



Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas

Escuela de Educación Inicial

TÍTULO

Atención Temprana centrada en la familia, un
modelo participativo de la intervención

Autora:

Gladys Marquez Cedillo

Directora:

Mgst. Viviana Andrade Borrero

Cuenca – Ecuador

2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, que siempre me apoyo y confió en mi incluso en la distancia. A mi madre, Julia a quien admiro y respeto; ella ha sido el principal motivo para no rendirme, mi padre por sus sacrificios diarios. A mi abuelita por sus consejos y sus largas charlas, y, mi abuelito que desde el cielo estará orgulloso de mi.

Mi hermana Sonia y Tania, quienes han estado presente en cada etapa de este camino, sus palabras de aliento me motivaron a seguir adelante. Mis hermanos, Einer y Carlos que también formaron de este proceso, ha sido mi pilar para continuar y finalmente mi sobrino Edrik mi motivación del día a día para terminar con dedicación este trabajo de investigación

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a Dios y mi familia por ser mi fortaleza y mi motor para poder culminar esta etapa de mi carrera universitaria, ya que sin ellos no hubiera sido posible.

A la Universidad del Azuay, por brindarme la oportunidad de formar parte de su prestigiosa institución al brindarme una beca la cual financio mis estudios durante este largo proceso, a mis docentes que siempre han estado prestos para ayudarme a solucionar cualquier problema, brindándome confianza y seguridad.

A mi tutora Mgst. Viviana Andrade que desde el primer día siempre ha estado guiándome, motivándome a seguir adelante para culminar con mi proyecto de tesis, con su amabilidad y respeto siempre supo resolver cualquier inquietud que se me presentaba, sus palabras de apoyo fueron una motivación para seguir adelante.

RESUMEN

La Atención Temprana comprende un conjunto de procedimientos dirigidos a la detección, diagnóstico e intervención de niños en sus primeros años, y es más efectiva cuando la familia está involucrada. Este estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y pre-experimental (pretest-postest) tuvo como objetivo promover el desarrollo integral de dos niños en riesgo o experimentando retrasos en el desarrollo que asisten a UDA SALUD, a través de una intervención centrada en la familia. Los resultados del pretest mostraron retrasos en el desarrollo de 1 mes en el primer caso y 3 meses en el segundo, más notablemente en el área motora. Sin embargo, el post-test mostró una estabilización entre la edad cronológica y la edad de desarrollo en el caso uno, y una mejora de dos meses en el caso dos. Estos hallazgos manifiestan la importancia de la participación familiar en el proceso de intervención durante las etapas iniciales de la atención temprana.

Palabras clave: atención temprana, familia, intervención, modelo participativo, niño.

ABSTRACT

Early intervention comprises a set of procedures aimed at the detection, diagnosis, and intervention of children in their early years, and is most effective when the family is involved. This quantitative, exploratory, descriptive, and pre-experimental (pretest-posttest) study aimed to promote the comprehensive development of two children at risk of or experiencing developmental delays who attend UDA SALUD, through a family-centered intervention. The pretest results showed developmental delays of 1 month in the first case and 3 months in the second, most notably in the motor area. However, the post-test showed a leveling off between chronological age and developmental age in case one, and a two-month improvement in case two. These findings demonstrate the importance of family participation in the intervention process during the initial stages of early intervention.

Keywords: early intervention, family, intervention, participatory model, child.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.MARCO TEÓRICO-ESTADO DEL ARTE	3
1.1 Atención Temprana	3
1.2 Neurociencia y desarrollo infantil	4
1.3 Atención temprana y desarrollo infantil	6
1.4 Niveles de Prevención en atención temprana	6
1.5 Dimensión socioeconómica en la atención temprana.....	8
1.6 Modelos de Atención Temprana	9
1.7 Evaluación de programas de atención temprana	10
1.8 La familia en el proceso de Atención Temprana.....	10
1.9 Inclusión educativa desde la atención temprana	12
1.10 Políticas públicas en atención temprana.....	12
1.11 Marco legal y normativo en la atención temprana	13
1.12 Estado del Arte	14
CAPÍTULO II	16
2. METODOLOGÍA	16
2.1 Diseño metodológico.....	16
2.2 Contexto, universo y muestra:	17
2.2.1 Criterios de Inclusión	17
2.3 Procedimiento:	17
2.4 Instrumentos de recolección de datos.....	18
2.5 Cuestionario	19
2.6 Análisis de datos.....	20
CAPÍTULO III	21
3. RESULTADOS	21
3.1 Introducción	21
3.2 Desarrollo psicomotor de los casos de estudio	21
3.3 Planes de intervención.....	23
3.4 Valoración de los resultados de la intervención	24
3.5 Resultados post test	25
3.5.1. Caso 1	25
3.5.2. Caso 2.....	25
3.6 Resultados comparación pre y postest.....	26
3.6.1. Caso 1	26
3.6.2. Caso 2.....	26
CAPÍTULO IV	28
4.Discusión y Conclusión	28
4.1 Conclusiones	31
4.2 Recomendaciones.....	32
Referencias	33

