



Universidad del Azuay

Departamento de Posgrados

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

**TELE-INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN
TEMPRANA EN UNA NIÑA CON SÍNDROME DE
DOWN**

Autora:

Nohemi Verónica Quito Naula

Directora:

Ph.D Ximena Monserrath Vélez Calvo

Codirectora:

Mgst. Carolina Seade

Cuenca- Ecuador

2022

DEDICATORIA

A mis padres Mariano y Damiana por su apoyo incondicional mi éxito se las dedico a
ustedes con todo mi amor y gratitud infinita.

A mis hermanos y hermanas por sus palabras de aliento en momentos duros de la vida
que nos tocó vivir en este proceso de formación. A mi ángel J.Q sé que fui un orgullo
para ti y que este triunfo lo celebras conmigo desde el cielo.

A mi hija a pesar de que aún no te conozco y te llevo dentro de mí, llegaste en el
momento perfecto de mi vida; eres y serás mi motor e inspiración para triunfar en la
vida. Te amo mi amor este triunfo te lo dedica mami.

AGRADECIMIENTO

A mi Dios por la salud y sabiduría que me ha bendecido y poder estar culminando otra meta más en mi vida.

A mis padres Mariano y Damiana por su apoyo incondicional, que Dios me de mucha salud y vida para recompensarlos, los amo.

A la Universidad del Azuay y docentes quienes nos enriquecieron con sus valiosos conocimientos y experiencias.

A mi directora y codirectora del proyecto de titulación Ph.D Ximena Monserrath Vélez Calvo y Mgst. Carolina Seade por su apoyo y guía incondicional.

De manera especial a la familia que participo en este estudio, infinitas gracias por su acogida y excelente participación.

RESUMEN

La aplicación de la tele-intervención engloba múltiples beneficios, sus prioritarios son atender las necesidades tanto del niño como de la familia. El objetivo de este estudio fue realizar una tele-intervención en Atención temprana en una niña con Síndrome de Down. El proceso de intervención estuvo enfocado en el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner. Los resultados exponen que después de la intervención se logró un avance significativo en las áreas motriz fina, motricidad gruesa y autoayuda. Este estudio muestra el valor de la tele intervención como una estrategia terapéutica para niños que por diversas razones no pueden estar cerca de los terapeutas.

Palabras clave: atención temprana, desarrollo infantil, síndrome de Down, tele-intervención.

ABSTRACT

The application of teleintervention encompasses multiple benefits. Its priorities are to meet the needs of both the child and the family. The objective of this study was to carry out a teleintervention in Early Care in a girl with Down Syndrome. The intervention process was focused on Bronfenbrenner's Ecological Model of Human Development. The results show that, after the intervention, a significant advance was achieved in the fine motor skills, gross motor skills, and self-help areas. This study shows the value of teleintervention as a therapeutic strategy for children who, for various reasons, cannot be close to therapists.

Keywords: early care, child development, Down Syndrome, teleintervention.

Translated by:



Nohemi Verónica Quito Naula



ÍNDICE

Índice de contenido

1	CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	8
1.1	MARCO TEÓRICO.....	8
1.1.1	Desarrollo Infantil.....	8
1.1.2	Atención Temprana.....	8
1.1.3	Modelo ecológico de desarrollo humano.....	9
1.1.4	Síndrome de Down.....	11
1.1.5	Tele-intervención.....	14
1.2	ESTADO DEL ARTE.....	15
2	CAPÍTULO II: TRABAJO EMPÍRICO.....	17
2.1	Objetivos.....	17
2.2	Tipo de estudio.....	17
2.3	Descripción del caso.....	18
2.4	Procedimiento.....	19
2.5	Instrumentos.....	22
3	CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	25
3.1	Resultados de la fase I y III: Evaluación y reevaluación del desarrollo.....	25
3.2	Resultados de la fase II: Planificación y ejecución el programa de intervención.....	32
3.3	Resultados de la fase IV: Evaluación del programa de tele intervención.....	35
4	CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	36
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	40
6	ANEXOS.....	48

Índice de tablas

Tabla 1.	Resultados de los Factores de riesgo biológico del test EDI	25
Tabla 2.	Resultados de la Exploración neurológica del test EDI.....	26
Tabla 3.	Resultados de las Señales de alerta del test EDI.....	26
Tabla 4.	Resultados de las Señales de alarma del test EDI.....	27
Tabla 5.	Resultados de la evaluación inicial del desarrollo según el test EDI.....	27
Tabla 6.	Resultados de la reevaluación del desarrollo según el test EDI	28
Tabla 7.	Planificaciones aplicadas en la tele-intervención	33

Índice de figuras

Figura 1.	Perfil de evaluación inicial: Escala observacional de desarrollo	29
Figura 2.	Perfil de reevaluación: Escala observacional del desarrollo.....	30
Figura 3.	Perfil de la evaluación inicial del Cuestionario de Edades y Etapas	31
Figura 4.	Perfil de la reevaluación del Cuestionario de Edades y Etapas	32
Figura 5.	Perfil de la Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana.....	35

Índice de anexos

Anexo 1.	Historia clínica.....	48
Anexo 2.	Elaboración y distribución de las sesiones	50
Anexo 3.	Planificaciones.....	51
Anexo 4.	Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana ...	69

1 CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Desarrollo Infantil

El desarrollo infantil es un proceso dinámico que se sustenta en su base biológica, psicológica y social (Martínez, 2014). Los primeros años de vida constituyen una etapa importante en el desarrollo del niño, se configuran las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con su entorno social (Ponce-Meza, 2017). Este proceso es considerado como una parte fundamental del desarrollo humano, pues desde el periodo prenatal, y durante los primeros años se forma la arquitectura del cerebro, a partir de la interacción entre la herencia genética y las influencias del entorno en el que vive el niño (Medina Alva et al., 2015).

El desarrollo infantil debe estar en constante seguimiento, de manera regular y periódica (García y Martínez, 2016). La detección temprana de signos de alarma que señalen alteraciones en la evolución neurotípica tiene repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada ser humano y de la sociedad en su conjunto (Comité de Crecimiento y Desarrollo, 2017). Por ello, es importante realizar las evaluaciones del desarrollo infantil periódicamente e identificar las necesidades que presente para intervenir oportunamente (Medina Alva et al., 2015).

1.1.2 Atención Temprana

La atención temprana es el conjunto de intervenciones a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, cuyo objetivo es dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención [GAT], 2005). Las intervenciones deben considerar la globalidad del niño y ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Ponce-Meza, 2017).

La Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT (2005) propone tres niveles de actuación en atención infantil temprana: la promoción y prevención primaria dirigida a la población infantil en general; la prevención secundaria, formando parte de los programas sanitarios, educativos y sociales dirigidos a los niños de riesgo, y la prevención terciaria, interviniendo con niños con trastornos del desarrollo y su familia. Si nos centramos en la atención temprana de una población con síndrome de Down (SD) estos deben ser atendidos desde la prevención terciaria y se debe iniciar la intervención educativa desde el momento del nacimiento o desde el momento en que se detecta el déficit (Robles- Bello, 2016).

La estrategia de la atención temprana es aprovechar las edades tempranas para activar, impulsar y optimizar estructuras y procesos neuroconductuales que permanecerían sin desarrollarse debido a efectos genéticos adversos en la génesis neuroconductual (Robles- Bello y Sánchez- Teruel, 2013). En el caso del SD con un diagnóstico temprano, es aconsejable iniciar la atención durante las semanas posteriores al nacimiento para poder reducir al máximo los retrasos en los aspectos socio personal, físico y cognitivo del desarrollo. La ontogénesis es altamente acumulativa, es decir que las adquisiciones más tempranas sirven como base para el posterior desarrollo. Cuanto antes se fijan las estructuras básicas, mejor será el pronóstico de un progreso y mayor será la probabilidad de que se alcancen los últimos niveles de desarrollo que permite este estado. Es importante mencionar también la plasticidad cerebral que es mayor durante los primeros años de vida y esto también se aplica a los niños con discapacidad intelectual, que serán de gran ayuda para un mejor pronóstico en su desarrollo si se interviene de forma oportuna (Perera, 2011).

1.1.3 Modelo ecológico de desarrollo humano

El modelo ecológico del desarrollo humano, fue propuesto por Bronfenbrenner (1999) en donde su principal aportación consiste en clarificar la importancia del contexto y el papel de la percepción de la realidad en la salud. En la teoría se describe que los ambientes ecológicos son un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, lo cual influye sobre el desarrollo del niño, su percepción, su acción y su conducta por las interacciones en las que tiene lugar con el entorno (Taveira et al., 2017).

Los niveles del modelo ecológico son: a) Microsistema: es el ambiente inmediato del niño desde un punto de vista físico, social y psicológico en el que aprende sobre el mundo. b)

Mesosistema: Comprende las relaciones entre dos o más entornos en los que la persona participa activamente y se representan interacciones sociales entre miembros de diferentes microsistemas del niño. c) Exosistema: Se trata del sistema psicológico a partir del cual las personas siguen conectadas, sin necesidad de encontrarse físicamente. d) Macrosistema: lo conforman la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. e) Cronosistema: se centra en el paso del tiempo a lo largo del curso de la vida y entre generaciones (Bravo-Andrade et al., 2018; Bronfenbrenner, 1999).

Es importante comprender como se relaciona el contexto desde un modelo ecológico a los procesos de maduración, desarrollo, enseñanza, aprendizaje del niño, y cómo se utiliza este conocimiento para proponer y elaborar estrategias de evaluación e intervención que manifiesten las características intrínsecas del niño y también los elementos externos (la escuela, profesionales, contexto socio-cultural). La finalidad es dar a conocer otras formas de ver al sujeto de forma integral con la intención de contribuir a su formación como ser humano con aprendizajes significativos y aplicables a la vida cotidiana (Giraldo et al., 2016).

La intervención con la familia constituye también un modelo ecológico de intervención basado en la necesidad de conseguir que los padres potencien la percepción de auto competencia, que las familias sean cada vez más oportunos enriqueciendo adecuadamente el ambiente en el que se desarrollan los niños, condiciones ambientales, adecuando estímulos, evitando riesgos y desarrollando un adecuado clima emocional (Mayorga-Fernández et al., 2015).

Las características fundamentales del modelo ecológico centrado en la familia son las siguientes:

- a) La familia es considerada como una unidad de apoyo y la intervención no se centra únicamente en el niño y su madre.
- b) La familia puede expresar sus necesidades y preferencias con respecto a temas que tienen que ver con la familia y su niño. La familia tiene un papel activo en la selección de los objetivos a trabajar y en la forma de abordarlos y evaluarlos. El rol de los profesionales en este proceso debe ser el de guía.

- c) Énfasis en las fortalezas familiares y contextuales en donde se desconocen los enfoques patológicos o limitaciones y tiene mayor relevancia las acciones dirigidas a promover competencias y posibilidades del entorno familiar (Dalmau et al., 2017).

El trabajar con el modelo ecológico de atención temprana centrado en la familia requiere que los profesionales fortalezcan la colaboración, participación, diálogo y sentido de competencia de los padres durante los procesos de intervención (Andreucci-Annunziata et al., 2019). Los profesionales promoverán lazos de confianza que permitan reconocer las características del entorno natural del niño, visualizar las necesidades e identificar las expectativas de los padres con respecto al desarrollo y progreso de sus hijos. Estas prácticas se constituyen en elementos claves para el proceso de negociación entre familias y profesionales (Tapia et al., 2017).

Los programas de Atención Temprana que incluyan a las familias en su diseño e implementación aportan importantes beneficios a sus hijos, evidenciándose los efectos tanto a corto como a mediano y largo plazo (Giraldo et al., 2016). Los efectos positivos en los niños y la familia son (Andreucci-Annunziata et al., 2019):

- 1) Mejora en la salud, desarrollo físico y psicomotor.
- 2) Logros cognitivos, socioemocionales y educacionales.
- 3) Mejorías en la relación padre-hijo, en la sensibilidad y competencia parental.
- 4) Disminución en problemáticas de salud mental.
- 5) Los representantes tienen un mayor protagonismo en la toma de decisiones e involucramiento paulatino en el avance del desarrollo y aprendizaje de sus hijos e hijas.

