10</i>
2.1 Objetivo general:.....	<i>10</i>
2.2 Objetivos específicos: .....	<i>10</i>
2.3 Diseño metodológico: .....	<i>10</i>
2.4 Descripción del caso clínico: ´ .....	<i>12</i>
2.4.1 Datos personales:.....	<i>12</i>
2.4.2 Antecedentes prenatales: .....	<i>12</i>
2.4.3 Antecedentes Perinatales:.....	<i>12</i>
2.4.4 Antecedentes Postnatales: .....	<i>13</i>
2.4.5 Antecedentes del desarrollo psicomotor: .....	<i>13</i>
2.4.6 Ámbito familiar .....	<i>13</i>
2.5 Procedimiento .....	<i>14</i>

2.5.1	Fase 1: Evaluar el Desarrollo Psicomotor .....	14
2.5.2	Fase 2: Planificar, ejecutar y evaluar un plan de intervención en una niña prematura a través de una modalidad virtual como método de atención temprana.....	15
2.5.3	Fase 3. Analizar los resultados del plan de intervención.....	18
2.6	Instrumentos:.....	19
2.6.1	<i>Inventario de Desarrollo Battelle</i> .....	19
2.6.2	<i>Test Brunet Lézine</i> .....	20
2.6.3	<i>Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil</i> .....	20
2.6.4	Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana .....	21
3	CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	24
3.1	Consolidado de Planificaciones .....	24
3.2	Resultados del Inventario de Desarrollo Battelle .....	25
3.2.1	Interpretación .....	27
3.3	Resultados del Test Brunet Lézine .....	28
3.3.1	Interpretación .....	29
3.4	Escala De Desarrollo Infantil (EDI).....	30
3.4.1	Interpretación .....	30
3.5	Resultados de la Guía para padres.....	31
4	CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	36
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
6	CAPÍTULO VI: MARCO TEÓRICO DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA .....	44
6.1	MARCO TEORICO.....	44
6.1.1	La atención temprana .....	44
6.1.2	Atención temprana en la virtualidad .....	44
6.1.3	Participación de los padres .....	44
6.1.4	Rol del terapeuta.....	45
6.2	Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana.....	46
6.2.1	Referencias Bibliográficas de la guía para padres.....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura de la matriz de planificación.....	17
Tabla 2. Consolidado de Planificación.....	24
Tabla 3. Resultados de evaluación con el Inventario de Desarrollo Battelle .....	26
Tabla 4. Resultados de evaluación con el test Brunet Lézine .....	28
Tabla 5. Resultados de la aplicación de la Escala de Desarrollo Infantil .....	30

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Curvas de desarrollo de los resultados del test Brunet Lézine.....	29
Figura 2. Evaluación de los padres en atención temprana .....	32
Figura 3. Evaluación de los padres en atención temprana en la virtualidad.....	33
Figura 4. Evaluación de los padres en la participación .....	34
Figura 5. Evaluación de los padres en el rol del terapeuta .....	34

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de evaluación para padres .....	46
Anexo 2. Consentimiento Informado .....	51
Anexo 3. Ficha de historia clínica.....	53
Anexo 4. Planificaciones semanales .....	57
Anexo 5. Hoja de evaluación del Inventario de Desarrollo Battelle .....	90
Anexo 6. Hoja de evaluación del Test Brunet Lézine .....	91
Anexo 7. Hoja de evaluación de la Escala de Desarrollo Infantil .....	92

# 1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1 Atención Temprana

La atención temprana desde sus inicios tenía un modelo tradicional que se centraba únicamente en el niño, su realidad, condiciones y contexto (Perpiña, 2019). En la actualidad presenta un modelo biopsicosocial, es decir, que se centra en el niño, la familia y el entorno (Cerrillo et al., 2019). La atención temprana se define como un conjunto de intervenciones que se realizan a niños de 0 a 6 años y a la familia, con el objetivo de responder lo más pronto posible a las necesidades en el desarrollo, sean transitorias o permanentes. La intervención debe englobar todas las áreas del desarrollo como: motoras, cognitivas, lingüísticas, sociales y adaptativas (Jemes et al., 2019; Mayorga, et al., 2015).

La atención temprana es una estrategia de intervención imprescindible para prevenir, atenuar y recuperar las distintas discapacidades que pueden producirse, como consecuencia de diversas causas o factores en el transcurso del desarrollo infantil. Una atención infantil temprana de calidad debe proporcionarse desde una concepción global de la intervención proporcionando a los niños/as y sus familias, desde los momentos iniciales a la detección del riesgo, disfunción o trastorno, una atención integral y desde contextos y servicios cercanos a donde vive el niño y su familia (Gutiérrez, 2019).

Un ámbito importante de intervención en la atención temprana es la enfocada en los niños de alto riesgo, entre ellos se encuentran el grupo de niños prematuros. El embarazo es la etapa en la cual se lleva a cabo el proceso de maduración y crecimiento que permite al feto poder sobrevivir fuera del vientre de la madre. Generalmente la finalización de este período oscila entre la semana 37 y 40 semanas de gestación, para que se considere un parto a término. Cuando se adelanta el alumbramiento en relación a las semanas consideradas aptas para el nacimiento del feto se considera un parto pretérmino y consecuentemente será un niño prematuro (Larrea y Ricaurte, 2021).

La Organización Mundial de la Salud define como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (Avilés et al., 2014). Respecto al grado de prematuridad, se plantea una clasificación de infantes nacidos prematuros, a saber: extremadamente prematuros cuando son menores a 28 semanas de edad gestacional; muy

prematurados, entre 28 y 32 semanas; prematurados moderados o tardíos, desde 32 hasta 37 semanas de edad gestacional.

La prematuridad se presenta por ciertos factores de riesgo, entre los que se encuentran:

- Factores de riesgo maternos. Madres menores de 18 o mayores de 40 años, ganancia inadecuada de peso durante el embarazo, consumo de sustancias tóxicas.
- Factores obstétricos. Mujeres con antecedentes de partos prematuros, o abortos previos, ruptura prematura de membrana, o enfermedades relevantes como la diabetes, hipertensión, patologías cardíacas o renales así como la presencia de infecciones.
  - Embarazos múltiples
  - Situaciones de estrés en la gestación
- Factores fetales. Malformaciones fetales especialmente del sistema nervioso central.
- Factores demográficos. Bajo nivel socioeconómico y educativo, o la inadecuada asistencia médica (Berro, 2017).

Recientemente la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó que a nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros. La prematuridad es la primera causa de mortalidad neonatal y también entre los menores de cinco años de edad, siendo la responsable de 1,1 millón de muertes al año (Matos et al., 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

La prematuridad no solo es causa importante de muerte, sino también lo es de otros eventos adversos, como son las alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo, etc. La frecuencia de las alteraciones del neurodesarrollo en los prematuros es muy alta, siendo la responsable de hasta un 50% de las anomalías neurológicas de la infancia, que incluyen desde las alteraciones leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial, retinopatía de la prematuridad que en su grado severo ocasionaría ceguera (Erasmus, 2018; Fernández et al., 2017).

El recién nacido a término tiene la capacidad total de percibir todos los estímulos externos, y el niño pre-término no es un niño incapaz, sino que los estímulos no son tomados como tal por la inmadurez de la recepción de los mismos, además de la dificultad

de sus respuestas, suelen presentar vínculos inseguros y son más vulnerables a las dificultades en la interacción social, son niños menos organizados, están menos alerta y son menos reactivos, presentan dificultades viso-espaciales y viso-motrices, al (Barboza, 2015; Berro, 2017). Estos déficits tienen un impacto negativo en los procesos de aprendizaje, incluso en niños con ninguna alteración sensorial o del desarrollo, es por esa razón que la atención temprana en niños prematuros es de vital importancia para ayudar a madurar su sistema nervioso central a través de estrategias lúdicas y adecuadas en medio de un ambiente armónico, y ayudar a mitigar estos déficits tanto a corto como a largo plazo.

En el caso de los niños con situaciones de riesgo como los prematuros, es fundamental realizar un seguimiento cuidadoso del desarrollo psicomotor en los dos primeros años para iniciar, en caso de detectarse desviaciones de la normalidad, realizar intervenciones acordes a su condición. Probablemente la intervención precoz disminuya, además, alteraciones en el desarrollo en la etapa escolar, y, en el caso de que aparezca, sea más sencillo abordarla por haberse iniciado ya medidas (Gutiérrez et al., 2019). Un Estudio Controlado Aleatorio (ECA) de simple ciego, concluye que la intervención basada en rutinas en niños de 5 a 30 meses mejora su desarrollo en las áreas de autocuidado, independencia y sociabilidad (Cerrillo et al., 2019).

La atención temprana en la prematurez es fundamental, puesto que es una intervención que se utiliza para potencializar el desarrollo de los niños a través de estímulos del medio ambiente (plasticidad del sistema nervioso). Resulta fundamental aprovechar la plasticidad cerebral durante el desarrollo del niño, dado que el cerebro posee la capacidad para repararse y reorganizarse produciendo cambios en sus estructuras que conllevan mejoras funcionales con una intervención temprana. Contrario a ello, en caso de no recibir estímulos adecuados y oportunos, podría desatar consecuencias marcadas para la vida de un niño como discapacidades, trastornos, daños neurológicos marcados (Avilés et al., 2014; Berro, 2017; García et al., 2012; Hechavarría et al., 2018; Medina et al., 2015).

Las estrategias de atención temprana tienen como beneficio minimizar el desajuste entre un cerebro frágil y la presencia de estrés y dolor, percibidos en el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), a través de un cuidado individualizado, y la incorporación de ambientes relajantes, que fomenten el sueño y la

recuperación, así como la educación de los padres como cuidadores primarios del recién nacido. Esta estrategia de intervención y de atención integrada a la familia se ha combinado para formar programas integrales, como el Programa de Atención y Evaluación Individualizada del Desarrollo del Recién Nacido (García et al., 2012; García y Martínez, 2016).

Una parte importante relativa a la forma en que se interconectan las neuronas está genéticamente determinada, Sin embargo, otra porción muy significativa depende de los estímulos del medio ambiente para su interconexión. Las mismas investigaciones han establecido igualmente la importancia de los primeros años de vida como el período crítico en el cual es posible aplicar estímulos adecuados para lograr desarrollar el máximo potencial de cada ser humano. Este sistema exige que el niño actúe en su medio para que el desarrollo cognoscitivo evolucione; el niño necesita moverse, manipular cosas, escuchar sonidos, mirar objetos para coordinar las acciones motoras simples con las percepciones que le van llegando (actos sensoriomotores). Su conocimiento es la construcción que éste realizará por sus acciones, descubriendo, creando o inventando, ayudado por la estimulación y el conocimiento social que se le brinda (Avilés et al., 2014).

El propósito de la atención temprana en el niño prematuro es permitirle alcanzar los hitos del desarrollo en los márgenes de la media o normalidad. Para conseguir este objetivo es importante corregir la edad de un bebé prematuro. La edad corregida se calcula teniendo en cuenta la fecha probable de parto. Por ejemplo, si un niño nació con 34 semanas, cuando cumpla un año de edad cronológica, su edad corregida será 10 meses y medio aproximadamente ya que hubiese faltado un mes y medio para su nacimiento (contando desde las 34 semanas hasta las 40 faltarían 6, o sea un mes y medio aproximadamente). La edad corregida se calcula hasta que cumpla los 2 años, aunque muchos niños se equiparan con los nacidos a término un tiempo antes. Este cálculo se realiza para evaluar correctamente su crecimiento, su desarrollo mental, motor, del comportamiento y del resto de áreas del desarrollo (García y Martínez, 2017).

## **1.2 Atención temprana en la virtualidad**

En la actualidad, ante la crisis sanitaria que se está viviendo en los centros de desarrollo infantil, la atención temprana se ha tenido que adaptar a la nueva modalidad de trabajo virtual para ofrecer intervenciones de calidad a los niños y niñas (Plena Inclusión,

2020). En este contexto, la finalidad es captar la atención de los padres mediante las TIC o aulas virtuales para poder guiar a los estudiantes y mejorar la línea educativa (Bernaschina, 2019). Asumir la virtualidad para la intervención temprana, es lograr una práctica pedagógica que concrete todos los elementos didácticos como contenidos, estrategias, recursos, evaluación y la participación familiar según el contexto y particularidad de los niños (Barberi et al., 2021; Larraín y Nieto, 2020). Por tanto, el uso de la virtualidad para la atención temprana supone corregir grandes errores y olvidar los métodos tradicionales, ya que muchos de ellos tienen deficiencias (Timbi et al., 2015).

Los beneficios de la Atención Temprana virtual para los padres y los niños, es conocer más acerca del desarrollo psicomotor y manejo en el hogar de acuerdo a las necesidades del niño y para reforzar la vinculación afectiva madre-hijo y favorecer la relación paterno-filial (Cerrillo et al., 2019). Un estudio realizado en España menciona los beneficios de trabajar de forma virtual y el vínculo generado en las familias (García et al., 2021). También es importante recalcar que la intervención será moldeada según el contexto natural donde el niño crece, los recursos familiares, su entorno etc., que beneficiará su desarrollo al ser fomentando en una realidad propia (Berro, 2017; Dalmau et al., 2017; Hechevarría et al., 2018).

Por otra parte, la intervención de los profesionales en el área de la Atención temprana desde este mismo acompañamiento virtual tiene como objetivo apoyar el desarrollo y autonomía del niño, fortalecer las capacidades y competencias del niño, familia y cuidadores, además garantizar la inclusión en el entorno social (Fernández et al., 2012; López y Herrera, 2018).

La evidencia científica señala que la adecuada interacción del profesional con la familia a través de la implementación de prácticas relacionales y participativas, es fundamental para el éxito de la intervención, es decir, que ellos constituyen una pieza clave en la propia intervención. Por ello, es importante modificar, adquirir, cambiar y mejorar algunas pautas o estrategias de interacción que ejercen en sus casas diariamente con los menores para que el trabajo de atención temprana pueda considerarse completo (Domínguez y Calvo, 2015; Escorcía et al., 2018; Larraín y Nieto, 2020).

### **1.3 Modelo ecológico contextual de Bronfenbrenner**

La teoría ecológica de Bronfenbrenner o teoría de los sistemas ecológicos fue planteada por primera vez por Urie Bronfenbrenner en 1979 en su libro denominado *La ecología del desarrollo humano* y ha servido como base para otras ciencias, como la psicología del desarrollo o la sociología. Esta explica cómo influyen los distintos grupos sociales en el desarrollo del niño y del adolescente (Alzate, 2016).

Bronfenbrenner entendía el entorno como un conjunto de sistemas correlacionados, así identificó cinco diferentes de los que dependía el desarrollo del niño, ubicando y ordenando desde los más cercanos hasta los más alejados de él. Quedando de la siguiente forma (Alzate, 2016):

#### **1.3.1 Microsistema**

Es el nivel más cercano al menor y estaría constituido por los padres, la familia y la escuela.

#### **1.3.2 Mesosistema**

Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el menor. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos.

#### **1.3.3 Exosistema**

Estaría compuesto por los elementos que afectan a la vida del niño pero que no tienen una relación directa con él, sino que esta se produce de manera indirecta a través de los miembros que forman el microsistema. Un ejemplo de exosistema sería el lugar de trabajo de los padres o sus relaciones laborales. Esto afectaría a la forma de pensar de estos, a su tiempo libre e incluso a las emociones que experimenten y, finalmente, al niño.

#### **1.3.4 Macrosistema**

Este nivel estaría definido por elementos de la cultura, en concreto en la que vive el niño, como las tradiciones, el sistema de valores de su sociedad o la religión.

### **1.3.5 Cronosistema**

En este nivel se tiene en cuenta el momento temporal que se esté viviendo y el grado de estabilidad en el mundo del niño.

Esta teoría nos ayuda a entender cómo el entorno del niño y todos los sistemas de los que forma parte influyen de manera determinante en su desarrollo y en su aprendizaje (Alzate, 2016).

La atención temprana tomada desde el enfoque del modelo ecológico contextual hace referencia a la intervención, no solo centrada prioritariamente en el niño, sino que también se centra en la familia y en la comunidad.

Sabemos que la atención temprana es un conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes de los niños con trastorno en su desarrollo o con riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar, y dentro del modelo ecológico contextual, ese equipo que conforma niño, padres, terapeutas forman parte del microsistema, que actúa directamente por el bienestar del niño.

## **1.4 Áreas de intervención.**

En primer lugar, es necesario señalar que las áreas desde las que se lleva a cabo actualmente la atención temprana son tres: salud, educación y servicios sociales. El área de la salud, principalmente gira en torno a la atención pediátrica, y se centra en factores evolutivos del niño, acciones preventivas y de asistencia sanitaria. Por otro lado, el área de educación se centra en el apoyo a la integración en el contexto ordinario de educación y se actúa de manera individualizada, desarrollándose toda acción como apoyo en el entorno del aula, hablando en este punto de un microsistema (Martínez y Nuria, 2015).