Anexos	43
Anexo 1. Título del primer anexo	43
Anexos	43
Anexo 1 -permisos	43
Anexo 2 Consentimiento informado	44
Anexo 3 -Pruebas del test del Inventario de Battelle	46
Anexo 4 -fotografías de intervención.....	51
Anexo -5 sesiones.....	52
Anexo 6 -cuestionario	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	17
---------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	22
Figura 2	23
Figura 3	25
Figura 4	25
Figura 5	26
Figura 6	27

INTRODUCCIÓN

La atención temprana constituye un campo esencial dentro del desarrollo infantil, orientado a garantizar el bienestar integral de los niños desde sus primeros años de vida, enfoque en el que se sustenta la evidencia científica que demuestra que los primeros seis años representan un periodo decisivo para la configuración de las capacidades cognitivas, motrices, emocionales y sociales, a partir de este principio busca prevenir, detectar e intervenir ante posibles alteraciones en el desarrollo, promoviendo la participación activa de la familia e instituciones que estimulen el potencial de cada niño en condiciones de equidad y respeto a sus derechos, su carácter interdisciplinario, al integrar la medicina, la psicología, la pedagogía y el trabajo social, permite una respuesta más completa y ajustada a las necesidades reales de la infancia (Gómez-Cotilla et al., 2023)

A pesar de los avances en programas de atención temprana, en muchos contextos persisten barreras que dificultan su adecuada implementación, especialmente en lo relacionado con la participación familiar; diversos factores socioeconómicos, culturales y educativos limitan el acceso de las familias a servicios de calidad, generando desigualdades en el desarrollo infantil, en sectores rurales o en situación de vulnerabilidad, la falta de información sobre los beneficios de la atención temprana, así como las carencias económicas, impiden que los padres participen activamente en las intervenciones (Pacheco et al., 2024).

Las diferencias lingüísticas y culturales entre los profesionales y las familias pueden obstaculizar la comunicación y la cooperación mutua, estas limitaciones reducen el impacto de los programas, provocando que los niños con riesgo o con alteraciones del desarrollo no reciban el apoyo necesario en etapas críticas de su crecimiento (Sánchez, 2017). La problemática central de esta investigación resalta la necesidad de promover un modelo participativo de intervención centrado en la familia, que considere a los padres no solo como un contexto, sino como un ser activo en el proceso de intervención de su hijo que integren la realidad social y cultural de cada contexto, asegurando la igualdad de oportunidades y el acompañamiento continuo en el proceso del desarrollo infantil.

El presente trabajo tiene como objetivo promover el desarrollo integral de dos niños en situación de riesgo o retraso en el desarrollo que asisten a UDA SALUD, mediante una intervención temprana centrada en la familia. A través del uso del Inventario de Desarrollo Battelle, se logró identificar áreas con dificultades, especialmente en la

motricidad fina y gruesa, lo que permitió diseñar un plan de intervención lúdico con participación activa de los padres. Este estudio pretende demostrar que la implicación familiar en los procesos terapéuticos no sólo favorece el progreso del desarrollo infantil, sino que fortalece los vínculos afectivos, fomenta la autonomía y contribuye a la inclusión educativa, reafirmando así el papel fundamental de la familia como agente de cambio dentro del proceso de atención temprana.

Desde esta perspectiva este trabajo se organizó en cuatro capítulos. El primero corresponde al marco teórico y estado del arte, el cual incluye los siguientes temas: Atención temprana, neurociencia y desarrollo infantil, niveles de prevención, dimensión socioeconómica, modelos de atención temprana, evaluación, la familia en el proceso de atención temprana, inclusión educativa, políticas públicas, marco legal y normativo, así como el estado de arte sustentando en investigaciones nacionales, locales e internacionales, que evidencian la eficacia de llevar a cabo el proceso de intervención en edades iniciales.

