



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas

Carrera de Educación Inicial

**EFFECTOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN
EL DESARROLLO DE NIÑOS CON FACTORES
DE RIESGO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA
DE LA FAMILIA**

Autoras:

Jennifer Rumipulla Dután; Karen Yanza Vera

Tutora:

Mgts. Ana Cristina Arteaga Ortíz

Cuenca-Ecuador

2024

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mis padres, Ana y Manuel por el apoyo y cariño incondicional, por forjar y guiar mi vida en base a valores y principios correctos los que hoy me permiten cumplir una meta más. A mis hermanos, John y Edwin los que me han apoyado y acompañado en este proceso de una u otra manera, pues, son ellos mi mayor fuente de inspiración, motivación, fortaleza y valentía para enfrentar el día a día.

Jennifer Rumipulla

Este trabajo de titulación va dedicado primeramente a Dios por darme la fuerza necesaria para culminar esta etapa importante en mi vida. A mis padres por confiar en mí en cada momento, en especial a mi madre y mis hermanos quienes, con su gran sacrificio, amor y apoyo constante e incondicional durante toda mi carrera, han ayudado a no rendirme y ser muy perseverante en cada meta que me he propuesto. A mis abuelitos quienes con sus palabras de aliento hicieron que pueda alcanzar todos mis sueños. Gratitud a toda mi familia y amigos que fueron parte de esta etapa tan bonita de mi vida.

Karen Yanza Vera

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos cumplir una meta más en nuestras vidas, por dotarnos de salud, sabiduría, paciencia, convicción y fuerza de voluntad, por las bendiciones brindadas a nuestras familias y a nosotras.

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional, por ser un pilar fundamental y la base de nuestra educación, por confiar en nosotras y guiar nuestros caminos en base a sus principios morales, los que hoy nos permiten culminar este proceso con éxito.

A nuestros hermanos por la inefable motivación, compañía, optimismo, ayuda y orientación, que sin duda alguna fueron indispensables para cumplir con nuestro objetivo.

También extendemos nuestra gratitud a nuestros docentes quienes nos compartieron su gran bagaje de conocimiento y experiencia, siendo estos indispensables para nuestra formación profesional y personal.

En especial estrechamos nuestro más sincero agradecimiento a quien nos dio el privilegio y el honor de compartir y aprender de una gran profesional, Mgts. Ana Cristina Arteaga la misma que nos acompañó y guio dotándonos de aprendizajes y experiencias que atesoraremos siempre, gratitud y respeto por su incansable apoyo, motivación e involucramiento personal y profesional.

Y a nuestras amigas más cercanas con quienes formamos grandes lazos de amistad, aprendimos y creamos recuerdos que nos llevaremos para toda la vida.

Jennifer Rumipulla y Karen Yanza

RESUMEN

Los primeros años de vida son indispensables para promover el desarrollo infantil, ya que en este periodo sucede la adquisición de las primeras habilidades de los niños, no obstante, este puede verse afectado por factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, la presente investigación tuvo como objetivo promover el desarrollo infantil en los niños con factores de riesgo del Área de Neurodesarrollo de UDA Salud a través de sesiones de atención temprana. Este estudio empleó la metodología de tipo mixto, paradigma empírico-analítico, mediante las técnicas de: revisión documental, observación directa en el pre y post test, entrevista semiestructurada y grupo focal. Los resultados mostraron avances significativos en el desarrollo evolutivo gracias a la intervención temprana y la implicación de la familia en este proceso. Se concluye que la atención temprana es valiosa, ya que enriquece y promueve el desarrollo infantil, respondiendo así a las necesidades de los niños y sus familias.

Palabras clave: Atención temprana, desarrollo infantil, factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, participación familiar

ABSTRACT

The earliest years of life are critical for promoting infant development because it is at this time that children learn their first abilities; however, this can be influenced by biological, psychological, and social risk factors. As a result, the current study intended to promote child development in children with risk factors in the Área de Neurodesarrollo of UDA Salud through early care sessions. This study employed a mixed methodology, empirical-analytical paradigm, employing the procedures of documentary review, direct analysis observation in the pre and post test, semi-structured interview, and focus group. The findings revealed considerable increases in evolutionary development as a result of early intervention and family involvement in the process. Early care is seen as valuable since it improves and encourages child development, thereby meeting the needs of children and their families.

Keywords: Early care, child development, biological, psychological, and social risk factors, family involvement.



Firmado electrónicamente por:
ANA CRISTINA
ARTEAGA ORTIZ

ÍNDICE

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	7
2.1 Población y contexto	8
2.2 Descripción de casos	8
2.2.1 Caso 1	8
2.2.2 Caso 2	8
2.2.3 Caso 3	9
2.2.4 Caso 4	9
2.2.5 Caso 5	9
2.2.6 Caso 6	10
2.2.7 Caso 7	10
2.2.8 Caso 8	10
2.2.9 Caso 9	11
2.3 Procedimiento.....	11
2.4 Descripción de los elementos de planificación de la intervención.....	14
2.4.1 Objetivos.....	14
2.4.2 Actividades	14
2.4.3 Recursos.....	14
2.4.4 Estrategias para padres	14
2.5 Método de interpretación de resultados	15
3. RESULTADOS	15
3.1 Resultados cuantitativos iniciales.....	16
3.2 Resultados cuantitativos finales	21
3.3 Comparación de resultados del pre-post evaluación del desarrollo según el Screening de Battelle	27
3.4 Resultados cualitativos iniciales.....	28
3.4.1 Desarrollo infantil en niños con discapacidad.....	30
3.4.2 Dinámicas parentales.....	30
3.5 Resultados cualitativos finales	31
3.5.1 Desarrollo infantil en niños con discapacidad.....	31

3.5.2 Dinámicas parentales	32
4. DISCUSIÓN CIENTÍFICA.....	32
5. REFERENCIAS	36

Índice de tablas

Tabla 1: Matriz guía para la ejecución de sesiones.....	13
Tabla 2: Matriz de análisis de categorías Entrevista y Anamnesis.....	28

Índice de Figuras

Figura 1: Caso 1	16
Figura 2: Caso 2.....	17
Figura 3 : Caso 3.....	17
Figura 4: Caso 4.....	18
Figura 5: Caso 5.....	18
Figura 6: Caso 6.....	19
Figura 7: Caso 7.....	20
Figura 8 : Caso 8.....	20
Figura 9: Caso 9.....	21
Figura 10: Caso 1.....	21
Figura 11: Caso 2.....	22
Figura 12: Caso 3.....	23
Figura 13: Caso 4.....	23
Figura 14: Caso 5.....	24
Figura 15: Caso 6.....	24
Figura 16: Caso 7.....	25
Figura 17: Caso 8.....	25
Figura 18: Caso 9.....	26
Figura 19: Edades equivalente pre-post evaluación del desarrollo.....	27

Índice de anexos

Anexo 1: Anamnesis	44
Anexo 2: Consentimiento	58
Anexo 3: Guía de preguntas de entrevistas.....	59

1. INTRODUCCIÓN

A partir del momento de la concepción, el ser humano inicia un proceso de cambio que avanza progresivamente con el pasar de los años, donde una partícula se transforma en un individuo que realiza sus funciones vitales y movimientos corporales de acuerdo a experiencias en común y patrones de crecimiento y desarrollo (Papalia y Martorell, 2017). Por ende, los primeros años de vida son esenciales para garantizar un desarrollo infantil integral, pues en estos se lleva a cabo la adquisición de habilidades motoras, cognitivas, sociales y lingüísticas indispensables en la vida del ser humano, no obstante, este puede verse afectado por la presencia de signos de alarma y factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que varían de acuerdo a la condición económica, social, cultural y familiar del niño. Por ello es imprescindible la detección precoz y la remisión inmediata a los servicios que sean necesarios, entre ellos el de atención temprana, que responderá a las necesidades en un periodo sensible del desarrollo infantil. En este servicio es vital conocer e identificar las características de la población, entre ellas; bajo peso, prematuridad y ausencia del control cefálico, atribuidos a las diferentes condiciones; parálisis cerebral infantil, rasgos genéticos, hidrocefalia, miopatía por afecciones de mitocondria, síndrome de Down, trastorno del lenguaje, trastorno del espectro autista, retraso global del desarrollo, entre otros (Medina et al., 2015).

En relación con la problemática el desarrollo infantil es un proceso de maduración, crecimiento y cambio, donde surgen las habilidades motoras, sensitivas, cognitivas, lingüísticas, sociales y emocionales, por ende, es importante diseñar programas que monitoreen el desarrollo, eviten riesgos, eliminen o controlen los efectos negativos, para que se logre un desarrollo infantil integral dentro del entorno familiar, educativo, social y comunitario, el mismo, enfrenta desafíos y transiciones que conlleva; cambios físicos, adquisición de capacidades y aprendizajes, que incluye la preparación del niño para asumir nuevos retos y responsabilidades, que fomenten su autonomía personal y el establecimiento de interrelaciones sociales (Martínez, 2014; Peredo, 2014; UNESCO, 2014).

Bedregal et al. (2016) en su estudio señalan que la formación de habilidades cognitivas y no cognitivas se desarrollan antes del nacimiento hasta los 4-5 años indispensables para un desenvolvimiento correcto a largo plazo, sin embargo, puede verse alterado por diferentes circunstancias como lo evidencian los resultados arrojados por la escala de desarrollo de

Battelle realizado al sector público y privado donde se presentaron variaciones en las áreas evaluadas; cognitiva (8% vs 12%), personal-social (13% vs 32%), adaptativa (26% vs 29%), motriz (19% vs 35%) y comunicación (19% vs 36%). Concluyendo que existe una disparidad numéricamente considerable en cuanto al desarrollo en el sector privado y público.

Ahora bien, el desarrollo infantil puede verse influenciado por la presencia de factores de riesgo que, según Marín et al. (2019) se definen como agentes personales, familiares, sociales y culturales que aumentan la probabilidad de padecer o adquirir una enfermedad. Por su parte, Garrido et al. (2020) consideran que un niño es vulnerable neurobiológicamente cuando existe una probabilidad alta de presentar alteraciones en el desarrollo asociados a antecedentes prenatales, perinatales o postnatales entre estos; hipoxia en la etapa perinatal, bajo peso al nacer por prematuridad, consumo de drogas o desnutrición de la madre durante el embarazo.

Al respecto, Chávez (2019) establece que existen diferentes mecanismos biológicos, fundamentalmente los que inciden en los periodos sensibles del desarrollo, considerando que el desarrollo evolutivo implica una condición genética y biológica que se modifica a partir de los aprendizajes obtenidos en la interacción social infantil y adulta, los mismos que guían el proceso de enseñanza, permitiendo así un desenvolvimiento adecuado.

Ospina et al. (2019) realizaron un estudio en donde se evidenció que los niños menores de 5 años que se encuentran escolarizados, son más propensos a adquirir comportamientos sedentarios, en especial en lugares que carecen de actividad motriz, donde los hábitos alimenticios de cada familia ayudan a que los niños posean sobrepeso desde edades tempranas, siendo este un problema de salud en edades posteriores. Por tanto, es importante percibir los factores de riesgo que pueden conllevar a alteraciones en el estado de salud de los niños e intervenir inmediatamente con acciones de cuidado y adopción de estilos de vida saludables.

Estos últimos se clasifican en los factores de riesgo biológicos que según Arce (2015) lo define como una alteración en la genética, microorganismos, enfermedades y factores que pueden influir en la salud mental, física y emocional. Tal es el caso de los embarazos manifestados a edades inferiores a 20 años y posteriores a 35 años, los cuales se encuentran asociados a un mayor riesgo biológico, perinatal y maternal, aumentando así el riesgo de presentar patologías propias de la gestación e incrementado la probabilidad de la muerte materna (Donoso et al., 2014).

Por su parte, Gonzáles (2017) menciona que los factores de riesgo biológicos son alteraciones o posibles patologías genéticas o biológicas que afectan al feto en su gestación entre ellas; alteraciones cromosómicas, mutaciones genéticas, malformaciones fetales, etc. Estos factores pueden ser causados en el momento del parto, por fallos o complicaciones en este proceso, debido a: nacimientos prematuros, problemas respiratorios, problemas con el cordón umbilical, accidentes obstétricos, cesárea, uso de fórceps, etc.

Paolini et al. (2017) en su estudio mencionan que la edad gestacional menor a 40 semanas es un candidato a factor de riesgo, especialmente el grupo de 37 y 38 semanas de gestación, que trae consigo mayor riesgo de padecer retraso en el desarrollo cognitivo. Concluyendo que es importante monitorear el desarrollo para detectar factores de riesgo biológicos y destacar la relevancia del segundo año de vida para la detección de dificultades en el desarrollo cognitivo en los niños que nacen en estas semanas.

De igual manera, Fernández et al. (2021) en su investigación señalan que la enfermedad hipertensiva gestacional es una de las causas principales del bajo peso al nacer e influye en la muerte perinatal al favorecer los alumbramientos prematuros y la restricción del crecimiento intrauterino, así pues, lo muestran los resultados donde 5 integrantes desarrollaron esta condición. Otra causa principal es la falta de hierro en las gestantes, cuya consecuencia es la aparición de anemia, donde las mujeres embarazadas que poseen esta condición tienen 3,6 veces más riesgo de alumbrar hijos con bajo peso al nacer, asimismo, el consumo de tabaco durante el embarazo puede provocar múltiples enfermedades, pues el feto se encuentra expuesto a la concentración de nicotina que afecta el crecimiento y desarrollo de este (Fernández et al., 2021).

Por otro lado, Vieco et al. (2018) definen a los factores de riesgo psicosociales como un proceso de interacción constante y progresivo entre el niño y el ambiente en el que crece, que varían de acuerdo a la edad, historia familiar, entre ellos el estrés psicosocial materno y contaminación ambiental. El riesgo de un pobre desarrollo infantil aumenta en situaciones de pobreza, desnutrición crónica, maltrato infantil y bajo nivel de escolaridad materna, estos, inciden en situaciones contextuales, carencias económicas o problemas familiares, afectado la adaptación del niño con el entorno que lo rodea, provocando daños en su estado emocional, conductual y de salud (Bolívar et al., 2014; Pérez et al., 2017; Segura-Baracaldo et al., 2020).

Se considera otro factor de riesgo social a la mujer embarazada soltera, pues ella, hace frente al embarazo sola, sin ayuda ni compañía del progenitor, depende económicamente por

sí misma, tiene un nivel de educación inferior y presenta crisis familiares por las tensiones asociadas con el embarazo, deficiencia en los cuidados higiénicos, nutricionales, personales y familiares que pueden perjudicar el curso del desarrollo normal del niño durante la gestación (Fernández et al., 2021).

Por su parte, Irarrázaval y Caqueo (2022) mencionan que el desarrollo infantil en los primeros años de vida, se determina a partir de la calidad de los cuidados en la crianza, condiciones y calidad de la vivienda, el acceso a los servicios básicos, un medioambiente saludable, la situación política y económica, donde está última es un elemento de mayor influencia en el desarrollo de los niños, ya que, tiende a generar brechas difíciles de acortar si no se toman las medidas oportunas a tiempo y en calidad.

Alemann et al. (2022) en su estudio indican que la calidad del ambiente familiar en la crianza de los niños está asociada negativamente con la presencia de violencia emocional y física, sufrida por la madre o cuidadora, cuyas consecuencias se ven reflejadas en un trato menos afectuoso o negligencia en los cuidados de los padres, donde la probabilidad de un parto prematuro aumenta 3% si las madres o cuidadoras biológicas han sufrido violencia emocional, y 2% si ha sufrido violencia física.