Por último, en el área de servicios sociales, los centros de atención temprana actúan en régimen ambulatorio desarrollando programas de facilitación del desarrollo motor, de la comunicación y de la relación interpersonal, haciendo partícipes a los miembros de la unidad familiar, hablando en este punto de un microsistema. Se plantea la atención individualizada mediante programas de atención al niño, prestando especial

atención al grado en que los padres y otros miembros de la familia conocen, interpretan, integran y aplican las pautas y orientaciones que se derivan del programa, tal y como nos menciona el modelo ecológico contextual de Bronfenbrenner (Martínez y Nuria, 2015).

La buena coordinación entre los tres sectores mencionados, junto con la familia y el propio niño es crucial si se pretende ofrecer una atención de calidad (microsistema). La importancia del establecimiento de una buena comunicación entre los profesionales sanitarios, educadores, familia, niño y otros profesionales, cuando estén a cargo del bienestar de un niño de alto riesgo, como es este caso de prematurez, es fundamental pues esta coordinación permitirá un servicio integral e integrado. Dentro de una buena atención integral hablamos de una atención de salud completa para el niño, que se centra en la familia tomando en cuenta factores relacionados a ella como: su cultura, tradiciones, religión, entorno etc., enfocándonos también en un modelo ecológico basado en un macrosistema.

Dicho hogar promueve la coordinación entre el ámbito sanitario, los centros educativos, las diferentes organizaciones en la comunidad, la familia y con el propio niño. De esta forma, si el niño recibe una atención coordinada puede mejorar su salud física y mental, la satisfacción de su familia y la suya propia, mejorando, en definitiva, su calidad de vida. (Martínez y Nuria, 2015).

Para alcanzar una atención coordinada es conveniente que todos los profesionales que se encuentran en contacto con el niño se esfuercen por desarrollar la buena relación y comunicación entre ellos, así como con la familia del niño, trabajando como un equipo bien avenido como lo plantea el modelo ecológico contextual (Alzate, 2016).

En el campo de la atención temprana virtual, el modelo ecológico contextual procura guiarles a las familias, desde la planificación, a que puedan identificar cómo mejora el vínculo de toda la red familiar y facilita la adquisición de habilidades en la población de la primera infancia, lo cual se vuelve una forma de realimentación de la labor realizada. Enfatiza en que las familias deben ser partícipes activas de su propio aprendizaje que derive en el desarrollo de competencias para buenas prácticas en el hogar (Garrido et al., 2015).

## 1.5 Estado de Arte

Investigaciones a nivel mundial han establecido la importancia de la intervención en los primeros años de vida como el período crítico en el cual es posible aplicar atención temprana para lograr desarrollar el máximo potencial de cada ser humano (Avilés et al., 2014; Medina et al., 2015).

Un estudio realizado en España enseña los resultados, de un caso único, que muestran efectos positivos del tratamiento de atención temprana en el desarrollo motor del bebé prematuro (Cerrillo et al., 2019). Así mismo, un trabajo realizado en Cuba, menciona que la mayoría de los niños de alto riesgo tienen un desarrollo normal. El seguimiento debe adaptarse al programa de atención temprana del niño sano, dando tiempo entre las evaluaciones cuando el niño evoluciona satisfactoriamente, puesto que la plasticidad cerebral conocida es la propiedad que emerge de la naturaleza y funcionamiento de las neuronas cuando se comunican, modula la percepción de los estímulos en el medio, tanto de los que entran como de los que salen (Hechavarría et al., 2018).

En Chile se realizó una investigación que describe lo importante de considerar que los Recién Nacidos de Pretérmino (RNPT), pues son una población cuya sobrevivencia ha ido en aumento, debido a la intervención multidisciplinaria, pero a su vez son susceptibles de adquirir alteraciones en su desarrollo atribuido a su condición de prematuros (Mira y Bastías, 2016).

En un estudio publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se menciona que la calidad de atención temprana que reciben los recién nacidos prematuros durante los primeros años de vida influye a largo plazo, es decir, en toda la vida de los niños (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015). En esta misma línea, un estudio realizado en la ciudad de Cuenca menciona los beneficios de la Atención Temprana a niños de 0 a 5 años en los centros de desarrollo infantil públicos y privados de la municipalidad de Cuenca con la participación profesional y familiar dentro del proceso (Huiracocha et al., 2012).

Este estudio analiza la intervención temprana a través de medios virtuales, lo que implica otra forma de contacto con el niño y su familia. El objetivo de la atención temprana virtual es poner en primer plano la participación de las familias en la salud

integral de sus hijos, en un estudio se valora los resultados de los procesos de sensibilización desarrollados a lo largo de las sesiones realizadas por los padres, guiadas por una guía virtual. Este trabajo mostró que 100% de los participantes coincidió en que les ayudaron a comprender la importancia de la atención temprana, así como a entender el concepto y la necesidad de potenciar las diferentes áreas del desarrollo en sus hijos de una manera más divertida y permanente en su hogar (Garrido et al., 2015).

## **2 CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **2.1 Objetivo general:**

Desarrollar un programa de atención temprana virtual como herramienta de intervención en un estudio de caso en niños prematuros.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Evaluar el desarrollo psicomotor de una niña prematura de 8 meses, para poder determinar su edad de desarrollo en base a sus necesidades.
- Diseñar un plan de estimulación e intervención virtual en base a las necesidades obtenidas con la evaluación previa, para potencializar su desarrollo psicomotor.
- Analizar los resultados obtenidos luego de la intervención virtual, tanto del desarrollo psicomotor de la niña, como del plan de terapia online con cuestionarios elaborados de manera previa.

### **2.3 Diseño metodológico:**

La investigación que se realizó es un estudio de caso que a su vez es un estudio longitudinal, observacional, que recoge datos cualitativos y cuantitativos y se encargó de emplear medidas continuas o repetidas para dar seguimiento a individuos particulares durante un período prolongado de tiempo (Hernández et al., 2014). Es de alcance descriptivo puesto que busca especificar propiedades y características importantes del fenómeno particular que analiza (Hernández et al., 2014).

Esta investigación se realizó a través de un estudio de caso que consiste en un método o técnica de investigación, habitualmente utilizado en las ciencias de la salud y sociales, el cual se caracteriza por precisar de un proceso de búsqueda e indagación, así

como el análisis sistemático de uno o varios casos. Ahora bien, por caso entendemos todas aquellas circunstancias, situaciones o fenómenos únicos de los que se requiere más información o merecen algún tipo de interés dentro del mundo de la investigación (Gómez, 2012).

En la investigación se realizó un plan de intervención virtual a una niña prematura de la ciudad de Cuenca. Se trató de un estudio de sujeto único con muestra  $n=1$  de un usuario pediátrico que presenta diagnóstico de riesgo en el neurodesarrollo. No hubo aleatorización en la selección del sujeto.

Para la selección de la participante se consideró los siguientes criterios de inclusión:

- Niña de 0 a 5 años de edad de desarrollo de los cuales sus padres hayan firmado un consentimiento informado.
- Niña prematura (nacimiento mejor a 37 semanas de gestación)
- Niña cuyos padres que tengan la disponibilidad de un aparato tecnológico e internet para poder conectarse a las sesiones de intervención.
- Niña cuyos padres tengan un horario accesible y exclusivo para recibir la asesoría en un tiempo de 45 min, 3 días a la semana, durante 4 meses.

La investigación se basó en el desarrollo de tres fases, las cuales permitieron el desenlace de la investigación de una manera organizada. Antes de arrancar el estudio solicitamos a los padres la firma del consentimiento informado. En la primera fase se realizó un pretest, es decir, una evaluación inicial del desarrollo de la niña, mediante tres test; Battelle, Brunet Lézine y Escala del Desarrollo Infantil, de los cuales se pudo obtener resultados para identificar las fortalezas y debilidades de la niña y en base a ello se armó un plan de intervención.

En la segunda fase se aplicó la intervención en base a las necesidades de la niña, a través de una matriz de planificación diseñada previamente (Tabla 1 y 2) y se evaluó cada sesión a través de una evaluación realizada a los padres (Anexo 1), con la finalidad de obtener resultados luego de cada sesión para así mejorar en cada sesión. Las sesiones se evaluaron semanalmente con una guía creada Ad Hoc para este propósito.

En la tercera fase se aplicó un post test a diferencia de la primera fase que se realizó un pre test, con el objetivo de medir los resultados obtenidos al inicio y al final de la investigación, observar los avances de la niña. (Tabla 3, 4 y 5) (Figura 1)

## **2.4 Descripción del caso clínico:**

Es importante para la investigación describir el caso clínico puesto que los antecedentes pre, peri y post natales influyen directamente en el desarrollo de un niño, tanto a corto como largo plazo, es por ello, que se ha detallado cada punto importante de su historial en los siguientes datos:

### **2.4.1 Datos personales:**

Nombre: N.N

Sexo: femenino

Fecha de Nacimiento: 24 de Septiembre del 2020

Edad cronológica: 10 meses

Edad corregida: 8 meses

### **2.4.2 Antecedentes prenatales:**

El caso será identificado como N.N. Se trata de una niña prematura de 10 meses de edad cronológica. De acuerdo a la historia clínica, la madre tuvo un embarazo tranquilo inicialmente, sin embargo, alrededor de la veintava semana comenzó a presentar signos de alarma como tensión y endurecimiento de la zona abdominal, episodios de presión alta, teniendo como diagnóstico inicios de preeclampsia, estuvo en constante vigilancia, hasta llegar a las 32 semanas de gestación en donde fue sometida a una cesárea emergente por complicaciones y amenazas de parto prematuro (exceso de fuerza y ausencia de movimientos fetales).

### **2.4.3 Antecedentes Perinatales:**

Al nacer a las 32 semanas de gestación, N.N fue categorizada como una prematura moderada, con un peso de 1720 gr, una talla de 40 cm y un perímetro cefálico de 31 cm. Su apgar al nacer fue de 3 al primer minuto, ingresa al área de neonatología por lo que no

se obtiene el apgar de los 5 minutos posteriores; clasificándose como una recién nacida pre-término, de bajo peso para la edad gestacional y de alto riesgo al nacer.

#### **2.4.4 Antecedentes Postnatales:**

Es diagnosticada con taquipnea transitoria del recién nacido por lo que fue ingresada al área de neonatología en donde permanece hospitalizada por 1 mes, 1º semana permanece con ventilación mecánica invasiva, y es sometida a un procedimiento quirúrgico llamado neumotórax por presencia de líquido en su pulmón, luego pasa a ventilación mecánica no invasiva. A la 2ª semana le colocan puntas nasales y se comienza a alimentar por sonda nasogástrica. En la 3ª semana de hospitalización pasa a cuidados intermedios en donde permanece con oxígeno ambiental y alimentándose por succión. N.N es dada de alta a la 4ª semana con un peso de 2200 gr.

#### **2.4.5 Antecedentes del desarrollo psicomotor:**

Respecto a sus antecedentes del desarrollo psicomotor, la madre menciona que la niña controla su cuello y cabeza a los 5 meses, voltea a los 7 meses y se mantiene sentada a los 8 meses, eleva sus manos a la línea media a los 4 meses, agarra objetos con ambas manos a los 5 meses. Actualmente, se alimenta con lactancia mixta y alimentación complementaria semisólida, sus medidas antropométricas están acorde a su edad, su estado de vacunación está completo.

#### **2.4.6 Ámbito familiar**

Dentro de su historia familiar, ella es una hija de padres comerciantes de procedencia en Chimborazo, su madre tiene 27 años y su padre tiene 30 años, tiene una hermana mayor de 12 años y todos viven en la ciudad de Cuenca. N.N pasa al cuidado de su madre y su hermana todo el tiempo, su ambiente familiar es estable y su situación económica es de bajos recursos. N.N no ha recibido terapias de Intervención Temprana antes pese a sus necesidades por presencia de factores de riesgo como la prematuridad.

## **2.5 Procedimiento**

### **2.5.1 Fase 1: Evaluar el Desarrollo Psicomotor de una niña prematura de 8 meses**

Socialización del estudio a la/el representante legal de N.N, obtención del consentimiento informado y evaluación del desarrollo psicomotor de la niña.

#### **2.5.1.1 Consentimiento informado**

El documento de consentimiento informado firmado por el/la representante legal de N.N describió los objetivos y procedimientos del estudio, así mismo se explicaron los derechos como participantes y la voluntariedad de participación. Todas las preguntas de él/de la representante legal fueron contestadas previo a su firma del documento. Una copia se le entregó como respaldo (Anexo 2).

#### **2.5.1.2 Evaluación del Desarrollo Psicomotor**

Para la aplicación del pre test es decir la primera evaluación del desarrollo psicomotor de la niña se aplicó los instrumentos de evaluación en el mismo orden:

Recopilación de datos importantes e historia clínica.\_ Se realizó una entrevista semiestructurada que es un documento tipo historia clínica que nos sirvió para recopilar información pre, peri y post natal de la niña sujeto de estudio (Anexo 3).

##### **2.5.1.2.1 Inventario de Desarrollo Battelle**

Este inventario tiene cinco componentes de evaluación y más 30 destrezas que aplicar y tuvo una duración de una hora y media para la conclusión y obtención de resultados, la niña se mostró colaboradora con pequeños momentos de distracción sin llanto (Tabla 3).

##### **2.5.1.2.2 Brunet Lézine**

Esta escala de desarrollo se aplicó una sesión después para no agotar a la niña, tiene 4 componentes de evaluación y se tomó 45 minutos para la obtención de los resultados, se trabajó conjuntamente con la colaboración de los padres (Tabla 4) (Figura 1).

##### **2.5.1.2.3 Escala De Desarrollo Infantil (EDI)**

Para el desarrollo de la Escala de Desarrollo Infantil se evaluó en una tercera sesión, para la obtención de todos los datos se solicitó la participación activa de los padres

para realizar preguntas importantes como cuáles fueron los factores de riesgo presentados antes, durante y después del embazo, preguntar las señales de alerta del desarrollo anterior de la niña etc... Esta evaluación tuvo un tiempo de una hora, la niña se mostró muy colaboradora (Tabla 5).

## **2.5.2 Fase 2: Planificar, ejecutar y evaluar un plan de intervención en una niña prematura a través de una modalidad virtual como método de atención temprana.**

Se diseñó y ejecutó un plan intervención a través de modalidad virtual. La intervención temprana se realizó con una frecuencia de 3 sesiones por semana durante 4 meses. La modalidad que se utilizó mediante la plataforma zoom y estuvo dirigida a una niña prematura de 8 meses con el apoyo constante de los padres como facilitadores de las actividades planificadas. Durante la ejecución se realizó un registro de observación (Tabla 1 y 2) (Anexo 4).

### **2.5.2.1 Propuesta basada en un modelo**

La propuesta de intervención fue diseñada en base al modelo Ecológico Contextual de Bronfenbrenner. La teoría ecológica de Bronfenbrenner o teoría de los sistemas ecológicos (Alzate, 2016). Este estudio de caso se trata de una intervención en línea se basa primordialmente en el enfoque de la familia a través de su apoyo terapéutico:

#### **a. Microsistema**

Es el nivel más cercano al menor y estaría constituido por los padres, la familia y la escuela.

#### **b. Mesosistema**

Está formado por las relaciones existentes entre los miembros del primer nivel (el microsistema), de tal modo que, por ejemplo, cómo se relacione la familia con los profesores o los padres con los amigos del niño, va a influir directamente sobre el menor. De ahí la importancia de los vínculos que los padres establezcamos con el resto de entornos.

#### **c. Exosistema**

Estaría compuesto por los elementos que afectan a la vida del niño pero que no tienen una relación directa con él, sino que esta se produce de manera indirecta a través

de los miembros que forman el microsistema. Un ejemplo de exosistema sería el lugar de trabajo de los padres o sus relaciones laborales. Esto afectaría a la forma de pensar de estos, a su tiempo libre e incluso a las emociones que experimenten y, finalmente, al niño.

d. Macrosistema

Este nivel estaría definido por elementos de la cultura, en concreto en la que vive el niño, como las tradiciones, el sistema de valores de su sociedad o la religión.

e. Cronosistema

En este nivel se tiene en cuenta el momento temporal que se esté viviendo y el grado de estabilidad en el mundo del niño.

Esta teoría nos ayuda a entender cómo el entorno del niño y todos los sistemas de los que forma parte influyen de manera determinante en su desarrollo y en su aprendizaje (Alzate, 2016).

- Realidad del contexto
- Sea adaptado a la realidad del niño
- Enfoque ambiental del más cercano al más alejado que pueda influir en el desarrollo de un niño
- Influencia de los padres con el terapeuta
- Situaciones bio-psico-sociales y económicas de la familia que influyen en el desarrollo del niño
- Contexto cultural- tradicional y religioso que influya en el desarrollo en base a sus creencias.