En el capítulo dos describe la metodología de enfoque cuantitativo, exploratorio y un diseño de investigación de pre prueba y post prueba. La investigación se basó en un estudio de caso tomado como muestra a dos niños con factores de riesgo o retraso en el desarrollo que asistían a UDA SALUD, seleccionados a partir de criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó inventario de Battelle, Instrumento que permitió identificar las áreas que requerían mayor intervención.

El capítulo tres presenta los resultados, obtenido luego del proceso de intervención que se llevó a cabo en dicha institución, y finalmente el cuarto capítulo contiene la discusión, conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

CAPÍTULO I

1.MARCO TEÓRICO-ESTADO DEL ARTE

1.1 Atención Temprana

La atención temprana se entiende como el conjunto de acciones, estrategias y programas destinados a promover el desarrollo integral del niño desde el nacimiento hasta los seis años, etapa en la cual el cerebro presenta su mayor plasticidad, esta disciplina se orienta a prevenir, detectar e intervenir ante posibles retrasos en las áreas: motora, cognitiva, lingüística y socioemocional (Martínez, 2020). A lo largo del tiempo, el concepto ha evolucionado desde una visión asistencial hacia un enfoque integral que reconoce la importancia de respetar los ritmos de maduración del niño sin forzar su proceso de desarrollo, de esta forma, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) destaca que la atención temprana debe garantizar que los niños alcancen su máximo potencial físico, emocional y cognitivo dentro de entornos familiares afectivos, seguros y estimulante, y no solamente en la superación de déficits, sino que también busca potenciar las capacidades y habilidades del niño bajo principios de inclusión, equidad y respeto a sus derechos.

De igual manera, diversos estudios demuestran que cuanto más temprana sea la detección de riesgos en el desarrollo, mayores serán las posibilidades de implementar intervenciones efectivas que favorezcan la evolución integral del niño, que vendrían hacer un proceso en identificar, analizar y evaluar las amenazas o peligros que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos de un proyecto, ya sea en el ámbito tecnológico, empresarial o incluso personal, procedimiento en el cual se implica una revisión ordenada y detallada para determinar tanto el impacto como la probabilidad de dichos riesgos, lo que a su vez facilita la adopción de estrategias proactivas orientadas a mitigarlos, reducirlos, prevenirlos o controlarlos, de esta manera, se garantiza que el desarrollo del proyecto se lleve a cabo de forma más segura, eficiente y con mayores posibilidades de éxito (Navarrete, 2020).

La atención temprana genera impactos positivos no solo en el niño, sino también en su entorno familiar, al reducir la ansiedad de los padres y brindarles herramientas para acompañar de forma activa el proceso de crecimiento, constituye una estrategia de prevención social, ya que evita complicaciones futuras en el ámbito escolar, emocional y

social, asimismo, su carácter interdisciplinario, al integrar áreas como la medicina, psicología, pedagogía y trabajo social, permite una intervención integral y contextualizada, tratándose de un pilar esencial en el desarrollo infantil, cuyo objetivo no es acelerar los procesos evolutivos, sino favorecer que cada niño alcance sus capacidades en condiciones óptimas (Perpiñán,2019).

1.2 Neurociencia y desarrollo infantil

Smulski (2022) ha demostrado con fundamentos empíricos la trascendencia de los primeros años de vida en la formación del ser humano, durante esta etapa, el cerebro presenta un nivel de plasticidad único, entendido como la capacidad de modificar sus estructuras y conexiones neuronales en función de las experiencias, esa propiedad biológica convierte a la infancia temprana en un periodo de máxima sensibilidad, donde cada estímulo recibido se traduce en la consolidación de aprendizajes y en la prevención de futuras limitaciones.

Así también, la neurociencia se ha consolidado como una disciplina clave para comprender el funcionamiento del sistema nervioso y su influencia en el comportamiento humano, su campo de estudio abarca desde los procesos moleculares y celulares hasta los mecanismos cognitivos más complejos, lo que permite explicar cómo se organiza el cerebro y de qué manera responde a los estímulos del entorno, gracias a sus avances, hoy es posible relacionar la estructura cerebral con el aprendizaje, la memoria, las emociones y el desarrollo integral de la persona(Chacón, 2020).