Ahora bien, las intervenciones de atención temprana están dirigidas a los niños de cero a seis años, a sus familias y al entorno en el que se desenvuelven, con la finalidad de responder las necesidades transitorias o permanentes de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, estas sesiones deben ser diseñadas y planificadas por profesionales de orientación interdisciplinaria y transdisciplinaria considerando la globalidad del niño (GAT, 2000).

Así mismo, la atención temprana es considerada como intervenciones terapéuticas orientadas a evitar o combatir posibles efectos negativos en el desarrollo infantil, centradas en las capacidades y fortalezas del niño y de sus familias, convirtiéndose en una estrategia de prevención, detección e intervención del desarrollo la que debe iniciar desde el nacimiento, tomando en cuenta acciones personales, familiares, educativas y sociales, con el propósito de promover el desarrollo de las habilidades físicas, intelectuales, psicológicas y sociales, a través de actividades que promuevan las diferentes áreas de desarrollo (Garrido et al., 2020; Grande et al., 2023; Robles y Sánchez, 2013; Valle et al., 2014).

También, es interpretada como un conjunto de actividades usadas desde el nacimiento hasta los 6 años, etapas de mayor plasticidad cerebral, donde se brinda estímulos a través de

los diferentes canales sensoriales; auditivo, táctil, gustativo, olfativo, permitiendo enriquecer el desarrollo integral en función a las necesidades de cada niño, esta se enfoca en minimizar las consecuencias de las alteraciones en el desarrollo y fortalecer a la familia (Huepp y Fornaris, 2021; Sánchez et al., 2015; Zalaquett et al., 2015).

De acuerdo con el estudio realizado por Irarrázaval y Caqueo (2022) el periodo infantil está determinado por las experiencias tempranas las que sientan bases para el aprendizaje, el comportamiento, la inserción social, la salud física y emocional, donde el acceso a los recursos de calidad y el contexto familiar y social tienen una alta influencia en el desarrollo cerebral durante la primera etapa de vida, no obstante, los resultados expuestos muestran que existe poca inversión en la primera infancia pues representan sólo entre 0,1 y 0,6 % de inversión de cada país.

Alcalá et al. (2019) en su investigación indican que la atención temprana tiene efectos positivos en el desarrollo infantil de un bebé prematuro, pues, esto se evidenció en los resultados de la evaluación ejecutada, la que muestra un avance significativo en el área postural y de coordinación en comparación con las áreas social y lingüística donde las mejoras no son tan significativas. Ante eso se concluye que el servicio de atención temprana puede generar beneficios en el desarrollo en el primer año de vida.

Por tanto, resulta fundamental que el servicio de atención temprana trabaje en conjunto con la familia pues, según Mayorga-Fernández et al. (2015) es un sistema social formado por características y necesidades, donde las distintas interacciones sociales contribuyen en el desarrollo de los niños o niñas considerando el entorno en el que se desarrollan, ya que, la familia del niño con o sin necesidades requieren potenciar sus habilidades y competencias; con el fin de crear un entorno que posibilite un desarrollo integral, creando oportunidades de aprendizaje. Se debe asegurar la calidad y equidad en los servicios de atención temprana, creando entornos favorables para el desarrollo infantil, enfatizando en la orientación a las familias sobre el cuidado afectivo y protección de los niños ante la presencia de posibles riesgos; logrando así el empoderamiento de cada familia (Pérez et al., 2017).

La intervención temprana centrada en la familia proporciona a los niños múltiples oportunidades para aprender y fortalecer los vínculos familiares, aporta a los padres información y ayuda para responder a las necesidades infantiles, considerando las cualidades familiares, los aspectos positivos y las fuentes de apoyo de las que dispone cada familia de

manera que sean más competentes, autosuficientes e independientes, propiciando una mejor calidad de vida a sus hijos (Cañadas, 2016).

Arenas et al. (2020) realizaron un estudio en donde se mostró que los profesionales de atención temprana evalúan la frecuencia de las prácticas participativas con la familia entre algunas veces y casi siempre, este permite fortalecer y apoyar el funcionamiento familiar, aprovechar y generar experiencias de aprendizaje en el contexto natural del niño, dicha intervención se llevó a cabo a través de la implementación de prácticas relacionales, que hacen referencia a las habilidades emocionales que implique valores de respeto y empatía personales y sociales, y otras que ayuden a potenciar las diferentes capacidades de intervención e implicación con las preocupaciones que manifiestan los familiares.

De acuerdo a lo expuesto, se puede deducir que la primera infancia es vital para crear bases sólidas de conocimiento y potenciar el desarrollo a través de las experiencias directas; manipulación, exploración sensorial, y vínculos afectivos adecuados, que fortalezcan y apoyen el crecimiento y la maduración del ser humano (Rizzoli-Córdoba y Delgado-Ginebra, 2015). El desarrollo infantil, aparte de ser un proceso de evolución biológica, se encuentra delimitado por los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que interfieren en los mismos, haciendo que este no siga su curso normal, estos últimos varían de acuerdo al origen y al contexto en el que se desenvuelve cada persona, entre ellas la exposición a la violencia intrafamiliar, bajos recursos, baja escolaridad de los padres, consumo de alcohol, tabaco, drogas durante el embarazo y agentes tóxicos que afecten el desarrollo infantil provocando una privación de estímulos o experiencias que enriquezcan el desarrollo (Galvis, 2015).

Por lo tanto, es importante detectar y hacer una remisión inmediata al servicio de atención temprana que pretende responder a las necesidades que se presentan en el desarrollo a través de sesiones sensoriales que permitan impulsar las habilidades físicas, intelectuales, lingüísticas y sociales, aprovechando las oportunidades de aprendizaje por medio de los sentidos (Canal et al., 2015). También se considera a la familia como una parte fundamental del desarrollo, pues, son ellos quienes van a generar o aprovechar las experiencias de aprendizaje del niño en su contexto natural, fomentando así un cuidado respetuoso y sensible, garantizando la seguridad y protección, permitiendo que el trabajo de la atención temprana sea eficaz a través de la persistencia de cada uno de sus miembros (Andreucci y Morales, 2017). De esta manera se garantizará el aprendizaje, la inserción social y laboral de cada una de las personas a largo plazo. Ante esta situación, el presente estudio pretende promover el desarrollo infantil en los niños con factores de riesgo que asisten a los servicios de UDA salud a través de sesiones de

atención temprana con la participación activa de la familia, respondiendo así a estas necesidades que afectan a la sociedad.

2. METODOLOGÍA

El presente artículo cuyo objetivo es promover el desarrollo infantil en los niños con factores de riesgo que asisten a los servicios del Área de Neurodesarrollo de UDA Salud a través de sesiones de atención temprana. Fue desarrollado a partir del paradigma empírico-analítico que según De la Hoz (2018) consiste en medir fenómenos a través de procesos estadísticos, prueba de hipótesis mediante el análisis de causa y efecto, generalización de los resultados, utilización de variables que miden los enunciados y la sustentación de las teorías que orientan el proceso de investigación. También en él se define la población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, los mismos que deben cumplir con un proceso técnico de validez y confiabilidad (Finol y Vera, 2020).

El estudio tuvo un enfoque mixto que según Hernández et al. (2014) es el conjunto de procesos de investigación sistemáticos, empíricos y críticos que incluyen la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, que permiten inferir la información recabada mediante una discusión conjunta. También se considera como la integración sistemática en un solo estudio que serán mezclados o combinados por el investigador, utilizando las fortalezas de la investigación cuantitativa y cualitativa combinándolas y minimizando sus debilidades (Guelmes y Nieto, 2015).

También se dispuso de un diseño de investigación de tipo cuasi experimental que según Fernández et al. (2014); Hernández et al. (2014) es aquella que pone a prueba una hipótesis causal manipulando deliberadamente una variable independiente sobre una dependiente para observar su efecto en ella, donde por razones éticas no se puede asignar las unidades de investigación al azar, pues, son grupos intactos.

Se empleó un alcance de tipo descriptivo que según Díaz y Calzadilla (2015); Ramos (2020) busca realizar estudios fenomenológicos o narrativos constructivistas sobre un determinado fenómeno, que surgen en un grupo humano, este se asocia con investigaciones en todos los campos y disciplinas de la ciencia entre ellas: filosóficas, psicológicas y médicas, que contengan información necesaria del objeto de estudio.

2.1 Población y contexto

La investigación se llevó a cabo en el Área de Neurodesarrollo UDA Salud servicio que pertenece a la Universidad del Azuay, el mismo cuenta con los servicios de medicina familiar, pediatría, ginecología, dermatología, laboratorio clínico, psicología y atención temprana, esta última brinda sus servicios a niños con factores de riesgo biológicos y psicosociales, dicha población proviene de sectores rurales y bajos recursos. La población infantil es de 11 niños de 0 a 2 años de edad, conformada por niños por factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales entre ellos, síndrome de Down, prematuridad, hidrocefalia, parálisis cerebral infantil y retraso global del desarrollo descritas a continuación.

2.2 Descripción de casos

2.2.1 Caso 1

Niño con diagnóstico de Síndrome de Down, proviene de una familia nuclear, de 17 meses de edad cronológica y 12 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a término a las 38 semanas, talla de 50 cm, registra un APGAR de 1:8 y 5:9, no registra el peso y presentó ictericia al nacer. En cuanto a su historia médica presenta problemas de tiroides que es tratado con controles mensuales y un soplo intraventricular. Posee antecedentes patológicos familiares de trastorno del espectro autista y trastornos motores (Tics, Tourette, epilepsia), no se registran factores de riesgo psicosociales durante el embarazo. Por su parte en la evaluación inicial de los reflejos primitivos se pudo apreciar que existe una respuesta lenta al reflejo óculo facial, ausencia del reflejo de Galant y el logro de los reflejos evaluados. Posee un retraso significativo en las áreas motriz, lenguaje y cognición.

2.2.2 Caso 2

Niña con diagnóstico de síndrome Down proviene de una familia nuclear, de 15 meses edad cronológica y 10 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a término a las 39 semanas tuvo una talla de 48 cm y el peso de 3200 gr, registra un APGAR de 1:9 y 5:10 y presentó ictericia al nacer. En cuanto a su historia médica posee retraso del crecimiento, dificultad de la audición en el oído izquierdo y presentó anemia. En la anamnesis no se registra antecedentes patológicos familiares, pero si la edad avanzada de la madre que se considera un factor de riesgo, el consumo de medicamentos para tratar la gastritis y la presencia del estrés durante el embarazo. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar

el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, aún existe la presencia del reflejo de Galant. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor, lenguaje y cognición.

2.2.3 Caso 3

Niña prematura que proviene de una familia monoparental, de 8 meses de edad cronológica y 6 meses edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a pretérmino por cesárea a las 30 semanas de gestación tuvo una talla de 36 cm, peso de 970 gr, perímetro cefálico de 24,5 cm, APGAR intubado al minuto 1 y 5, presentó convulsiones e ictericia al nacer. En cuanto a su historia médica presentó anemia y epilepsia. Posee antecedentes patológicos familiares de trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos motores (Tics, Tourette, epilepsia), la madre presentó estrés durante el embarazo y desconocía de su estado de gestación considerando que durante ese periodo consumía medicamentos situaciones que se consideran factores de riesgo. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, estas mostraron que el reflejo de prensión palmar posee mayor fuerza en la mano izquierda, aún existe la presencia del reflejo de Galant siendo el lado izquierdo el de mayor fuerza y la respuesta al acústico facial fue más evidente al lado izquierdo. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor y cognitivo.

2.2.4 Caso 4

Niño que proviene de una familia nuclear, hijo único de 8 meses de edad cronológica y 6 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a término a las 38 semanas de gestación, talla de 50 cm, peso de 3200 gr, perímetro cefálico de 33.5 cm, APGAR de 1:9 y 5:9 al nacer. En cuanto a su historia médica presenta retraso del crecimiento. Posee antecedentes patológicos familiares de problemas de aprendizaje, la madre presentó estrés durante el embarazo e infecciones a las vías urinarias considerado un factor de riesgo. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, estas mostraron que aún existe la presencia del reflejo de Galant en el lado izquierdo. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.2.5 Caso 5

Niño que proviene de una familia nuclear, de 17 meses de edad cronológica y 8 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a pretérmino por cesárea a las 37 semanas de gestación, talla de 45 cm, peso de 2450 gr, y perímetro cefálico de 33.5 cm y APGAR de 1:8 y 5:8, presentó citomegalovirus al nacer. En cuanto a su historia médica presenta

convulsiones, tics y problemas de visión (estrabismo), no se registra antecedentes patológicos familiares, sin embargo, la madre presentó estrés durante el embarazo e infecciones a las vías urinarias considerado un factor de riesgo. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, el reflejo de succión es débil y el de presión plantar posee mayor fuerza en el lado derecho. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.2.6 Caso 6

Niño que proviene de una familia nuclear, de 13 meses de edad cronológica y 15 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto gemelar a pretérmino por cesárea a las 37 semanas de gestación, talla 50 cm, peso 2721,55gr y APGAR 1:8 y 5:8. En cuanto a su historia médica no presenta ninguna enfermedad o complicación. Posee antecedentes patológicos familiares de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la madre tuvo un aborto y fue un embarazo de alto riesgo al ser un embarazo in vitro. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, el reflejo de paracaídas tiene una respuesta lenta. También, se evidencio que existe un retraso leve en el desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.2.7 Caso 7

Niño que proviene de una familia nuclear, de 13 meses de edad cronológica y 15 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto gemelar a pretérmino por cesárea a las 37 semanas de gestación, talla 48 cm, peso 2721,55gr y APGAR 1:8 y 5:8. En cuanto a su historia médica presenta problemas de la visión hipertrofia y tuvo luxación de caderas. Posee antecedentes patológicos familiares de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la madre tuvo un aborto y fue un embarazo de alto riesgo al ser un embarazo in vitro. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de los reflejos evaluados, sin embargo, el reflejo de Galant aún se mantiene en el lado izquierdo levemente. También, se evidenció que existe un retraso leve en el desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.2.8 Caso 8

Niña con asociación de múltiples malformaciones cerebrales proveniente de una familia nuclear con 13 meses de edad cronológica y 2 meses de edad de desarrollo con los siguientes antecedentes; parto a pretérmino por cesárea a las 36 semanas de gestación, talla de 43 cm, peso de 1990 gr, perímetro cefálico de 33 cm, APGAR 1:5 y 5:5, presentó ictericia al nacer y ausencia de apego seguro por la remisión inmediata a la incubadora. En cuanto a su historia

médica presenta, retraso del crecimiento, traumatismo craneal (hidrocefalia), síndrome de Dandy –Walker, epilepsia, dificultad en la audición oído izquierdo, problemas de visión y apetito. Posee antecedentes patológicos familiares de problemas de aprendizaje, depresión, trastornos del sueño, (Tics, Tourette, epilepsia), hidrocefalia (hermana que falleció), la madre presentó estrés durante el embarazo, estuvo en cuidados intensivos por hemorragia y tuvo un aborto. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro algunos reflejos evaluados, sin embargo, el reflejo de succión es débil, el reflejo de Galant leve en el lado izquierdo, acústico facial débil lado izquierdo, no posee reflejo de moro, paracaídas, marcha automática, óculo facial y Babinski. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.2.9 Caso 9

Niña con diagnóstico de PCI proveniente de una familia nuclear, de 22 meses de edad cronológica y 7 meses de edad de desarrollo entre sus antecedentes; parto a término a las 39 semanas de gestación, talla 48 cm, peso 2240 gr, perímetro cefálico de 35 cm, APGAR 1:9 y 5:9, sufrimiento fetal y presencia de ictericia al nacer. En cuanto a su historia médica presenta torpeza motriz, Tics, problemas de visión (estrabismo). Presenta antecedentes patológicos familiares de problemas de aprendizaje, trastornos motores (Tics, Tourette, epilepsia), en el embarazo la madre estuvo expuesta a tóxicos y presentó infecciones en las vías urinarias e inyecciones por el Covid-19. Por su parte en la evaluación de los reflejos primitivos se pudo apreciar el logro de reflejos evaluados, sin embargo, no posee el reflejo de paracaídas y óculo facial. También, posee un retraso del desarrollo psicomotor, lenguaje y cognitivo.