1.1.4 Síndrome de Down

El SD es la alteración cromosómica más frecuente y la causa principal de discapacidad intelectual (Díaz-Cuéllar et al., 2016). En un 95% son el resultado de una Trisomía 21, en la que todas las células tienen 46 cromosomas, con un cromosoma de más en el par 21 (Lizama et al., 2013). Mientras que, en el 3-4% aparece como resultado de una translocación del cromosoma 21 con otro cromosoma, generalmente el 14 (siendo $\frac{1}{4}$ parte de origen familiar). Trisomía 21, mosaicismo normal en el 1-3%, en que hay una proporción variable de células trisómicas, mientras que son normales las restantes (Fernández Morales, 2017; Pérez, 2014).

Este trastorno cromosómico afecta el desarrollo de las habilidades motoras, cognitivas, del lenguaje, de autocuidado y de socialización de una persona (Barrera y Castaño, 2017). Sin embargo el área más fuerte en la que el niño con SD evoluciona rápidamente es el social, mientras que, el progreso motor y el aprendizaje del lenguaje se retrasan más (Lirio y García, 2014) El coeficiente intelectual promedio en pacientes con SD es de 35 a 70 puntos (Díaz-Cuéllar et al., 2016).

Los síntomas de las personas que tiene SD varían y pueden ir de leves a graves (Cala Hernández, 2013). Sin importar la gravedad del trastorno, las personas con SD tienen una apariencia reconocida. Los signos físicos comunes incluyen (Pérez, 2014):

- Rostro aplanado
- Cabeza pequeña
- Cuello corto
- Lengua protuberante
- Párpados inclinados hacia arriba (fisuras palpebrales)
- Orejas pequeñas o de una forma inusual
- Tono muscular disminuido
- Manos anchas y cortas que presentan un solo pliegue en la palma
- Dedos de las manos relativamente cortos, manos y pies pequeños
- Flexibilidad exagerada
- Manchas blancas en el iris del ojo denominadas manchas de Brushfield
- Estatura baja

El desarrollo físico es a menudo más lento en comparación a la población regular (Morales, 2016). La mayoría de los niños que tienen SD no logran alcanzar la estatura adulta promedio (Rubio González et al., 2018). Los problemas comunes pueden incluir: comportamiento impulsivo, deficiencia en la capacidad de discernimiento, período de atención corto, aprendizaje lento, entre otros (Villalva-Sánchez et al., 2019).

Los factores que aumentan la probabilidad de padecer SD incluyen (Reyes et al., 2018):

- Genética: si alguno de los padres es portador de SD por translocación, presenta un riesgo mayor.

- Edad: existe mayor probabilidad de tener un hijo con SD después de que la mujer cumple los 35 años.
- Sexo: nacen más niños que niñas con SD.

El desarrollo infantil es característico en la población con SD y a continuación se describe detalladamente los hitos de desarrollo correspondientes a cada área:

Comunicación: presentan retraso en el desarrollo del lenguaje con una disociación entre las habilidades receptivas y las expresivas, teniendo mayor dificultad en la comunicación expresiva, llegando incluso a la ausencia de palabras (Linn et al., 2019). La actividad lingüística en los niños con SD tienen un patrón de ejecución similar al de las personas con desarrollo típico; sin embargo, a medida que las funciones intelectuales son más complejas, el retraso va aumentando progresivamente (Gómez et al., 2013).

Cognición: Respecto a la cognición, tienen mayor capacidad de procesamiento y recuerdo de la información visual, que de la información verbal (Lirio y García, 2014). El bajo funcionamiento cognitivo se asocia con déficits en el comportamiento adaptativo y funcional. Parte del conocimiento sobre las habilidades cognitivas en el SD se basa en comparaciones entre tareas verbales y no verbales (Mecca et al., 2015).

Motor: los niños con SD por su condición genética presentan un retraso en el alcance de los ítems motores, tanto de motricidad gruesa como de motricidad fina (Aníbal et al., 2017). El retraso en el desarrollo neuropsicomotor está relacionado con el bajo tono muscular, el control postural y el equilibrio (Knychala et al., 2018).

Diversos estudios con casos y controles han observado que los programas de intervención temprana mejoran el desarrollo global, los trastornos del comportamiento alimentario, el lenguaje, la integración social y la adaptación entre padres e hijos (Lirio y García, 2014). En los niños con SD, la Atención Temprana se ha establecido como una de las principales estrategias que buscan potenciar su desarrollo, reducir problemas psicomotores específicos inherentes a su condición y así mejorar la calidad de vida (Reyes et al., 2018). No sólo es relevante el que exista o no una intervención específica, si no que el sólo hecho de iniciar estrategias de estimulación de forma precoz, antes de los dos meses de vida permitirán un mayor beneficio en estas áreas del desarrollo y su efecto podría mantenerse los primeros seis años de vida (Fredes et al., 2021).

1.1.5 Tele-intervención

La Tele-intervención es una modalidad para realizar sesiones de Atención Temprana por diversos profesionales de la salud y educación, en donde se utiliza las tecnologías de la comunicación (García et al., 2021). Las sesiones virtuales están organizadas con los principios de la Atención Temprana que guían las prácticas de los profesionales, realizadas tanto en centros como en contextos naturales (McCarthy et al., 2021). En Atención Temprana las sesiones sirven para apoyar a la familia, también a otras personas vinculadas al niño y así puedan favorecer su desarrollo (Behl et al., 2017).

La Tele- Intervención promueve los siete principios clave de la Atención Temprana (Plena Inclusión, 2020):

1. Los niños aprenden por medio de las experiencias diarias e interaccionando con sus cuidadores principales en sus contextos habituales.
2. La familia pueden colaborar con el desarrollo y aprendizaje de sus hijos.
3. El rol del profesional es trabajar con los cuidadores principales y apoyarles en las rutinas con sus niños.
4. La intervención debe ser individualizado e identificar las preferencias, estilos de aprendizaje y creencias culturales, del niño y la familia.
5. Los objetivos deben ser funcionales, basados en las necesidades y prioridades del niño y la familia.
6. Las intervenciones están basadas en principios y prácticas validadas y basadas en la evidencia científica.

Los beneficios que se obtienen con la aplicación de la tele terapia son diversos, entre ellos se puede mencionar que: promueve las prácticas recomendadas, mayores beneficios en los resultados del desarrollo funcional de los niños, aumenta el uso de las prácticas centradas en la familia, intensifica la participación de otros miembros de la familia, ofrece oportunidades para la participación de otros profesionales, disminuye las dificultades del desplazamiento a las consultas o sesiones (Behl et al., 2017; Plena Inclusión, 2020).

1.2 ESTADO DEL ARTE

En Colombia se realizó un estudio titulado “Intervención neuropsicológica en un caso de retardo mental asociado a síndrome de Down” el estudio se basó en una valoración previa a la intervención, la intervención fue con la modalidad presencial con una duración de 45 minutos dos veces por semana con un total de 14 sesiones de siete semanas, una valoración posterior y un análisis comparativo. Los resultados en la valoración pos intervención muestran que, en el corto tiempo de intervención, la niña ha tenido una evolución favorable (Martínez y Cuesta, 2014).

Un estudio realizado en España titulado “La educación psicomotriz en su contribución al desarrollo del lenguaje en niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo” cuya población de estudio fue una niña y dos niños en edades comprendidas entre cuatro y cinco años, que se encuentran en la etapa de educación infantil y presentan necesidades educativas específicas de apoyo educativo. Se aplicó el test antes y después de la intervención; y que tuvo una duración de 10 semanas con 20 sesiones de forma presencial. Los resultados dieron efectos positivos tanto en la mejora del lenguaje comprensivo y expresivo como en la motricidad fina y gruesa (Rodríguez et al., 2017).

En Estados Unidos se realizó un estudio para determinar la efectividad de la telepráctica como un método para brindar servicios de intervención temprana a familias de bebés y niños sordos o con problemas de audición. Se realizó una comparación para determinar los resultados del niño, la familia y el proveedor a través de la telepráctica en comparación con las visitas domiciliarias tradicionales en modalidad presencial. Se realizó un periodo de intervención de seis meses en donde participaron un total de 48 niños y sus familias, con 15 proveedores de cinco programas de intervención temprana en todo el país. Los resultados demostraron que los niños del grupo de telepráctica obtuvieron puntajes estadísticamente significativos más altos que los niños del grupo presencial en la subescala de lenguaje receptivo y en las puntuaciones estándar de lenguaje total. Los niños del grupo de telepráctica recibieron más intervención y No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a los resultados familiares de apoyo, conocimiento y participación comunitaria (Behl et al., 2017).

Otro estudio realizado en España, evaluó el perfil cognitivo/psicolingüístico y el nivel de lectoescritura de un niño de cinco años con SD en comparación con un niño de desarrollo típico.

Además, realizaron un Programa de Lectoescritura con el niño SD. Los resultados evidencian cómo existe una diferencia a nivel cognitivo/lingüístico entre ambos participantes, sin embargo, estas diferencias son menores en el nivel de lectura y escritura alcanzado tras un programa de Atención Temprana (Bello et al., 2018).

La investigación realizada en Estados Unidos muestra que la telesalud puede ser un modelo eficaz para atender a las familias en la Intervención temprana, incluidas las familias de niños con diversas afecciones del neurodesarrollo, trastornos del espectro autista y el síndrome del X frágil. El estudio se basó en realizar servicios de Intervención temprana de telesalud al inicio de la pandemia en donde participaron 17 familias con niños del rango de edad de 6 y 34 meses. Los profesionales administraron evaluaciones al inicio y después de las nueve semanas de intervención. Los resultados mostraron significantes mejoras en la satisfacción de los padres, el desempeño del niño y el logro de metas (todos $p < .01$) (Kronberg et al., 2021).

Los hallazgos de este estudio realizado en Italia, titulado “Cierre de los servicios de rehabilitación durante la emergencia COVID-19: la respuesta de salud mental de los cuidadores de niños con discapacidades del desarrollo neurológico” se basó en la aplicación de una encuesta en línea para medir su respuesta psicológica a la emergencia y el encierro, así como sus niveles de estrés, ansiedad y depresión de los padres. En este estudio participaron 86 cuidadores. Los resultados que se obtuvieron fueron que las preocupaciones sobre el contagio de COVID-19 y las preocupaciones por el niño que se quedó sin programas de rehabilitación fueron las mayores fuentes de carga de salud mental para los cuidadores. No obstante, solo las preocupaciones por el niño se asociaron significativamente con los informes de estrés, síntomas depresivos y ansiosos de los cuidadores (Grumi et al., 2021).

2 CAPÍTULO II: TRABAJO EMPÍRICO

2.1 Objetivos

2.1.1. Objetivo general:

Realizar una tele-intervención en atención temprana en una niña con Síndrome de Down.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Evaluar el desarrollo infantil del caso de estudio y determinar sus necesidades de intervención.
- Diseñar y ejecutar un programa de intervención temprana mediante modalidad virtual atendiendo las necesidades del estudio de caso.
- Analizar los resultados de la intervención, en la modalidad virtual, del estudio de caso.
Evaluar la tele intervención realizada en el estudio de caso.

2.2 Tipo de estudio

El presente proyecto se desarrolló mediante un estudio de caso, el cual se considera una investigación con origen en la investigación médica, psicológica y educativa, que se enfoca en un caso en específico de una sola persona o grupo de personas (Carazo, 2006). Actualmente se sigue utilizando en las ciencias sociales como método de evaluación cualitativa, algunos autores enmarcan al estudio de caso dentro del paradigma mixto, puesto que fusiona tanto una metodología cuantitativa y cualitativa (Chaverra-Fernández et al., 2019). En relación al enfoque cuantitativo se denomina así porque los fenómenos estudiados se pueden medir con la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de los datos recogidos (Flores y Anselmo, 2019). El enfoque cualitativo hace referencia a que es un proceso metodológico que utiliza como herramientas a las palabras, textos, discursos, dibujo, gráfico e imágenes (datos cualitativos) para comprender la vida social por medio de significados, desde una visión holística (Bejarano, 2016).