El conocimiento generado por la investigación neurocientífica señala que las redes cerebrales se construyen progresivamente y que las interacciones con el entorno determinan la calidad de estas conexiones; como resultado, la exposición a argumentos enriquecidos favorece el desarrollo de competencias cognitivas, emocionales y sociales, mientras que la ausencia de estímulos adecuados o la presencia de condiciones adversas pueden comprometer seriamente el potencial evolutivo del niño, estas evidencias justifican la necesidad de implementar intervenciones oportunas que acompañen los procesos naturales de crecimiento y eviten la aparición de dificultades permanentes(Chacón, 2020).

Los avances en neurociencia revelan que los periodos sensibles del desarrollo no son estáticos, sino que responden a ventanas de oportunidad donde determinados aprendizajes, como el lenguaje o la motricidad, se adquieren con mayor facilidad, ignorar

estas etapas críticas puede significar la pérdida de oportunidades irrepetibles, lo que refuerza la importancia de los programas de atención temprana, la ciencia proporciona un sustento sólido para respaldar acciones dirigidas a la estimulación integral desde los primeros meses de vida (Smulski, 2022).

Por lo tanto, la relación entre neurociencia y atención temprana pone en evidencia la necesidad de un abordaje interdisciplinario que combine el conocimiento científico con la práctica profesional y la participación familiar; padres y cuidadores, al constituirse en los principales mediadores de experiencias, se convierten en actores fundamentales para asegurar que el entorno cotidiano sea favorable al desarrollo cerebral, los aportes de esta disciplina consolidan la relevancia de diseñar estrategias de intervención que potencien las capacidades de los niños y sienten las bases de un futuro saludable y equitativo (Lipina y Álvarez, 2011).

Los descubrimientos recientes han demostrado que la plasticidad cerebral constituye una de las características más sobresalientes del sistema nervioso esta capacidad de reorganización posibilita que las experiencias tempranas influyen de manera decisiva en la formación de conexiones neuronales, por ello, la infancia se considera un período crítico en el cual los estímulos recibidos pueden potenciar o limitar las competencias que acompañarán al individuo durante toda su vida, la investigación en neurociencia ha otorgado argumentos sólidos para fundamentar la relevancia de las intervenciones oportunas en los primeros años (Chacón, 2020).

El diálogo entre esta disciplina y las ciencias de la educación ha permitido diseñar programas que favorecen aprendizajes significativos, las prácticas pedagógicas inspiradas en el conocimiento del cerebro reconocen que cada niño aprende de manera distinta y que las emociones cumplen un papel determinante en el proceso formativo, de igual forma, la neurociencia ha evidenciado la necesidad de integrar factores biológicos, psicológicos y sociales para entender de forma completa el desarrollo humano, la contribución de este campo no se limita al ámbito académico, ya que también ofrece aplicaciones prácticas en la salud y en la vida cotidiana estrategias de estimulación, rehabilitación y prevención se fundamentan en principios neurocientíficos que buscan garantizar un desarrollo equilibrado (Del Brío León, 2011).

1.3 Atención temprana y desarrollo infantil

La atención temprana constituye una estrategia esencial dentro del desarrollo infantil, orientada a potenciar las capacidades de los niños desde sus primeras etapas de vida y prevenir posibles alteraciones que puedan comprometer su evolución integral, un propósito fundamental es garantizar que cada niño reciba una estimulación adecuada en los aspectos motrices, cognitivos, emocionales y sociales, a través de intervenciones planificadas y basadas en la evidencia científica, este enfoque no solo busca compensar dificultades existentes, sino también promover un entorno que favorezca el aprendizaje, la autonomía y el bienestar familiar, fortaleciendo así las bases para un desarrollo equilibrado y sostenido a lo largo del ciclo vital (Sierra et al.,2019).

En este sentido, se ha demostrado que la detección precoz de señales de alerta se asocia con mejores resultados en los procesos de intervención, cuanto antes se identifiquen los factores de riesgo, mayores serán las posibilidades de éxito en la aplicación de estrategias correctivas o preventivas, los programas de atención temprana no benefician únicamente al niño en su desarrollo físico, cognitivo y socioemocional, sino que también generan un impacto positivo en su familia, al reducir la ansiedad de los padres y dotarlos de herramientas que fortalecen su rol como cuidadores, siendo los padres los que se convierten en protagonistas del proceso, al garantizar la continuidad de los aprendizajes en la vida cotidiana (Bagur y Verger, 2020).