2.3 Procedimiento

En la primera fase, se realizó la revisión documental, técnica que se encarga de recopilar y seleccionar información mediante la revisión de documentos, con el fin de recolectar y usar documentos existentes que ayuden a analizar diferentes datos y ofrecer resultados lógicos (Valencia, 2018). Esta técnica se utilizó para la ejecución y revisión de historias clínicas de cada niño realizadas en las primeras semanas, lo que nos permitió conocer las necesidades de la población infantil, la edad, fortalezas, necesidades y factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo de los niños.

También, se realizó el diseño y la aplicación de la entrevista semiestructurada que, de acuerdo con Diaz et al. (2013) definen como una técnica que se emplea en las ciencias sociales con fines de investigación cualitativa, dicha técnica cuenta con una guía de preguntas que es

un instrumento que se puede utilizar durante la entrevista, requiere que el entrevistador plantee preguntas que desea conocer sobre el entrevistado (ISSUU, 2020). Esta última se aplicó a 9 familias de la población infantil con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento e implicación que influyen en el desarrollo de los niños.

En la segunda fase se aplicó la preevaluación del desarrollo que describe las habilidades del niño en cada área de acuerdo a la observación directa que es el proceso cuando el investigador se pone en contacto directamente con el estudio o hecho (Díaz, 2011; Cáceres y Benavides, 2019). Esta fue realizada mediante la Batería de Desarrollo de Battelle que es un instrumento que contiene una prueba de screening y completa, conformada por 96 ítems, seleccionados de los 341 ítems agrupados en las áreas; personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva (Newborg et al., 2011).

En la tercera fase se elaboró un plan de intervención de acuerdo a los resultados arrojados por la preevaluación y las observaciones durante el proceso de implicación. El mismo que fue aplicado con la finalidad de atender las necesidades a través de sesiones multisensoriales que fortalezcan el desarrollo de los niños, estas fueron ejecutadas simultáneamente con estrategias que empaten la implicación y el conocimiento de la familia o cuidador primario con el desarrollo infantil.

Las intervenciones de atención temprana se llevaron a cabo en un periodo de 5 semanas a la muestra de 9 niños, con una frecuencia de 2 sesiones por semana de 40 minutos cada una, estas respondieron a las necesidades de cada niño a través de actividades lúdicas que promuevan el desarrollo de los mismos, en este proceso se hizo hincapié en la participación de la familia.

El propósito de la intervención fue promover el desarrollo integral en las áreas motriz, social, cognitivo y comunicación a través de sesiones de atención temprana basada en la metodología del juego-motor que según García (2018) el juego motriz propicia el proceso de desarrollo motor, cognitivo, social y afectivo, abordando desplazamientos corporales y movimientos necesarios en cada fase evolutiva, favoreciendo los esquemas motrices. Así mismo se añadió la metodología de estimulación multisensorial que implica el uso de todos de los sentidos: oído, vista, olfato, tacto, vestibular, propioceptivo, proporcionando información y experiencias del mundo través de diferentes sensaciones y percepciones que permiten enriquecer el desarrollo integral (Carbajo, 2014).

Tabla 1: Matriz guía para la ejecución de sesiones

Título	Edad	Objetivos	Metodología	Habilidad a desarrollar	Proceso	Materiales	Estrategias para padres
Explorami cuerpito	Edad cronológica: 8 meses Edad de desarrollo: 6 meses	Fortalecer el desarrollo cognitivo y motriz a través de la exploración de diferentes texturas mediante el tacto y cambios posturales.	Juego sensorial	Desensibilización y volteos	<p>Inicio Interacción con el niño y calentamiento de las extremidades superiores e inferiores.</p> <p>Desarrollo Cambios de postura corporal (volteos) mediante estímulos visuales y auditivos. Exploración de texturas suaves y duras. Apoyo e integración de los padres en las actividades a desarrollarse.</p> <p>Cierre Emisión de refuerzos positivos mediante elogios.</p>	Tina Harina Chinesco de tapas Plumas de colores Objetos	<p>Motivación al reforzamiento de las actividades en casa.</p> <p>Incrementación del conocimiento del desarrollo infantil de acuerdo a las actividades realizadas mediante un afiche.</p> <p>Proporcionar mayor información de la atención temprana y sus beneficios a través de un taller práctico y teórico.</p>

2.4 Descripción de los elementos de planificación de la intervención

2.4.1 Objetivos

Estos se emplearon para poder establecer metas a cumplir de acuerdo a cada una de las necesidades de los niños y a los resultados arrojados por preevaluación del desarrollo, sabiendo que se definen como los fines o propósitos que dirigen el comportamiento o conducta humana, incluyendo todas las categorías que se pretende alcanzar en una investigación o proyecto (Andía, 2016).

2.4.2 Actividades

Estas se diseñaron y ejecutaron considerando las necesidades con el propósito de fortalecer el desarrollo integral de los niños y niñas a través de actividades lúdicas. Las sesiones de intervención temprana se diseñaron y ejecutaron según las necesidades infantiles, las mismas están divididas en tres momentos de inicio que invita a desarrollar acciones integración y seguridad a partir de experiencias cercanas, por su parte en el momento del desarrollo se ejecuta o pone en práctica el objetivo de cada sesión plasmadas en actividades lúdicas fortaleciendo así el desarrollo integral de los niños y niñas, y finalmente el momento de cierre que se realiza a partir de otro ejercicio práctico indicando que la sesión ha terminado para esto se puede emplear diferentes actividades lúdicas (Asencio y Marqués, 2012).

2.4.3 Recursos

Dichos elementos se utilizaron para mejorar el desarrollo de los niños a través de la manipulación y experiencias directas haciendo uso de sus sentidos empleando materiales multisensoriales, conociendo que estos son materiales didácticos que potencian la estimulación de los niños en las áreas: motriz, cognitiva, lingüística y social (Canales-García y Araya-Muñoz, 2017).

2.4.4 Estrategias para padres

Es definida como un grupo de procedimientos empleados por los padres de la familia para integrarse e implicarse en el proceso de intervención haciendo uso de alternativas que ayuden a potenciar el desarrollo infantil y les proporcionen mayor información o conocimiento sobre las áreas trabajadas, con la finalidad de alcanzar objetivos en común a través de la replicación de cada actividad ejecutada (Pino et al., 2017).

En la cuarta fase se ejecutó las preguntas en un grupo focal que según Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013) lo definen como una técnica de investigación cualitativa que consiste en una entrevista grupal a través de la comunicación entre el investigador y los participantes, dicha técnica se utilizó con el propósito de obtener información sobre el nivel de conocimiento e implicación de la muestra de los padres de familia, sumado a esto se aplicó la post evaluación del desarrollo respectiva para conocer los avances en las diferentes áreas, datos que permitieron inferir si el proceso de intervención y el uso de estrategias en el desarrollo de los niños fue exitoso o no.

En la quinta fase se realizó el análisis de información de las entrevistas en función a las categorías de análisis de las entrevistas y anamnesis realizadas para con la finalidad de cumplir el objetivo propuesto. Se sistematizó los resultados de la batería de desarrollo de acuerdo a las tablas de puntuación establecidas en meses por el Inventario de Desarrollo de Battelle. Finalmente, se elaborarán las conclusiones de la investigación en función a los resultados obtenidos en la post-evaluación y la entrevista realizada en la fase anterior.

2.5 Método de interpretación de resultados

En el presente estudio de investigación de tipo mixto se empleó el análisis de información de los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos de acuerdo a las técnicas utilizadas. Por su parte el análisis de los resultados cualitativos se realizó a través de análisis de categorías que según Covarrubias et al. (2012); Rivas (2015) es una estrategia metodológica para describir un acontecimiento a través de categorías de estudio, estas se originan a partir de la teoría, cuentan con sus respectivas conceptualizaciones y con preguntas según cada dimensión propuesta, empleando la matriz de análisis.

Ahora bien, para el análisis de resultados cuantitativos se utilizó la estadística descriptiva que según Rendón-Macías (2016) pertenece al campo de la estadística, plantea sugerencias de cómo resumir de manera precisa y factible los datos de una investigación en cuadros, tablas, figuras o gráficos, identificando las escalas de medición de las variables estudiadas en la investigación.

3. RESULTADOS

A continuación, se describe el análisis de los resultados iniciales cuantitativos de las preevaluaciones del desarrollo empleando el análisis estadístico-descriptivo, así mismo el

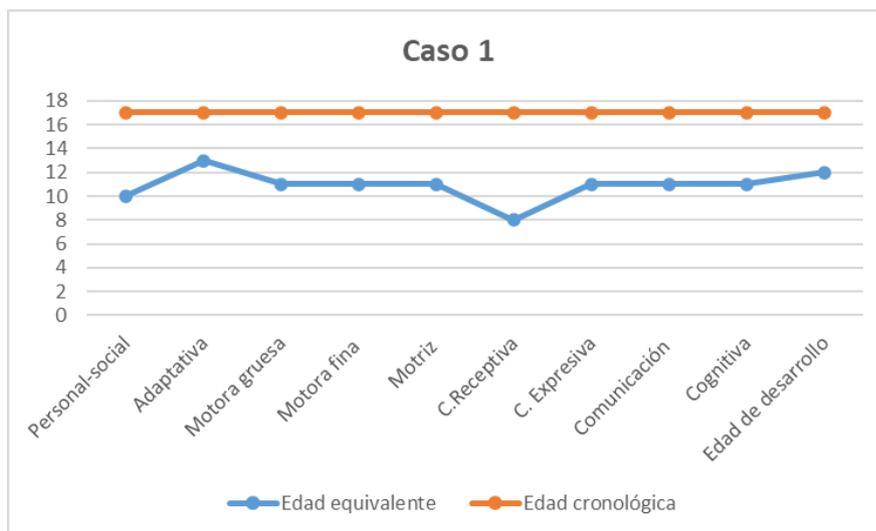
análisis cualitativo de la entrevista y anamnesis usando las categorías de análisis de los datos recolectados.

3.1 Resultados cuantitativos iniciales

La información obtenida de la aplicación de la preevaluación del desarrollo se basó en el Screening de Battelle la que fue importante organizarla en función al análisis de resultados de la estadística descriptiva descrita a continuación.

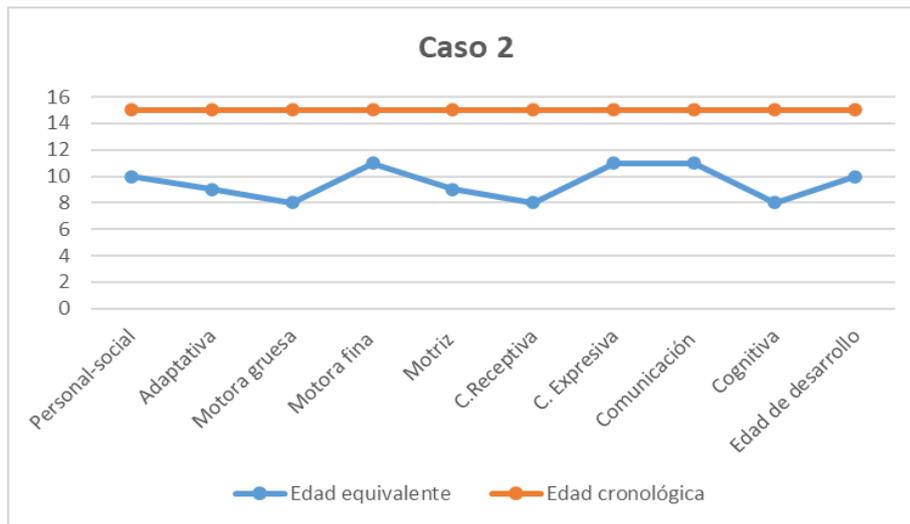
Pre evaluación Battelle

Figura 1: Caso 1



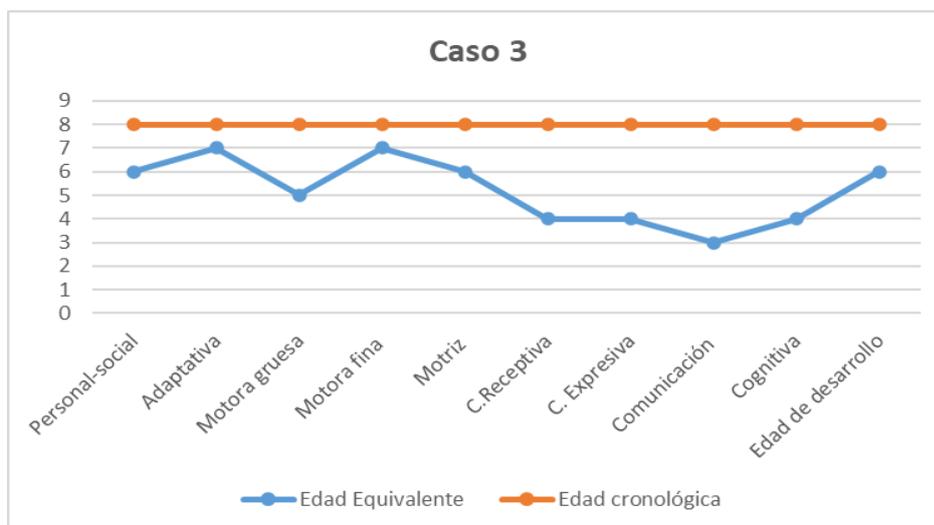
A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 10-11 meses de edad de desarrollo de, área adaptativa 13-14 meses, área motriz total 11-12 meses, comunicación 11-12 meses, área cognitiva 11-13 meses y la edad de desarrollo global de 12 meses. Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 5 meses en referencia con su edad cronológica de 17 meses.

Figura 2: Caso 2



A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron: área personal social 10-11 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 9-10 meses, área motriz total 9-10 meses, comunicación 11-12 meses, área cognitiva 8-10 meses y la edad global de desarrollo de 10 meses. Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 5 meses en referencia con su edad cronológica de 15 meses.

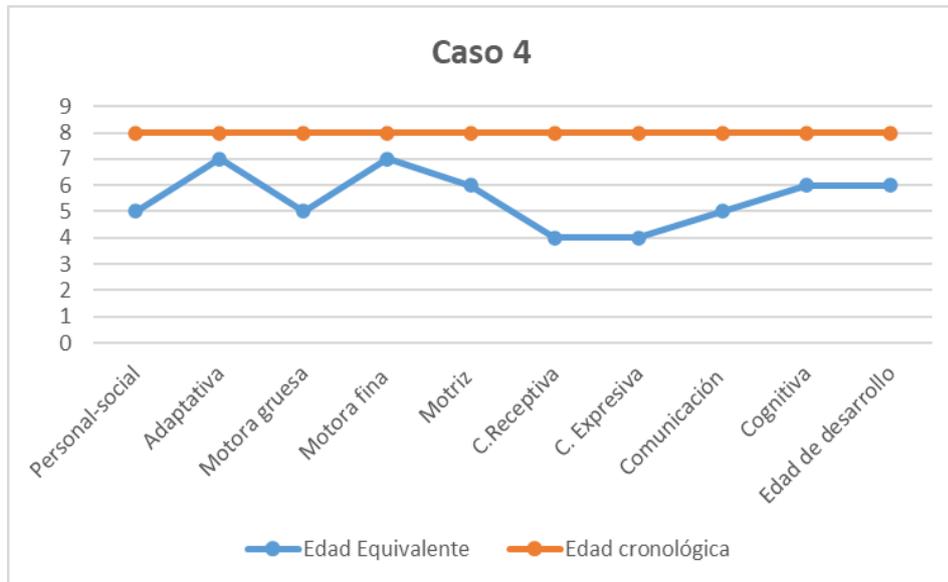
Figura 3 : Caso 3



A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron: área personal social 6 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 7 meses, área motriz total 6 meses, comunicación 3-4 meses, área cognitiva 4 meses y la edad global del desarrollo 8 meses.