Además, la investigación se enmarca dentro de un estudio longitudinal que implica la existencia de medidas repetidas a lo largo de un seguimiento, que permite inferencias a nivel

individual y analizar cambios en diferentes variables (exposiciones y efectos) y transiciones entre diferentes estados de salud (Rodríguez, 2004). Finalmente, el alcance de la investigación será descriptivo, debido a que los datos permiten la descripción de algún fenómeno en una o más poblaciones (Saldaña y Godos, 2019).

En relación a los criterios de inclusión se consideró que el caso sea menor de cinco años de edad, tenga un diagnóstico de SD, que la familia contara con acceso a servicio de internet, maneje la plataforma zoom y cuenten con disponibilidad de tiempo de 45 minutos dos veces por semana por un periodo de siete semanas.

2.3 Descripción del caso

Historia del caso

La niña tiene 3 años 8 meses. Su diagnóstico es SD sin ningún problema adicional de salud. En relación a los antecedentes prenatales, perinatales y postnatales: la madre fue primigesta a los 16 años de edad y la niña nació a los 8 meses, cuyo peso fue 3138gr., longitud de 48cm, perímetro cefálico de 31cm y el Apgar de 8´ 9´. La madre manifiesta que en el transcurso de su embarazo todo estaba aparentemente normal y que se enteró que su niña tenía SD al momento del nacimiento, asegura que en su árbol genealógico no presenta familiares con SD. El proceso de desarrollo de la niña se ha caracterizado por ser lento en la adquisición de destrezas. El control cefálico presentó a los 6 meses, gateo a los 11 meses, marcha a los 14 meses, primeras palabras a los 18 meses. La alimentación fue en base a leche de fórmula hasta los 5 meses; y posteriormente se inició la alimentación complementaria.

En relación al desarrollo de la niña, actualmente no controla esfínteres, presenta un vocabulario de 10 palabras, juega con otros niños, sube y baja escaleras, garabatea, realiza líneas verticales, se alimenta sola, corre.

Ámbito familiar socio-emocional y emocional-adaptativo

La niña pertenece a una familia nuclear conformada por padre y madre, siendo la niña la única hija. La madre tiene 21 años de edad, presenta un nivel de escolaridad bachiller, es ama de

casa, es la responsable del cuidado y educación de la niña. Presentan una relación muy estrecha debido a que pasa la mayor parte del tiempo con la niña. El padre tiene 23 años, con una escolaridad bachiller y trabaja de chofer. Los padres tienen una relación muy afectuosa y cuidan de la niña, también tienen una relación de apego con los primos con quien se relaciona y comparte momentos de recreación.

Ámbito escolar y terapéutico

La niña inicio su escolarización a los 3 años de edad, en una escuela regular fiscal, actualmente se encuentra en el nivel Inicial I en donde recibe sus clases en modalidad virtual, también asiste a sesiones de terapia de lenguaje de forma grupal por medio de la plataforma Zoom. Las sesiones de intervención se realizaron desde los 3 meses en terapias de Estimulación Temprana y posteriormente inició con las terapias de Lenguaje de forma grupal. La madre manifiesta que la niña realiza las actividades establecidas y es participativa en las actividades que les encomienda.

2.4 Procedimiento

La elaboración del presente proyecto se analizó y ejecutó considerando la atención a las necesidades de la población con SD, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. El procedimiento para realizar este trabajo fue por medio de cuatro fases, las cuales son explicadas a continuación:

a. Fase I: Reclutamiento y primera evaluación del desarrollo infantil:

La niña fue reclutada por medio de una consulta privada en donde se le invitó a participar en el estudio, se le comentó el procedimiento a realizar y se procedió a la entrega el consentimiento informado a la representante legal con la finalidad de solicitar la autorización para la participación de la niña en este proyecto de investigación. Posteriormente se completó la historia clínica con los datos más relevantes acerca de la niña, en donde se determinó los antecedentes prenatales, perinatales y posnatales (Anexo 1). Seguido de esto, se realizó la evaluación del desarrollo con la finalidad de determinar las principales necesidades de intervención. Para ello se aplicó:

- Escala observacional del desarrollo (EOD).
- Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ).

- Evaluación del desarrollo infantil (EDI).

La aplicación de las herramientas de evaluación EOD Y ASQ fueron aplicadas por el cuidador y la herramienta EDI fue aplicada por el profesional por medio de una entrevista virtual.

b. Fase II: Planificación y ejecución el programa de intervención en Atención temprana a la niña con SD por medio de la plataforma Zoom

Se elaboró el plan de intervención, para el cual nos basamos en el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1999) mismo que manifiesta la importancia de identificar los contextos que afectan el desarrollo infantil, contempla el desenvolvimiento humano en forma ampliada, centrándose en las interacciones mutuas entre el niño y su medio ambiente.

En este punto es necesario mencionar que antes de iniciar con este proyecto, la investigadora principal realizó una formación en “Tele-intervención en atención temprana” de la Confederación española Plena Inclusión, en una modalidad virtual (Plena Inclusión, 2020).

Para el plan de intervención se tomó como referencia los parámetros utilizados en la capacitación, en donde se enfatiza que la tele intervención presenta cuatro fases para su ejecución que deben ser imprescindibles: revisión de objetivos y estrategias, conducción de la sesión, turno de preguntas y cierre.

Plena Inclusión (2020) propone que para realizar la tele-intervención es necesario tener en cuenta las recomendaciones sobre la preparación de la tecnología y el entorno familiar que se mencionan a continuación:

Preparación del entorno:

1. Elegir una habitación óptima en el hogar según la actividad planificada para la sesión.
2. Asegurar de que no haya reflejos de ventanas o puertas abiertas.
3. Tener disponibles los materiales acordados con el profesional para la sesión
4. Retirar artículos o juguetes que puedan distraer.
5. Silenciar los teléfonos que pueden interrumpir y apagar todos los aparatos tecnológicos que generen distracción.
6. Asegurar de que el niño esté cómodo: limpio el pañal y que se desocupe del baño.
7. Alimentar al niño antes de la sesión.

8. Identificar la hora exacta en que comenzará y terminará la sesión.

Preparación del equipo y conexión:

En relación a este punto las recomendaciones son: que antes de iniciar con la tele-intervención se tiene que asegurar de que se tenga una buena conexión a internet, también es necesario que la cámara y el micrófono estén conectados y funcionando correctamente (Plena Inclusión, 2020).

En base a estos principios y fases se llevó a cabo la tele intervención el mismo que tuvo una duración de 45 minutos dos veces por semana con un total de 14 sesiones de intervención en 7 semanas en base a un estudio de caso realizado en España (Martínez y Cuesta, 2014).

La planificación de las sesiones se realizó de acuerdo a las necesidades que presente la niña y tomando en cuenta todas las recomendaciones, pasos y principios que nos ofrece Plena Inclusión (2020) (Anexo 2). La matriz de la planificación (Anexo 3), de cada sesión consta de los siguientes elementos (Educación, 2014):

- a) Área: hace referencia a lo que se va a trabajar en el desarrollo del niño, ya sea en el área motriz grueso, motriz fino, social, lenguaje, autoayuda o cognitivo.
- b) Destreza: Se refiere a lo que se quiere lograr con el niño durante la intervención.
- c) Actividades: enlista los pasos a realizar en la sesión con el niño, el mismo que incluye: 1) revisión de objetivos y estrategias, 2) conducir la sesión, 3) turno de preguntas y 4) cierre.
- d) Recursos: son todos los elementos materiales, técnicos y humanos necesarios para enriquecer una experiencia concreta.
- e) Evaluación y parámetros: se valora si el niño logró cumplir lo que el profesional se planteó en sesión de intervención, los parámetros son: logrado, vías de logro y no logrado.

c. Fase III: Segunda valoración del desarrollo infantil y análisis de los resultados de la intervención

En modalidad virtual en el estudio de caso de la niña con SD, se efectuó el pos test en donde la madre de familia fue la encargada de valorar el desarrollo de su niña después del período de intervención. Las baterías de evaluación utilizadas fueron: EOD Escala observacional del

desarrollo, Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ), Evaluación del desarrollo infantil (EDI). Posterior a la evaluación se realizó una calificación y análisis de los resultados obtenidos de la evaluación, en donde se identificaba los hitos de desarrollo alcanzados luego de la Teleintervención. Finalmente se presentó la información por medio de gráficos y tablas para una mejor comprensión del lector.

d. Fase IV: Análisis de la evaluación del programa de tele intervención.

Se aplicó un cuestionario ad hoc, el mismo que se basó en la búsqueda de referencias bibliográficas con el equipo de estudio al mismo que se tituló como “Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana” este cuestionario fue llenado semanalmente por los padres de la niña (Anexo 4).

2.5 Instrumentos

2.5.1 Instrumentos de la fase I y III:

Los instrumentos a utilizar en la fase I y II son los mismos, por lo tanto se describen de manera conjunta para mayor comprensión del lector, cabe mencionar que en la fase II no se utilizaron instrumentos para el estudio.

a. Evaluación del desarrollo infantil (EDI) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013):

La Evaluación del desarrollo infantil (EDI) es una herramienta de tamizaje para la detección temprana de los problemas del neurodesarrollo en menores de 5 años de edad, evalúa cinco áreas del desarrollo: motora gruesa, motora fina, lenguaje, conocimiento y desarrollo social. La evaluación se basa en dos partes que son las preguntas dirigidas al cuidador y la observación del niño examinando la conducta, cuya duración de aplicación varía entre 10 a 15 minutos. Los ejes de evaluación son los factores de riesgo biológico, señales de alerta, áreas del desarrollo, exploración neurológica y señales de alarma. Los resultados al finalizar la prueba determinan un desarrollo normal, rezago en el desarrollo o riesgo de retraso en el desarrollo, el calificación por medio de colores (verde, amarillo, rojo) y por diferentes grupos de edad: A: 1 mes, B: 2 meses a 4 meses y

C de 5 meses hasta un día antes de cumplir los 60 meses. La prueba EDI es validada en México, tiene una sensibilidad de 0.81 y una especificidad de 0.61.

b. Escala observacional de desarrollo EOD (Secadas, 2009)

La Escala observacional de desarrollo, es un cuestionario para padres validado y estandarizado en población infantil española de 0 a 6 años, que evalúa el nivel de desarrollo psicomotor alcanzado por el niño en comparación al desarrollo esperado para su edad. Se divide en ocho rasgos o áreas psicomotoras: afectividad, motricidad somática, senso-motricidad, motricidad manual, perceptividad-motriz, comunicación, conceptualización-pensamiento y normatividad. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 20 minutos. La escala tiene triple finalidad: es un instrumento diagnóstico del desarrollo infantil, describe los procesos y secuencias de las áreas de desarrollo y finalmente diseña una intervención. La puntuación obtenida en cada área psicomotora y en la escala global, permite determinar el porcentaje de desarrollo alcanzado por el niño en comparación al desarrollo esperado para su edad. Se considera retraso en un área cuando el niño no alcanza el 50% del desarrollo esperado y retraso psicomotor cuando el niño no alcanza un porcentaje de desarrollo global superior a dos DT por debajo del desarrollo medio.

c. Cuestionario de Edades y Etapas (*Ages and Stages Questionnaire; ASQ*, por sus siglas en inglés) (Squires y Bricker, 2009).

Cuestionario de Edades y Etapas (*Ages and Stages Questionnaire; ASQ*, por sus siglas en inglés) necesario para identificar a los niños que puedan estar bajo riesgo de tener retrasos en el desarrollo, el mismo que puede ser aplicado por los cuidadores en 10 a 15 minutos aproximadamente. Consiste en una serie de 21 cuestionarios para niños de 2 meses hasta los 5 años. Cada cuestionario contiene 5 dominios: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y relaciones interpersonales, de 6 preguntas cada una. Cada pregunta se responde con las alternativas “sí” (10 puntos), “a veces” (5 puntos) o “todavía no” (0 puntos), los puntajes de cada dominio se suman, teniendo un total posible de 60 puntos por área. Al final hay una sección de 7 preguntas abiertas destinadas a indagar posibles preocupaciones de los padres. El nivel de sensibilidad de 70-90%, nivel de especificidad 76-91% y nivel de confiabilidad 94%.