### **2.5.2.2 Matriz de planificación**

Para el proceso de intervención se realizó una matriz de planificación de sesiones que fue diseñada conforme a las necesidades de intervención de caso específico, la cual la podemos observar en la tabla 1. Además, se consideraron los fundamentos teóricos de la investigación en atención temprana en línea y las pautas recomendadas en el curso virtual “Formación de tele intervención de atención temprana” de la Confederación Española Plena Inclusión, misma que está disponible a través de la plataforma Youtube y con una duración de 8 horas (Plena Inclusión, 2021). Algunos de los parámetros que se consideraron son:

- Centrarse en las necesidades del niño intervenido
- Sigue una secuencia de pasos y fases que son importantes para su ejecución como: 1) revisar los objetivos de las sesiones 2) conducir la sesión 3) realizar un repaso final y sesión de preguntas 4) cierre de la sesión.
- Sigue los siguientes consejos: a) hacer sugerencias y preguntas, b) mantener cerrada la puerta de la habitación para evitar interrupciones, c) evitar cualquier ruido molesto d) poner tiempo al día.
- Antes de la sesión: a) realizar una sesión de prueba, b) comunicarse antes de la sesión, c) comentar el contexto de la sesión, d) preparar la habitación.

**Tabla 1**

*ESTRUCTURA DE LA MATRIZ DE PLANIFICACIÓN*

NÚMERO DE SESIÓN						
ÁREA DE DESARROLLO	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARAMETROS	
Área de desarrollo a trabajar	Objetivo planteado en cada sesión	Se especificó las fases <b>FASE 1:</b> revisar los objetivos <b>FASE 2:</b> conducir la sesión (actividades planificadas acorde a los objetivos planteados) <b>FASE 3:</b> realizar un repaso y sesión de preguntas (resumen de la sesión y rondas de preguntas de la misma para resolver sus dudas) <b>FASE 4:</b> cierre ( objetivos para la siguiente sesión,	Materiales para poner en marcha las actividades planificadas	Objetivo planteado en forma de pregunta	Logrado Vías De Logro No Logrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### 2.5.2.3 Descripción de los elementos de la matriz de planificación:

Es importante detallar cada punto que conforma la estructura de la matriz de planificación para un mejor manejo y entendimiento de la misma, teniendo los siguientes componentes:

- **Área de desarrollo:** las áreas de desarrollo que se trabajarán son: área motriz gruesa, fina, cognición, lenguaje, social y autoayuda, que son las áreas correspondientes a los test evaluados.
- **Objetivos:** los objetivos a trabajarse son los que queremos intervenir para potencializar el desarrollo de la niña, en base a la evaluación inicial.
- **Destreza:** hitos del desarrollo que van dentro de una área específica que debe cumplir un niño acorde a su edad.
- **Actividades:** se planificarán las actividades en base a los objetivos planteados para potencializar el desarrollo del niño de una manera lúdica. Dentro de las actividades se consideró fases para su ejecución: 1) revisar los objetivos de las sesiones 2) conducir la sesión 3) realizar un repaso final y sesión de preguntas 4) cierre de la sesión.
- **Recursos:** materiales lúdicos y específicos que se utilizaron en cada sesión, los cuales fueron pedidos con anticipación para que los padres de familia pueda acceder a ellos sin complicaciones.
- **Evaluación:** la evaluación se realizó a través de la categorías Logrado, Vías de Logro y No logrado, en donde: Logrado significa que lo hace bien sin necesidad de repetición, Vías de logro que no cumple a cabalidad el objetivo, tiene falencias todavía y habría que reforzar en una próxima sesión, y No Logrado que la niña no logró cumplir el objetivo pese a varios intentos. (Tabla 1)

### 2.5.3 Fase 3. Analizar los resultados del plan de intervención

Análisis de los resultados del plan de intervención virtual se realizará por medio de post test: Battelle (Newborg et al., 2011), Brunet Lézine (Josse, 1997), Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI, 2013), (Véase en tabla 3, 4 y 5) (Figura 1). Además se procedió

a realizar una entrevista semi-estructurada, a través de una herramienta ad hoc llamada Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana, con la cual se evaluó la intervención online de cada sesión y los diferentes componentes de la terapia virtual en atención temprana que será dirigida a los padres para determinar las ventajas y desventajas por ellos experimentadas durante el proceso (Figuras 2, 3, 4 y 5) (Anexo 1).

Entrevista semi-estructurada.\_ Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz et al., 2013).

## **2.6 Instrumentos:**

Para el pretest se aplicarán los test: Battelle (Newborg et al., 2011), Brunet Lézine (Josse, 1997), Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI, 2013).

**2.6.1 *Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg et al., 2011):*** es una batería para evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo en niños desde el nacimiento hasta los ocho años. Está integrado por un total de 341 ítems agrupados en las siguientes áreas:

- Personal/social
- Adaptativa
- Motora
- Comunicación
- Cognitiva

La totalidad de los ítems pueden ser aplicados a niños con diferentes tipos de trastornos mediante las modificaciones creadas con este fin. El tiempo de aplicación de la prueba oscila entre 10 y 30 minutos, en función de la edad del niño. Tiene un sistema de valoración especial donde 2 = el niño responde de acuerdo a el criterio establecido

1 = el niño intenta realizar lo indicado en el ítem pero no consigue alcanzar totalmente el criterio establecido y 0 = el niño no puede o no quiere intentar un ítem o la respuesta es una aproximación extremadamente pobre a la conducta deseada. Para la puntuación final

existen tablas de transformación de valores en donde se pueden especificar la edad de desarrollo en cada área evaluada (Newborg et al., 2011).

**2.6.2 Test Brunet Lézine (Josse, 1997):** La Escala de Desarrollo Psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine fue rediseñada por Denise Josse en el año 1997 siendo la última edición del mismo, el cual evalúa el desarrollo psicomotor y sirve para la detección temprana de algunas anomalías del desarrollo, cuyas manifestaciones pueden ser discretas o ser más evidentes. Los ítems están agrupados en torno a las cuatro áreas siguientes: postura (control postural o motricidad general), coordinación (coordinación visomotora), lenguaje (comprensión y expresión) y sociabilidad (relaciones sociales). La escala está estructurada en los 15 niveles (meses) siguientes: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 20, 24 y 30. Cada nivel consta de 10 ítems, por lo que hay un total de 150 ítems. El test evalúa a niños desde los 2 hasta los 30 meses y se reparten las pruebas para cada grupo de edad en 4 campos:

- Postura (P): motor o postural, estudiar los movimientos del niño, en posición ventral, dorsal, sentado y de pie
- Coordinación (C): coordinación viso motora y prensión de objetos.
- Lenguaje (L): lenguaje comprensivo y expresivo.
- Social (S): relación con sí mismo, con otros y con el ambiente que le rodea (Josse, 1997).

**2.6.3 Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI, 2013):** es una herramienta de tamizaje diseñada para la detección temprana de problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad.

Existen dos modalidades de aplicación de los ítems de la prueba

- Preguntas dirigidas: que va dirigidas a los padres o cuidadores
- Observación del niño: son ítems directos analizados por el investigador.

La prueba EDI tiene el siguiente sistema de codificación:

- Motricidad gruesa
- Motricidad fina
- Lenguaje

- Social
- Conocimiento
- Exploración neurológica
- Factores de riesgo biológicos
- Señales de alarma
- Señales de alerta

Cada ítem de la prueba se califica de manera individual, siguiendo un formato muy simple con solo dos respuestas posibles SI (lo hace o lo tiene), NO (no lo hace o no lo tiene). En base a los resultados obtenidos en los cinco ejes de la prueba, el desarrollo del niño puede ser clasificado como:

- Desarrollo normal.\_ el niño cumple los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad en todas las áreas del desarrollo y además no presenta ninguna señal de alarma o datos anormales en la exploración neurológica.
- Rezago en el desarrollo.\_ el niño no cumple con todos los hitos y habilidades esperadas para su grupo de edad pero no presenta un retraso considerable porque ha logrado los hitos del grupo de edad anterior. En algunos grupos de edad el niño puede presentar factores de riesgo biológico o señales de alerta.
- Riesgo de retraso en el desarrollo.\_ el niño no cumple adecuadamente con los hitos del desarrollo y habilidades esperadas para su grupo de edad y presenta un retraso considerable por que no ha logrado los hitos del grupo anterior, o presenta señales de alto riesgo como son las señales de alarma o tiene una exploración neurológica claramente anormal (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

Se debe considerar que estos mismos instrumentos serán aplicados en la fase 3 correspondiente al postest.

#### **2.6.4 Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana**

Mediante una escala tipo likert creada ad hoc se evaluó la eficacia de la terapia virtual (Anexo 1). Esta escala surge de una revisión bibliográfica previa y estuvo dirigida a los padres para poder obtener para analizar los resultados obtenidos tras la intervención.

La entrevista semiestructurada está elaborada con un rango de calificación en donde 1 es nada de acuerdo, 2 es en desacuerdo, 3 es indiferente, 4 es de acuerdo y 5 es muy de acuerdo. Las preguntas planteadas en la entrevista se clasifican en 4 categorías y cada categoría está compuesta por 4 preguntas es decir la entrevista consta de 16 preguntas en total. Las categorías son: Atención Temprana, Atención Temprana en la Virtualidad, Participación de los Padres y Rol del terapeuta (Anexo 1).

### 3 CAPÍTULO III: RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en la aplicación de los pre-test son los siguientes:

#### 3.1 Consolidado de Planificaciones

El consolidado de planificaciones se refiere a la síntesis de las destrezas trabajadas durante los 4 meses de intervención, como se puede observar en la tabla 2, que se presenta un resumen por sesión, el área de desarrollo que se trabajó, el objetivo que se planteó y la evaluación del objetivo puesto en marcha, para verificar si lo cumplió o no.

**Tabla 2**

#### *CONSOLIDADO DE PLANIFICACIÓN*

Sesión	Área	Objetivo	Evaluación
1	Motricidad gruesa	Mantenerse en posición de cuatro puntos.	¿Mantuvo en posición de cuatro puntos? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
2	Motricidad gruesa	Gatear	¿Gateo? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
3	Motricidad gruesa	Ponerse de pie, apoyándose de un objeto	¿Se puso de pie apoyándose de un objeto? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
4	Motricidad fina	Coger objetos utilizando los dedos índice y pulgar	¿Cogió objetos utilizando los dedos índice y pulgar? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
5	Motricidad fina	Insertar cuentas en una botella	¿Insertó cuentas en una botella? Logrado <input type="checkbox"/> Vías De Logro <input checked="" type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
6	Cognición	Buscar un objeto escondido	¿Buscó un objeto escondido? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
7	Cognición	Tirar de una cuerda para obtener un juguete	¿Tiró de una cuerda para obtener un juguete? Logrado <input type="checkbox"/> Vías De Logro <input checked="" type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>

8	Cognición	Comprender una prohibición	¿Comprendió una prohibición? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
9	Lenguaje	Emitir sonidos de sílabas dobles.	¿Emitió sonidos de sílabas dobles? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
10	Lenguaje	Imitar gestos simples	¿Imitó gestos simples? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
11	Lenguaje	Responder a su propio nombre	¿Respondió a su propio nombre? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
12	Motricidad gruesa	Golpear dos objetos horizontal y verticalmente	¿Golpeo dos objetos horizontal y verticalmente? Logrado <input type="checkbox"/> Vías De Logro <input checked="" type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
13	Social	Decir adiós con la mano	¿Dijo adiós con la mano? Logrado <input type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input checked="" type="checkbox"/>
14	Social	Señalar con el dedo índice lo que desea	¿Señaló con el dedo índice lo que deseaba? Logrado <input type="checkbox"/> Vías De Logro <input checked="" type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>
15	Autoayuda	Tomar alimentos sólidos del plato y llevárselos a la boca.	¿Tomó alimentos sólidos del plato y se llevó a la boca? Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías De Logro <input type="checkbox"/> No Logrado <input type="checkbox"/>

### 3.2 Resultados del Inventario de Desarrollo Battelle

La aplicación del Inventario de Desarrollo Battelle se realizó en las siguientes fechas: Pre-test el 15 de Julio del 2021 teniendo una edad corregida de 8 meses y, Post-test el 15 de Noviembre del 2021 teniendo una edad corregida de 12 meses; obteniendo los siguientes resultados (Véase tabla 3).

**Tabla 3***EVALUACIÓN CON EL INVENTARIO DE DESARROLLO BATTELLE*

<b>Área de desarrollo</b>	<b>Sub-área de Battelle</b>	<b>Resultado Pre-test Edad corregida: 8 meses</b>	<b>Resultado Post-test Edad corregida: 12 meses</b>
Personal social	- Interacción con el adulto		
	- Expresión de sentimientos/afecto		
Adaptativa	- Autoconcepto		
	- Interacción con los compañeros	7 meses	13 meses
	- Colaboración		
	- Rol social		
	- Atención		
	- Comida		
Motora	- Vestido		
	- Responsabilidad personal		
	- Aseo	8 meses	15 meses
	- Control muscular		
Total Motora	- Coordinación corporal		
	- Locomoción		
	Total motora gruesa	13 meses	15 meses
Comunicación	- Motricidad fina		
	- Motricidad perceptiva		
	Total motora fina	7 meses	14 meses
Cognición	Total motora	12 meses	13 meses
	- Receptiva		
Cognición	- Expresiva	6 meses	13 meses
	- Discriminación perceptiva		
	- Memoria		
	- Razonamiento y habilidades escolares		
Cognición	- Desarrollo conceptual	7 meses	15 meses
<b>PUNTUACION TOTAL EN MESES</b>		<b>9 MESES</b>	<b>14 MESES</b>

### **3.2.1 Interpretación**

Teniendo en cuenta que N.N tenía 10 meses de edad cronológica y 8 meses de edad corregida al momento de la primera evaluación (pre-test) y una edad de 14 meses de edad cronológica al momento de la segunda evaluación (post-test), se presentan los siguientes resultados.

La puntuación global de N.N en la primera evaluación es equivalente a 9 meses de edad de desarrollo, pero se puede notar que en la segunda evaluación N.N tiene una edad de desarrollo equivalente a los 14 meses, igualando de esa manera su edad corregida a su edad cronológica. Sin embargo, las puntuaciones por área varían: notando que las áreas más bajas son el área personal social, el área motora y el área de lenguaje y las áreas con un desarrollo más alto son las áreas de cognición y adaptativas.

PERSONAL SOCIAL\_ N.N presentó un retraso en el desarrollo en las habilidades del área personal social (que conforman las subáreas: interacción con el adulto, expresión de sentimientos, autoconcepto) en el pre-test, pero tiene un avance en su desarrollo de 6 meses hacia adelante obteniendo en el post-test un resultado global de 13 meses a comparación del pre-test que puntuó una edad equivalente a 7 meses.

ADAPTATIVA.\_ N.N presentó un nivel de desarrollo medio, en el área adaptativa (correspondientes a las subareas de atención y comida) en el pre-test, pero tiene un avance de 7 meses hacia adelante obteniendo en el post-test un resultado global de 15 meses a comparación del pre-test que puntuó una edad equivalente a 8 meses.

MOTORA.\_ N.N presentó un nivel acorde a su edad, con una varianza entre la motricidad fina y gruesa. Dentro de la motricidad gruesa presenta una edad de desarrollo de 13 meses y dentro de la edad de desarrollo de la motricidad fina presenta una edad de desarrollo de 7 meses, en el pre-test la edad global del área motriz es de 8 meses a comparación del post-test que puntuó una edad equivalente de 13 meses, teniendo un avance de 1 meses.

COMUNICACIÓN.\_ N.N en su capacidad expresiva y receptiva presentó un retraso marcado dentro de sus habilidades, en el pre-test, el área de comunicación corresponde a los 6 meses y luego de la intervención se ve un avance de 5 meses puntuando en el post-test una edad equivalente a los 13 meses.

COGNITIVA.\_ N.N presentó diversas variaciones dentro del área cognitiva, las sub-áreas discriminación perceptiva, razonamiento y habilidades escolares presentaron un desarrollo normal, mientras que las sub-áreas memoria y desarrollo conceptual presentan un desarrollo con ligeros retrasos, es decir, en el pre-test su edad de desarrollo fue de 7 meses, y luego de la intervención se notó un avance notable de 8 meses, obteniendo una edad equivalente de 15 meses.

### 3.3 Resultados del Test Brunet Lézine

La aplicación del pre-test de la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine, se realizó desde el 15 de Julio del 2021 teniendo una edad corregida de 8 meses y el post test se realizó el 25 de noviembre del 2021 teniendo una edad corregida de 12 meses; dando los siguientes resultados (Véase Tabla 4).