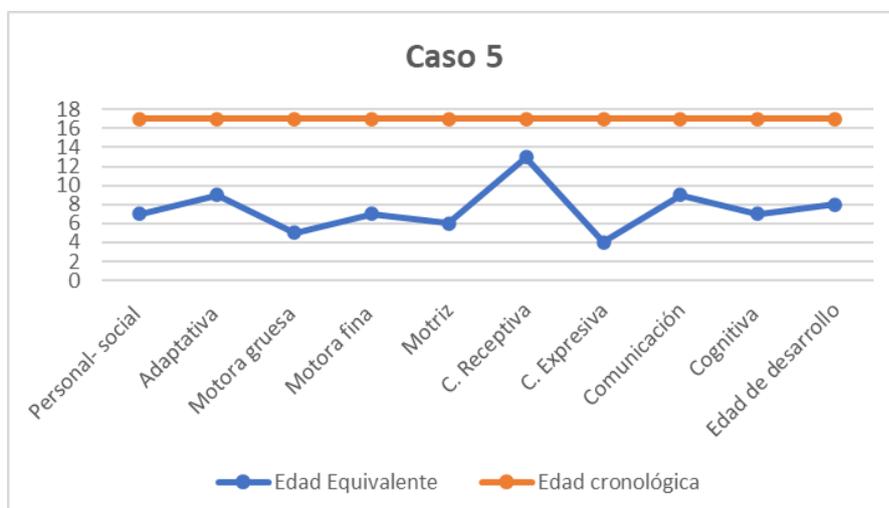
Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 2 meses en referencia con su edad cronológica de 8 meses.

Figura 4: Caso 4



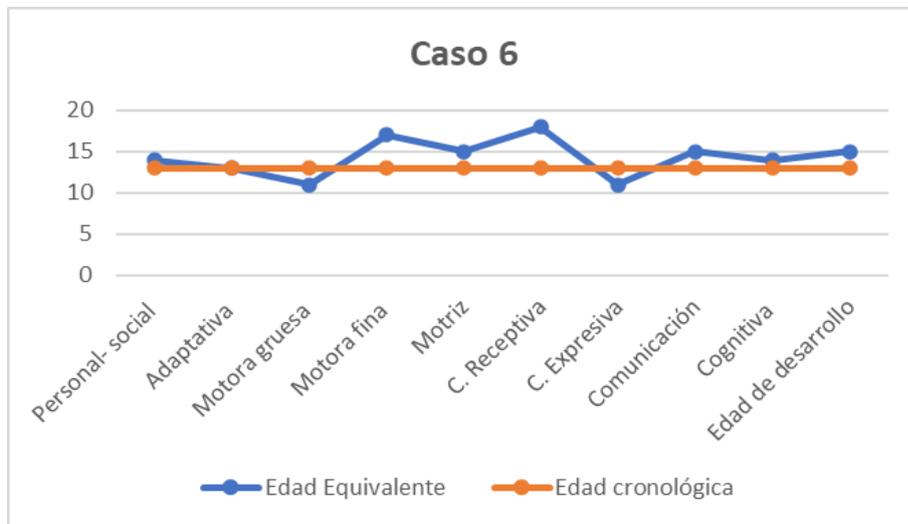
A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron: área personal social 5 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 7 meses, área motriz total 6 meses, comunicación 5 meses, área cognitiva 6 meses y la edad global del desarrollo 8 meses. Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 2 meses en referencia con su edad cronológica de 8 meses.

Figura 5: Caso 5



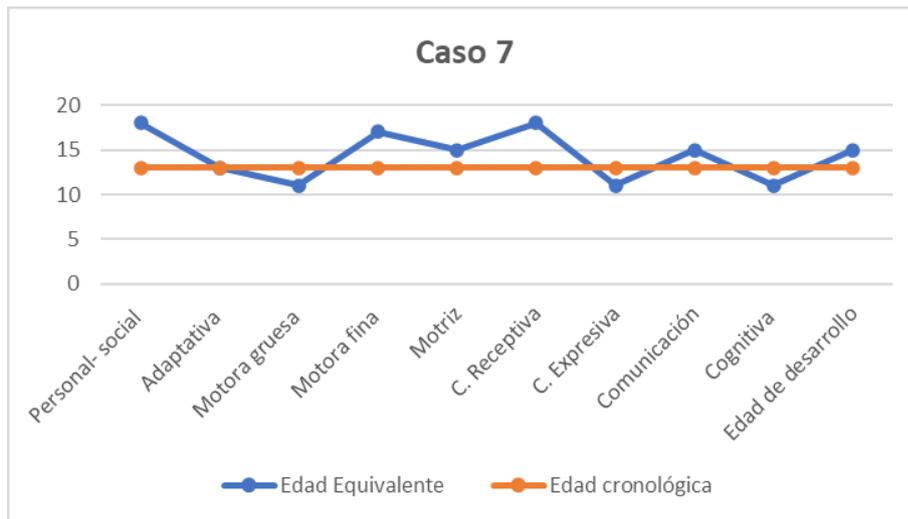
A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron: área personal social 7 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 9-10 meses, área motriz total 6 meses, comunicación 9-10 meses, área cognitiva 7 meses y la edad global de desarrollo 8 meses. Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 9 meses en referencia con su edad cronológica de 17 meses.

Figura 6: Caso 6



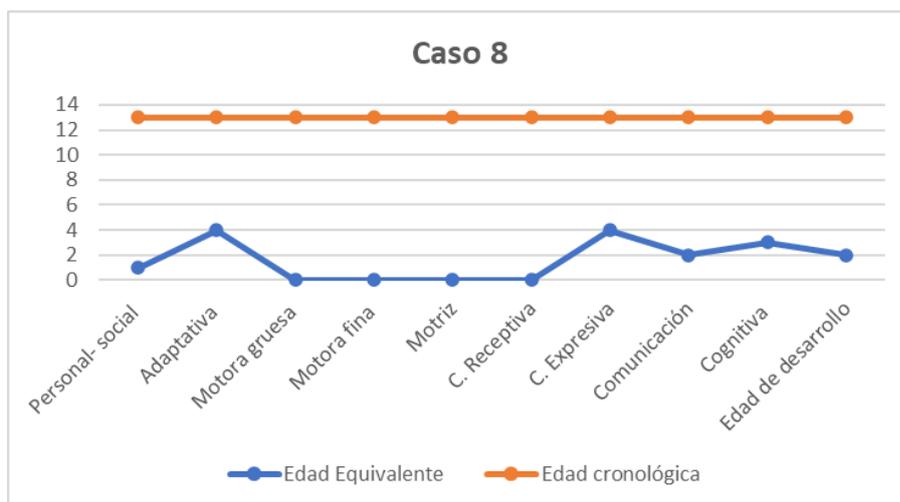
A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 14-15 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 13-14 meses, área motriz total 15 meses, comunicación 15-16 meses, área cognitiva 14-16 meses y la edad global de desarrollo 15 meses. Por ende, se puede observar un desarrollo acorde a su edad con 2 meses a favor en referencia con su edad cronológica de 13 meses.

Figura 7: Caso 7



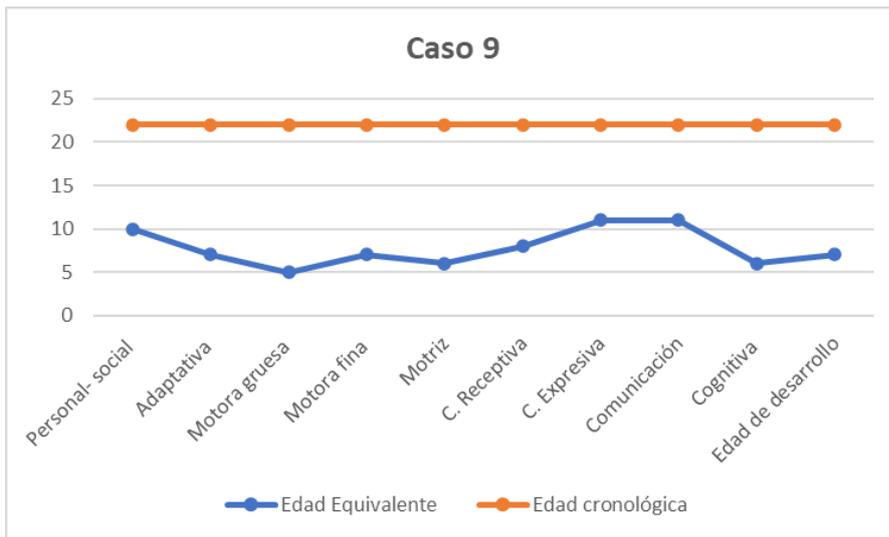
A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 18-19 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 13-14 meses, área motriz total 15 meses, comunicación 15-16 meses, área cognitiva 11-13 meses y la edad de desarrollo global de 15 meses. Por ende, se puede observar un desarrollo acorde a su edad con 2 meses a favor en referencia con su edad cronológica de 13 meses.

Figura 8 : Caso 8



A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados fueron; área personal social 1 mes de edad de desarrollo, área adaptativa 4 meses, área motriz total 0-1 mes, comunicación 2 meses, área cognitiva 3 meses y la edad de desarrollo global de 2 meses. Por ende, se puede observar un desarrollo un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 11 meses en referencia con su edad cronológica de 13 meses.

Figura 9: Caso 9

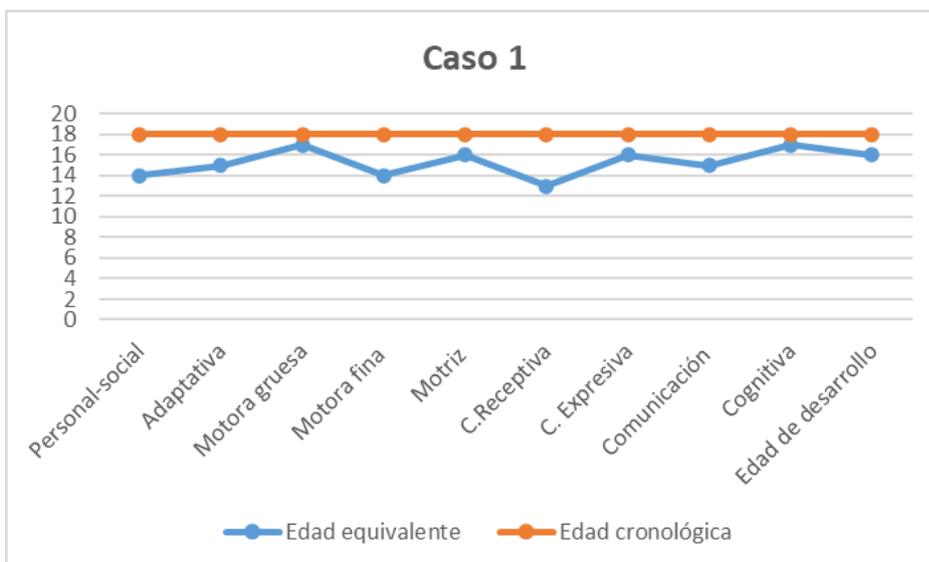


A partir de la preevaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 10-11 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 7 meses, área motriz total 6 meses, comunicación 11-12 meses, área cognitiva 6 meses y la edad de desarrollo global de 7 meses. Por ende, se puede observar un retraso en todas las áreas de desarrollo considerando que existe un desfase de 15 meses en referencia con su edad cronológica de 22 meses.

3.2 Resultados cuantitativos finales

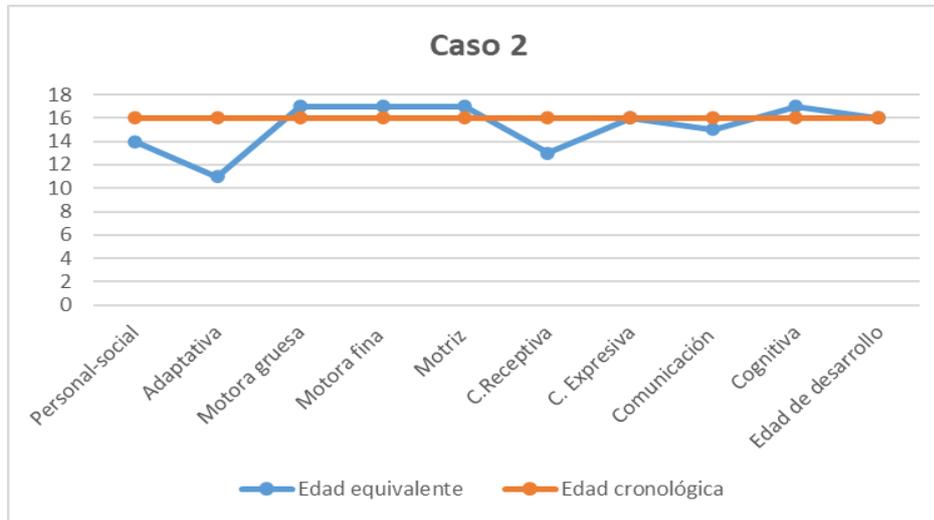
Post evaluación Battelle

Figura 10: Caso 1



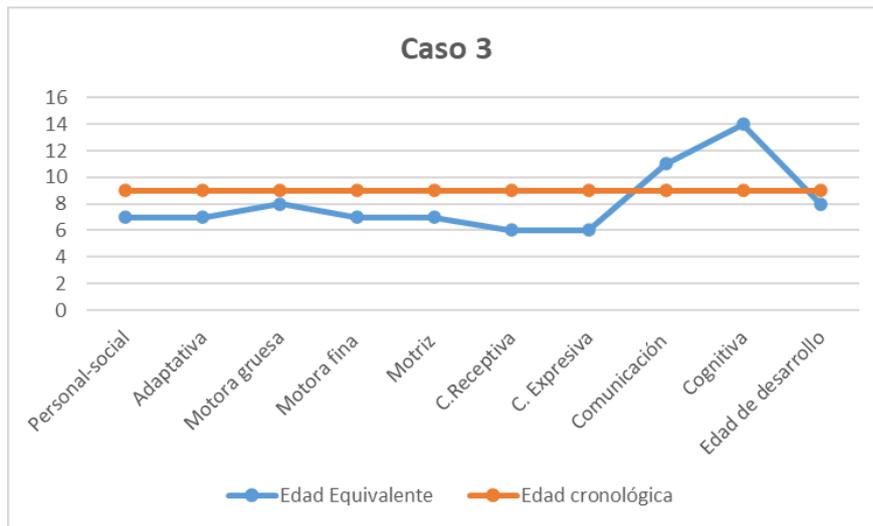
A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados fueron; área personal social 14-15 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 15 meses, área motriz total 16 meses, comunicación 15-16 meses, área cognitiva 17-19 meses y la edad de desarrollo global de 16 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en todas las áreas de desarrollo, no obstante, estas se redujeron considerablemente pues el desfase es de 2 meses en referencia con su edad cronológica de 18 meses.