2.5.2 Instrumentos de la Fase IV

El instrumento a utilizar para la evaluación de la tele intervención se realizó con el equipo interdisciplinario conjuntamente previa a una revisión bibliográfica profunda. La evaluación es llenada por los familiares de la niña semanalmente. La guía está diseñada y validada por los profesionales del área, cuenta con los datos de identificación de la niña y con la respectiva fecha para la evaluación de la tele-intervención. La evaluación de la tele-intervención está basado en 15 preguntas que corresponde a los temas de: Atención Temprana, Atención Temprana en la virtualidad, Participación de los padres y el Rol del terapeuta. Los criterios de evaluación estuvieron establecidos de acuerdo a la escala de Likert que es un instrumento psicométrico donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre un ítem, con opciones de respuesta numéricas de: 1= “Nada de acuerdo”, 2= “En desacuerdo”, 3= “Indiferente”, 4= “De acuerdo” y 5= “Muy de acuerdo” (Matas, 2018).

3 CAPÍTULO III: RESULTADOS

Como se mencionó en el Capítulo II, el proyecto de investigación está dividido en cuatro fases; los resultados serán presentados en el mismo orden de las fases de los instrumentos.

3.1 Resultados de la fase I y III: Evaluación y reevaluación del desarrollo

La fase dos del proyecto de investigación se basó en evaluar el desarrollo infantil por medio de diversos instrumentos y luego de la intervención se realizó una reevaluación con la finalidad de determinar los hitos de desarrollo alcanzadas, cuyos resultados se detallan a continuación:

a. Resultados de la Evaluación del desarrollo infantil (EDI)

A continuación se describe los resultados de los factores de riesgo tanto de la evaluación inicial como de la reevaluación. Véase tabla 1

Tabla 1

Resultados de los Factores de riesgo biológico del test EDI

Factores de riesgo biológico	
1. Asistencia a dos o menos consultas prenatales.	No
2. Presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo.	No
3. Gestación menor a 34 semanas.	No
4. Peso de su niño al nacer 1500 g. o menos.	No
5. Retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto.	No
6. Hospitalización de su niño(a) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o antes del mes de vida con una duración mayor a 4 días.	No
7. Madre menor a 16 años al momento del parto.	No

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013)

La Tabla 1 refleja que la niña no estuvo expuesta a ningún factor de riesgo importante que pudiera afectar negativamente su desarrollo durante su etapa prenatal, perinatal y post natal. Teniendo una etapa prenatal aparentemente normal y sin complicaciones.

A continuación se muestran los resultados de la exploración neurológica tanto de la evaluación inicial como de la reevaluación. Véase tabla 2

Tabla 2

Resultados de la Exploración neurológica del test EDI

Exploración neurológica	
1. ¿Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo?	No
2. ¿Presenta alteración o asimetría en la movilidad de ojos o expresión facial?	Si
3. ¿Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad?	No

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013)

La tabla 2 hace referencia a la exploración neurológica en donde se evidencia que presenta alteración o asimetría en la movilidad de los ojos o expresión facial cuando la niña se emociona. Con dicho resultado se recomendó al cuidador que acuda al profesional indicado para su respectiva valoración.

A continuación se muestran los resultados de las señales de alerta tanto de la evaluación inicial como de la reevaluación de manera conjunta. Véase Tabla 3

Tabla 3

Resultados de las Señales de alerta del test EDI

Señales de alerta	
1. ¿Le cuesta trabajo tomar un lápiz o un crayón con los dedos índice y pulgar?	Si
2. ¿Es muy apegado(a) a los padres y llora cuando se alejan, y es más notorio que en los otros niños(as) de su edad?	No
3. Cuando está con otros niños(as), ¿los ignora y prefiere jugar solo(a)?	No

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013)

En la tabla 3 puede observar que tanto en la evaluación como la reevaluación persiste el signo de alerta en donde le cuesta trabajo tomar un lápiz o un crayón con los dedos índice y pulgar, sin embargo se puede expresar que después de la intervención la niña ha mejorado su pinza y se

encuentra en vías de logro en comparación con la primera evaluación en donde existía una nula intención de utilizar la pinza y presentaba solo el agarre de objetos en forma de rastrillo.

A continuación se muestran los resultados de las señales de alarma tanto de la evaluación inicial como de reevaluación. Véase tabla 4

Tabla 4

Resultados de las Señales de alarma del test EDI

Señales de alarma	
1. ¿Puede copiar un círculo en una hoja de papel?	No
2. ¿Puede decir una oración con más de 3 palabras, por ejemplo: mamá dame leche?	No
3. ¿La madre reporta que el niño(a) ha experimentado una pérdida importante y constante de las habilidades que en algún momento tuvo?	Si

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013)

En relación a la tabla 4 tanto en la evaluación como en la reevaluación se observa que persisten las señales de alarma, en donde no logra copiar en una hoja de papel un círculo y no alcanza decir una oración con más de tres palabras; sin embargo se puede mencionar que la niña ha adquirido logros importantes en donde antes de la intervención realizaba solo garabateo controlado y después de la intervención se logró el inicio de trazos de líneas horizontales y verticales. También presenta un vocabulario de 50 palabras aproximadamente.

A continuación se muestran los resultados de las áreas del desarrollo y el desarrollo global de la evaluación inicial. Véase tabla 5

Tabla 5

Resultados de la evaluación inicial del desarrollo según el test EDI

Áreas del desarrollo	Desarrollo normal	Retraso en el desarrollo	Riesgo de retraso
Motriz Gruesa		X	
Motriz Fina			X
Lenguaje			X
Social		X	
Conocimiento			X
GLOBAL			X

En la tabla 5 se evidencia los resultados de la evaluación del desarrollo que se aplicó según la edad cronológica correspondiendo al rango de los 37 meses hasta un día antes de cumplir los 49 meses. Se observa que en el área social y motricidad gruesa la niña presenta un retraso en el desarrollo, mientras que en las demás áreas que son: motriz fina, lenguaje y conocimiento presentan un Riesgo de retraso en el desarrollo. Dando como resultado tomando en cuenta los factores de riesgo, exploración neurológica, señales de alarma, señales de alerta y el desarrollo infantil que la niña presenta un Riesgo de retraso en el desarrollo.

A continuación se muestran los resultados de las áreas del desarrollo y desarrollo global de la reevaluación. Véase tabla 6

Tabla 6

Resultados de la reevaluación del desarrollo según el test EDI

Áreas del desarrollo	Desarrollo normal	Retraso en el desarrollo	Riesgo de retraso
Motriz Gruesa		X	
Motriz Fina		X	
Lenguaje			X
Social		X	
Conocimiento			X
GLOBAL			X

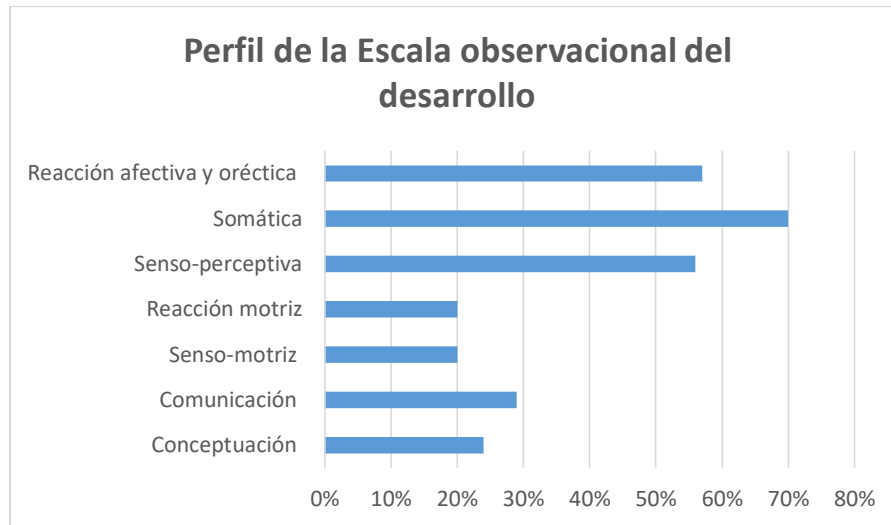
En la tabla 6 se evidencia los resultados de la reevaluación del desarrollo que se aplicó según la edad cronológica correspondiendo al rango de los 37 meses hasta un día antes de cumplir los 49 meses. Se observa que en las áreas motriz gruesa, motriz fina y social presenta un retraso en el desarrollo, que se evidencia un logro después de la intervención en el área motriz fina, aun que continúe con alteración en su desarrollo. En las áreas de lenguaje y conocimiento presentan un Riesgo de retraso en el desarrollo. Dando como resultado tomando en cuenta los factores de riesgo, exploración neurológica, señales de alarma, señales de alerta y el desarrollo infantil que la niña presenta un Riesgo de retraso en el desarrollo.

b. Resultados de la Escala observacional de desarrollo EOD

A continuación se muestran los resultados de la Escala observacional de desarrollo detallando las áreas según su porcentaje alcanzado en la evaluación inicial. Véase Figura 1

Figura 1

Perfil de evaluación inicial: Escala observacional de desarrollo

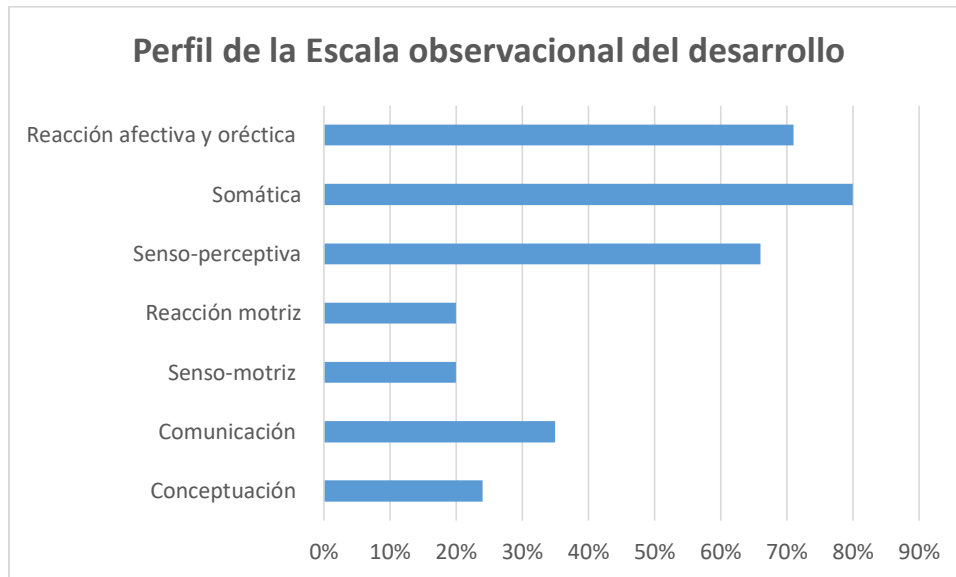


En la escala observacional del desarrollo se aplicó según la edad cronológica de 3 años en donde en el gráfico se evidencia el perfil de desarrollo que se obtuvo, dando como resultado que el desarrollo de la niña se encuentra por debajo del 70%, siendo en el área somática la que presenta el mayor porcentaje y en un menor porcentaje con el 20% las áreas Senso-motriz y Reacción motriz.