**Tabla 4**

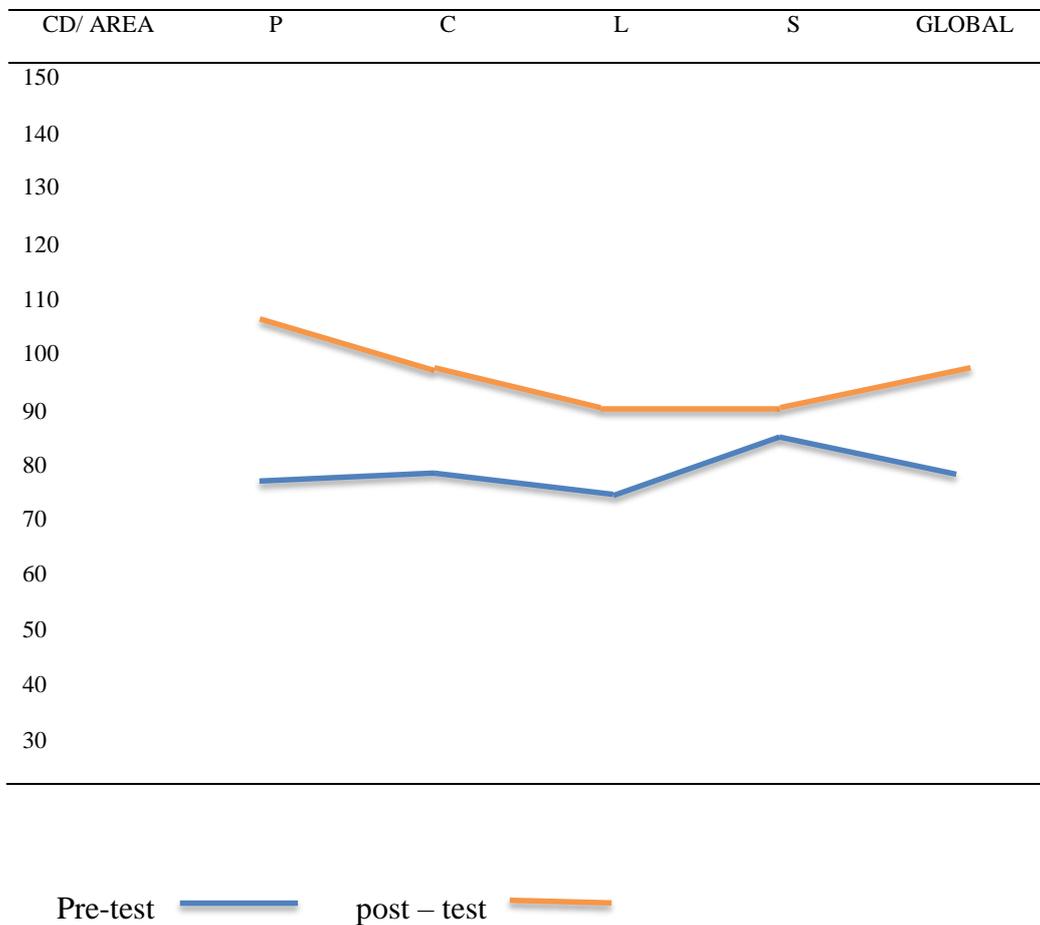
#### *EVALUACIÓN DEL DESARROLLO CON EL TEST BRUNET LÉZINE*

Área de desarrollo		Resultado pre- test	Resultado post – test
		Edad corregida: 8 meses	Edad corregida: 12 meses
Postura	Porcentaje	84,9%	114,97%
	Edad en meses	7 meses	14 meses
Coordinación	Porcentaje	86,4%	106,28%
	Edad en meses	7 meses	12,24 meses
Lenguaje	Porcentaje	81%	98,36%
	Edad en meses	7 meses	12 meses
Social	Porcentaje	92,6%	98,33%
	Edad en meses	8 meses	12 meses
Edad global	Porcentaje	85,7%	104,91%
	Edad en meses	7 meses	12,24 meses

Comparación de la curva del desarrollo psicomotor: del área respectiva, con el cociente del desarrollo, donde se puede visualizar que la línea azul pertenece a la evaluación inicial o pre-test y la línea naranja pertenece a la evaluación final o post-test que podemos observar en la Figura 1.

**Figura 1**

*INTERPRETACIÓN DEL DESARROLLO*



**3.3.1 Interpretación**

En el test Brunet Lézine se obtiene 3 tipos de edades: la edad cronológica, la edad corregida y la edad de desarrollo, en las cuales se puede notar diferencias y avances en el pre-test y en el post-test. Los resultados obtenidos en el pre-test son: edad cronológica de N.N fue de 10 meses 19 días, la edad corregida fue de 8 meses 19 días y la edad de desarrollo que es de 7 meses. Los resultados obtenidos en el post-test son: edad cronológica de N.N fue de 14 meses 1 día, la edad corregida fue de 12 meses 1 día y su edad de desarrollo fue de 12 meses 24 días.

Dentro de los resultados es importante mencionar que el área de Postura es el área más avanzada e iguala su edad corregida a su edad cronológica, con una puntuación de 14

meses, áreas como coordinación, lenguaje y social, mantienen el margen de la edad corregida de 12 meses.

### 3.4 Escala De Desarrollo Infantil (EDI)

La aplicación de la Escala de Desarrollo Infantil EDI se realizó desde el 17 de Julio del 2021 15 teniendo una edad corregida de 8 meses y el post test se realizó el 25 de noviembre del 2021 teniendo una edad corregida de 12 meses; dando los siguientes resultados (Véase Tabla 5).

**Tabla 5**

#### *APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL*

Variables de aplicación para la prueba EDI	Pre-test Edad corregida: 8 meses	Post-test Edad corregida: 12 meses
<b>Factor de riesgo biológico</b>	Riesgo de retraso en el desarrollo Bandera roja	Riesgo de retraso en el desarrollo Bandera roja
<b>Señales de alerta</b>	Regazo en el desarrollo Bandera amarilla	Desarrollo normal Bandera verde
<b>Áreas de desarrollo</b>	Regazo en el desarrollo Bandera amarilla	Desarrollo normal Bandera verde
<b>Exploración neurológica</b>	Desarrollo normal Bandera verde	Desarrollo normal Bandera verde

#### 3.4.1 Interpretación

En la evaluación del desarrollo infantil EDI no se observa una valoración numérica si no por banderas o colores que representan un valor predominante dentro del desarrollo de un niño como:

A) Factores de riesgo biológico.\_ Dentro de los factores de riesgo biológicos tenemos un riesgo de desarrollo psicomotor por la presencia de factores como: Presencia de

infecciones en el embarazo, gestación igual o menor a 34 semanas de gestación, retardo en la respiración, hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Dándonos como resultado una bandera roja en factores de riesgo biológicos tanto en el pre-test como en el post-test.

B) Señales de alerta.\_ Dentro de las señales de alerta tenemos un rezago en el desarrollo por presencia de una señal como: Padres consideran que el desarrollo de su niña es inadecuado. Dándonos como resultado una bandera amarilla en las señales de alerta del desarrollo en el pre-test y obteniendo una bandera verde en el post-test.

C) Áreas de desarrollo.\_ Dentro de las áreas de desarrollo tenemos un rezago de desarrollo por presencia de una respuesta no acreditada en el área de lenguaje, obteniendo como resultado las siguientes marcaciones en cada área de desarrollo en el pre-test: Motriz gruesa color verde (2 respuestas acreditadas), motriz fina color verde (2 respuestas acreditadas), lenguaje color amarillo (1 respuesta acreditada y 1 respuesta no acreditada), social color verde (2 respuestas acreditadas).

Dándonos como resultado general una bandera amarilla por presencia de color amarillo en un área de desarrollo en el pre-test y bandera verde en el post-test puesto que cumple con 2 respuestas acreditadas en cada área de desarrollo.

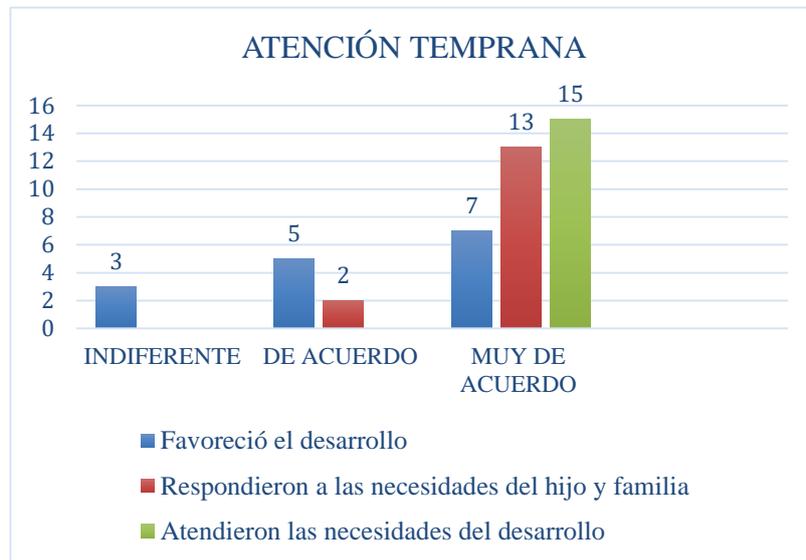
D) Exploración neurológica.\_ Dentro de la exploración neurológica tenemos un desarrollo normal por ausencia de señales de alarma en reflejos presentes o ausentes acorde a su edad. Dándonos como resultado bandera verde en la exploración neurológica tanto en el pre-test como en el post-test.

### **3.5 Resultados de la Guía para padres**

En la guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana dirigida a los papás de N.N evaluaban cada las sesiones 1 vez por semana, es decir, de los 45 días de intervención fueron en total 15 semanas de las cuales se obtuvieron 15 guías de evaluación con los siguientes resultados (Figuras 2, 3, 4 y 5).

**Figura 2**

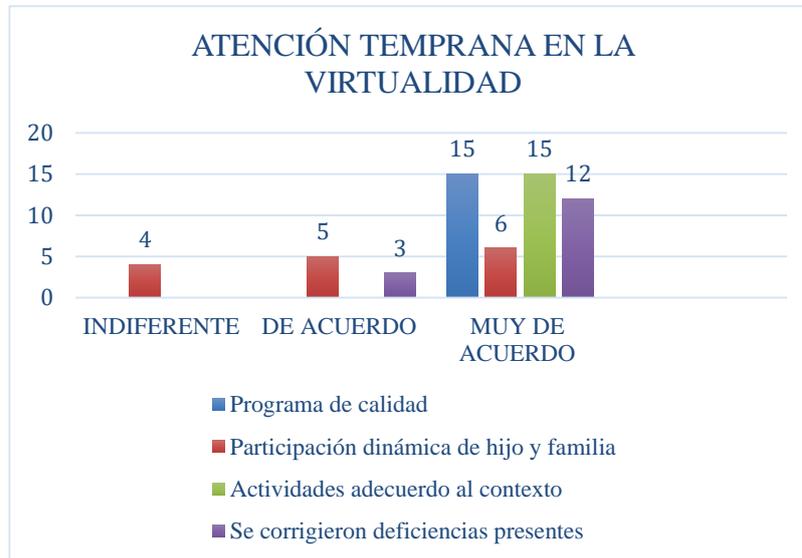
*EVALUACIÓN DE ATENCIÓN TEMPRANA*



La Figura 2, del ítem Atención Temprana tiene 3 preguntas que fueron representadas por los siguientes colores: De color azul la pregunta ¿las intervenciones realizadas favorecieron el desarrollo de su hijo y permitieron que la familia se ajuste a su condición?, en la cual durante las 15 evaluaciones respondieron de la siguiente manera: 3 primeras semanas les pareció indiferente, las 5 semanas posteriores estuvieron de acuerdo y 7 semanas finales estuvieron muy de acuerdo. De color rojo la pregunta ¿las actividades realizadas respondieron a las necesidades de su hijo y de la familia?, en la cual, las 2 primeras semanas estuvieron de acuerdo y 13 semanas posteriores estuvieron muy de acuerdo. Y de color verde la pregunta ¿las actividades realizadas atendieron el desarrollo motor, cognitivo, de lenguaje, social y adaptativo de su hijo?, en la cual 15 semanas estuvieron muy de acuerdo.

**Figura 3**

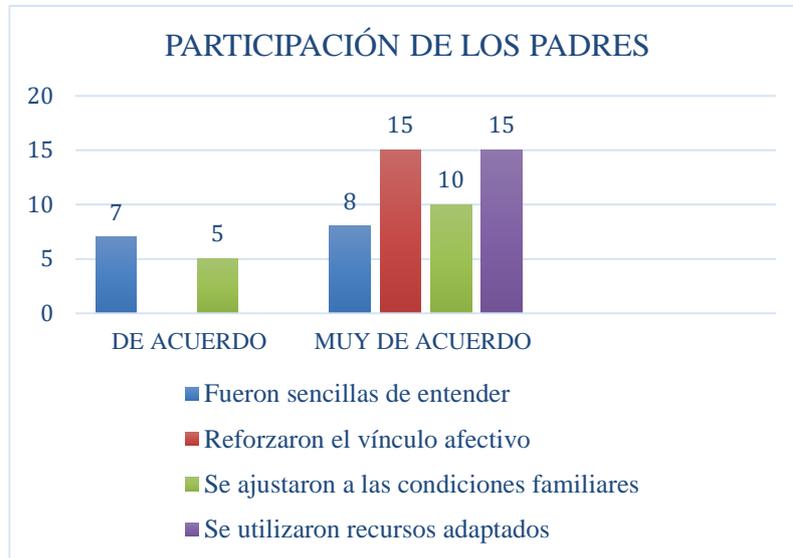
*EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA VIRTUALIDAD*



La Figura 3, del ítem Atención Temprana en la virtualidad tiene 4 preguntas que fueron representadas por los siguientes colores: De color azul la pregunta ¿el programa de intervención virtual que recibió su hijo fue de calidad?, en la cual durante las 15 evaluaciones estuvieron muy de acuerdo. De color rojo la pregunta ¿las actividades desarrolladas permitieron la participación dinámica de su hijo y de su familia?, en la cual respondieron de la siguiente manera: las 4 primeras semanas estuvieron una respuesta indiferente, las 5 semanas posteriores estuvieron de acuerdo y 6 semanas finales estuvieron muy de acuerdo. De color verde la pregunta ¿las actividades desarrolladas durante la intervención virtual son adecuadas al contexto y particularidades de su hijo?, en la cual, durante las 15 semanas estuvieron muy de acuerdo. Y de color morado la pregunta ¿los procedimientos aplicados lograron corregir errores y deficiencias que presentó su hijo?, en la cual, las 3 primeras semanas estuvieron de acuerdo y las 12 semanas posteriores estuvieron muy de acuerdo.

**Figura 4**

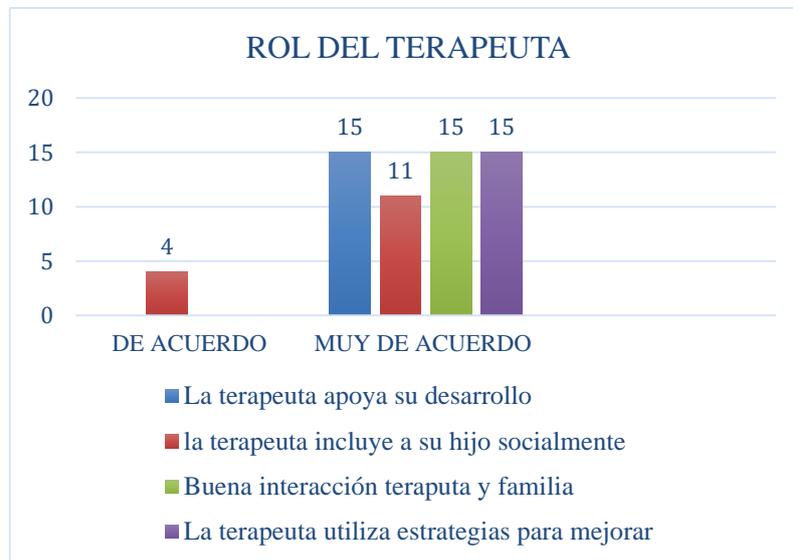
*EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES*



La Figura 4, del ítem de participación de los padres tiene 4 preguntas que fueron representadas por los siguientes colores: De color azul la pregunta ¿las terapias virtuales fueron sencillas de entender y aplicar?, en la cual durante las 15 evaluaciones respondieron de la siguiente manera: las 7 primeras semanas estuvieron de acuerdo y las 8 semanas posteriores estuvieron muy de acuerdo. De color rojo la pregunta ¿las indicaciones ofrecidas por el terapeuta virtual reforzaron el vínculo afectivo entre ustedes y su hijo?, en la cual las 15 semanas evaluadas respondieron que estuvieron muy de acuerdo. De color verde la pregunta ¿las terapias se ajustaron a las necesidades de su hijo y a las condiciones familiares?, en la cual, las 5 primeras semanas estuvieron de acuerdo y las 10 semanas posteriores estuvieron muy de acuerdo. Y de color morado la pregunta ¿las terapias se realizaron con recursos adaptados para las familias, para su entorno y de fácil acceso, los que fueron beneficiosos para el proceso terapéutico?, en la cual durante las 15 semanas evaluadas respondieron que estuvieron muy de acuerdo.