Figura 11: Caso 2



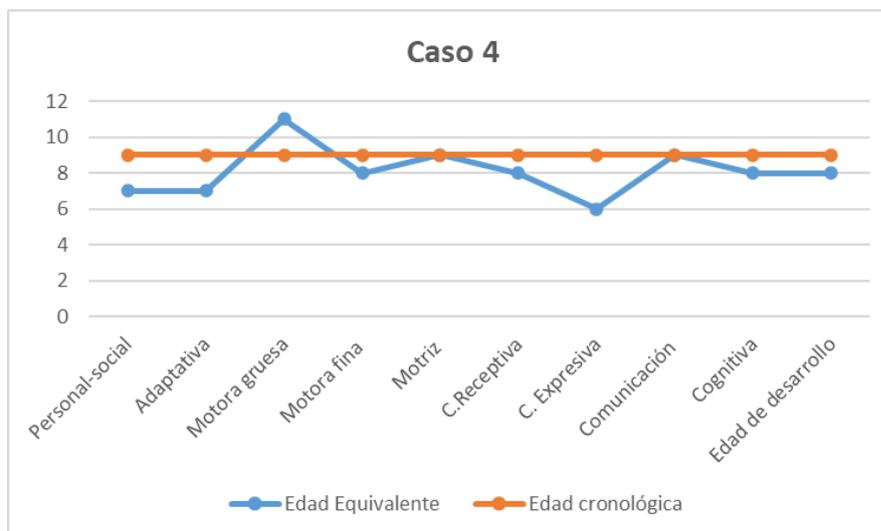
A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 14-15 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 11-12 meses, área motriz total 17 meses, comunicación 15-16 meses, área cognitiva 17-19 meses y la edad de desarrollo global de 16 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en algunas áreas de desarrollo, no obstante, la edad equivalente global se equiparó con su edad cronológica de 16 meses.

Figura 12: Caso 3



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 7 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 7 meses, área motriz total 7 meses, comunicación 11-12 meses, área cognitiva 14-16 meses y la edad de desarrollo global de 8 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en algunas áreas de desarrollo, no obstante, estas se redujeron considerablemente pues el desfase es de 1 mes en referencia con su edad cronológica de 9 meses.

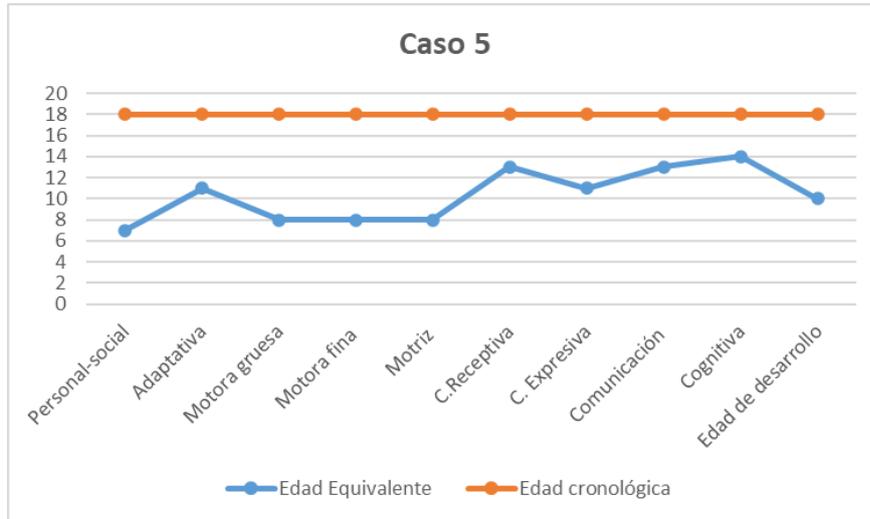
Figura 13: Caso 4



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 7 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 7 meses, área motriz total 9-10 meses, comunicación 9-10 meses, área cognitiva 8-10 meses y la edad de desarrollo global de 8 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en todas las áreas de

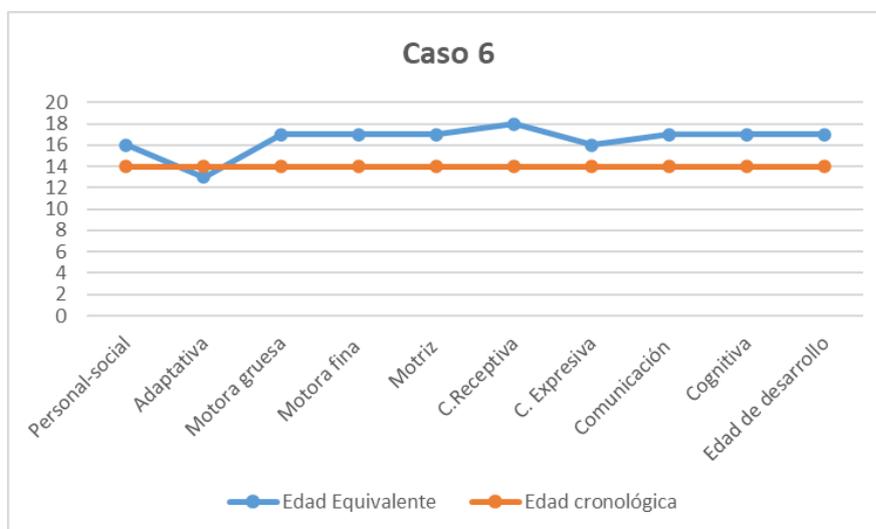
desarrollo, no obstante, estas se redujeron considerablemente pues el desfase es de 1 mes en referencia con su edad cronológica de 9 meses.

Figura 14: Caso 5



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 7 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 11-12 meses, área motriz total 8 meses, comunicación 13-14 meses, área cognitiva 14-16 meses y la edad de desarrollo global de 10 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en todas las áreas de desarrollo, no obstante, estas se redujeron pues el desfase es de 8 meses en referencia con su edad cronológica de 18 meses.

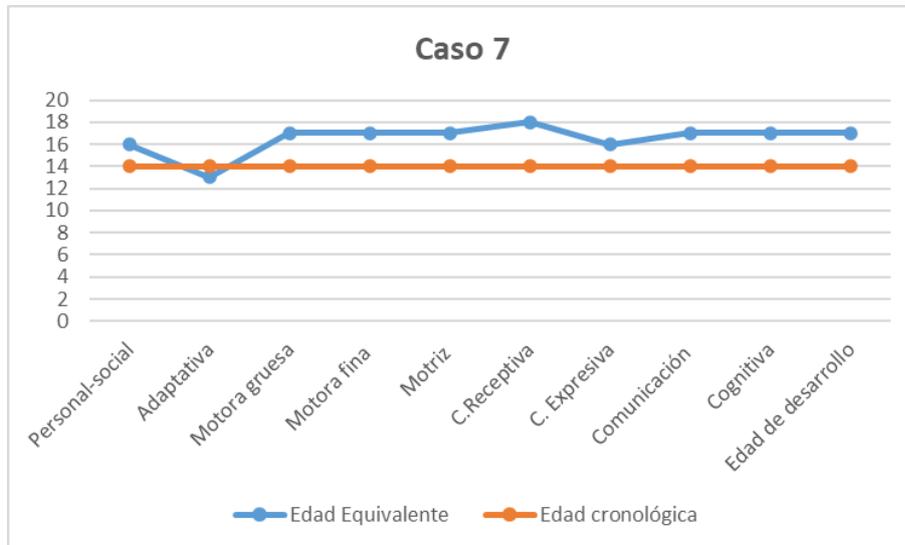
Figura 15: Caso 6



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 16-17 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 13-14 meses, área

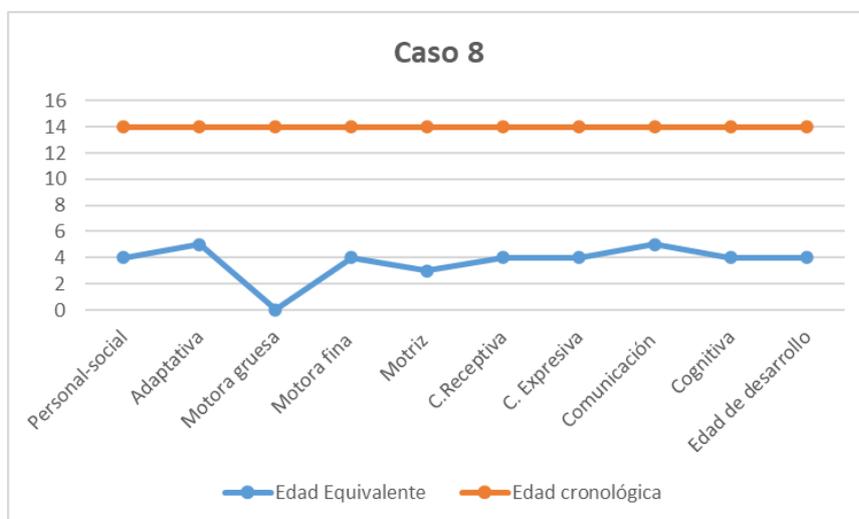
motriz total 8 meses, comunicación 17-18 meses, área cognitiva 17-19 meses y la edad de desarrollo global de 17 meses. Por ende, se puede observar un desarrollo acorde a su edad con 3 meses a favor en referencia con su edad cronológica de 14 meses.

Figura 16: Caso 7



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 16-17 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 13-14 meses, área motriz total 17 meses, comunicación 17-18 meses, área cognitiva 17-19 meses y la edad de desarrollo global de 17 meses. Por ende, se puede observar un desarrollo acorde a su edad con 3 meses a favor en referencia con su edad cronológica de 14 meses.

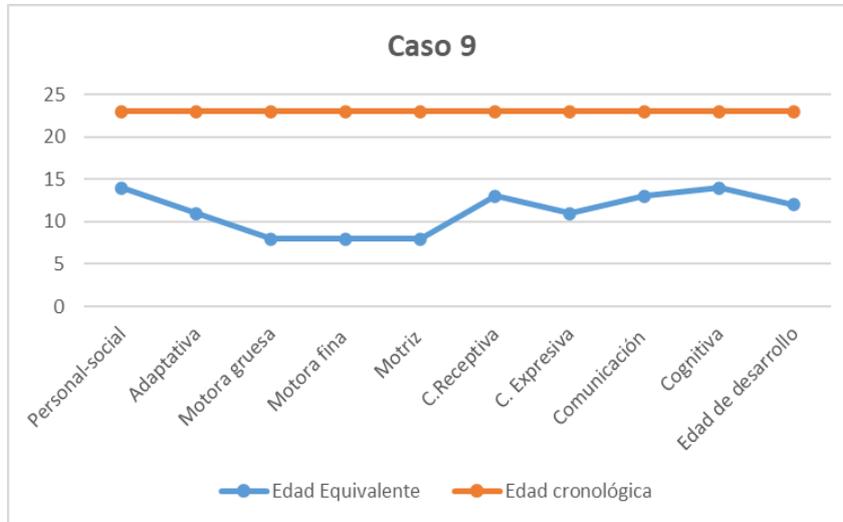
Figura 17: Caso 8



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos fueron; área personal social 4 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 5 meses, área motriz total 3

meses, comunicación 5 meses, área cognitiva 4 meses y la edad de desarrollo global de 4 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en todas las áreas de desarrollo, no obstante, estas se redujeron pues el desfase es de 10 meses en referencia con su edad cronológica de 14 meses.

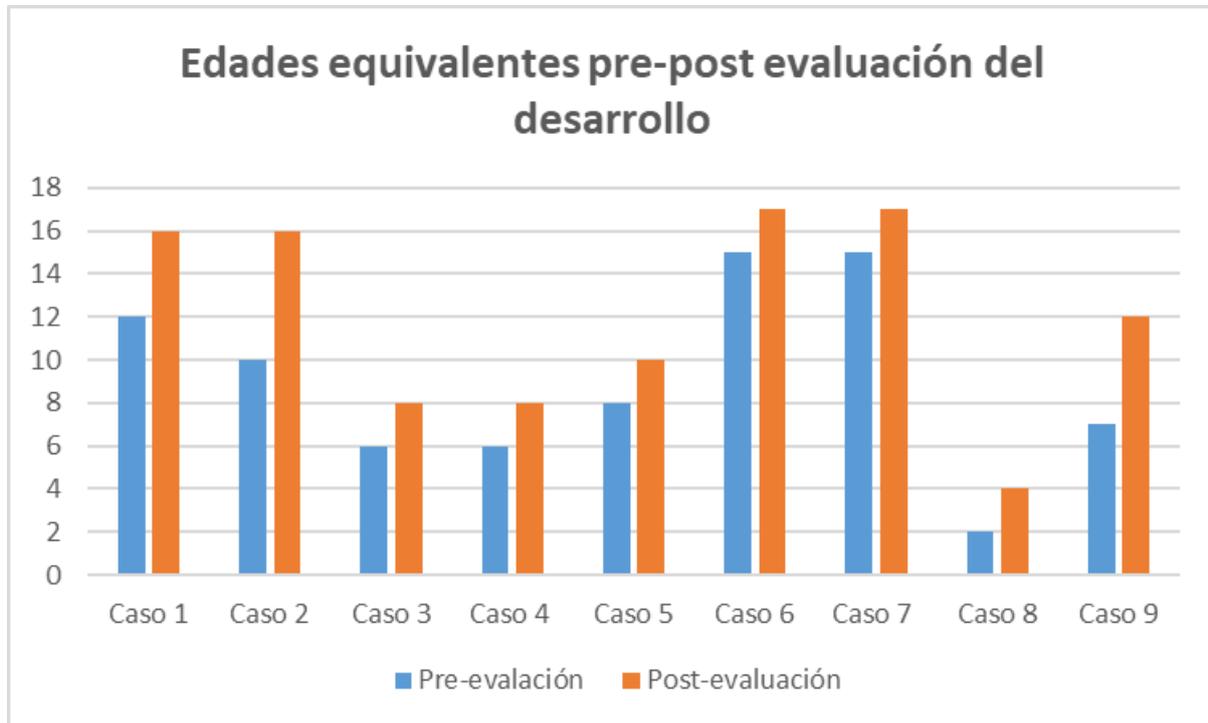
Figura 18: Caso 9



A partir de la post evaluación de desarrollo del Screening los resultados obtenidos reflejan lo siguiente, área personal social 14-15 meses de edad de desarrollo, área adaptativa 11-12 meses, área motriz total 8 meses, comunicación 13-14 meses, área cognitiva 14-16 meses y la edad de desarrollo global de 12 meses. Por ende, se puede inferir que aún persiste un retraso en todas las áreas de desarrollo, no obstante, estas se redujeron considerablemente pues el desfase es de 11 meses en referencia con su edad cronológica de 23 meses.

3.3 Comparación de resultados del pre-post evaluación del desarrollo según el Screening de Battelle

Figura 19: Edades equivalente pre-post evaluación del desarrollo



A partir de los resultados arrojados se puede inferir que toda la muestra tuvo un progreso en su desarrollo así pues lo evidencia el caso 1 que en el pre-test arrojó una edad de desarrollo de 12 meses teniendo un desfase de 5 meses en referencia con su edad cronológica, posteriormente a la intervención se notó un avance considerable de 16 meses de edad equivalente con 2 meses de diferencia. De la misma forma el caso 2 mostró un avance relevante cuya edad equivalente inicialmente fue de 10 meses con un desfase de 5 meses en referencia con la edad cronológica, luego de la intervención se notó un avance importante puntuando una edad equivalente de 16 meses equiparándola con su edad cronológica.