A continuación se muestran los resultados de la Escala observacional de desarrollo según el porcentaje alcanzado en cada área de desarrollo correspondiente a la reevaluación. Véase Figura 2

Figura 2

Perfil de reevaluación: Escala observacional del desarrollo



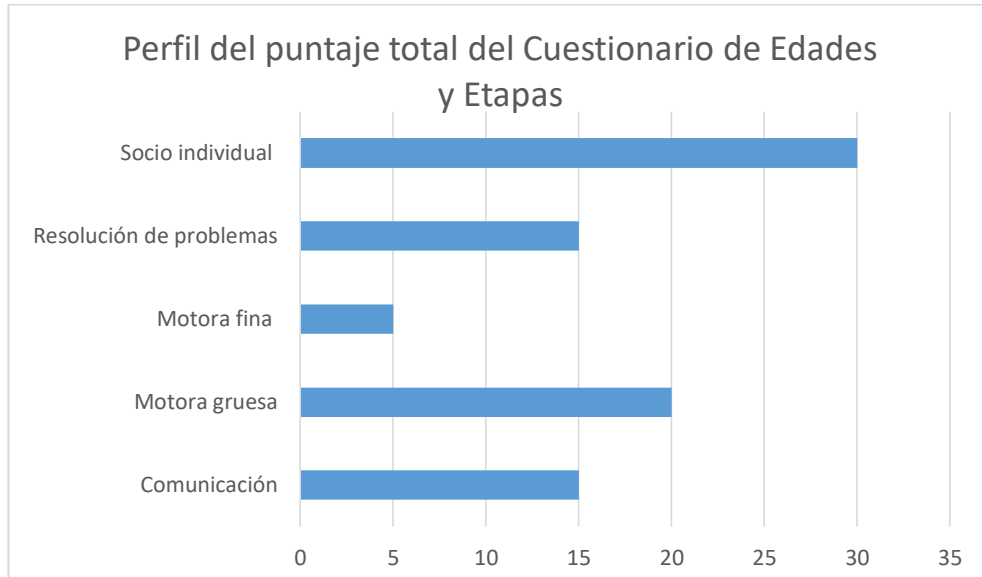
En la reevaluación de la escala observacional del desarrollo se aplicó la batería correspondiente a la edad de 3 años. En el gráfico se evidencia el perfil de desarrollo que se obtuvo después de la intervención, los resultados fueron positivos que se evidencian con un aumento en el porcentaje en las áreas: reacción afectiva y oréctica; somática; sensoperceptiva y comunicación en comparación con la evaluación inicial, sin embargo cabe mencionar que el desarrollo continúa por debajo del 70% a excepción de las áreas somática y reacción afectiva y oréctica.

c. Resultados del Cuestionario de Edades y Etapas (*Ages and Stages Questionnaire; ASQ*, por sus siglas en inglés)

A continuación se muestran los resultados de la evaluación inicial del Cuestionario de Edades y Etapas. Véase Figura 3

Figura 3

Perfil de la evaluación inicial del Cuestionario de Edades y Etapas

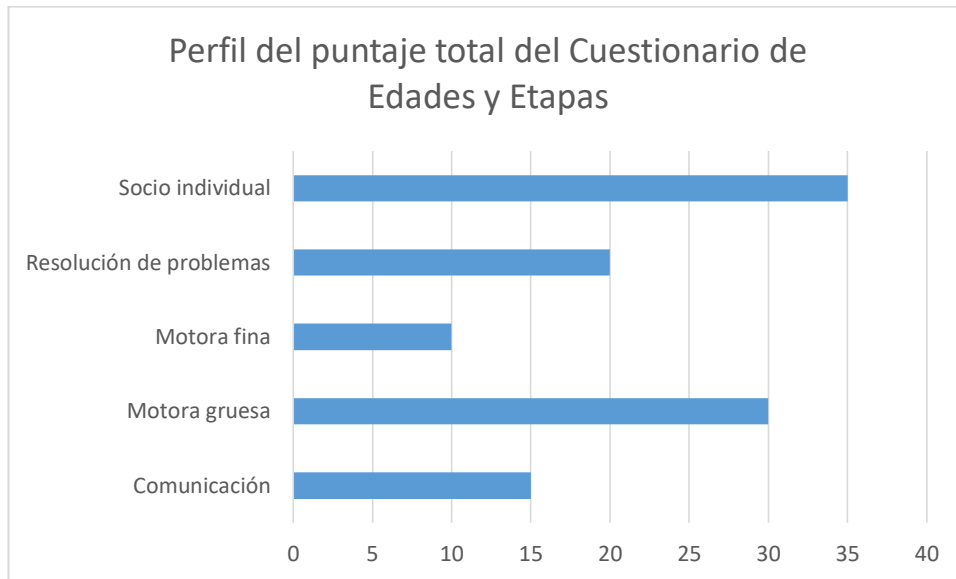


En relación al ASQ, se aplicó el cuestionario de 48 meses, en el gráfico se puede observar el perfil en donde en el área socio individual se alcanzó un mayor puntaje sin embargo está apenas por encima de las expectativas y el área con menor puntaje es la motora fina con 5 puntos, sin embargo las demás áreas también tienen una puntuación menor estando el puntaje por debajo de las expectativas.

A continuación se muestran los resultados de la reevaluación del Cuestionario de Edades y Etapas. Véase Figura 4

Figura 4

Perfil de la reevaluación del Cuestionario de Edades y Etapas



En relación a la reevaluación del ASQ, se aplicó el cuestionario de 48 meses, en el gráfico se aprecia el perfil en donde en comparación a la evaluación inicial los puntajes se elevaron en la mayoría de las áreas a excepción del área de comunicación que mantiene su puntuación. Sin embargo el desarrollo de la niña continúa por debajo de las expectativas, a diferencia del área socio-individual en donde el desarrollo está apenas por encima de las expectativas.

3.2 Resultados de la fase II: Planificación y ejecución el programa de intervención

A continuación se muestran los resultados de las planificaciones aplicadas en cada sesión de la tele-intervención. Véase tabla 7

Tabla 7

Planificaciones aplicadas en la tele-intervención

Área	Destreza	Evaluación y parámetros
Motricidad fina	Coger objetos utilizando los dedos índice y pulgar.	Coge objetos utilizando los dedos índice y pulgar. Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Lenguaje	Utilizar sonidos onomatopéyicos	Utiliza sonidos onomatopéyicos Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Motricidad fina	Construir una torre de seis cubos.	Construye una torre de seis cubos. Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Cognitiva	Emparejar un círculo, un triángulo y un cuadrado.	Empareja un círculo, un triángulo y un cuadrado. Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input checked="" type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Autoayuda	Utilizar la cuchara	Utiliza la cuchara Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Motricidad gruesa	Llevar un recipiente sin verter el contenido Superar todo tipo de obstáculos en su camino.	Lleva un recipiente sin verter el contenido Supera todo tipo de obstáculos en su camino. Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Motricidad gruesa	Saltar con los pies juntos. Saltar sobre una cuerda tendida en el suelo	Salta con los pies juntos. Salta sobre una cuerda tendida en el suelo Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input checked="" type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

Motricidad gruesa	Subir y bajar las escaleras alternando los pies sin sostén	Sube y baja las escaleras alternando los pies sin sostén Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Motricidad fina	Imitar trazos verticales y horizontales.	Imita trazos verticales y horizontales. Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Motricidad fina	Imitar un trazo circular.	Imita un trazo circular. Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input checked="" type="checkbox"/>
Cognitiva	Armar rompecabezas de dos piezas.	Arma rompecabezas de dos piezas. Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input checked="" type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Cognitiva	Imitar modelos vistos en imágenes.	Imita modelos vistos en imágenes Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Cognitiva	Reconocer 2 o más partes del cuerpo en un muñeco	Reconoce 2 o más partes del cuerpo en un muñeco Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input checked="" type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>
Autoayuda	Terminar de pelar, desenvolver o destapar los alimentos	Termina de pelar, desenvolver o destapar los alimentos Logrado <input checked="" type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

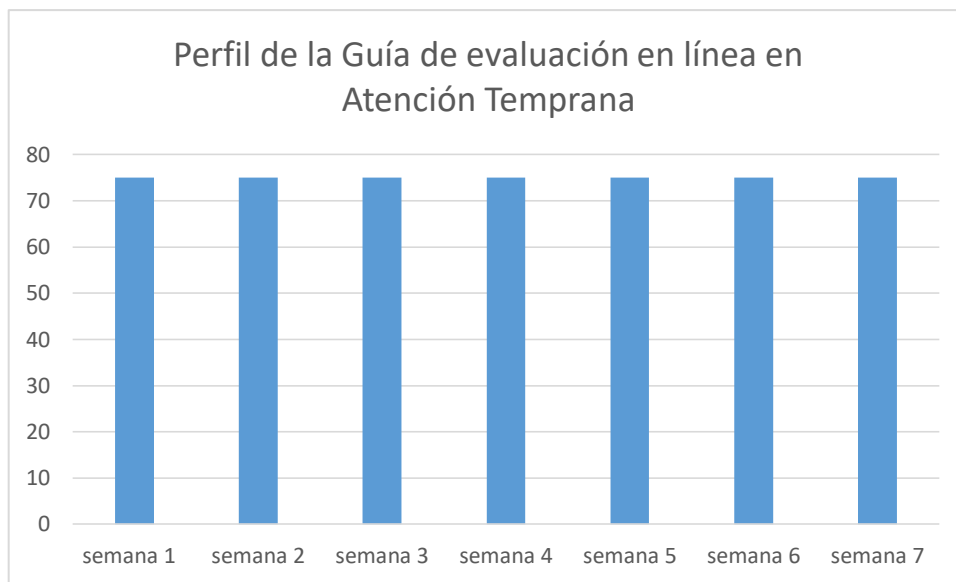
En relación a los resultados de las planificaciones de las sesiones se puede observar que en su gran mayoría se encuentra entre el parámetro de evaluación de logrado y vías de logro, lo que quiere decir que la niña alcanzó en su gran mayoría las destrezas planteadas de acuerdo a sus necesidades las mismas que se identificaron en la evaluación inicial. Los logros alcanzados son significativos para el desarrollo de la niña aunque persista el retraso en el desarrollo que se justifica por su condición genética.

3.3 Resultados de la fase IV: Evaluación del programa de tele intervención

A continuación se muestran los resultados de la Guía para la evaluación de la intervención en línea en Atención Temprana aplicado al cuidador. Véase Figura 5

Figura 5

Perfil de la Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana



En los resultados de la Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana que fue realizada por la representante legal de la niña, se puede observar que se obtuvo el máximo puntaje en todas las semanas de intervención siendo 75 puntos en total sumados todos los ítems de las diferentes áreas que conforma el cuestionario. La madre de familia expresa su satisfacción y conformidad de los resultados obtenidos en el transcurso de la intervención, la madre menciona que recibió apoyo en el transcurso de su desarrollo, también resalta que fue positivo debido a que la niña estableció un vínculo positivo de interacción con la profesional y participación de su hija en las sesiones fue instantánea desde un principio de la intervención.

4 CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue realizar una tele intervención en Atención temprana a una niña con SD. Estudios mencionan que existe evidencia científica que justifica el uso de la teleintervención para ofrecer una Atención Temprana de calidad (Behl et al., 2017; García et al., 2021).

La investigación ha sido organizada mediante fases; y para favorecer la comprensión del lector, la discusión continuará con el mismo hilo conductor.

Recordemos entonces, que en la primera fase se realizó la descripción del estudio de caso de la niña, en donde se dio a conocer los antecedentes prenatales, perinatales y posnatales necesarios para conocer el transcurso de su desarrollo hasta la actualidad y realizar una intervención adecuada. En la literatura se menciona que en los estudios de caso es necesario realizar una observación y descripción minuciosa del caso a estudiarse, con la finalidad de que el investigador tenga una información previa que ayudará a encaminar el desarrollo de la investigación (Carazo, 2006). En la investigación se identificó información importante en donde la madre tuvo su embarazo a los 16 años, el mismo que transcurrió sin complicaciones y con normalidad, la condición genética de su niña la dieron a conocer en el momento de su nacimiento. Según la literatura el SD está vinculado a nivel estadístico, con la edad de la madre en el momento de la concepción, especialmente a partir de los 35 años siendo la edad de mayor riesgo; sin embargo, en Ecuador cada vez más las mujeres jóvenes entre 20 y 25 años son quienes tienen hijos con SD y la cifra va aumentando (Reza Suárez et al., 2019). Dicha información concuerda con la investigación en donde la madre joven concibió a una niña con SD.