**Figura 5**

**EVALUACIÓN DEL ROL DEL TERAPEUTA**



La Figura 5, del ítem rol del terapeuta tiene 4 preguntas que fueron representadas por los siguientes colores: De color azul la pregunta ¿la terapeuta apoya el desarrollo y autonomía de su hijo y fortalece sus capacidades y competencias?, en la cual durante las 15 evaluaciones estuvieron muy de acuerdo. De color rojo la pregunta ¿la terapeuta estimula la inclusión de su hijo en el entorno social?, en la cual, las 4 primeras semanas estuvieron de acuerdo y las 11 semanas posteriores estuvieron muy de acuerdo. De color verde la pregunta ¿existe una cálida, motivadora y sostenida interacción del profesional con su familia?, en la cual, durante las 15 semanas estuvieron muy de acuerdo. Y de color morado la pregunta ¿la terapeuta mantiene, mejora y de ser necesario modifica algunas pautas o estrategias para enriquecer proceso de atención temprana en modalidad virtual?, en la cual las 15 semanas evaluadas estuvieron muy de acuerdo.

## 4 CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presente investigación fue realizada a través de la metodología online a una niña prematura de 10 meses de edad cronológica, con el objetivo de desarrollar un programa de atención temprana virtual como herramienta de intervención en un estudio de caso en niños prematuros.

Para poder analizar las ventajas y desventajas de los resultados obtenidos en este estudio, se ha visto la importancia de reforzar el indicio de los problemas de la prematurez y sobre ello se puede mencionar que se ha demostrado en estudios que la prematurez es un factor de riesgo para el neurodesarrollo, presentando signos de alarma como: alteraciones en el tono muscular (la hipertonía, hipotonía), parálisis cerebral, retrasos en el desarrollo psicomotor, alteraciones sensoriales (déficit auditivo, déficit visual, alteraciones en el equilibrio), y también presentar problemas a largo plazo como: hiperactividad, dificultad para prestar atención y concentración, dificultad de percepción, torpeza motora (Ricaurte y Ricaurte, 2021).

Para la verificación de los resultados se ha comparado los mismos con varios estudios realizados con anterioridad, de los cuales se plantea el siguiente análisis: la tele-terapia o también denominada tele-salud, tele- intervención o tele – medicina, es la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación para proveer servicios relacionados con la salud, cuando el proveedor y el usuario se encuentran en localidades separadas físicamente (Velasco y Fernández, 2020). Método del cual se ha utilizado para la investigación de una manera eficiente.

Dentro de la terapia en línea, se puede considerar: las interacciones a tiempo real entre el profesional y el paciente mediante videoconferencia, monitoreo a distancia e interacciones virtuales usando aplicaciones, este método facilita la interacción con los pacientes que no tienen acceso directo a diversos establecimientos de salud y recibir atención temprana oportuna, el cual ha beneficiado a varias familias que no han podido dirigirse a las consultas presenciales por diversos factores (Velasco y Fernández, 2020). En nuestro caso, la terapia en línea ha sido de gran beneficio para poder llevar a cabo nuestro estudio, teniendo grandes ventajas y buenos resultados detallados más adelante.

Esta investigación ha sido estructurada mediante 3 fases, y para facilitar la comprensión del lector, la discusión tendrá el mismo hilo conductor.

En la primera fase se realizó la aplicación de un pre-test para poder determinar el desarrollo de una niña prematura acorde a su edad cronológica, establecer sus necesidades, puntos fuertes y puntos débiles y poder intervenir oportunamente en base a los mismos. La evaluación del desarrollo psicomotor temprana en niños con factores de riesgo como la prematurez es fundamental puesto que previene impactos considerables en el neurodesarrollo tanto a corto como a largo plazo, demostrado en algunas investigaciones anteriores (Gálvez, 2015).

En la evaluación con el Inventario de Desarrollo Battelle se puede observar que en la edad global el resultado de N.N es de 9 meses de edad de desarrollo sobrepasando con un mes a la edad corregida que fue de 8 meses y un mes por debajo de su edad cronológica que era de 10 meses. Dentro del pre-test también se evaluó con el test Brunet Lézine el cual a comparación del Inventario de Desarrollo Battelle, dio como resultado 7 meses de edad de desarrollo, situándose un mes por debajo de su edad corregida, y 3 meses por debajo de su edad cronológica. Dentro de la Escala de Desarrollo Infantil en el pre-test se pudo observar que hay presencia de bandera roja dentro de los factores de riesgo biológico, bandera amarilla en señales de alerta y en las áreas de desarrollo como puntos relevantes del mismo test.

Con las evaluaciones iniciales realizadas a N.N se puede observar que en los tres test aplicados su edad de desarrollo está por debajo de su edad cronológica y en uno de los test su edad de desarrollo nos da por debajo de su edad corregida, comparando estos resultados con varios estudios realizados anteriormente podemos mencionar que gran parte de niños nacidos prematuros tienen dificultad en su desarrollo, como retrasos significativos en el mismo, recalcando que a menor edad gestacional mayores son las dificultades presentadas (Millar et al., 2018; Pereira et al., 2020).

En la segunda fase se diseñó y ejecutó un plan de intervención a través de la modalidad virtual. Sabiendo ya que la tele-terapia resulta muy beneficiosa y útil para procesos de intervención en el campo de la salud (Velasco y Fernández 2020), esta investigación se realizó con un total de 45 sesiones divididas en 3 sesiones por semana los días lunes, miércoles y viernes, durante 4 meses con una duración de 45 minutos cada una, por la plataforma zoom planificadas previamente, especificando que este tiempo planteado previamente es necesario para lograr adquirir mayores destrezas, desarrollar mejor las capacidades cognitivas, sociales y lingüísticas del bebé, desarrollar autonomía

y sociabilidad y sobretodo fomentar la participación de la familia durante la intervención (Cerrillo, 2019).

Para poder poner en marcha las intervenciones se tomó como base el método de Bronfenbrenner que tiene varios aspectos principales que aborda y que son fundamentales para los avances en el desarrollo infantil entre los que se encuentran: el niño, la salud materna, las habilidades parentales, la relación entre profesional y madre/padre, el uso de beneficios sociales, la intervención profesional y la participación activa familiar (Rute, 2021). A través de esta metodología se pudo establecer pautas para trabajar virtualmente con los padres, formando patrones biopsicosociales estables y con buenos resultados como se demuestran en la guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana para los papás, que fue valorada cada semana, luego de las intervenciones (Anexo 1).

Para poder potencializar del desarrollo psicomotor del estudio de caso, en base a los resultados obtenidos en la evaluación del pretest se realizó una planificación por sesión para cubrir las necesidades por área de desarrollo a través de actividades lúdicas. Las actividades fueron realizadas acorde a la edad madurativa de N.N, preparadas previamente luego de utilizar una guía o batería de desarrollo, que permita observar la maduración neurológica de cada niño y así potencializar todas las áreas de desarrollo como: Postura, Coordinación, Lenguaje, Sociabilización que son áreas que se encuentran en el test Brunet Lézine (Cerrillo, 2019).

En la tercera fase se analizó los resultados del plan de intervención para poder observar los avances de N.N y poder compararlos con los resultados obtenidos en la evaluación final o post-test, obteniendo los siguientes resultados.

En la evaluación con el Inventario de Desarrollo Battelle se puede observar que en la edad global el resultado de N.N es de 14 meses de edad de desarrollo sobrepasando con un 2 meses a la edad corregida que era de 12 meses e igualando su edad cronológica que era de 13 meses con 22 días, se puede observar un avance notable luego de la intervención brindada por 4 meses, a comparación de la evaluación inicial, en donde su edad de desarrollo era inferior a la edad cronológica, pero es importante recalcar que las áreas con menor alcance son: motricidad fina, comunicación y personal social. Lo que podemos corroborar en un estudio realizado en España que detalla los avances adquiridos

en un estudio de caso de un niño con retraso global del desarrollo psicomotor, especificando de igual manera que hay ciertas áreas con puntos débiles que hay que seguir trabajando (Morales y Morales, 2020).

Dentro del post-test también se evaluó con el test Brunet Lézine el cual a comparación de Inventario Battelle, dio como resultado 12 meses de edad de desarrollo, situándose un mes por encima de su edad corregida, y 1 meses por debajo de su edad cronológica, también se puede notar que hubieron avances en los resultados del test luego de la intervención, se alcanzaron destrezas en todas las áreas pero al igual que el inventario de desarrollo Battelle, hubieron áreas con menos alcances como: coordinación (que se enfoca en su motricidad fina, coordinación óculo- motriz), área social y lenguaje. Un estudio realizado en 687 bebés prematuros recalca que los resultados positivos se ven reflejados con la participación activa de los padres en todo el proceso de intervención, lo que concuerda con nuestro estudio (Cortés y Wachholtz, 2016).

Dentro de la Escala de Desarrollo Infantil en el post-test se pudo observar que hay presencia de bandera roja dentro de los factores de riesgo biológico al igual que en el pre-test, pero hay una gran diferencia dentro de las variantes: señales de alerta, áreas de desarrollo y exploración neurológica, en las cuales en el post-test se obtuvo bandera verde, dándonos como resultado un desarrollo estable. Estos resultados los comparamos con un estudio realizado en niños prematuros el cual indica que el 40% refirieron retraso en el desarrollo y un 73% con un desarrollo normal, a pesar de tener un alto porcentaje de niños con desarrollo normal luego de la intervención, se recomienda realizar más estudios (Tirado et al., 2015).

En la tercera fase de investigación, también se analizó la interpretación de los padres luego de cada sesión recibida, en la cual mencionaron como les parecía la metodología, herramienta que facilitó mejorar cada planificación, e incrementar una buena conexión con la familia, dando como resultado que en la mayoría de sesiones impartidas los padres se sintieron a gusto y esto facilitó de una mejor manera la intervención con la pequeña. En un estudio se evidencia que programas de Intervención temprana que incluyen a padres o cuidadores para promover el desarrollo motor y cognitivo parecen tener más efectos beneficiosos a largo plazo (Cortés y Wachholtz, 2016). Es por ello que ha sido de mucha utilidad la opinión de los padres luego de cada sesión realizada.

Para concluir con la investigación es importante recalcar que esta metodología impartida de forma virtual dentro del campo de la salud, específicamente para atención temprana como herramienta de intervención ha demostrado ser muy beneficiosa y se recomienda continuar poniéndola en práctica, puesto que hay muchas familias que no tienen acceso a establecimientos de salud públicos y privamos lo cual agrava la condición de muchos niños del país y del mundo, siendo más accesibles las terapias, logramos mejorar no solo la salud de muchas personas si no también mejorar su calidad de vida.

Se puede observar que en esta investigación los resultados han sido favorables en los tres test aplicados aunque hay algunas áreas del desarrollo que se pueden notar no han tenido gran avance, pero también podemos mencionar que no se han visto afectadas ni estacadas en el proceso, y también se puede recalcar que a través de la aplicación de las encuestas realizadas cada semana a los papás se pudo notar una gran acogida a las mismas. Se recomienda realizar más investigaciones sobre el tema para poder corroborar de una mejor manera la aplicación de las terapias en línea en varias poblaciones.

También es importante recalcar que para cada sesión se ha realizado una preparación previa, realizando planificaciones y estando en contacto continuamente con los padres para que ellos pueda adquirir los implementos necesarios antes de ejecutarse cada sesión, visto esto, es importante mencionar que al llevar acabo las sesiones de manera virtual hay también que valorar los recursos económicos de las familias ya que como implementos fundamentales siempre será un aparato electrónico, internet y juegos didácticos.

## 5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzate, L. (2016). Aportes de la teoría ecológica a la construcción de la neuropsicopedagogía infantil. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigo*, 3(2) 51-67. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RFunlam/article/view/2170>

Avilés, C., Madariaga, S., Fuentes, P., Vanegas, C., Hurtado, R. y Campos, L. (2014). Intervención Temprana en prematuros, una experiencia de trabajo. *Revista Cubana de Terapia Ocupacional*, 1(4), 11-19. <https://10.5354/0719-5346.2010.157>

Barberi, O., Garrido, J. y Cabrera, J. (2021). La educación inicial virtual en contexto de pandemia COVID-19. Aciertos y desafíos: una Aproximación desde la praxis preprofesional de la carrera de Educación Inicial en la Universidad Nacional de Educación. *Revista Mamakuna*, 1(16), 77-87. <https://revistas.unae.edu.ec/index.php/mamakuna/article/view/471/495>

Benaschina, D. (2019). Las TIC y Artes mediales: La nueva era digital en la escuela inclusiva. *ALTERIDAD: Revista de Educación*, 14(1), 40-52. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4677/467757705003/html/index.html>

Berro, S. (2017). Programa de Intervención en Atención Temprana para niños prematuros. *ASPROMIN*, 1(1), 1-21. <https://www.aspromin.org>

Cárdenas, J. y Guerrero, M. (2020). Estimulación temprana y el rol de la familia: binomio fundamental para la atención temprana en el desarrollo de niños con factores discapacitantes y de alto riesgo. *Universidad autónoma de Querétaro*, 1 (1). 1-186. <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2176>

Cerrillo, M., Gibello, A., Casallo, M. y Ortega, I. (2019). Atención Temprana en prematuridad a propósito de un caso. *Revista de Psicología INFAD*, 2(1), 20-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126002>

Cortés, A. y Wachholtz, D. (2016). Intervención temprana en niños con alto riesgo de desarrollar parálisis cerebral; una revisión sistémica. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 16(2), 63-73. [10.5354/0719-5346.2016.44752](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44752)

Dalmau, M., Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Yolanda., Ferré, V. y Calaf N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en atención temprana. *Anales de Psicología*, 33(3). 641-651. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.263611>

Domínguez, I. y Calvo, J. (2015). Terapia ocupacional y su papel en atención temprana: Revisión sistémica. *TOG*, 12(21), 1-22. <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision3.pdf>

Erasmós., H. (2018). Problemas pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Perú Ginecol Obstet*, 64(3), 399- 404. <https://doi.org/10.31403/rpgo>

Escorcia, C., García, F., Sánchez, M., Orcajada, N. y Hernández, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en la Suerte de España: Perspectiva de Profesionales y Familias. *Revista anales de psicología*, 34 (3), 500-509. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.3.311221/232301>

Fernández, C., Matzumura, J., Gutierrez, H., Zamudio, L. y Melgarejo, G. (2017). Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la unidad de cuidados

intensivos neonatales del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009 – 2014. *SciELO*, 17(2), 8-13. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2017000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200002)

Fernández, I., García, R., Corbí, P., Alemany, C., Fernández, C. y Castello, M. (2012). Neurología y síndrome de Down. Desarrollo y atención temprana. *Rev Esp Pediatr*, 68(6), 409-414. <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/bd575f37fe010274a9eeaf6a463e0faf4a87e18b.pdf>

García, M. y Martínez M. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. *AEPp*, 3(0), 81-93. [www.aepap.org](http://www.aepap.org)

García, M., Tacoronte, M., Sarduy, I., Abdo, A., Galvizú, R., Torres, A. y Leal, E. (2012). Influencia de la estimulación temprana en parálisis cerebral. *Rev Neurol*, 31(8), 716-719. <http://www.revneurol.com/3108/j080716.pdf>

García, T., Hernández, M., Regidor, C., Gómez, J. y Martín, M. (2021). Transitando por la pandemia: adaptaciones a la epidemia de la covid -19 desde el programa de Atención Temprana del CRE de Sevilla. *Red Visual: Revista especializada en discapacidad visual*. 1 (77), 182-199. <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/revista-red-visual/numeros-publicados-red-visual/2021-redvisual-77/transitando-por-la-pandemia-adaptaciones-a-la-epidemia-de-la-covid-19-desde-el-programa-de-atencion-temprana-del-cre-de-sevilla>

Gutiérrez, J., Castellanos, E., García, H., Morales, E., Padilla, H., Rulfo, D., Plascencia, A., Vargas, R., Yanowsky, G. y Zepeda, L. (2019). *Manual de Neonatología*. Universidad de Guadalajara, Printed.