Ahora bien, en el caso 3 y 4 en su primera evaluación presentaron una edad equivalente de 6 meses con un desfase de 2 meses en referencia a sus edades cronológicas que posterior a la intervención reflejan un progreso en el desarrollo al presentar una edad de desarrollo de 8 meses con 1 mes de diferencia a su edad real. Así mismo en el caso 5 se puede percibir un avance notable, ya que, la pre-evaluación muestra una edad equivalente de 8 meses con una diferencia de 9 meses en referencia con su edad real, luego de la intervención se constató una edad equivalente de 10 meses con un desajuste de 8 meses en referencia a su edad cronológica.

En el caso 6 y 7 se evidencia un progreso significativo cuyas edades equivalentes inicialmente fueron de 15 meses con 2 meses a favor en comparación con su edad cronológica, posterior a la intervención se observa una edad de 17 meses con 3 meses a favor en relación con las edades reales. Por otra parte, el caso 8 mostró un progreso representativo cuya edad equivalente inicial fue de 2 meses con una diferencia de 11 meses en relación con la edad cronológica, después de la intervención se constató una edad equivalente de 4 meses con una desigualdad de 10 meses en relación con la edad cronológica. Así pues, el caso 9 muestra una edad equivalente inicial de 7 meses de edad de desarrollo con un desfase de 15 meses, que posterior a la intervención arrojó una edad equivalente de 12 meses con un desajuste de 11 meses de diferencia en relación con la edad real.

Por lo tanto, se pudo evidenciar que el proceso de intervención temprana obtuvo avances significativos en varias áreas de desarrollo de los niños participantes en la que se puede resaltar que es importante trabajar de manera global las áreas de desarrollo considerando las experiencias de estimulación multisensorial.

3.4 Resultados cualitativos iniciales

La información obtenida de las entrevistas a los padres de familia y la revisión de las anamnesis fue importante organizarla en función a las categorías de análisis planteadas previamente antes de realizar la recolección de datos, empleando la matriz de análisis de categorías expuesta a continuación.

Tabla 2: Matriz de análisis de categorías Entrevista y Anamnesis

Categorías	Definición	Indicadores	Entrevista	Análisis documental anamnesis
Categoría 1: Desarrollo infantil en niños con	El desarrollo infantil se define como un proceso dinámico y de cambio biológico, psicológico	-Factores de riesgo biológicos y psicosociales -Retraso del	1. ¿Cuáles han sido sus experiencias en el	-Antecedentes de riesgo prenatal, perinatal y postnatal.

discapacidad	y social, el que puede verse afectado por desviaciones en el curso normal del desarrollo como consecuencia de acontecimientos de salud (GAT, 2000).	desarrollo -Desconocimiento del desarrollo evolutivo	desarrollo de su hijo? 2. ¿Cuáles son los cambios que ha percibido en el crecimiento del niño? Cuéntenos su experiencia.	-Antecedentes no patológicos -Desinformación de hitos del desarrollo evolutivo
Categoría 2: Dinámicas parentales	Las dinámicas parentales son conocidas como las habilidades y conductas de cuidado, protección y educación de los padres a sus hijos, asegurándose de garantizar un ambiente sano y desarrollo integral (Cabrera, 2023).	-Estilo de crianza sobreprotectora -Vínculos afectivos limitados por el miedo o incertidumbre	1. ¿Cómo recuerda el inicio de la relación con su hijo? 2. ¿Cómo describiría la relación y el cuidado que tiene con su hijo? 3. ¿Cuáles son sus mayores dudas o necesidades en	-Hábitos y rutinas de crianza -Apego precoz

la crianza y
cuidado de su
hijo?

3.4.1 Desarrollo infantil en niños con discapacidad

El desarrollo infantil es un tema nuevo y desconocido por los padres de familia, existen rasgos o comportamientos que alertan y llaman su atención.

Testimonio madre 1: “Mis experiencias han sido que o sea de verle a ella que no puede sentarse no puede mucho moverse como un niño normal”

Testimonio Madre 2: “Como soy mamá primeriza todo me llama la atención y no sé, como tratarle a él, como ser yo también con él, si se está desarrollando de acuerdo a la edad de un niño normal”

Mediante el proceso de investigación de la entrevista y anamnesis se pudo evidenciar que la mayoría de las madres de familia mencionaron que fueron experiencias complicadas y estresantes, pues, también fueron madres primerizas y desconocían acerca del desarrollo de sus hijos y las diferentes condiciones y situaciones que tuvieron que atravesar entre ellas; la edad avanzada, prematuridad, diagnóstico de Síndrome de Down durante el embarazo, bajo nivel de escolaridad, estrés psicosocial durante la gestación e infecciones a las vías urinarias considerados factores de riesgo de mayor predominancia como consecuencia de lo antes mencionado, esta parte de la muestra emitió respuestas que no están acorde a la edad evolutiva, las edades mencionadas en cada área no siguen una secuencia lógica, desconocen términos, no recuerdan o se contradicen. También la mitad mencionó que observaron rasgos que llamaron su atención, pero pasaron desapercibidos hasta que fueron notables. A su vez, pocas de ellas mencionaron que están al tanto del crecimiento y desarrollo evolutivo de acuerdo a la edad cronológica, por ende, emitieron respuestas coherentes a lo preestablecido evolutivamente como consecuencia de su mayor conocimiento a causa de la investigación e indagación por iniciativa propia. Cabe recalcar que más de la mitad de los casos presentaron retraso en el desarrollo en sus diferentes áreas.

3.4.2 Dinámicas parentales

Los padres participantes de niños con discapacidad han desarrollado estilos de crianza sobreprotectores que han desencadenado vínculos afectivos ambivalentes.

Testimonio madre 1: “Yo tengo los cuidados muy especiales con ella o sea no me gusta dejarle con alguna otra persona así miedo de que le hagan algo, que le cuiden mal o que le hagan caer o golpeen y así”

Testimonio madre 2: “La relación con ella si ha sido bien diferente no podía todavía yo aceptar como nació fue bien duro”

Testimonio madre 3: “Puede ser llena de miedo al inicio por todo lo nuevo que se venía”

A través del proceso de investigación de la entrevista y la anamnesis se pudo constatar que la mayor parte de las madres de familia tuvieron un acercamiento o contacto físico inmediatamente después del nacimiento con el recién nacido, no obstante, pocos de ellos mencionaron que los vínculos afectivos entre madre e hijo fueron ambivalentes por causas médicas y por el desconocimiento del embarazo. Donde ambas partes muestran miedo e incertidumbre sobre el desenvolvimiento de sus hijos a futuro, a causa de esto poseen cuidados excesivos como pretexto de velar por la seguridad de los niños por las diferentes condiciones que estos presentan, la convivencia constante, ser hijos únicos y la dependencia total en edades tempranas, evidenciado en que gran parte de los niños aún duermen con sus padres demostrando menor independencia, por el contrario, una minoría menciona que la atención a sus hijos son adecuados sin caer en la excesividad o escasez, donde estos niños muestran una autonomía considerable al dormir solos.

3.5 Resultados cualitativos finales

A través de la información obtenida del grupo focal realizado a los padres de familia de la muestra, después del proceso de orientación e implicación durante las sesiones realizadas se pudo inferir el siguiente análisis de información que pone en evidencia el conocimiento de los mismos posterior al proceso de intervención.

3.5.1 Desarrollo infantil en niños con discapacidad

Los padres de familia mostraron una comprensión y reacción positiva frente al proceso de intervención manifestando cambios significativos en el desarrollo.

Testimonio madre 1: “Creo que ha alcanzado todos los hitos de acuerdo a su edad, nos han ayudado mucho hace cosas que antes no creo que él sabía cómo hacerlo y yo tampoco como enseñarle, como ustedes nos han ido enseñando como es el paso para gatear y nos explicaban de qué o sea la importancia de que él haga cada una de esas cosas para su desarrollo”

A través del grupo focal se pudo evidenciar que todas las participantes incrementaron su conocimiento sobre el desarrollo de sus hijos, considerando mayores alcances en las etapas evolutivas, así pues, mencionaron que se reforzó el volteo, sedestación, interacción social y manipulación de objetos. Ahora bien, una parte mencionó que han adquirido aprendizajes que les permitieron ser constantes para alcanzar hitos en el desarrollo evolutivo.

3.5.2 Dinámicas parentales

Los padres de familia aseguraron que al implicarse en las intervenciones tuvieron resultados favorables, pues estas permitieron estrechar vínculos afectivos, beneficiando así sus relaciones parentales y sociales.

Testimonio madre 1: “Comparto más con ella y estamos más unidas con eso, o sea me ha gustado mucho involucrarme en cada actividad que se realizaba para poder realizar en casa y aprender más cosas”

Mediante el grupo focal se pudo constatar que todas las madres de familia obtuvieron experiencias gratificantes que generaron emociones buenas en ellas, así pues, lo señalan en sus respuestas recalcando que el involucramiento en las sesiones les permitió compartir, generar mayor confianza, motivar y ayudar a fortalecer los lazos afectivos con un mayor contacto entre madre e hijo. De esta manera se ampliaron los grados de implicación y conexión en cada paso que fueron dando los niños y así poder replicarlo en casa afianzando las relaciones afectivas.

4. DISCUSIÓN CIENTÍFICA

En el presente estudio de tipo mixto cuyo objetivo fue promover el desarrollo infantil en los niños con factores de riesgo del área de Neurodesarrollo de UDA Salud a través de sesiones de atención temprana, se obtuvo diferentes hallazgos.

La metodología cuantitativa permitió evidenciar el efecto de la atención temprana en el desarrollo infantil; deduciendo los siguientes hallazgos; la intervención temprana generó efectos positivos sobre el desarrollo de los niños participantes, así lo demuestra la post evaluación al evidenciar una disminución del desfase de la edad de desarrollo en comparación con la pre evaluación, obteniendo cambios numéricos en las diferentes áreas, estos resultados concuerdan con Morales y Martín-Lepe (2020); Romeo (2014); Valentini et al. (2021) quienes evidenciaron que tras la aplicación de un programa de intervención dirigido a niños de 2 años se demostraron diversos avances en las distintas áreas del desarrollo, de esta manera se comprueba el ascenso significativo de los porcentajes en la evaluación encontrando

correlaciones positivas, fuertes y significativas para las puntuaciones de desarrollo neurológico en los primeros años de vida.

Otro hallazgo estuvo referido al avance significativo en varias áreas de desarrollo de los niños participantes a partir de experiencias de estimulación multisensorial, esto coincide con el estudio de Acosta et al. (2022) quienes mencionan que el desarrollo debe ser estimulado de manera integral utilizando los 7 sentidos: visual, auditiva, táctil, gustativa, olfativa, vestibular y propioceptiva, permitiendo ejecutar las funciones básicas; cognitivas, motrices, lingüísticas, sociales y afectivas en el niño.

Otro de los hallazgos encontrados en la investigación, fue que el proceso de intervención fortaleció el área cognitiva específicamente habilidades como; exploración sensorial, manipulación y permanencia del objeto, en concordancia con Oliveira et al. (2023) quienes en su estudio observaron diferencias en las puntuaciones cognitivas en niños entre 6 a 12 meses, específicamente relacionadas con habilidades en el funcionamiento autónomo y sensorial tras la intervención. En este mismo sentido en este estudio se constató que en uno de los niños participantes persistió un retraso en el desarrollo cognitivo este podría estar asociado a la prematuridad del caso coincidiendo con Romeo et al. (2022); Sánchez-Joya (2017) quienes corroboraron que los bebés prematuros pueden presentar deterioros cognitivos en diferentes dominios en comparación con los nacidos a término por ello es importante monitorear la función cognitiva durante los primeros años.

Otro resultado a enfatizar fue que la mayoría de niños obtuvieron un progreso en el desarrollo motriz, específicamente en habilidades como; gateo, bipedestación y pinza superior, sin embargo, el retraso persiste y varía de acuerdo a las condiciones biológicas y medioambientales, concordando con Castineira et al. (2022); González y González-Olguín (2023) quienes demostraron resultados beneficiosos tras la intervención temprana obteniendo cambios significativos en el desarrollo y en la adquisición de hitos de la motricidad gruesa y fina. Por ende, es preciso considerar los retrasos en el desarrollo motor del niño dado que estos pueden impactar negativamente en las oportunidades de explorar el entorno, experimentar nuevos desafíos motores y adquisición habilidades individualidades que limitan el desplazamiento en el medio en que se desenvuelve (Costa et al., 2023; Puertas y Freire, 2023).

Por otra parte, desde la metodología cualitativa y a partir del análisis de categorías, el presente estudio obtuvo como resultado que el proceso de intervención puede verse afectado por el desconocimiento parental o maternal, ya que, al no conocer los hitos del desarrollo,

confundirlos e ignorarlos, se pueden presentar comportamientos que alertan y llaman la atención a los padres. En este sentido (Pérez-Conesa et al., 2016) indican que el desconocimiento, las creencias erróneas y la desigualdad económica, social y política contribuyan a que los padres adquieran actitudes y aptitudes de amenaza en el desarrollo de sus hijos.

Así mismo, la poca información sobre el desarrollo evolutivo que conocen los padres de familia suele verse asociado con el nivel de escolaridad que estos sostienen concordando con Cardozo et al. (2022); Gondim et al. (2022); Sullivan et al. (2021); Thieu et al. (2019); Vale-Dias y Nobre-Lima (2018) quienes mencionan que el conocimiento de los cuidadores sobre el desarrollo infantil está directamente relacionado con el desarrollo neuropsicomotor de los niños: cuanto mayor es el nivel de conocimiento, mayor es la probabilidad de un desarrollo adecuado, pues, los padres que desconocen este tema tienen más probabilidades de comportarse de manera inapropiada y pueden afectar el desarrollo del niño, donde la población con un nivel de escolaridad superior tiende a acudir a fuentes de información confiables en comparación con las de menor nivel académico.

Además, otro de los resultados obtenidos es que los padres de familia con hijos con discapacidad poseen vínculos ambivalentes, al tener sentimientos de miedo e inseguridad sobre el futuro a corto y largo plazo de sus hijos, desencadenando una protección excesiva por la condición que esto atribuye, esto coincide con Cahuana et al. (2022); Fernández et al. (2016); González et al. (2021); Noriega (2022) quienes mencionan que la sobreprotección invalida a los niños con discapacidad, siendo uno de las principales obstáculos con los que se encuentran los padres primerizos debido a conflictos para regular su ambivalencia, inconsistencia y sufrimiento emocional expresados a través de sentimientos de sobreprotección y conductas de inseguridad, siendo estos limitantes en la exploración del entorno del niño privándolo de un desempeño autónomo en su contexto diario, por lo mismo los padres no deberían extralimitar los cuidados a sus hijos.

Otro hallazgo que se pudo evidenciar durante y después de la intervención fue la importancia de la implicación y participación de la familia en este proceso, pues estas permitieron estrechar vínculos afectivos y fortalecer las relaciones parentales y sociales, donde los resultados varían y tiene mayor impacto en los hijos y padres que trabajan en conjunto y son constantes. Esto se relaciona con Andreucci-Annunziata y Morales-Cabello (2019); Garrido et al. (2022) quienes señalan que los programas de atención temprana que integran a las familias en la ejecución de la intervenciones brindan importantes beneficios a sus hijos e

hijas, evidenciándose efectos positivos a corto, mediano y largo plazo entre ellos: mejora del desarrollo físico y psicomotor; logros cognitivos, socioemocionales y educacionales de acuerdo a la frecuencia, repetición y continuidad de la ejecución de actividades.