También se procedió a evaluar el desarrollo infantil de la niña para determinar las necesidades que presente y conjuntamente con la familia determinar las destrezas a trabajar en la intervención, en los antecedentes que es importante rescatar en el estudio de caso es que, el desarrollo de la niña se ha caracterizado por la adquisición lenta de los hitos de desarrollo y su estado de salud ha sido y es favorable debido a que no presenta ninguna comorbilidad, siendo un factor positivo para su crecimiento y desarrollo. En el desarrollo infantil la niña presenta un retraso en el desarrollo en todas las áreas, sin embargo cabe recalcar que en las áreas que presenta una

mayor adquisición de hitos es en la motricidad gruesa y en el área social, siendo las áreas de motricidad fina, lenguaje, autoayuda y cognición en donde presenta mayor dificultad en la adquisición de las destrezas. Dicha información se evidencia también en un estudio realizado en Brasil en donde se comprobó que los niños con SD presentan retraso en todas las áreas del desarrollo en comparación con los niños con desarrollo típico. Las diferencias de desarrollo derivan de las características personales provenientes de la herencia genética, estimulación, educación, medio ambiente y problemas clínicos, entre otros (Hendges et al., 2021).

En la segunda fase se llevó a cabo la planificación y aplicación de la tele-intervención. La intervención se fundamentó principalmente en el modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1999) y en base a los principios y fases de la tele-intervención en atención temprana de Plena Inclusión (2020).

Se eligió el modelo ecológico ya que en su teoría se enfatiza que las intervenciones se deben considerar al niño, familia y entorno, por lo mismo se tienen en cuenta las características personales del infante, el ambiente y la posibilidad de interacciones recíprocas. En los modelos utilizados evidencian que el protagonismo de la familia es indispensable debido a que adquieren un mayor protagonismo en la toma de decisiones e involucramiento progresivo en el avance del desarrollo y aprendizaje de sus hijos (Andreucci-Annunziata et al., 2019). Por tal motivo el hogar y la escuela son los entornos naturales en los que se mueve el niño y es en ellos donde debe realizarse la intervención en Atención temprana (Martínez y Calet, 2015).

Las sesiones se organizaron de tal manera que se logró cubrir las necesidades de la niña de forma integral, se dio mayor profundidad en las áreas de desarrollo más afectadas que fueron: motricidad fina, autoayuda, cognitiva y lenguaje. En el Libro Blanco de Atención Temprana (2005) enfatiza que se debe realizar una intervención integral en todas las áreas del desarrollo con la finalidad de potenciar al máximo el desarrollo y cubrir sus necesidades y de su familia. A través de un estudio de seguimiento, se ha demostrado que el implementar estas estrategias beneficia a los niños con SD, logrando mejora en aquellas áreas más desventajadas, particularmente las áreas del lenguaje, motora y socioafectiva (Fredes et al., 2021). La tele-intervención se realizó en 45 minutos dos veces por semana con un total de 14 sesiones de intervención en 7 semanas de acuerdo a un estudio realizado en Chile en donde utilizaron el mismo tiempo de intervención, el estudio fue

titulado “Intervención neuropsicológica en un caso de discapacidad intelectual asociado a síndrome de Down” (Martínez y Cuesta, 2014).

La tercera fase hace referencia a la reevaluación del desarrollo luego del período de tele-intervención. Tanto en la evaluación inicial como en la reevaluación se utilizaron las mismas baterías de desarrollo con la finalidad de evidenciar los resultados de la intervención. Un estudio realizado en España utilizó la misma metodología un pretest y postest con el objetivo de observar los efectos de la intervención (Martínez y Fernández, 2015). Los resultados alcanzados con la niña después de la intervención son pequeños pero significativos, debido a que las alteraciones en el desarrollo están asociadas a la sobrecarga genética aportada por el cromosoma 21 extra, originando un desequilibrio en los procesos que regulan el sistema nervioso central (Rodríguez-Barrera y Chaves-Castaño, 2017). En el presente estudio después de la intervención la niña continúa con retraso en su desarrollo, sin embargo, se logró un avance significativo en las áreas motriz fina, motricidad gruesa y autoayuda. A diferencia que en las áreas lenguaje y cognitiva no se consiguió mejorías significativas. La literatura justifica que las deficiencias verbales tienen un gran impacto en el funcionamiento diario y la cognición general de los niños con síndrome de Down (Pulina et al., 2019). En un estudio en donde determinaron el nivel de desarrollo esperable para un niño con SD en sus primeros años de vida, el lenguaje en los niños con SD se da paulatinamente con un retraso en donde el aprendizaje de las consolidación de la primeras diez palabras sucede entre los 19 y 38 meses; la edad media para la expresión de frases de dos palabras en los niños con SD es 36.9 meses (Rodríguez-Barrera y Chaves-Castaño, 2017).

En la Cuarta y última fase se realizó la Evaluación de la tele-intervención a través de la “Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana”. Determinar la eficacia de la tele intervención es importante para así identificar como ayudar a los niños que requieran el servicio de Atención temprana y cubrir sus necesidades. Un estudio realizado en Estados Unidos en donde se buscó determinar la eficacia de la tele práctica en comparación con las visitas domiciliarias en donde aplicaron encuestas a los cuidadores para medir el impacto del modo de prestación de servicios, se encontró que no existía diferencias estadísticamente significativas entre los dos métodos de intervención, sin embargo que identificó en la tele práctica mayor participación de la familia y el niño en su entorno natural (Behl et al., 2017). Los resultados obtenidos en la evaluación de la tele-intervención del presente estudio fueron positivos debido a la aceptación de

los familiares sobre la nueva modalidad de intervención. Los familiares resaltan que existió un buen vínculo entre la profesional y la niña en donde era participativo, dinámico y con actividades que ayudaban al desarrollo de la niña. Otro estudio realizado en Madrid en donde se analizó la autovaloración de los profesionales sobre su prestación de servicios en la tele intervención durante la pandemia de COVID-19 por medio de instrumentos, cuyos resultados fueron que el 100% de los profesionales considera exitosa la interacción con la familia en donde se consideran que han sido buenos oyentes debido a que generaban un espacio a la familia para opinar y se han realizado comentarios positivos que dan lugar a que las familias participen activamente en el proceso y un 83,3% aprecia un empoderamiento mayor en los familiares como agentes transformadores del cambio (Moreno et al., 2021). El fracaso o éxito del proceso de tele-intervención se basa en su profesionalismo y calidad, en donde se tiene que ser cuidadoso en el tipo de relación que establece teniendo en cuenta diferentes variables como la sencillez de los mensajes, no juzgar a las familias, mostrar empatía e informar sin dirigir (García-Sánchez et al., 2020). También se recalcó que la virtualidad es ahora un aliado para las familias con riesgo o vulnerabilidad, por la situación actual que se vive a nivel mundial de la pandemia del COVID-19 (Chacón-Lizarazo y Esquivel-Nuñez, 2020). La tele-intervención se considera que fue enriquecedor para la familia y la niña debido a que era una guía de cómo ayudar a su niña en su desarrollo.

Para concluir se puede mencionar que la experiencia vivida en el transcurso del proyecto de investigación de la tele-intervención fue enriquecedor y lleno de experiencias para el profesional y la niña. En donde la profesional sentía una gran satisfacción al terminar la sesión de intervención por los pequeños pero significativos logros que se obtenían con la niña y la familia. El vínculo que se generó entre la profesional y la niña fue tan única y especial que en cada sesión no faltaban las sonrisas y besos que llenaban el corazón de satisfacción de haber realizado un buen trabajo.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Andreucci-Annunziata, P., Morales-Cabello, C., Andreucci-Annunziata, P., y Morales-Cabello, C. (2019). El protagonismo de la familia en la atención temprana de niños y niñas con Síndrome de Down, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 148-169. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17207>
- Aníbal Sailema, Á., Sailema Torres, M., Amores Guevara, P. del R., Navas Franco, L. E., Víctor Amable, M. Q., y Romero Frómata, E. (2017). Juegos tradicionales como estimulador motriz en niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 1-11. Recuperado en 10 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200001&lng=es&tlng=es.
- Barrera, J. C. R., y Castaño, L. C. (2017). ¿Cuál es el nivel de desarrollo esperable para un niño con síndrome de Down en sus primeros años de vida? *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.cnde>
- Behl, D. D., Blaiser, K., Cook, G., Barrett, T., Callow-Heusser, C., Brooks, B. M., Dawson, P., Quigley, S., y White, K. R. (2017). A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice. *Infants & Young Children*, 30(2), 147-161. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000090>
- Bejarano, M. A. G. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n2.2016.7>
- Bello, M. A., Naranjo, N. V., Cano, J. M. R., y Teruel, D. S. (2018). Perfil Cognitivo y Psicolingüístico y su Relación con la Lectoescritura en un Preescolar con Síndrome de Down. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(47), 125-140. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.09>
- Bravo-Andrade, H., Ruvalcaba Romero, N., Orozco Solis, M., González-Gaxiola, y Hernández-Paz. (2017). Introducción al modelo ecológico del desarrollo humano. *Salud Mental. Investigaciones y reflexiones sobre el ejercicio profesional*, 3.

- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. En *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp.3-28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10317-001>
- Cala Hernández, O. (2013). Caracterización del Síndrome de Down en la población pediátrica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(4), 33-43. Recuperado en 28 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400005&lng=es&tlng=es.
- Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165-193.
- Chacón-Lizarazo, O. M., y Esquivel-Nuñez, S. (2020). Efectos de la cuarentena y las sesiones virtuales en tiempos del COVID-19. *Eco Matemático*, 11(1), 18-26. <https://doi.org/10.22463/17948231.2599>
- Chaverra-Fernández, B., Gaviria Cortes, D., y Gonzalez, E. (2019). El estudio de caso como alternativa metodológica en la investigación en educación física, deporte y actividad física. Conceptualización y aplicación. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 1 Semestre, 371-377.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2013). *Manual para la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil-EDI*. 97.
- Comité de Crecimiento y Desarrollo. (2017). Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Resumen. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(03). <https://doi.org/10.5546/aap.2017.S53>
- Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V., y Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. *Anales de Psicología*, 33(3), 641-651. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611>

Díaz-Cuéllar, S., Yokoyama-Rebollar, E., Del Castillo-Ruiz, V., Díaz-Cuéllar, S., Yokoyama-Rebollar, E., y Del Castillo-Ruiz, V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta pediátrica de México*, 37(5), 289-296.

Educación, M. D. (2014). Currículo de educación inicial. *Quito: El Telégrafo*.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.

Fernandez Morales, A. D. (2017). Síndrome de Down y la actividad física. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 3(1), Article 1. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4254>

Flores, S., y Anselmo, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

Fredes, D., Astudillo, P., Lizama, M., Fredes, D., Astudillo, P., y Lizama, M. (2021). Inicio tardío de programas de atención temprana en niños y niñas con síndrome de Down. *Andes pediátrica, AHEAD*, 0-0. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i3.3449>

García, L. R., García, I. H., Rodero, P. de la M., Sánchez, C. D., y Carrillo, J. M. (2021). Atención temprana en tiempos de Covid-19: Investigar la/s realidad/es de la teleintervención en las prácticas centradas en la familia. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 1, 75-117. <https://doi.org/10.14201/scero202152e75117>

García Perez, M., y Martínez Granero, M. A. (2016). *Desarrollo psicomotor y signos de alarma*. 3, 81-93.