Hechavarría, L., Cruz, U., Hernández, A. y López, M. (2018). Protocolo de atención temprana a neonatos con neurodesarrollo de alto riesgo. *Citma Científico médico de Holguín*, 22(4), 1-18. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012)

Jemes, I., Romero, R., Labajos, M. y Moreno, N. (2019). Evaluación de la calidad de servicio en Atención Temprana: revisión sistemática. *Anales de Pediatría*, 90 (5), 301-309. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318301802?via%3Dihub>

Larraín, J. y Nieto, P. (2020). Aportes en psicomotricidad clínica: Acompañamiento psicomotriz dentro del contexto de pandemia. *Convergencias. Revista de educación*, 3(6), 39-54. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/convergencias/article/view/4035>

Larrea, L. y Ricaurte, C (2021). Prematurez como factor de riesgo para el crecimiento y neurodesarrollo. *Polo del Conocimiento*, 56(6), 2361-2377. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2517>

López, P. y Herrera, D. (2018). Papel del terapeuta ocupacional en Atención Temprana. *Sanun. Revista Científico-Sanitaria*, 3 (2), 10-15. [https://www.revistacientificasanun.com/articulo.php?id=41#texto\\_completo](https://www.revistacientificasanun.com/articulo.php?id=41#texto_completo)

Mayorga, M; Madrid, D y García, M. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Escritos de Psicología*, 8 (2), 52-60. <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/informe2.pdf>

Martinez, A. y Nuria, C. (2015). Intervención en Atención Temprana: enfoque desde el ámbito familiar. *Scielo*, 8(2). <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>

Matos, L., Reyes, K., López, G., Reyes, M., Aguilar, M., Pérez, O., Reyes, U., López Cruz, G. y Flores, G., Quero, A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista médica científica de la secretaria de salud Jalisco*, 7(3), 179-186. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>

Millan, P; Navarro, J; Martella, D. y Gallardo, C. (2018). Prevalencia de alteraciones en el neurodesarrollo motriz en niños prematuros sin diagnóstico de parálisis cerebral. *Science Direct*, 40(6), 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.10.001>

Morales, Z. y Lepa, G. (2020). Intervención Temprana en un caso de Potocki-Lupski. *Revista Clínica Contemporánea*, 11(13) 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2020a11>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Nacimientos Prematuros. *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Plena Inclusión. (2020). *Cómo implementar la teleintervención en la atención temprana*. (1) Plena Inclusión España. [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena\\_inclusion.\\_como\\_implementar\\_la\\_teleintervencion\\_en\\_la\\_atencion\\_temprana\\_0.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena_inclusion._como_implementar_la_teleintervencion_en_la_atencion_temprana_0.pdf)

Pereira, A; Lanzarote, M; Barbancho, M. y Padilla, E. (2020). Evolucion del desarrollo psicomotor en preescolares con antecedentes de prematuridad. *Science Direct*, 93(4), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.003>

Perpiñán, S. (2019). *Atención Temprana y Familia: cómo intervenir creando entornos competentes*, (3). Narcea. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GPikDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=atencion+temprana+&ots=tS5sxWn2eg&sig=4haLbR08MYRbn0MtDMW3uzkHydM#v=onepage&q&f=false>

Ricaurte, C y Ricaurte, L. (2021). Prematurez como Factore de Riesgo para el Crecimiento y Neurodesarrollo. *Polo del Conocimiento*, 6 (3), 2361-2377. [10.23857/pc.v6i3.2517](https://doi.org/10.23857/pc.v6i3.2517)

Rute, R., Leite, E., Alencar, G., Albuquerque, W y Coriolano, M. (2021). Intervenciones de Enfermería para promover el Desarrollo Infantil desde la Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner. *Scielo*, 1(1). <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0685>

Timbi, C., Robles, V., Guiñansaca, E., Capón, M y Ochoa, G. (2015). ADACOF: una aproximación educativa basada en TIC para el aprendizaje digital de la articulación del código fonético en niños con discapacidad. *Perfiles Educativos*, XXXVII (149), 187-202. <https://www.redalyc.org/pdf/132/13239889011.pdf>

## **6 CAPÍTULO VI: MARCO TEÓRICO DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA**

### **6.1 MARCO TEORICO**

#### **6.1.1 La atención temprana**

La atención temprana desde sus inicios tenía un modelo tradicional que se centraba únicamente en el niño, en la actualidad presenta un modelo biopsicosocial, es decir, que se centra en el niño, la familia y el entorno (Perpiña, 2019). Además, la atención temprana se define como un conjunto de intervenciones que se realiza a niños de 0 a 6 años y a la familia, con el objetivo de responder lo más pronto posible a las necesidades en el desarrollo, sean transitorias o permanentes, la intervención debe englobar todas las áreas del desarrollo como motoras, cognitivas, lingüísticas, sociales y adaptativas (Atención temprana, 2000; Jemes et al., 2019; Mayorga, et al., 2015).

#### **6.1.2 Atención temprana en la virtualidad**

En la actualidad, ante la crisis sanitaria que se está viviendo en los centros de desarrollo infantil, la atención temprana se ha tenido que adaptar a la nueva modalidad de trabajo virtual para ofrecer intervenciones de calidad a los niños y niñas (Plena Inclusión, 2020). En este contexto, la finalidad es captar la atención de los padres mediante las TIC o aulas virtuales para poder guiar a los estudiantes y mejorar la línea educativa (Bernaschina, 2019). Asumir la virtualidad es lograr una práctica pedagógica que concrete todos los elementos didácticos como contenidos estrategias, recursos, evaluación y la participación familiar según el contexto y particularidad de los niños (Barberi *et al.* 2021; Larraín y Nieto, 2020). Por tanto, el uso de la virtualidad para la atención temprana supone corregir grandes errores y olvidar los métodos tradicionales, ya que muchos de ellos tienen deficiencias (Timbi *et al.* 2015).

#### **6.1.3 Participación de los padres**

Los beneficios de la Atención Temprana virtual para los padres y los niños, es conocer más acerca del desarrollo psicomotor y manejo en el hogar de acuerdo a las necesidades del niño y para reforzar la vinculación afectiva madre-hijo y favorecer la relación paterno-filial (Cerrillo el al., 2019). Un estudio realizado en España menciona los beneficios de

trabajar de forma virtual y el vínculo generado en las familias. (García et al., 2021). También es importante recalcar que la intervención será moldeada según el contexto natural donde el niño crece, los recursos familiares, su entorno etc., que beneficiará su desarrollo al ser fomentando en una realidad propia. (Berro, 2017; Dalmau et al., 2017; Hechevarría et al., 2018)

#### **6.1.4 Rol del terapeuta**

Por otra parte, la intervención de los profesionales en el área de la Atención temprana tiene como objetivo apoyar el desarrollo y autonomía del niño, fortalecer las capacidades y competencias del niño, familia y cuidadores; además garantizar la inclusión en el entorno social (Fernández *et al.* 2012; López y Herrera, 2018).

La evidencia científica señala que la adecuada interacción del profesional con la familia a través de la implementación de prácticas relacionales y participativas, es fundamental para el éxito de la intervención, es decir, que ellos constituyen una pieza clave en la propia intervención. Por ello, es importante modificar, adquirir, cambiar y mejorar algunas pautas o estrategias de interacción que ejercen en sus casas diariamente con los menores para que el trabajo de atención temprana pueda considerarse completo (Domínguez y Calvo, 2015; Escorcía *et al.* 2018; Larraín y Nieto, 2020).

## Anexo 1

### 6.2 Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

EXAMINADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Señor padre de familia.

Le agradecemos por realizar la siguiente encuesta. Los resultados de este cuestionario nos serán de gran ayuda para conocer si las intervenciones que estamos realizando mediante la modalidad virtual están teniendo efectos en el desarrollo de los niños.

Le pedimos de favor que señale del 1 al 5 el valor de la escala que más se identifique con su opinión de acuerdo al siguiente criterio:

1 Nada de acuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
-------------------	-----------------	---------------	--------------	------------------

ATENCIÓN TEMPRANA		1	2	3	4	5
ITEM	PREGUNTA					
1	El conjunto de intervenciones realizadas favoreció el desarrollo de su hijo, de la familia y el entorno.	<input type="radio"/>				
2	Las actividades realizadas respondieron a las necesidades de su hijo y de la familia.	<input type="radio"/>				
3	Las actividades realizadas se centraron en el desarrollo como: motor, cognitivo, lenguaje, social y adaptativo.	<input type="radio"/>				

<b>ATENCIÓN TEMPRANA EN LA VIRTUALIDAD</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4	El programa de intervención recibido por su representado fue de calidad.	<input type="radio"/>				
5	Las actividades desarrolladas por la profesional mediante las TICS permitió la participación dinámica del niño o niña y su familia.	<input type="radio"/>				
6	La didáctica empleada durante la intervención es adecuada al contexto y particularidad del niño o niña.	<input type="radio"/>				
7	La metodología aplicada logró corregir errores y deficiencias que su niño o niña presentaron.	<input type="radio"/>				
<b>PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8	El manejo de las terapias de manera virtual recibidas en el hogar, fueron adecuadas y beneficiosas para el niño.	<input type="radio"/>				
9	Las terapias virtuales guiadas por un profesional y realizadas por los padres en casa reforzaron vínculos afectivos entre padres e hijo	<input type="radio"/>				
10	Las terapias que recibió fueron moldeadas acorde a las necesidades del niño y según el contexto natural donde el niño crece	<input type="radio"/>				
11	Las terapias se realizaban con recursos adaptados por las familias, por su entorno y de fácil acceso que de igual forma brindaba benéficos al niño.	<input type="radio"/>				

	<b>ROL DEL TERAPEUTA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12	La terapeuta apoya el desarrollo y autonomía del niño, fortalece las capacidades y competencias del niño, familia y cuidadores.	<input type="radio"/>				
13	La terapeuta garantiza la inclusión del niño en el entorno social.	<input type="radio"/>				
14	Existe una adecuada interacción del profesional con la familia.	<input type="radio"/>				
15	La terapeuta modifica, adquiere, cambia y mejora algunas pautas o estrategias de interacción que ejercen en sus casas diariamente.	<input type="radio"/>				

## 6.2.1 Referencias Bibliográficas de la guía para padres

Barberi, O., Garrido, J., y Cabrera, J. (2021). La educación inicial virtual en contexto de pandemia COVID-19. Aciertos y desafíos: una Aproximación desde la praxis preprofesional de la carrera de Educación Inicial en la Universidad Nacional de Educación. *Mamakuna*, 1(16), 77-87.

<https://revistas.unae.edu.ec/index.php/mamakuna/article/view/471/495>

Benaschina, D. (2019). Las TIC y Artes mediales: La nueva era digital en la escuela inclusiva. *ALTERIDAD: Revista de Educación*, 14(1), 40-52.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4677/467757705003/html/index.html>

Berro, S. (2017). Programa de Intervención en Atención Temprana para niños prematuros. *ASPROMIN*, 1(1), 1-21. <https://www.aspromin.org>

Cárdenas, J., y Guerrero, M. (2020). Estimulación temprana y el rol de la familia: binomio fundamental para la atención temprana en el desarrollo de niños con factores discapacitantes y de alto riesgo. Universidad autónoma de Querétaro, 1(1). 1-186. <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2176>

Cerrillo, M., Gibello, A., Casallo, M., y Ortega, I. (2019). Atención Temprana en prematuridad a propósito de un caso. *Revista de Psicología INFAD*, 2(1), 20-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126002>

Dalmau, M., Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Yolanda., Ferré, V., y Calaf N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en atención temprana. *Anales de Psicología*, 33(3). 641-651. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.263611>

Domínguez, I., y Calvo, J. (2015). Terapia ocupacional y su papel en atención temprana: *Revisión sistemática*. *TOG*, 12(21), 1-22. <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision3.pdf>

Escorcía, C., García, F., Sánchez, M., Orcajada, N., y Hernández, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en la Suerte de España: Perspectiva de Profesionales y Familias. *Revista anales de psicología*, 34(3), 500-509. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.3.311221/232301>

Fernández, I., García, R., Corbí, P., Alemany, C., Fernández, C., y Castello, M. (2012). Neurología y síndrome de Down. Desarrollo y atención temprana. *Rev Esp Pediatr*, 68(6), 409-414. <http://www.w.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/bd575f37fe010274a9eeaf6a463e0faf4a87e18b.pdf>

García, T., Hernández, M., Regidor, C., Gómez, J., y Martín, M. (2021). Transitando por la pandemia: adaptaciones a la epidemia de la covid -19 desde el programa de Atención Temprana del CRE de Sevilla. *Red Visual: Revista especializada en discapacidad visual*, 1(77), 182-199. <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/revista-red-visual/numeros-publicados-red-visual/2021-redvisual->

[77/transitando-por-la-pandemia-adaptaciones-a-la-epidemia-de-la-covid-19-desde-el-programa-de-atencion-temprana-del-cre-de-sevilla](#)

Grupo de atención temprana. (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. (Primera edición). Artegraf. [http://190.57.147.202:90/jspui/bitstream/123456789/240/1/LIBRO%20DE%20LA%20ATENCIO N%20TEMPRANA.pdf](http://190.57.147.202:90/jspui/bitstream/123456789/240/1/LIBRO%20DE%20LA%20ATENCIO%20N%20TEMPRANA.pdf)

Hechavarría, L., Cruz, U., Hernández, A., y López, M. (2018). Protocolo de atención temprana a neonatos con neurodesarrollo de alto riesgo. *Citma Científico médico de Holguín*, 22(4), 1-18. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812018000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012)

Jemes, I., Romero, R., Labajos, M., y Moreno, N. (2019). Evaluación de la calidad de servicio en Atención Temprana: revisión sistemática. *Anales de Pediatría*, 90(5), 301-309. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318301802?via%3Dihub>

Larraín, J., y Nieto, P. (2020). Aportes en psicomotricidad clínica: Acompañamiento psicomotriz dentro del contexto de pandemia. *Convergencias. Revista de educación*, 3(6), 39-54. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/convergencias/article/view/4035>

López, P., y Herrera, D. (2018). Papel del terapeuta ocupacional en Atención Temprana. *Sanun. Revista Científico-Sanitaria*, 3(2), 10-15. [https://www.revistacientificasanun.com/articulo.php?id=41#texto\\_completo](https://www.revistacientificasanun.com/articulo.php?id=41#texto_completo)

Mayorga, M; Madrid, D., y García, M. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Escritos de Psicología*, 8(2), 52-60. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/informe2.pdf>

Perpiñán, S. (2019). *Atención Temprana y Familia: cómo intervenir creando entornos competentes*, (3). Narcea. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GPikDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=atencion+temprana+&ots=tS5sxWn2eg&sig=4haLbR08MYRbn0MtDMW3uzkHydM#v=onepage&q&f=false>

Plena Inclusión. (2020). *Cómo implementar la teleintervención en la atención temprana*. (1) Plena Inclusión España. [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena\\_inclusion.\\_como\\_implementar\\_la\\_teleintervencion\\_en\\_la\\_atencion\\_temprana\\_0.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/plena_inclusion._como_implementar_la_teleintervencion_en_la_atencion_temprana_0.pdf)

Timbi, C., Robles, V., Guiñansaca, E., Capón, M., y Ochoa, G. (2015). ADACOF: una aproximación educativa basada en TIC para el aprendizaje digital de la articulación del código fonético en niños con discapacidad. *Perfiles Educativos*, 37(149), 187-202. <https://www.redalyc.org/pdf/132/13239889011.pdf>

## **Anexo 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Desarrollo Temprana y Educción Infantil, Mención Atención Temprana

Yo; Gabriela Fernanda Tacuri G, con C.I. 0106394695, estudiante de la Universidad del Azuay, del departamento de posgrados, previa a la obtención del título, ejecutaré la tesis titulada: “ATENCIÓN TEMPRANA VIRTUAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS PREMATUROS: ESTUDIO DE CASO”.

Toda la información obtenida en el estudio será completamente confidencial a la que solo la investigadora y la Institución podrá acceder a ella, además se tomarán las medidas necesarias para mantener en confidencia su identidad.

Este trabajo nos permitirá evaluar e intervenir de manera virtual un estudio de caso, con la ayuda de sus padres. Las intervenciones tendrán una duración de 45 minutos 3 veces por semana durante 4 meses, las mismas que no representaran ningún riesgo para su representado. Se debe recalcar que los padres no deberán realizar ningún gasto durante todo el proceso, ni recibirán remuneraciones por su participación.

Este procedimiento está sujeto a su voluntad por lo tanto, está en el derecho de retirar a su hijo, hija, representado cuando crea conveniente.

#### **Procedimiento de cada evaluación.**

1. Obtención de datos personales: Nombre, edad, sexo, edad gestacional.
2. Evaluación individual donde se aplicara el Baby Test Brunet Lézine, Inventario de Desarrollo Battelle y Test EDI, que medirá el desarrollo psicomotor del niño/a. Mediante los resultados obtenidos del niño/a se determinará la edad desarrollo y se establecerá un plan de intervención acorde a sus necesidades.

## **Declaración voluntaria**

He sido informado/a en su totalidad del objetivo del estudio, los riesgos y beneficios. Entiendo que la información será confidencial y no tendrá precio.

Comprendo que mi hijo, hija o representado puede participar o no continuar en el estudio en el momento en que yo considere pertinente.

A partir de la información, yo \_\_\_\_\_ representante de \_\_\_\_\_ doy mi autorización para que mi hijo, hija o representado participe en la investigación.

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de la investigadora:

Gabriela Fernanda Tacuri Garzón. \_\_\_\_\_

### **Datos de localización de las investigadoras:**

En caso de que requiera algún tipo de información sobre el estudio comuníquese a los contactos:

Gabriela Tacuri G: 0958836191 / [gtacuri@es.uazuay.edu.ec](mailto:gtacuri@es.uazuay.edu.ec)

## **Anexo 3**

### **HISTORIA CLINICA**

#### **DATOS PERSONALES**

Nombre: N.N

Fecha de Nacimiento: 24 de Septiembre del 2020

Edad: 9 meses

Procedencia: Sector FERIA Libre

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

Evaluación del Desarrollo Psicomotor, Plan de Intervención por factor de Riesgo de prematurez.