A partir de este resultado es preciso referir que la intervención temprana que incluye a los padres permite estrechar lazos afectivos entre madre e hijo el que puede verse afectado por diferentes factores entre ellos; embarazos no planificados y por causas médicas que impiden el apego precoz importante en los primeros años de vida, así pues lo constatan Holopainen et al. (2020); Martínez y Calet (2015); Muslu et al. (2022); Palacios-Hernández (2016); Sanches et al. (2020); Seefeld et al. (2023); Suárez y Vélez (2018); Villavicencio-Aguilar et al. (2018) quienes indican que la madre debe aprender estrategias de intervención que permitan desarrollar vínculos afectivos necesarios para el desarrollo infantil limitado por factores pre, peri y postnatales, por ello es importante el vínculo afectivo que incluya una relación recíproca, favorable y significativa entre la madre y el recién nacido, evitando generar consecuencias negativas en el desarrollo emocional, conductual y cognitivo.

En virtud a lo argumentado en el presente estudio se puede concluir que el desarrollo infantil es un proceso dinámico y abierto, donde se adquieren diferentes habilidades motrices, cognitivas, sociales y lingüísticas, no obstante, estas pueden verse afectadas por la presencia de retrasos del desarrollo en una o varias áreas asociadas a diferentes factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales en etapas tempranas. Por ello es indispensable la remisión a los servicios de atención temprana que se encargarán de fortalecer el desarrollo, así lo muestra el estudio al evidenciar un mayor avance en las áreas; cognitiva y motriz, donde la atención temprana reduce o minimiza el desfase entre la edad de desarrollo inicial y final, considerando que las áreas lingüística y social requieren de mayor tiempo de intervención y varían de acuerdo a la condición de cada caso. En este proceso es importante la participación de la familia, ya que, los mismos son el contacto directo y serán los encargados de brindar oportunidades de estimulación que favorezcan el desarrollo de los niños, tras la orientación y observación en las intervenciones, tomando en cuenta que los cuidados deben ser adecuados sin caer en la sobreprotección. Ahora bien, las limitaciones del estudio de investigación fueron el tiempo de intervención que fue corto, limitando el trabajo en las diferentes áreas de desarrollo de manera que el avance y el acompañamiento sea aún más significativo y el número de participantes que fue reducido por condiciones propias del lugar, por ello, se recomienda realizar estudios a futuro que consideren la participación de la familia en el proceso de atención temprana, ya que se pudo demostrar que la mayor parte de los padres de familia o cuidadores primarios

presentaban desconocimiento siendo este un limitante en el desarrollo infantil también, se debería considerar realizar estudios que tengan el apoyo de otros profesionales entre estos psicólogos que ayuden a las madres de familia a superar los diferentes sentimientos y emociones al tener hijos con discapacidad, de esta manera se garantizará el éxito de la intervención, evolución del desarrollo infantil y mejoramiento del estilo de vida de los niños y su familia.

5. REFERENCIAS

- Acosta, S., Rosero, E., Galarza, J. y Estupiñán, M. (2022). Estimulación multisensorial en el desarrollo integral infantil: Revisión sistemática desde la perspectiva de distanciamiento social. *Conciencia Digital*, vol. 5. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v5i1.1.1991>
- Alcalá, M., Gibello, A., Casallo, M. y Ortega, L. (2019). Atención Temprana en Prematuridad a propósito de un caso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 2(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126002>
- Andía, W. (2016). Enfoque metodológico para los objetivos estratégicos en la planificación del sector público. *Industrial Data*, 19 (1), 28-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81650062004>
- 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*, vol. 17(2). <https://www.redalyc.org/journal/773/77361136008/77361136008.pdf>
- Alemann, C., Daga, G., Leer, J. y Lopez, F. (2022). Violencia de pareja y desarrollo infantil temprano. *Rev Panam Salud Publica*, 46(195). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.195>
- Arce, M. (2015). Crecimiento y desarrollo infantil temprano. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3),574-578. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342789023>
- Arenas, M., García-Sánchez, F., y Sánchez-López, C. (2020). Inteligencia emocional y prácticas participativas con la familia en atención temprana RELIEVE. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, vol. 26(1). <https://www.redalyc.org/journal/916/91664838005/91664838005.pdf>
- Bedregal, P., Hernández, V., Mingo, M., Castañón, C., Valenzuela, P., Moore, R., De la Cruz, R. y Castro, D. (2016). Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5). <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.02.008>
- Bolívar, L., Convers, A. y Moreno, H. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8 (1), 67-76. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297231283007.pdf>
- Cáceres, Y. y Benavides, Z. (2019). La evaluación del desarrollo integral de las niñas y niños de la primera infancia, desde lo social personal. *VARONA*, vol. 69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360671311004>

- Cahuana, M. Ramírez, M. y Aragón, P. (2022). Primera noticia y resiliencia materna en la discapacidad intelectual: Una revisión teórica. *Rev. Psicol*, vol. 12. <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1473/1484>
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Hernández-Fabián, A., Magán- Maganto, M., Sánchez, A.y Posada- De la Paz, M. (2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Rev Neurol*; 60 (Supl 1): S25-9. https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/15581/DeteccionPrecoz%20AtencionTemprana_2015.pdf?sequence=1
- Canales-García, A. y Araya-Muñoz, I. (2017). Recursos didácticos para el aprendizaje de la educación comercial: Sistematización de una experiencia en educación superior. *Educare*, 21(2), 151-173. <https://www.redalyc.org/journal/1941/194154995007/movil/>
- Cañadas, M., Escorcía, C., Martínez, G., Alonso, M., Ayuso, V., Domenech, M., Franco, I., Moltó, E., Roca, M., Santandreu, A. y Sanchís, C. (2016). Atención temprana y prácticas centradas en la familia: a propósito de un caso. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, vol. 36. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2016.07.004>
- Carbajo, M. (2014). La sala de estimulación multisensorial. *TABANQUE Revista pedagógica*, vol. 27. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/16701/Tabanque-2014-27-LaSalaDeEstimulacionMultisensorial.pdf>
- Cardozo, L., Pereira, J., Almeida, H., Conceição, H., Amâncio, W., Dias, R., Lira, J. y Filgueiras, M. (2022). Knowledge of caregivers and factors associated with neuropsychomotor development in children. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(3), e20210402. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0402>
- Castineira, A. Sánchez-Lastra, M. Martínez, I. y Ayán, C. (2022). Efectos de un programa de rehabilitación temprana en el desarrollo y adquisición de hitos motores en un niño con síndrome de Down: un estudio de caso. *Fisioterapia*, vol. 44 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563822000694?via%3Dihub>
- Chávez, V. (2019). Mecanismos biológicos del aprendizaje y el control neural en los periodos sensibles de desarrollo infantil. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 11(26), 171-195. <https://www.redalyc.org/journal/4418/441857903005/htm/>
- Costa, A., Valentini, N., Beltram, T., Pinto, L., Homrich, C., Rombaldi, J. y Goldani, M. (2023). Different intrauterine environments and children motor development in the first 6 months of life: a prospective longitudinal cohort. *Sci Rep*, 13 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36626-y>
- Covarrubias, H. Fernández, T. y Sepúlveda, E. (2012). Percepción de los Trabajadores Sociales de Municipios, sobre el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en su quehacer profesional. <https://ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000458.pdf>
- De la Hoz, J. (2018). Fundamentación epistemológica de los procesos de investigación, cultura de paz e investigación educativa CEDOTIC. *Revista de Ciencias de la Educación, Docencia, Investigación y Tecnologías de la Información*, vol. 3(2). <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/381/3811794015/3811794015.pdf>
- Díaz, L., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Educere*, 8(27), 535-543. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>

- Díaz, L. (2011). La observación. *Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)*. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Díaz, V. y Calzadilla, A. (2015). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 14. <https://dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10>
- Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C. y Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, vol. 1(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872014000200004&script=sci_arttext
- Fernández, E., Del Valle, F. y López, L. (2021). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Camagüey. *Revista MEDISAN*, vol. 25(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000400856&lang=es
- Fernández, P., Vallejo, G., Livacic-Rojas, P. y Tuero, E. (2014). Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(2). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.166911>
- Fernández, L., Ramírez, C., Ferall, C. y Rodríguez, T. (2016). Influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1). <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.03.003>
- Finol, M. y Vera, J. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Revista Científica Mundo Cursivo MR*, 3(1). <https://drive.google.com/file/d/1vI7S1dPpkES8zUwyfenm0Jn6PmzAsKMO/view>
- Galvis, E. (2015). Perspectiva Cultural del Desarrollo Infantil en las Instituciones de Protección. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 29-46. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80438019003.pdf>
- Garrido, A., Morales, Y. y Madriz, L. (2020). La familia, agente de atención temprana de la niñez prematura: un acompañamiento desde la extensión social. *Revista Innovaciones Educativas*, 22(33). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-41322020000200062&lang=es
- García, S. (2018). El juego motor como estímulo en educación infantil. *Universidad de Valladolid*. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31530/TFG-O-1305.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- GAT (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Atención a la Discapacidad. Madrid.
- Grande, P., Torán, M., Barquero-Bolaños, A. y Madriz, L. (2023). Desarrollo de la Atención Temprana en Costa Rica: buenas prácticas aplicadas a la capacitación del docente. *Revista Innovaciones Educativas*, 25 (38). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-41322023000100211&lang=es
- González, A. (2017). La atención temprana: el primer paso para una adecuada intervención. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, vol. 3(2). <https://www.redalyc.org/journal/5746/574660902006/574660902006.pdf>

- González, E., García, B., Barchelot, L. y Valencia, L. (2021). Construcción del rol materno de un hijo con discapacidad: reflexiones a partir de un acompañamiento psicológico grupal. *Revista Inclusión y Desarrollo*, 8 (2). <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/IYD/article/view/2737/2224>
- González, N. y González-Olguín, A. (2023). Estrategias de intervención motora sobre el control postural en niños y jóvenes con trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Rehabilitación*, vol. 58. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712023000403?via%3Dihub>
- Gondim, E., Scorzafave, L., Santos, D., Henrique, N., Pereira, F. y Mello, D. (2022). Correspondencia entre conocimientos maternos sobre el desarrollo infantil y el cuidado de niños menores de un año. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8FfPsXcFfVr4t4zffb5VWkQ/?format=pdf&lang=es>
- Guelmes, E. y Nieto, L. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. *Revista Universidad y Sociedad*, vol.7. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202015000100004&script=sci_arttext
- Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.*
- Holopainen, A., Verhage, M. y Oosterman, M. (2020). Childbirth Experience Associated With Maternal and Paternal Stress During the First Year, but Not Child Attachment. *Front. Psychiatry*, vol. 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562394>
- Huanca-Arohuanca, J. y Geldrech, P. (2020). Planificación educativa y gestión pedagógica-estratégica-operacional en las instituciones del nivel inicial en el sur del Perú. *Conrado*, 16(76), 369-376. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000500369&lng=es&tlng=es.
- Huepp, F. y Fornaris, M. (2021). La estimulación temprana para el desarrollo infantil. *Revista EduSol*, vol.21 (77). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-80912021000400066&lang=es
- ISSUU, (2020). Técnicas e instrumentos de evaluación. https://issuu.com/comunidad-ensenaecuador/docs/tecnicas_de_evaluacion
- Irarrázaval, M. y Caqueo, A. (2022). ¿Cuánto invierte la región en su futuro socioemocional? Recursos y programas de atención a la niñez temprana y desarrollo infantil en América Latina y el Caribe. *Revista Médica Clínica las Condes*. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.09.004>
- Marín, F., Hoyos, O. y Sierra, A. (2019). Factores de riesgo y factores protectores en niños preescolares. Una revisión sistemática. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 40(2), 374-386. <https://www.redalyc.org/journal/778/77864948004/77864948004.pdf>.
- Martínez, A. y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, vol. 8(2), 33 - 42. <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271041134006.pdf>

- Martínez, J. (2014). Desarrollo infantil: una revisión. *Revista de Investigación Andina*, vol.16(29). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-81462014000200010&script=sci_arttext
- Mayorga-Fernández, M., Madrid-Vivar, D. y García-Martínez, M. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8(2),52-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27104113400>
- Medina, M., Caro, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J. y Vega, S. (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), 565-573. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342789022>
- Morales, Z. y Martin-Lepe, G. (2020). Intervención en Atención Temprana en un caso de Potocki-Lupski. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, vol. 11 <https://doi.org/10.5093/cc2020a11>
- Moreno, C. (2014). Atención temprana comunitaria en niños con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2014/cup141b.pdf>
- Muslu, A., Kilci, S., Cindaş, P. y Ünsal, S. (2022). The relationship between women's childbirth experiences and their maternal attachment and the risk of postpartum depression. *Eur J Clin Exp Med*. <https://www.semanticscholar.org/reader/b7fe67b024ee4ebd9c1ff6ee0f06eb3cd5e55987>
- Newborg, J., Stock, J. y Wnek, L. (2011). Battelle Inventario de Desarrollo. TEA Ediciones, S.A.U. <https://web.teaediciones.com/ejemplos/battelle-manual-extracto.pdf>
- Noriega, L., Diaz, D. y Muñoz, E. (2022). Actitudes maternas de sobreprotección en niños con síndrome de down y/o discapacidad intelectual. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*,6(6).<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3871/5879>
- Oliveira, S., Machado, A., Magalhães, L., Miranda, D., De Paula, J. y Bouzada, M. (2023). Cognitive assessment in preterms by Bayley-III: development in the first year and associated factors. *Revista Paulista De Pediatria*, vol. 42. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2022164>
- Ospina, M., Ortega, D. y Navarrete, C. (2019). Factores de riesgo en el crecimiento y desarrollo de niños preescolares Cali 2018. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4), 325-340.<https://www.redalyc.org/journal/559/55964256021/55964256021.pdf>
- Paolini, C., Oiberman, A. y Mansilla, M. (2017). Desarrollo Cognitivo en la Primera Infancia: Influencia de los Factores de Riesgo Biológicos y Ambientales. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 21(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339655686008>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol.48. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5503/5713>

- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. (13.ª ed.). McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México.
- Peredo, R. (2014). El Valor Biopsicosocial de la Primera Infancia: Argumentos a favor de su priorización. *Revista de Psicología*, vol. 11. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322014000100003&lang=es
- Pérez, R., Rizzoli, A., Alonso, A. y Reyes, H. (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Bol Med Hosp Infant Mex*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2017.01.007>
- Pérez-Conesa, M., Sánchez, I., Ridao, S., Tormo, A., García, V. y López, M. (2016). Análisis de los cuidados y los conocimientos parentales sobre la fiebre en la infancia. *Atención Primaria*, vol. 49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875997/>
- Pino, D., Morejón, E. y Medina, O. (2017). Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de caso. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 231-243. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200019#:~:text=En%20este%20sentido%20se%20puede,157\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200019#:~:text=En%20este%20sentido%20se%20puede,157)).
- Puertas, B. y Freire, J. (2023). Beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo psicomotriz de los niños menores de 2 años. *Revista Cubana de Reumatología*, 25(4). <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1200/pdf>
- Ramos, C. (2020). Los Alcances de una Investigación. *CienciaAmérica*, vol. 9 (3). <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LosAlcancesDeUnaInvestigacion-7746475.pdf>
- Rendón-Macías, M., Villasís-Keever, M. y Miranda-Novales, M. (2016). Estadística descriptiva. *Revista Alergia México*, vol. 63. <https://doi.org/10.29262/ram.v63i4.230>
- Rivas, L. (2015). La definición de variables o categorías de análisis. *ResearchGate*. DOI: 10.13140/RG.2.1.3446.6644
- Rizzoli-Córdoba, A. y Delgado-Ginebra, I. (2015). Pasos para transformar una necesidad en una herramienta válida y útil para la detección oportuna de problemas en el desarrollo infantil en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 72(6). <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.11.003>
- Romeo, D., Ricci, M., Mirra, F., Venezia, I., Mallardi, M., Pede, E. y Mercuri, E. (2022). Longitudinal Cognitive Assessment in Low-Risk Very Preterm Infants. *Medicina*, 58 (1) <https://doi.org/10.3390/medicina58010133>
- Robles, M. y Sánchez, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(12), 132-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827025005>
- Salazar, J. y Marqués, M. (2012). Acompañamiento al aula una estrategia para la mejora del trabajo pedagógico. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, vol. 5. http://www.rinace.net/riee/numeros/vol5-num1_e/art1.pdf
- Sánchez, M., Martínez, E., Moriana, J., Luque, B. y Alós, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Revista Psicología Educativa*, vol. 21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2014.04.001>
- Sanchez-Joya, M., Sanchez-Labraca, N., Roldan-Tapia, M., Moral, T., Ramos, J. y Roman, P. (2017). Neuropsychological assessment and perinatal risk: A study amongst very