García-Sánchez, F. A., Escorcía Mora, C. T., y Franco Castellano, I. (2020). Reflexiones y estrategias de acompañamiento familiar en Atención Temprana. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 40(3), 118-127. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.02.004>

- Giraldo, L. A., Agudelo, M. C. O., y Gómez, J. M. (2016). Aportes de la teoría ecológica a la construcción de la neuropsicopedagogía infantil. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (histórico)*, 3(2), 222-230. <https://doi.org/10.21501/23823410.2170>
- Gómez, A. C. de, Flores-Arizmendi, K. A., y Garduño-Espinosa, A. (2013). El lenguaje en los niños con síndrome de Down. *Acta Pediátrica de México*, 34(5), 245-246.
- Grumi, S., Provenzi, L., Gardani, A., Aramini, V., Dargenio, E., Naboni, C., Vacchini, V., y Borgatti, R. (2021). Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: The mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 43(1), 27-32. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1842520>
- Hendges, V. M., Grave, M. T. Q., y Périco, E. (2021). Avaliação do desenvolvimento psicomotor de crianças com Síndrome de Down. *Revista Neurociências*, 29, 1-26. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.10907>
- Knychala, N. A. G., Oliveira, E. A. de, Araújo, L. B. de, y Azevedo, V. M. G. de O. (2018). Influência do ambiente domiciliar no desenvolvimento motor de lactentes com síndrome de Down. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25, 202-208. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17006925022018>
- Kronberg, J., Tierney, E., Wallisch, A., y Little, L. M. (2021). Early Intervention Service Delivery via Telehealth During COVID-19: A Research-Practice Partnership. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1), e6363. <https://doi.org/10.5195/ijt.2021.6363>
- Linn, K., Sevilla, F., Cifuentes, V., Eugenin, M. I., Río, B., Cerda, J., Lizama, M., Linn, K., Sevilla, F., Cifuentes, V., Eugenin, M. I., Río, B., Cerda, J., y Lizama, M. (2019). Desarrollo de habilidades comunicativas en lactantes con síndrome de Down posterior a capacitaciones sistematizadas en comunicación gestual. *Revista chilena de pediatría*, 90(2), 175-185. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i2.670>
- Lirio Casero, J., y García Pérez, J. (2014). *Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. XVIII*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-10/protocolo-de-seguimiento-del-sindrome-de/>

- Lizama C, M., Retamales M, N., y Mellado S, C. (2013). Recomendaciones de cuidados en salud de personas con síndrome de Down: 0 a 18 años. *Revista médica de Chile*, 141(1), 80-89. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000100011>
- Martínez, A., y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 33-42. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>
- Martínez, J. (2014). Desarrollo infantil: Una revisión. *Investigaciones Andina*, 16(29), 1118-1137.
- Martínez, M. C. Q., y Cuesta, M. T. C. (2014). Intervención neuropsicológica en un caso de retardo mental asociado a síndrome de Down. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(2), 85-90.
- Martínez, V., y Fernández, J. (2015). Aplicación de un programa de educación psicomotriz en un caso con síndrome de Down. *Magister*, 27(2), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.magis.2015.12.003>
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47. Recuperado en 20 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es.
- Mayorga-Fernández, M. a J., Madrid-Vivar, D., y García-Martínez, M. a P. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: Estudio de caso. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 52-60. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1306>
- McCarthy, M., Leigh, G., y Arthur-Kelly, M. (2021). Practitioners' Self-Assessment of Family-Centered Practice in Telepractice Versus In-Person Early Intervention. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(1), 46-57. <https://doi.org/10.1093/deafed/ena028>
- Mecca, T. P., Morão, C. P. de A. B., Silva, P. B, y Macedo, E. C. de. (2015). Perfil de Habilidades Cognitivas Não-Verbais na Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21, 213-228. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000200004>

- Medina Alva, M. del P., Caro Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., y Vega Sánchez, S. M. (2015). Neurodesarrollo infantil: Características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1693>
- Morales, A. D. F. (2016). Aspectos generales sobre el síndrome de Down. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 2(1), 33-38.
- Moreno, E. L.-R., Rodríguez, P. P., y Desbrow, J. M. (2021). Los profesionales de Atención Temprana frente al Covid-19: Autopercepción competencial de los profesionales en la teleintervención. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 52(4), 183-194. <https://doi.org/10.14201/scero2021524183194>
- Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 111, 140-152.
- Pérez, D. (2014). Síndrome de Down. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 45, 2357.
- Plena Inclusión. (2020). *Cómo implementar la teleintervención en la atención temprana*. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/6064>
- Ponce Meza, J. (2017). Atención temprana en niños con trastornos del neurodesarrollo. *Propósitos y Representaciones*, 5(1), 403-422 <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n1.154>
- Pulina, F., Vianello, R., & Lanfranchi, S. (2019). Chapter Three—Cognitive profiles in individuals with Down syndrome. En S. Lanfranchi (Ed.), *International Review of Research in Developmental Disabilities* (Vol. 56, pp. 67-92). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irrdd.2019.06.002>
- Reyes, A. C. C., Fonseca, Y. M., Arias, M. R., Labrada, E. M., y Gómez, L. C. (2018). Abordaje integral en la rehabilitación del síndrome de Down. Revisión bibliográfica. *MULTIMED*, 19(4), Article 4. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/376>

- Reza Suárez, L., Pilay Ponce, J. K., Camacho Desiderio, J. E., Mejía Valencia, V. K., y Cruz Guaranda, G. S. (2019). El síndrome de Down y su repercusión en el rendimiento académico. *Caribeña de Ciencias Sociales*, junio.
- Robles Bello, M. A. (2016). Primeros resultados de la evaluación de un programa de Atención Temprana en síndrome de Down. *Revista Española de Discapacidad*, 4(1), 53-65. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.03>
- Robles-Bello, M. A. R., y Sánchez-Teruel, D. S. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 132-143.
- Rodríguez-Barrera, J. C., y Chaves-Castaño, L. (2017). ¿Cuál es el nivel de desarrollo esperable para un niño con síndrome de Down en sus primeros años de vida? *Universitas Psychologica*, 16(4).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.cnde>[a1]
- Rodríguez, M. D. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 9. 141-148.
- Rodríguez, M. T., Gómez, I. M., Prieto-Ayuso, A., y Gil-Madrona, P. (2017). La educación psicomotriz en su contribución al desarrollo del lenguaje en niños que presentan necesidades específicas de apoyo educativo. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7(1), 89-106.
- Rubio González, T., Norbert Vázquez, L., y García González, D. de la C. (2018). Evaluación del crecimiento y desarrollo de pacientes con síndrome Down en Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 22(1), 19-26. Recuperado en 12 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000100003&lng=es&tlng=en.
- Saldaña, J. P. C., y Godos, L. A. de los. (2019). Diseños de investigación para tesis de posgrado. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 7(2), 71-76. <https://doi.org/10.32544/psicologia.v7i2.660>
- Secadas, F. (2009). *EOD Escala Observacional del desarrollo*. TEA Ediciones.

- Squires, J., y Bricker, D. (2009). *Ages & Stages Questionnaires® in Spanish* (3.a ed.). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Tapia, C., Palma, A., y González-Parra, K. (2017). Atención temprana, percepción de madres de niños y niñas con Síndrome de Down. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17. <https://doi.org/10.15517/aie.v17i1.27226>
- Taveira, M. do C., Oliveira, Í. M., y Araújo, A. M. (2017). Ecology of Children's Career Development: A Review of the Literature. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e32411>
- Villalva-Sánchez, A. F., Sandoval-Molina, J., Hernández, L. A., y Pérez, Á. O. (2019). Perfil neuropsicológico de pacientes con síndrome de Down. *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 6(12), 13-18. <https://doi.org/10.29057/esa.v6i12.4014>

6 ANEXOS

Anexo 1. Historia clínica

Sexo (varón-mujer)	
Fecha de nacimiento	
Fecha de hoy	
Edad exacta (años, meses, días)	
Edad de la madre	
Estudios de la madre (primarios-secundarios- formación profesional-universitarios)	
Profesión de la madre	
Edad del padre	
Estudios del padre (primarios-secundarios- formación profesional-universitarios)	
Profesión del padre	
Estatus socio-económico (alto-medio-bajo)	
Tipo de residencia (rural aislada- urbanización-pueblo-ciudad)	
Otros cuidador@s (abuel@s, niñer@s)	
Tiempo de dedicación de padre y/o madre (+de 8h. +de 6h. +de 4h. +de 2h. +de 0h.)	
Juegos favoritos del niñ@ (predominio simbólico - de acción motora)	
¿Cuántos hij@s tienen?	
¿Qué lugar ocupa?	
¿En qué semana de gestación se produjo el nacimiento?	
¿Cuánto pesó?	
¿Qué puntuación obtuvo en el test de APGAR al minuto y a los 5 minutos?	
¿Necesitó cuidados especiales al nacer?	
¿Ha pasado alguna enfermedad importante?	
¿De bebé mantenía la mirada?	
¿Expresaba sonrisa social?	
¿Asistió a Escuela Infantil de 0 a 3 años?	
¿Aceptó la relación social con sus iguales?	
¿A qué edad dijo sus primeras palabras con sentido comunicativo?	
¿Hacía pequeñas frases a los 3 años?	
¿En la actualidad mantiene una conversación?	
¿Volteó?	
¿Gateó?	

¿Cuándo caminos sin apoyo?	
¿Accidentes?	
¿Exploraba el entorno al desplazarse?	
¿Es ordenado en sus exploraciones?	
¿Controló esfínteres?	

Anexo 2. Elaboración y distribución de las sesiones

ÁREA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NÚMERO DE SESIONES
MOTRICIDAD FINA	Afianzar la coordinación ojo-mano-boca.	Trabajar con material concreto en donde la niña tenga que utilizar la pinza para realizar las actividades.	4
MOTRICIDAD GRUESA	Desarrollar distintas formas de desplazamiento independiente: caminar, correr, saltar, rodar, reptar.	Trabajar conjuntamente los la representante en que la niña pierda el miedo de bajar gradas sola por medio de actividades lúdicas.	3
LENGUAJE	Desarrollar las manifestaciones de lenguaje en sus diferentes aspectos: receptivo, comprensivo y expresivo	Trabajar conjuntamente con la familia con la finalidad de que la niña se pueda comunicar de manera efectiva.	1
COGNITIVA	Desarrollar las capacidades visuales y auditivas y de las sensibilidades táctil, gustativa y olfativa.	Trabajar por medio de la estimulación sensorial.	4
AUTOAYUDA	Practicar actividades e independencia y autonomía.	Trabajar en la alimentación y vestido por medio de rutinas y hábitos.	2

Anexo 3.

Planificaciones

SESIÓN # 1					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad fina Lenguaje	Coger objetos utilizando los dedos índice y pulgar.	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> Cantar la canción inicial de saludo: “hola, hola, como estas” Cantar la canción “Witzy, witzy araña” mientras movemos los dedos índice y pulgar, en donde la mamita colocará pegamento en dichos dedos y la niña sentirá la textura. Sacar las piedritas del recipiente con agua mientras cantamos “si las gotas de lluvia fueran de chocolate”. Clasificar los granos según corresponde. Pintar con los dedos las gotas de lluvia. Canción de la despedida “con mi mano digo chao” <p>Fase 3: turno de preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. Actividades a realizar en el hogar: guardar los juguetes en su lugar después de jugar, comer alimentos picados con los dedos índice y pulgar, trabajar guardando granos pequeños 	<p>Recipiente Goma Agua Piedras pequeñas Granos secos(por ejemplo: maíz, habas, frejol, etc) 6 recipientes pequeños Hoja A4 Tempera azul.</p>	<p>Coge objetos utilizando los dedos índice y pulgar.</p>	<p>Logrado <input type="checkbox"/></p> <p>Vías de logro <input type="checkbox"/></p> <p>No logrado <input type="checkbox"/></p>

		en una botella de plástico. La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión.			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 2					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad fina	Imitar trazos verticales y horizontales.	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantar la canción inicial de saludo: “hola, hola, con las manos” • La mamita trazará una línea horizontal y vertical, posteriormente la niña caminará por las líneas, mientras se canta la canción “el elefante dante camina hacia delante” • Colocar piedritas sobre las líneas siguiendo el patrón (arriba-abajo; izquierda-derecha), luego transportar los animales de la canción anterior de un lugar al otro de las líneas. 	Cinta masking blanca Animales, osos o carros de juguete. Granos Harina Recipiente ancho y grande. Lápiz Media Tijeras	Imita trazos verticales y horizontales.	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Copiar las líneas en un recipiente con harina. • Trazar las líneas en la hoja, con una adaptación en el agarre de lápiz. <p>Fase 3: turno de preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: trabajar el trazo de líneas con la adaptación que se trabajó en la sesión. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	---	--	--	--