#### **ANTECEDENTES**

Niña prematura de 8 meses de edad cronológica. De acuerdo a la historia clínica, la madre refirió que tuvo un embarazo tranquilo en el inicio, luego a su mitad del embarazo comenzó a presentar signos de alarma como tensión y endurecimiento de la zona abdominal, episodios de presión alta, teniendo como diagnóstico inicios de preeclampsia, estuvo en constante vigilancia, hasta llegar a las 32 semanas de gestación en donde fue sometida a una cesárea emergente por complicaciones y amenazas de parto prematuro por exceso de fuerza y por ausencia de movimientos fetales, sus antecedentes natales son los siguientes: nace a las 32 semanas de gestación, categorizándose como una prematura moderada, con un peso de 1720 gr, una talla de 40 cm y un perímetro cefálico de 31 centímetros, su apgar al nacer es de 3 al primer minuto, clasificándose como una recién nacida de bajo peso para la edad gestacional con riesgo inminente al nacer, es diagnosticada con taquipnea transitoria del recién nacido por lo que fue ingresada al área de neonatología en donde permanece hospitalizada por 1 mes, 1º semana permanece con ventilación mecánica invasiva, y es sometida a un procedimiento quirúrgico llamado neumotórax por presencia de líquido en su pulmón, luego pasa a ventilación mecánica no invasiva a la 2ª semana le colocan puntas nasales y se comienza a alimentar por sonda nasogástrica, a la 3ª semana pasa a cuidados intermedios en donde pasa con oxígeno ambiental y alimentándose por succión, es dada de alta a la 4ª semana de internada con un peso de 2200gr, se alimenta con lactancia mixta y permanece sin necesidad de oxígeno

terapia, dentro de sus antecedentes del desarrollo psicomotor la madre menciona que: la niña controla su cuello y cabeza a los 5 meses, voltea a los 7 meses y se mantiene sentada a los 8 meses, dentro de su alimentación actual se mantiene con lactancia mixta y alimentación complementaria semisólida, sus medidas antropométricas están acorde a su edad y su estado de vacunación está completo.

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

**Gestas:   3   Partos:   3   H. vivos:   3   H. muertos: \_\_\_\_\_**

RIESGO INMINENTE	ALTO RIESGO
- Trabajo de parto < 37 s <u>  X  </u>	- Menor de 20 años o mayor de 35 años. _____
- Embarazo mayor a 41 semanas. _____	- Primigesta o gran múltipara. <u>  X  </u>
- Disminución o ausencia de movimientos fetales. <u>  X  </u>	- Periodo entre embarazos menor de 2 años _____
- Edema en cara, manos y piernas. _____	- Sin control prenatal. _____
- Hemorragia vaginal _____	- Altura uterina no correlaciona con la edad gestacional. _____
- RPM antes de las 37 semanas (<12 horas). _____	- Antecedente de hijos prematuros, con bajo peso _____
- Cambios en la frecuencia cardiaca fetal _____	- Antecedente de aborto habitual, muerte fetal o neonatal temprana. _____
- Enfermedad sistémica severa STORCH. _____	- Flujo vaginal refractario. <u>  X  </u>
- Infección urinaria con fiebre. _____	- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción. _____
- Diabetes no controlada. _____	- Antecedente de violencia o maltrato. _____
- Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa. _____	- Ingesta de drogas teratogénicas. _____
- Palidez palmar severa y/o Hb < 7 g/dl. _____	- Ganancia inadecuada de peso. _____
	- IMC <20 o > 30. _____
	- Presentación anormal. _____
	- Gestación múltiple. _____
	- Madre Rh negativa. _____
	- VDRL o VIH o hepatitis b positivos. _____
	- Problemas bucales o periodontales. _____
	- Sin inmunización con toxoide tetánico. _____
	- Enfermedad sistémica controlada. _____
	- Infección urinaria sin fiebre. <u>  X  </u>
	- Diabetes controlada. _____
	- Hipertensión controlada. _____
	- Palidez palmar y/o Hb =7 y <12 g/dl. _____

**Clasificación del Riesgo durante el embarazo:**

Embarazo de Alto Riesgo por presentar condiciones como: trabajo de parto menor a las 37 semanas, disminución o ausencia de movimientos fetales, infección urinaria sin fiebre y gran múltipara.

## ANTECEDENTES NATALES

ALTO RIESGO AL NACER	MEDIANO RIESGO AL NACER
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso al nacer &lt;2.000 o &gt;4.000 gr. _____ <b>X</b> _____</li> <li>● Edad gestacional &lt; a 35 semanas. _____ <b>X</b> _____</li> <li>● Temperatura axilar &lt;35,5 o &gt;38°C. _____</li> <li>● Dificultad respiratoria. _____ <b>X</b> _____</li> <li>● Fiebre materna o Corioamnionitis. _____</li> <li>● RPM mayor de 12 horas. _____</li> <li>● Palidez o plétora _____ <b>X</b> _____</li> <li>● Ictericia. _____</li> <li>● Infección intrauterina (TORCH/VIH). _____</li> <li>● Anomalías congénitas mayores. _____</li> <li>● Lesiones severas debidas al parto. _____</li> <li>● Reanimación con ventilación con presión positiva o masaje cardíaco. _____</li> <li>● APGAR &lt;7 a los 5 minutos. _____ <b>X</b> _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso al nacer entre 2000 y 2500 gr. o entre 3800 y 4000 gr. _____</li> <li>● Edad gestacional entre 35 y 37 semanas (casi a término). _____</li> <li>● Edad gestacional =/mayor 42 semanas. _____</li> <li>● Reanimación sin presión positiva y sin masaje. _____</li> <li>● Anomalías congénitas menores. _____</li> <li>● Incompatibilidad RH o de grupo. _____</li> <li>● procedimientos de reanimación sin presión positiva o masaje cardíaco _____</li> </ul>

### Clasificación del Riesgo del Recién Nacido

Recién nacida con riesgo al nacer por presentar factores de riesgo como: nacer con un peso menor a los 2000 gr, menor a las 35 semanas de gestación, dificultad respiratoria, palidez o plétora, apgar menos de 7.

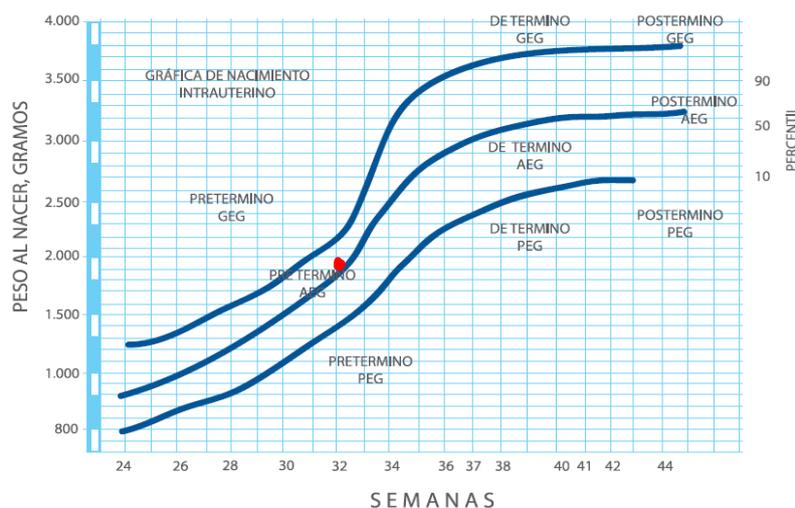
**Lugar de nacimiento y establecimiento:** Hospital Vicente Corral Moscoso

**Tipo de parto:** cesárea – distócico

**Edad Gestacional- Capurro:** 32 semanas de gestación

**Apgar:** 1 min: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 5 min: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Medidas Antropométricas:** PESO \_\_1700gr\_\_ TALLA \_\_40 cm\_\_ PC \_\_31cm\_\_



### Clasificación según la edad gestacional y peso al nacer:

Recién Nacida Pretermino con un peso adecuado para la edad gestacional

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS POST – NATALES

Ninguno de relevancia

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Abuela materna con diabetes, abuelo paterno con hipertensión arterial.

## ANTECEDENTES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

- Control cefálico: 5 meses
- Balbuceo: 5 meses
- Llega a la línea media 4 meses y medio
- Volteo: 7 meses
- Sentado: 8 meses

ESTADO DE VACUNACION: Completo a la edad

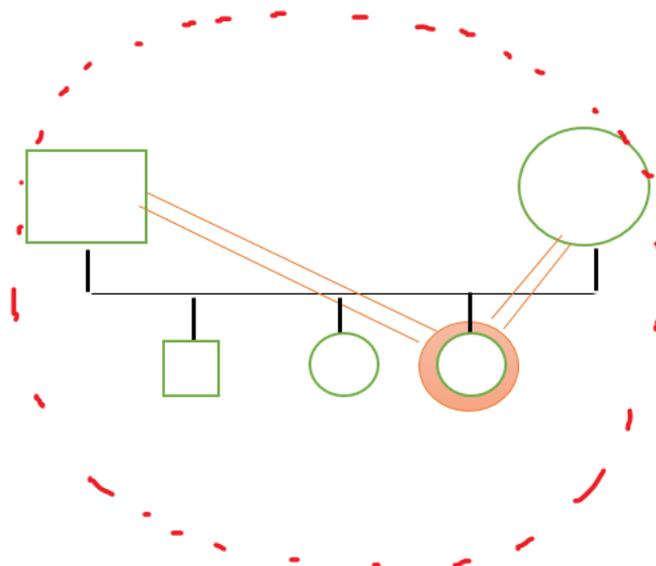
ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL: Medidas antropométricas acorde a su edad.

## ALIMENTACION:

0 a 6 meses: alimentación mixta (seno y leche en formula)

6 a 12 meses: alimentación complementaria, inicia con papillas a los 6 meses, 8 meses empieza a introducir semisólidos.

## FAMILIOGRAMA



## **Anexo 4**

### **PLAN SEMANAL DE INTERVENCIÓN**

SESIÓN 1

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Motricidad gruesa	Mantenerse en posición de cuatro puntos.	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar gimnasia inicial para el calentamiento de articulaciones, extremidades superiores e inferiores</li> <li>2. Colocarle en decúbito ventral sobre un rodillo, realizar movimientos alternativos (adelante – atrás) con el objetivo de que se apoye con sus manos y sus pies generando fuerza en sus extremidades.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonajero</li> <li>- Piso para bebé</li> <li>- Música</li> <li>- Almohada</li> <li>- Rodillo</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <input data-bbox="1899 491 1966 539" type="checkbox"/> <p>VÍAS DE LOGRO</p> <input data-bbox="1899 595 1966 643" type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input data-bbox="1899 699 1966 746" type="checkbox"/>

3. En posición de rodillas elevamos su tronco con la ayuda de un objeto llamativo con la intención de que alce su cabeza, tronco y manos para alcanzar el objeto.
4. Colocamos el objeto en el piso, sosteniéndole del abdomen, permitimos que baje sus manos para alcanzar el objeto, generando una reacción de sostén al colocar sus manos y apoyarse con las mismas en el piso, de esa manera lograremos que se mantenga arrodillada y apoyándose sus manos, manteniéndose en cuatro puntos.
5. En posición de cuatro puntos, realizamos un balanceo, hacia adelante y hacia atrás para generar fuerza y coordinación en sus miembros.

**FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas**

Resolver dudas generadas durante la sesión

		<p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: en decúbito ventral sostenerse con una almohada, trabajar sobre rodillas, trabajar sobre manos, balancearse en posición de cuatro puntos.</p>			
--	--	---	--	--	--

<b>SESIÓN #2</b>					
<b>ÁREA</b>	<b>DESTREZA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PARAMETROS</b>
Motricidad gruesa	Gatear	<b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b>	- Sonajero	¿Gateó?	LOGRADO <input type="checkbox"/>

		<p>Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar gimnasia inicial para el calentamiento de articulaciones, extremidades superiores e inferiores</li> <li>2. Colocar decúbito ventral y motivar con sonajeros para que se desplace hacia adelante impulsándose con manos y pies.</li> <li>3. Utilizar una almohada o cojín como obstáculos para que cruce sobre ellos y así fortalecer sus movimientos</li> <li>4. Trabajar manos y pies de una manera independientes: para ejercitar manos realizar ejercicio de carretilla (caminata sobre manos) motivándole a avanzar con un objeto llamativo</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piso para bebé</li> <li>- Música</li> <li>- Almohada</li> <li>- Rodillo</li> </ul>		<p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	---	---	--	--

		<p>5. Para ejercitar pies trabajar en posición arrodillada y desplazase de esta manera.</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papas en casa para reforzar el objetivo planteado: arrastrase hacia adelante, cruzar sobre un obstáculo, caminar con las manos, caminar de rodillas.</p>			
--	--	--	--	--	--

**SESIÓN #3**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Motricidad gruesa	Ponerse de pie, apoyándose de un objeto	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <p>Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar gimnasia inicial para el calentamiento de articulaciones, extremidades superiores e inferiores en movimiento cruzado</li> <li>2. Colocar obstáculos sobre el piso para fortalecer el gateo</li> <li>3. Colocar sobre un mueble un objeto llamativo para llamar su atención y que intente estirar su mano para alcanzarlo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonajero</li> <li>- Piso para bebé</li> <li>- Música</li> <li>- Almohadas</li> <li>- Mueble</li> </ul>	¿Se puso de pie apoyándose de un objeto?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

4. Ayudarle a mantenerse arrodillada manteniendo el equilibrio con el apoyo de sus manos sobre el mueble.
5. Motivarle a sacar el pie para colocarse en posición de caballero, para que con impulso del pie arrodillado y las manos sujetas en el mueble, pueda ponerse de pie.

**FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas**

Resolver dudas generadas durante la sesión

**FASE 4: cierre de la sesión**

Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.

Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papas en casa para reforzar el objetivo planteado:

		gatear sobre obstáculos, mantenerse arrodillado con apoyo, impulsarse en posición de caballero.			
--	--	---	--	--	--

**SESIÓN #4**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Motricidad fina	Coger objetos utilizando los dedos índice y pulgar	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <p>Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <p>1. Cantar la canción “saco una manito y la hago bailar” para iniciar la sesión</p> <p>2. Colocar una media pequeña con agujero en la mano, haciendo que de ella salgan los dedos índice y pulgar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- música</li> <li>- Media</li> <li>- Algodón</li> <li>- Cordón</li> <li>- Papel</li> <li>- Cintas</li> <li>- Cuentas</li> </ul>	¿Cogió objetos utilizando los dedos índice y pulgar?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<p>3. Proporcionar texturas para que pueda tocar, jalar y arrancar con sus dedos como: algodón, papel, cintas</p> <p>4. Colocar cuentas en un recipiente con el objetivo de que los agarre con los dedos índice y pulgar que están sueltos</p> <p>5. Volver a intentar la dinámica con las manos libres, trasvasando las cuentas de un recipiente a otro, solo con los dedos.</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p>	<p>- 2 recipientes</p>		
--	--	---	----------------------------	--	--

		Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: agarrar objetos con los dedos índice y pulgar			
--	--	--	--	--	--

**SESIÓN #5**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Motricidad fina	Insertar cuentas en una botella	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <p>1. Iniciar la sesión cantando “hola hola hola, como estas” imitando los gestos de la canción</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Música</li> <li>- Cuentas</li> <li>- Botella</li> </ul>	¿Insertó las cuentas en una botella?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<p>2. Reformar la utilización de la pinza superior proporcionándole cuentas y pidiéndole que nos pase una a una</p> <p>3. Enseñarle como insertar las cuentas en una botella, haciéndola sonar cada vez que ingresa una cuenta.</p> <p>4. Motivar a que lo haga sola</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:</p>			
--	--	---	--	--	--

		realizar la actividad primero papas y luego niña para que aprenda por imitación, colocando las cuentas en la botella.			
--	--	---	--	--	--

**SESIÓN #6**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Cognición	Buscar un objeto escondido	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar la sesión con un saludo, bailando con un títere, y jugando ¿Dónde está el bebé?</li> <li>2. Enseñar los juguetes que disponemos cerca para que le llaman la atención y pueda estirarse a sostenerlos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Títere</li> <li>- Música</li> <li>- Tela delgada</li> <li>- Juguetes llamativos</li> </ul>	¿Buscó un objeto escondido?	<p>LOGRADO</p> <input type="checkbox"/> <p>VIAS DE LOGRO</p> <input type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input type="checkbox"/>

3. Mostrar una telita ligera dirigiéndola de arriba hacia abajo, hasta tocar el piso.
4. Esconder un juguete bajo la tela descubriendo la mitad del juguete para que le llame la atención y pueda obtenerlo sin mayor dificultad.
5. Esconder el juguete bajo la tela totalmente, para que la niña, la alce y obtenga el juguete con mayor dificultad, siempre con el juego, ¿dónde está el juguete?, aquí esta.

**FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas**

Resolver dudas generadas durante la sesión

**FASE 4: cierre de la sesión**

Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.

		Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: busca un objeto medianamente escondido, busca un objeto totalmente escondido.			
--	--	---	--	--	--

**SESIÓN #7**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Cognición	Tirar de una cuerda para obtener un juguete	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar la sesión con la canción “mis dedos de la mano” utilizando títeres en cada dedo.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Títeres de dedo</li> <li>- Música</li> <li>- Cordón</li> <li>- Carro de juguete</li> </ul>	¿Tiró de una cuerda para obtener el juguete?	<p>LOGRADO</p> <input type="checkbox"/> <p>VIAS DE LOGRO</p> <input type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input type="checkbox"/>

2. Jugar con un carrito, movilizándolo de un lado a otro.
3. Enseñarle el carrito para que se motive a movilizarlo de la misma manera
4. Colocar un cordón en el carro, colocar el carro fuera del alcance de la niña y jalar del cordón para obtener carrito.
5. Proporcionarle la punta del cordón a la niña para que lo jale y alcance el carro.

**FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas**

Resolver dudas generadas durante la sesión

**FASE 4: cierre de la sesión**

Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.

		Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: jugar con títeres, movilizar el carro, obtener el carro a través del cordón			
--	--	--	--	--	--

**SESIÓN #8**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Cognición	Comprender una prohibición	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <p>1. Iniciar la sesión con la canción “no me quiero bañar” realizando gestos simbólicos y pronunciados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Música</li> <li>- Cuento</li> <li>- Muñecos de animales</li> </ul>	¿Comprendió una prohibición?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<p>2. Leer un cuento de los animales en el bosque “zorro no te lo lleves”</p> <p>3. Dramatizar el cuento con muñecos de animales, imitando gestos pronunciados al mencionar alguna frase – acción. (el zorro se encuentra con el señor conejo y de pronto se lo lleva mientras todos sus amigos conejos le gritan temerosos ¡zorro no te lo lleves! ¡zorro no te lo lleves!</p> <p>4. Entregar los animales a la niña para que podemos imitar juntos los gestos realizados, no zorro no utilizando el dedo índice.</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p>	(conejos, zorro)		
--	--	---	------------------	--	--

		<p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: leer el cuento, jugar con realizando gestos.</p>			
--	--	--	--	--	--

<b>SESIÓN #9</b>					
<b>ÁREA</b>	<b>DESTREZA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PARAMETROS</b>
Lenguaje	Emitir sonidos de silabas dobles.	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <p>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción</li> <li>- Títeres de dedo</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar la sesión con la canción “si las gotas de lluvia fueran de chocolate” realizando gestos con las partes de la cara (abriendo y cerrando la boca)</li> <li>2. Colocarse frente a la niña para que pueda observar los movimientos de la boca que realiza el adulto (papás)</li> <li>3. Mostrar los títeres de dedos con los miembros de la familia, para ir mencionándolos paulatinamente (enseñamos un títere y le decimos ma – maaa, pa – paa, etc.)</li> <li>4. Potencializar su lenguaje imitando los sonidos que pronuncie al tener una comunicación mirándole a los ojos.</li> </ol>			<p>NO LOGRADO</p> <input data-bbox="1906 277 1973 325" type="checkbox"/>
--	--	---	--	--	--

		<p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado.</p>			
--	--	--	--	--	--

**SESIÓN #10**

<b>ÁREA</b>	<b>DESTREZA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PARAMETROS</b>
-------------	-----------------	--------------------	----------------	-------------------	-------------------

Lenguaje	Imitar gestos simples	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar la sesión con un juego “los animales” en el cual los papás deben escoger un animal, y una vez nombrado deberán hacer sus gestos y pronunciar su sonido</li> <li>2. Contar el cuento de los animales y sus emociones</li> <li>3. Imitar las emociones de los animales</li> <li>4. Repetir las emociones frente a la niña</li> </ol> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuento</li> <li>- Espejo</li> <li>- Animales</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <input type="checkbox"/> <p>VIAS DE LOGRO</p> <input type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input type="checkbox"/>
----------	-----------------------	---	--	---	--

		<p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado: jugar a realizar gestos.</p>			
--	--	--	--	--	--

<b>SESIÓN #11</b>					
<b>ÁREA</b>	<b>DESTREZA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PARAMETROS</b>
Lenguaje	Responder a su propio nombre	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción</li> <li>- Hojas</li> <li>- Lápices</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar con la canción “mi nombre es”</li> <li>2. Identificarse a través de una fotografía</li> <li>3. Crear un cuento donde los personajes sean los miembros de la familia y el protagonista sea el niño, el cual tenga que narrar una historio con su propio nombre</li> <li>4. Escuchar el cuento creado y en cada ocasión que se pronuncie su nombre, aplaudir como señal de reconocimiento</li> </ol> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p>	- Fotografía		<p>NO LOGRADO</p> <input data-bbox="1899 276 1973 328" type="checkbox"/>
--	--	--	--------------	--	--

		Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.  Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:			
--	--	---	--	--	--

**SESIÓN #12**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Motricidad fina	Golpear dos objetos horizontal y verticalmente	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jugar a pegar y despegar dos imanes de figuras llamativas para realizar movimientos horizontales</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Platillos</li> <li>- Canciones</li> <li>- Imanes de figuras</li> <li>- Tapones de botellas</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <input type="checkbox"/> <p>VIAS DE LOGRO</p> <input type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input type="checkbox"/>

		<p>2. Quitar tapones de una botella para practicar movimientos verticales ´</p> <p>3. Con animales cantar “el cocodrilo dante” para bailar con los animales en direcciones como horizontal y vertical.</p> <p>4. Con platillos realizar una banda de música en el cual deba golpear las panderetas en sentido horizontal y vertical cuando vuelvan a cantar “el cocodrilo dante” y reconozca los movimientos vistos anteriormente</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p>	<p>- Instrumentos musicales</p>		
--	--	---	---------------------------------	--	--

		<p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:</p>			
--	--	--	--	--	--

**SESIÓN #13**

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Social	Decir adiós con la mano	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <p>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mano didáctica</li> <li>- Guante decorado</li> <li>- Canciones</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprender a saludar y despedirse con la mano cantando “saco una manita”</li> <li>2. Crear una rutina cuando se inicie una rutina terapéutica con el canción “hola como estas” y cuando termine la sesión cerrar con la canción “hasta mañana que descansen”</li> <li>3. Realizar movimientos y gestos con la mano, imitando con un guante decorativo para que lo realice las mismas consignas</li> <li>4. Realizar movimientos laterales con la mano cuando escuchemos la canción hasta mañana</li> </ol> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p> <p>Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:</p>			
--	--	---	--	--	--

<b>SESIÓN #14</b>					
<b>ÁREA</b>	<b>DESTREZA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>PARAMETROS</b>
Social	Señalar con el dedo índice lo que desea	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <p>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</p> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción</li> <li>- Cuento de la familia</li> <li>- Tina</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>VIAS DE LOGRO</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>NO LOGRADO</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una pintura con el dedo índice</li> <li>2. Cantar la canción de los “miembros de la familia” elevando cada dedito identificado como un miembro</li> <li>3. Leer el cuento de los miembros de la familia pidiendo que señale donde esta cada miembro, utilizando el dedo índice</li> <li>4. Hundir las fichas en el agua con el dedo índice.</li> </ol> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agua</li> <li>- Pintura</li> <li>- Cartulina</li> </ul>		
--	--	---	--	--	--

Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:

**SESIÓN #15**

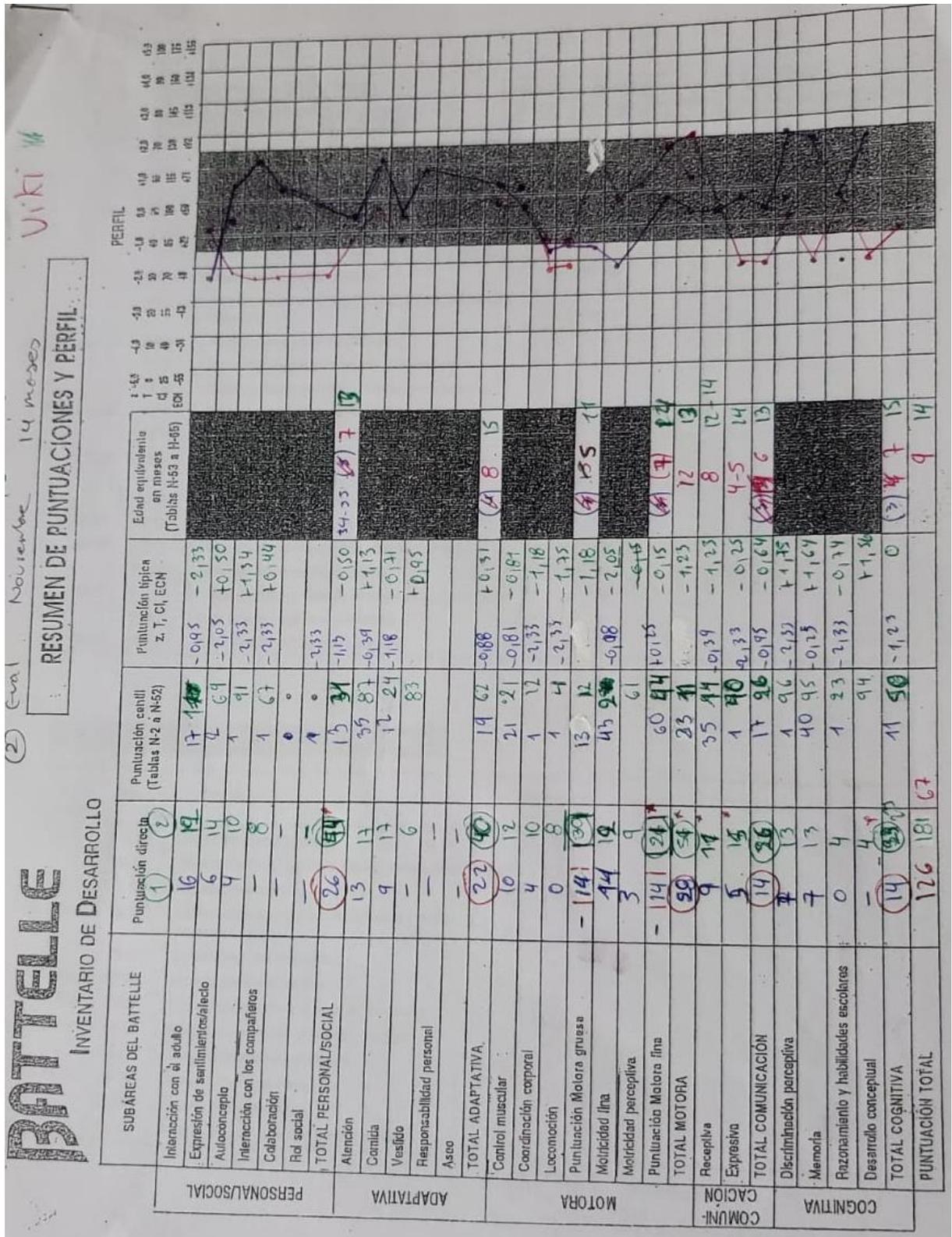
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSO	EVALUACIÓN	PARAMETROS
Autoayuda	Tomar alimentos sólidos del plato y llevárselos a la boca.	<p><b><u>FASE 1: revisar los objetivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de los objetivos para iniciar la sesión</li> </ul> <p><b><u>FASE 2: conducir la sesión</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cantar “si las gotas de lluvia” para iniciar abriendo la boca</li> <li>2. Jugar en el rincón de la cocina donde estará en contacto con los alimentos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción</li> <li>- Juguetes de cocina</li> <li>- Tina</li> <li>- Fideos cocinados</li> <li>- Pintura vegetal</li> <li>- Alimentos cotidianos</li> </ul>	¿Se mantuvo en posición de cuatro puntos?	<p>LOGRADO</p> <input data-bbox="1899 667 1966 719" type="checkbox"/> <p>VIAS DE LOGRO</p> <input data-bbox="1899 767 1966 820" type="checkbox"/> <p>NO LOGRADO</p> <input data-bbox="1899 874 1966 927" type="checkbox"/>

		<p>3. Colocarle en una tina con varios fideos de colores para hacer un baño sensorial, donde tendrá que agarrar los fideos y llevarlos a la boca</p> <p>4. Sentarle en la mesa con todos los miembros de la familia, proporcionarle sus alimentos en un plato independiente, dejar que vea como los demás comen, dejar que intente manipulando los alimentos, hasta que se lleve a la boca.</p> <p><b><u>FASE 3: realizar un repaso y ronda de preguntas</u></b></p> <p>Resolver dudas generadas durante la sesión</p> <p><b><u>FASE 4: cierre de la sesión</u></b></p> <p>Hacer un breve resumen de la sesión y plantear los objetivos de la siguiente sesión.</p>	<p>con cortes</p> <p>BLW</p>		
--	--	---	------------------------------	--	--

		Las actividades vistas en la sesión tendrán que ser repasada por los papás en casa para reforzar el objetivo planteado:			
--	--	---	--	--	--

Anexo 5

EVALUACIÓN DEL INVENTARIO DE DESARROLLO BATTELLE





## EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL**

( pag 13  
página 14 → igual )

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (página 70)**

**SEÑALES DE ALERTA (página 39)**

**1. ¿Hace esfuerzos por desplazarse o gatea?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
**2. ¿Tiene interés por mirar o tocar objetos de su entorno?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
3. ¿Juega con sus juguetes?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
4. ¿Considera que el desarrollo de su niño(a) es inadecuado?	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO

*Verde*

**ÁREAS DEL DESARROLLO (página 40)**

•CALIFIQUE por ÁREA DE DESARROLLO EL GRUPO DE EDAD, de acuerdo a los siguientes criterios: 2 respuestas acreditadas: *Verde*, 1 o ninguna respuesta acreditada: *Amarillo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

•Si el niño(a) es calificado en su GRUPO DE EDAD como *Amarillo* con ninguna respuesta acreditada, se le aplican las preguntas del GRUPO DE EDAD ANTERIOR (07-09 meses). Si el niño(a) acredita 2 preguntas: *Amarillo*; si acredita 1 o ninguna: *Rojo*. El resultado deberá reflejarse en color, no en cifras.

**10-12 Área de Desarrollo: Motriz Gruesa**

*amarillo verde verde*

**1. Cuando su bebé se desplaza de un lado a otro, ¿utiliza sus manos y rodillas?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
**2. ¿Puede su niño(a) caminar agarrado(a) de los muebles?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses

**07-09 1. Al sentar a su bebé en el suelo, ¿se apoya en sus manos?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
**07-09 2. Cuando su bebé quiere ir de un lado a otro, ¿se arrastra sobre el estómago y puede voltearse estando boca arriba a quedar boca abajo?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**10-12 Área de Desarrollo: Motriz Fina**

*amarillo verde verde*

**1. ¿Puede sujetar un objeto pequeño con los dedos y mantenerlo en el centro de la mano?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Sabe aplaudir?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses

**07-09 1. Cuando quiere agarrar las cosas, ¿utiliza sus dedos como si fuera rastrillo?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
07-09 2. ¿Le gusta golpear objetos contra la mesa o el suelo?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*Verde*

13 MESES DE NACIDO HASTA UN DÍA ANTES DE CUMPLIR LOS TRECE MESES DE EDAD (pág. 9)

# EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

7

## 10-12 Área de Desarrollo: Lenguaje

**1. Cuando su niño(a) está jugando en una actividad que lo tiene entretenido(a) y usted le dice "no" "no", ¿deja de hacerla?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Dice papá o mamá?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses						
07-09 1. ¿Puede hacer dos sonidos iguales como "ba-ba", "da-da", "ta-ta"?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07-09 2. ¿Hace gestos para decir lo que quiere?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10-12 Área de Desarrollo: Social

1. ¿Empieza ya a comer por sí solo(a) con los dedos?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Cuando lo(a) viste, ¿puede ayudarlo terminando de meter el brazo por la manga?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si respondió NO en DOS preguntas, realice el siguiente cuestionario del Grupo de EDAD de 07-09 Meses						
07-09 1. Cuando está con otras personas conocidas, ¿reacciona ante sus expresiones y parece contento(a)?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07-09 2. Cuando le da de beber líquidos, ¿le ayuda a detener el biberón o la taza?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA (página 70)

## SEÑALES DE ALARMA (página 41)

**1. ¿Puede mantenerse sentado(a) sin apoyo?	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Hace esfuerzos por comunicarse, ya sea balbuceando o con gestos? Por ejemplo: señalar lo que desea, mover la mano para saludar, hacer señas, jalar para llamar la atención.	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CALIFICACIÓN: Grupo C (página 13)