- premature born 4- and 5-year old children. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.008>
- Sanches, C., Gondim, E., Dacar, L., Gomes-Sponholz, F., Domingues, D. y Falleiros, D. (2020). Parental stress during pregnancy and maternity. *Rev Esc Enferm USP*;57. <https://pdfs.semanticscholar.org/487f/ba55c3423765b2adbf7ee5208735f7ad09fc.pdf>
- Seefeld, L., Soest, T., Dikmen-Yildiz, P. y Garthus-Niegel, S. (2023). Dyadic analyses on the prospective association between birth experience and parent-child-bonding: The role of postpartum depression, anxiety, and childbirth-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, vol.98. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102748>
- Segura-Baracaldo, A., Rojas-Landínez, L. y Benavides-Acosta, C. (2020). Riesgo psicosocial y desempeño académico: un análisis en los colegios de la Policía Nacional adscritos a la ciudad de Bogotá, D. C. *Logos Ciencia & Tecnología*,12 (2), 44-56.<https://www.redalyc.org/journal/5177/517764862005/html/>
- Suárez, P. y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20), 173- 198. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElPapelDeLaFamiliaEnElDesarrolloSocialDelNino-6573534.pdf>
- Sullivan, J., Zvara, J., Keim, S., Andridge, R. y Anderson, S. (2021). Knowledge of Infant Development and Parent Well-Being: Cross-Sectional Analysis of Toddlers.*Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 42(6), 442-449.Doi: 10.1097/DBP.0000000000000918
- Thieu, C., Kruse, Y., Wills, B., Sabanathan, S., Clapham, H., Karup,F., Ngoc, T., Minh, P. y Landbo, M. (2019). Neurodevelopment at 2 years corrected age among Vietnamese preterm infants. *Arch Dis Child: first published*. <https://adc.bmj.com/content/archdischild/105/2/134.full.pdf>
- UNESCO (2014). Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral. Servicios de Desarrollo Infantil. Modalidad Domiciliaria: Creciendo Con Nuestros Hijos. *SITEAL*. <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1009/norma-tecnica-desarrollo-infantil-integral-servicios-desarrollo-infantil-modalidad#:~:text=Desarrollo%20Infantil%20Integral%20se%20define,satisfaciendo%20de%20esta%20manera%20sus>
- Valencia, V. (2018). Revisión documental en el proceso de investigación. Universidad de Pereira. *UNIVIRTUAL*. <https://univirtual.utp.edu.co/pandora/recursos/1000/1771/1771.pdf>
- Valentini, N., Borba, L., Panceri, C., Smith, B., Procianoy, R. y Silveria, R. (2021). Early Detection of Cognitive, Language, and Motor Delays for Low-Income Preterm Infants: A Brazilian Cohort Longitudinal Study on Infant Neurodevelopment and Maternal Practice.*Sec. Developmental Psychology*, vol. 12 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753551>
- Vale-Díaz, M. y Nobre-Lima, L. (2018). Parents Knowledge About the Development of Children of Aged 2 to 6 years old. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, n°1. <https://pdfs.semanticscholar.org/741b/95a5496c611d9ff3267dc1c46e8303ebbc54.pdf>

- Valle, M., Sierra, P., Palacios, I., García, R. y Moro, M. (2014). Atención temprana al recién nacido de riesgo. *Revista Anales de Pediatría Continuada*, vol. 12. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70179-9](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70179-9)
- Vieco, G., Caraballo, D. y Abello, R. (2018). Factores de riesgo psicosocial de origen ocupacional, estrés y enfermedad coronaria. *Psicología desde el Caribe*, 35(1),49-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21359522004>
- Villavicencio-Aguilar, C., Romero, M., Criollo, M. y Peñaloza, W. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *Academo*, 5(1).<https://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/article/view/91/88>
- Zalaquett, D., Schonstedt, M., Angeli, M., Herrera, C. y Moyano, A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 86. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

ANEXOS

Anexo 1: Anamnesis

ANAMNESIS

Datos del niño

Nombre del niño(a)	Mateo Pintado
Edad:	1 año 5 meses
C.C:	0152450839
Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	10/04/22
Lugar de nacimiento:	Bellavista/ San Martín
Tipo de sangre:	O+
Dirección:	Juan Pío Montufar y Atanasio

Datos del tutor

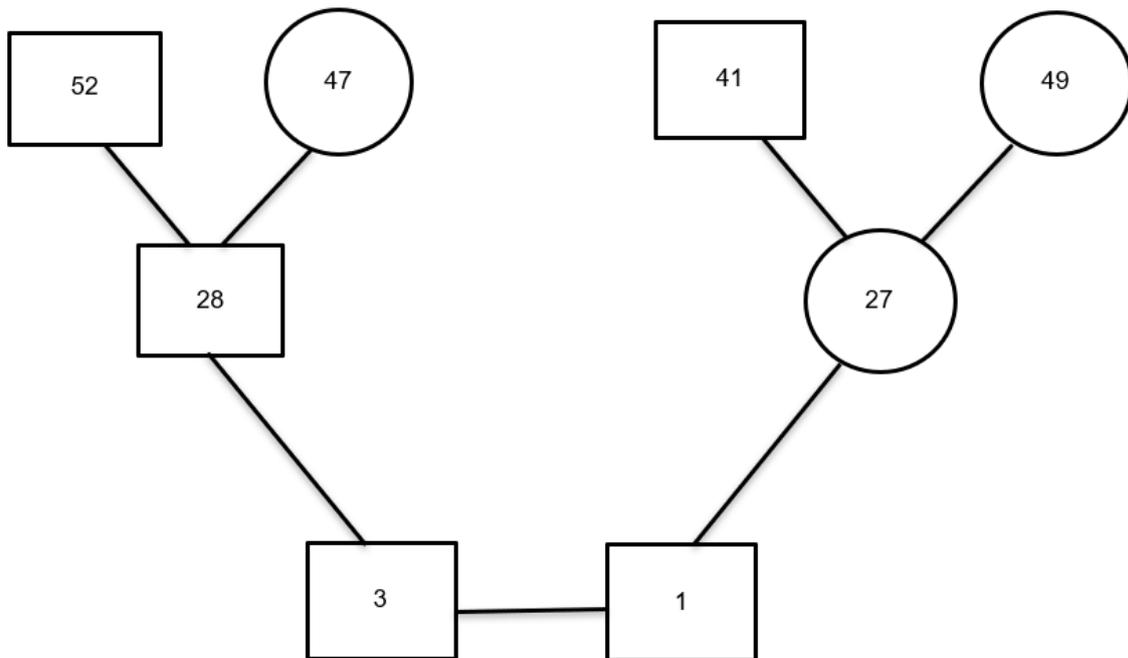
Nombre:	Daniela Chapa
C.C:	0106244532

Edad:	27 años
Parentesco:	mamá
Dirección:	Juan Pio Montufar y Atanasio
Teléfono o contacto de emergencia:	4054420

Datos de los padres

Nombre del padre:	Jhonathan Pintado
Edad del padre:	28 años
Ocupación:	Ing. Electrónico
Teléfono:	0985371544
Nombre de la madre:	Daniela Chapa
Edad de la madre:	27 años
Ocupación:	Ama de casa
Teléfono:	0988816106

Genograma familiar



Antecedentes patológicos familiares

	Si	No	Parentesco
Discapacidad intelectual		X	
Problemas de aprendizaje		X	
Trastornos de desarrollo neurológico determinados genéticamente.		X	
Trastornos del espectro autista	X		Primo

Ansiedad		X	
Depresión		X	
Trastorno del sueño		X	
Trastornos por déficit de atención e hiperactividad		X	
Trastornos motores (Tics, Tourette, epilepsia)	X		Prima
Trastornos de comunicación		X	
Otros:			

Antecedentes personales

HISTORIA MÉDICA

	Nunca	Pasado	Presente	Observaciones
Problemas de tiroides			X	Se realiza controles mensuales
Retraso de crecimiento	X			

Traumatismo craneal	X			
Epilepsia o convulsiones	X			
Torpeza motora	X			
Tics	X			
Dificultad de audición	X			
Problemas de visión	X			
Problemas de apetito	X			
Enuresis (moja la cama)	X			
Intoxicación por plomo	X			
Anemia	X			
Otros				

Datos relevantes sobre el entorno familiar y cultural del niño

Conformación familiar:	Papá, mamá, hijos, abuelos y tíos
Hábitos:	Comen juntos
Costumbres:	Celebrar cumpleaños
Tradiciones:	Celebrar navidad
Creencias espirituales y-o religiosas	Católicos

Aspectos psicológicos importantes para el niño

	Si	No	Quien- Cual
Fallecimiento de algún familiar directo o amigo en el último año.		X	
Separación de los padres		X	
Cambio de domicilio- colegio		X	
Otros:			

2. ANTECEDENTES

Parto	Normal:X Cesárea: Inducido: Fórceps:
Sala de neonatología (Incubadora)	No
Enfermedades que ha padecido el niño(a)	Problemas del corazón (soplo intraventricular)
No. hermanos	1
Salud de la madre	Normal
Embarazos	2
Partos	2
Cesárea	Ninguna
Abortos	Ninguno

Peso al nacer: 2600 gr	Talla al nacer: 50 cm PC: - cm
APGAR	1 min: 8 - 5 min: 9
Otras valoraciones aplicadas	Ninguna
Apego precoz	Si X No

Antecedentes personales no patológicos

Prenatales		Postnatales	
Semanas de gestación	39	Postérmino	
Número de partos	2	Término	X
Número de cesáreas	No	Pretérmino	
Deseado	X	Características del trabajo de parto	
No deseado		Cianosis	No
Planificado		Convulsiones	No
Embarazo		Sufrimiento fetal	No

Normal	X	Bilirrubina	Si
Complicado		Ictericia	Si
Edad de la madre en el embarazo	26	Meconio	No
Número de controles prenatales	5	Reflejos primitivos	
Ecografías	5	Succión	Si
Factores que pudieron afectar el embarazo		Presión plantar	Si
Exposición a tóxicos	No	Presión palmar	Si
Desnutrición materna	No	Moro	Si
Alteraciones metabólicas materna (diabetes)	No	Galant	No
Enfermedades sistémicas	No	Paracaídas	Si

Infecciones maternas	No	Marcha automática	Si
Estrés durante el embarazo	No	Acústico facial	Si
Alcoholismo	No	Babinski	Si
Tabaquismo	No	Óculo Facial	Si (reacción lenta)
Otros			

Factores familiares

Historia familiar
<p>-Tuvo un embarazo normal sin ninguna complicación, asistía a sus controles cada que le indicaba el doctor.</p> <p>- Comparte siempre con su familia, aunque al principio fue un poco difícil y tenía muchas dudas acerca de la condición de Mateo.</p>

Tipo de alimentación

Lactancia exclusiva:	Mixta: X Biberón:
El niño(a) se ha separado de su madre o padre	No
¿A qué edad?	No
Edad del primer diente	1 año
Edad del segundo diente	1 año
Dentición actual	12 dientes
Antecedentes o factores de riesgo	Ninguno

DESARROLLO EVOLUTIVO

Psicomotricidad	
Control cefálico	8 meses
Sedestación	9 meses
Gateo	1 año 3 meses
Bipedestación	1 año 3 meses

Caminó solo	-No presenta caminata
Dificultades encontradas	

Lenguaje	
Gorjeos	8 meses
Baluceos	8 meses
Silabeo	9 meses
Primeras palabras	9 meses (mamá)
Dificultades encontradas	-

Cognición	
Respuesta a sonidos	5 meses
Respuesta visual a personas, objetos, etc	4 meses
Manipulación de objetos	5 meses
Sonrisa social	4 meses

Control de esfínteres	
Diurno	<ul style="list-style-type: none"> • No controla esfínteres
Nocturno	<ul style="list-style-type: none"> • No controla esfínteres
Dificultades encontradas	-

Sueño	
Con quién duerme	Mamá y papá
Dificultades encontradas	-
Apetito	Bueno:X Regular: Malo:
Sueño	Bueno: Regular:X Malo:
Número de horas que duerme al día	4 horas
Comportamiento actual	Se irrita con facilidad
Tipo de juegos que realiza el niño	Realiza juegos solo y juegos compartidos

Motivos de consulta	Recomendado que asista a terapias por su condición.
----------------------------	---

Conductas en casa

En casa	
Rutinas	Se levanta Toma su biberón Come Juega Duerme

Diagnóstico:

Mateo tiene un diagnóstico de síndrome de Down.

Conclusiones:

Mateo es un niño nacido a término con diagnóstico de Síndrome de Down, presenta problemas de tiroides y un soplo intraventricular.

Recomendaciones:

Seguir asistiendo a las terapias para mayor independencia y así obtener un mejor desarrollo integral.

Anexo 2: Consentimiento



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Universidad del Azuay
Carrera de Educación Inicial

Consentimiento informado

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que
Yo, Daniela Chapal.....
...con cédula de identidad n° 010624453-6.....representante del
niño Mateo Pintado.....autorizo que participe
en el estudio de investigación titulado **Efectos de la Atención temprana en el desarrollo de los
niños con factores de riesgo con la participación activa de la familia**. Considerando que el
estudio de investigación incluirá: realización de historias clínicas, pre y post entrevista a los
padres de familia o representantes (mediante grabaciones de voz), pre y post evaluación de
desarrollo infantil e intervenciones de atención temprana.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la
oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que he hecho ha sido
respondida para mi satisfacción. Considerando que se guardará la confidencialidad de la identidad
e información personal, cubriendo el rostro del participante y representante en caso de necesitar
registros fotográficos. Consiento y autorizo voluntariamente la participación de mi hijo y mi
persona en esta investigación.

Firma del representante

11-sept-2023

Fecha

Anexo 3: Guía de preguntas de entrevistas

Preguntas de la preentrevista

Pregunta 1: ¿Cuáles han sido sus experiencias en el desarrollo de su hijo?

Pregunta 2: ¿Cuáles son los cambios que ha percibido en el crecimiento del niño? Cuéntenos su experiencia.

Pregunta 3: ¿Cómo recuerda el inicio de la relación con su hijo?

Pregunta 4: ¿Cómo describiría la relación y el cuidado que tiene con su hijo?

Pregunta 5: ¿Cuáles son sus mayores dudas o necesidades en la crianza y cuidado de su hijo?

Preguntas del Grupo focal

Pregunta 1: ¿Qué avances ha notado en el desarrollo de su hijo?

Pregunta 2: ¿Cómo cree usted que las sesiones y el taller de atención temprana le ha permitido involucrarse en el desarrollo de su hijo?

Pregunta 3: ¿Qué siente que ha conocido o aprendido a partir de su participación en las sesiones y taller realizado?

Pregunta 4: ¿Cómo describe usted su experiencia al participar con su hijo en el taller y en las sesiones?