SESIÓN # 3					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Lenguaje	Utilizar sonidos onomatopéyicos	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p>	Muñecos de animales Pañuelo Hoja Pincel Tempera amarilla	Utiliza sonidos onomatopéyicos	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Cantar la canción de saludo “saco una manito, la hago bailar” • Cantar y bailar “la ronda de los animales”. • Presentar imágenes de los animales y nombrar los sonidos que realiza cada uno. • Con objetos de los animales identificar el sonido que realiza. • Esconder los muñecos de animales bajo un pañuelo y animar a la niña a que encuentre el animal que se le pide. • Pintar al pollito con el pincel. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: repasar los sonidos de animales y hablar con la niña con palabras funcionales y con oraciones de dos frases. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	---	--	--	--

ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Cognitiva	<p>Emparejar un círculo, un triángulo y un cuadrado.</p> <p>Meter 4 figuras concretas en los agujeros correspondientes.</p>	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantar la canción “con una mano nos saludamos”. • Trazar las figuras en el piso con harina y luego la niña caminará, saltará sobre lo realizado. • En una tina sensorial con arroz, sumergir las figuras geométricas en donde la niña tendrá se introducir sus manos y explorar. • Clasificar las figuras geométricas en los trazos realizados en el piso. • Pegar las figuras geométricas en los lugares correspondientes y finalmente pintar con el pincel. • Cantar la canción final “adiós, adiós”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p>	<p>Harina</p> <p>Tina</p> <p>Arroz</p> <p>Figuras geométricas</p> <p>Hoja</p> <p>Goma</p> <p>Pincel</p> <p>Temperas</p>	<p>Empareja un círculo, un triángulo y un cuadrado.</p>	<p>Logrado <input type="checkbox"/></p> <p>Vías de logro <input type="checkbox"/></p> <p>No logrado <input type="checkbox"/></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: Continuar con la clasificación de las figuras geométricas. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 5					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Autoayuda	Utilizar la cuchara	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial “saco una mano, la hago bailar”. • Cantar “las manos de manos se acarician” • Traspasar un material de un recipiente a otro con la cuchara. • Pescar pelotitas con la cuchara de un recipiente lleno de agua y colocarlo en un recipiente. 	Arroz Recipientes Cuchara Pelotas Granos Arena Agua Osos	Utiliza la cuchara	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> Jugar a los cocineros y servir la comida (granos, arroz, arena, agua) a los osos. Cantar la canción final “adiós, adiós”. <p>Fase 3: turno de preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. Actividades a realizar en el hogar: dejar que la niña coma sola con la cuchara y se sirva los alimentos con más independencia. La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 6					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad gruesa	Llevar un recipiente sin verter el contenido Superar todo tipo de obstáculos en su camino.	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Discusión de los objetivos de la semana anterior. Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> Canción inicial de saludo “hola, hola como estás”. 	Agua Recipientes Cuerda Ladrillos Sillas Harina	Llevar un recipiente sin verter el contenido Supera todo tipo de obstáculos en su camino.	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Transferir agua de un lugar a otro, en un recipiente superando obstáculos en donde tiene que pasar sobre una cuerda suspendida en el aire a unos 20cm del piso. • Construir un circuito en donde se necesitará un ladrillo, dos sillas, cuerda, harina. La niña tendrá que traspasar objetos a otro extremo en donde debe subir al ladrillo, pasar gateando por debajo de las sillas, pasar por la cuerda suspendida en el aire, y finalmente caminar sobre una línea trazada en el piso con harina. Y entregar el objeto a la mamita. • Cantar e imitar los movimientos de la despedida “Con mi mano digo chao”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 7					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad gruesa		<u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u>	Zanahorias Tina	Salta con los pies juntos	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/>

	<p>Saltar con los pies juntos</p> <p>Saltar sobre una cuerda tendida en el suelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantar el saludo “hola, hola con las manos”. • Bailar la “ronda de los conejos”, en donde traspasamos las zanahorias de un lugar a otro saltando. • Traspasar pelotas con los pies juntos en posición de sentado de una tina a otra. • Jugar con el globo y evitar que toque el piso, saltar mientras se toca el globo. • Cantar la canción de la despedida “con una mano nos despedimos”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. 	<p>Agua Pelotas Globos</p>	<p>Salta sobre una cuerda tendida en el suelo</p>	<p>No logrado <input type="checkbox"/></p>
--	--	---	------------------------------------	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades a realizar en el hogar: jugar en el parque con otros niños y la familia. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 8					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad gruesa	Subir y bajar las escaleras alternando los pies sin sostén	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial “si te sientes muy contento da tres palmas”. • Realizar ejercicios de calentamiento en donde en posición boca arriba sobre el suelo realizar movimientos de los pies alternando, como pedalear la bicicleta, mientras escuchamos “Vals en bicicleta” • Transferir pelotas para cada oso que se encontrará al otro extremo, en donde la niña tendrá que subir y bajar un peldaño (ladrillos). 	Almohada Ladrillos Papelote Temperas	Sube y baja las escaleras alternando los pies sin sostén	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Marcar huellas de los pies en un papelote en donde la niña tendrá que marchar sobre el papel tendido en el suelo, mientras escucha la música “marcha soldado cabeza de papel”. • Despedir con la canción “adiós, adiós”. <p>Fase 3: turno de preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: jugar en el parque con otros niños y con la familia • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
SESIÓN # 9					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Motricidad fina	Construir una torre de seis cubos.	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial “con una mano nos saludamos”. 	Cajas de fosforo Vasos	Construye una torre de seis cubos.	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>



		<ul style="list-style-type: none">• Construir un tren con cajas de fósforos y cantar la canción “andar en tren es de lo mejor”.• Guardar vasos uno sobre otro conforme la mamita le vaya proporcionando, luego sacar los vasos uno por uno.• Construir una torre con cajas de fósforos uno sobre otro y realizar competencias de quien realiza la torre más alta.• Cantar la despedida “con mi mano digo chao”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana.• Actividades a realizar en el hogar: ayudar en la casa a guardar los vasos y realizar las actividades realizadas en la sesión.• La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión.			
--	--	---	--	--	--

SESIÓN # 10					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS

Motricidad fina	Imitar un trazo circular	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantar la canción de saludo “saco una manito la hago bailar”. • Trazar un círculo con harina en el piso luego la niña caminará alrededor del círculo. • Colocar piedras alrededor del círculo. • Plasmar círculos de colores en el papelote con un rollo de papel higiénico. • Dibujar círculos en un recipiente con harina. • Canción de despedida “saco un manito la hago bailar”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: realizar las actividades realizadas en la sesión, dejar que la niña explore más con diversos materiales de escritura. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 	Harina Piedras Rollo de papel Temperas Papelote Recipiente	Imita un trazo circular	<p>Logrado <input type="checkbox"/></p> <p>Vías de logro <input type="checkbox"/></p> <p>No logrado <input type="checkbox"/></p>
-----------------	--------------------------	--	---	-------------------------	--

--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 11					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Cognitiva	Armar rompecabezas de dos piezas	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial “hola, hola con las manos”. • Observar un álbum familiar e identificar el parentesco que tiene con la niña. • Armar los rompecabezas de dos piezas los mismos que serán fotos de: niña, mamá, papá, abuela. Cuando logre armar la niña tendrá que expresar quien es de la imagen. • Canción de la despedida “adiós, adiós” <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. 	Álbum familiar Rompecabezas	Arma rompecabezas de dos piezas	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades a realizar en el hogar: reforzar las actividades realizadas en la sesión. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	---	--	--	--

SESIÓN # 12					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Cognitiva	Imitar modelos vistos en imágenes	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial “hola, hola como están”. • Bailar la canción “estatua”. • Jugar al rey manda: cuando en la pantalla aparezca una imagen la niña tendrá que imitar (dormir, comer, peinar, bañar, cepillarse los dientes). • Imitar las posiciones del cuerpo según como se presenta en la pantalla, la mamá y la profesora. • Canción de despedida “con una mano nos despedimos”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p>		Imita modelos vistos en imágenes	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> La mamá podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p>Fase 4: cierre</p> <ul style="list-style-type: none"> Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. Actividades a realizar en el hogar: armar rompecabezas caseras de frutas, utensilios de cocina, etc. La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 13					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Cognitiva	Reconocer 2 o más partes del cuerpo en un muñeco.	<p>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> Discusión de los objetivos de la semana anterior. Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. Revisión de objetivos para la sesión actual. <p>Fase 2: conducir la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> Canción inicial Bailar la canción “cabeza, hombros, rodillas y pies”. Identificar las partes del cuerpo frente a un espejo, mientras la docente le nombra la parte del cuerpo la niña debe identificar y pegar un stickers en la parte mencionada. 	Espejo Stickers Muñeco Pincel Tempera Agua Tina	Reconoce 2 o más partes del cuerpo en un muñeco.	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Pintar con pincel y pintura dactilar al muñeco la parte del cuerpo que indique la docente. • Bañar al muñeco y limpiar las partes del cuerpo manchadas. • Canción final “saco una manito, la hago bailar”. <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: identificar las partes del cuerpo en otros miembros de la familia. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 			
--	--	--	--	--	--

SESIÓN # 14					
ÁREA	DESTREZA	ACTIVIDADES	RECURSOS	EVALUACIÓN	PARÁMETROS
Autoayuda	Terminar de pelar, desenvolver o destapar los alimentos.	<p><u>Fase 1: Revisión de objetivos y estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusión de los objetivos de la semana anterior. • Revisión de progresos, nuevos comportamientos, habilidades y necesidades que hayan surgido. 	Objetos Papel aluminio Mandarina Huevo Harina	Pela, desenvuelve o destapa los alimentos.	Logrado <input type="checkbox"/> Vías de logro <input type="checkbox"/> No logrado <input type="checkbox"/>

		<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de objetivos para la sesión actual. <p><u>Fase 2: conducir la sesión</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción inicial • Desenvolver los objetos que se encuentran cubiertos con papel aluminio. • Pelar los alimentos: mandarina y huevo • Realizar masa sensorial, mientras se realiza explorar todos los materiales. • Canción final <p><u>Fase 3: turno de preguntas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La mamita podrá realizar sus respectivas preguntas sobre el desarrollo de su niña. <p><u>Fase 4: cierre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la sesión y objetivos para la próxima semana. • Actividades a realizar en el hogar: dejar que la niña sea más independiente al momento de alimentarse y vestirse. • La información se puede enviar por WhatsApp al acabar la sesión. 	<p>Sal Aceite Agua</p>		
--	--	--	--------------------------------	--	--

Anexo 4. Guía para la evaluación de la intervención en línea en atención temprana

MARCO TEÓRICO

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).

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).

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 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)

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).

Referencias Bibliográficas

- 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://ww.w.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/bd575f37fe010274a9eea-f6a463e0faf4a87e18b.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%20ATENCIÓN%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
- 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

- 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
- 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>

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	Las intervenciones realizadas favorecieron el desarrollo de su hijo y permitieron que la familia se ajuste a su condición.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Las actividades realizadas respondieron a las necesidades de su hijo y de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Las actividades realizadas atendieron el desarrollo motor, cognitivo, de lenguaje, social y adaptativo de su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATENCIÓN TEMPRANA EN LA VIRTUALIDAD		1	2	3	4	5
4	El programa de intervención virtual que recibió su hijo fue de calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Las actividades desarrolladas permitieron la participación dinámica de su hijo y de su familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Las actividades desarrolladas durante la intervención virtual son adecuadas al contexto y particularidades de su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Los procedimientos aplicados lograron corregir errores y deficiencias que presentó su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES		1	2	3	4	5
8	Las terapias virtuales fueron sencillas de entender y aplicar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9	Las indicaciones ofrecidas por el terapeuta virtual reforzaron el vínculo afectivo entre ustedes y su hijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Las terapias se ajustaron a las necesidades de su hijo y a las condiciones familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ROL DEL TERAPEUTA		1	2	3	4	5
12	La terapeuta apoya el desarrollo y autonomía de su hijo y fortalece sus capacidades y competencias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	La terapeuta estimula la inclusión de su hijo en el entorno social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Existe una cálida, motivadora y sostenida interacción del profesional con su familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	La terapeuta mantiene, mejora y de ser necesario modifica algunas pautas o estrategias para enriquecer proceso de atención temprana en modalidad virtual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>