Para Inza y Bartolomé (2022) la atención temprana cumple una función preventiva y social de gran alcance, su implementación contribuye a evitar complicaciones que podrían manifestarse en etapas posteriores, tales como bajo rendimiento escolar, problemas emocionales, conductuales o procesos de exclusión social, este tipo de intervenciones deben concebirse como una inversión en capital humano, capaz de generar beneficios sostenibles tanto a nivel personal como colectivo al reducir los costos derivados de la atención de discapacidades o trastornos no identificados a tiempo, se optimizan los recursos de salud, educación y servicios sociales, al mismo tiempo que se promueve una sociedad más equitativa e inclusiva.

1.4 Niveles de Prevención en atención temprana

En conformidad con el libro blanco de Atención Temprana emitido por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT)

(2005), define a éste enfoque como conjunto de estrategias de intervención que va dirigido a niños desde los 0 a 6 años de edad, la familia y su entorno son elementos fundamentales dentro de este proceso debido que la atención temprana busca responder de manera oportuna las necesidades que puedan surgir en el desarrollo del niño, este modelo incluye tres niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria, los cuales tienen como finalidad anticipar, detectar y tratar posibles dificultades en el desarrollo infantil, cada uno con un enfoque específico pero complementario.

La prevención primaria está orientada a evitar la aparición de factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo del niño, incluye acciones relacionadas con el cuidado prenatal, la promoción de la salud materna, los programas de nutrición y las campañas de sensibilización dirigidas a las familias, estas medidas son fundamentales para crear entornos seguros y saludables desde el embarazo, pues favorecen el bienestar físico y emocional tanto de la madre como del bebé (Sánchez, 2005).

La prevención secundaria tiene como objetivo detectar de manera precoz posibles alteraciones o retrasos en el desarrollo, este nivel se concreta en controles prenatales especializados, evaluaciones neonatales, pruebas de cribado y seguimientos pediátricos durante los primeros años de vida, su importancia radica en que permite iniciar intervenciones oportunas que reducen el impacto de los trastornos y previenen complicaciones a largo plazo, garantizando mejores oportunidades de aprendizaje y adaptación social (Sánchez, 2005).

Por último, la prevención terciaria se centra en aquellos niños que ya presentan una discapacidad o un trastorno en específico, por ello el propósito principal es reducir las consecuencias de la condición, potenciar las capacidades residuales, mejorar la calidad de vida del niño y su familia, mediante el cual, se requiere un abordaje multidisciplinario en el que participen médicos, terapeutas, psicólogos, educadores y trabajadores sociales, siempre en coordinación con los padres o cuidadores (Meseguer et al., 2009).

Vinculado los tres niveles de prevención constituyen una estructura integral que asegura la detección temprana de riesgos, la intervención oportuna y el acompañamiento especializado, fortaleciendo así las posibilidades de inclusión y desarrollo pleno en la infancia, facilitando un enfoque escalonado donde permite que las acciones se adapten a las distintas necesidades que pueden surgir a lo largo del crecimiento del niño, desde la prevención de factores de riesgo hasta la atención de condiciones más complejas; estos

tres niveles no funcionan de manera aislada, sino que se complementan entre sí, creando un marco de acción continuo que acompaña al niño en sus diferentes etapas de desarrollo, este modelo también permite optimizar los recursos disponibles, ya que invertir en prevención primaria y secundaria reduce los costos sociales y económicos asociados a la atención de discapacidades o trastornos no detectados a tiempo (Grupo de atención temprana, 2005)

1.5 Dimensión socioeconómica en la atención temprana

Influye de manera decisiva en el acceso y continuidad de los programas de atención temprana, las condiciones materiales de vida determinan en gran medida la posibilidad de que las familias participen activamente en los procesos de estimulación y acompañamiento de sus hijos; la pobreza, el desempleo y la falta de servicios básicos constituyen obstáculos que reducen las oportunidades de intervención, limitando la capacidad de los cuidadores para garantizar un entorno favorable al desarrollo infantil (Kruger, 2022).

En argumentos de vulnerabilidad, los recursos destinados a la crianza suelen concentrarse en la satisfacción de necesidades inmediatas, como alimentación o vivienda, relegando a un segundo plano aspectos vinculados con la estimulación temprana, esta situación incrementa las desigualdades entre niños que crecen en hogares con condiciones estables y aquellos que enfrentan carencias estructurales, la literatura especializada ha demostrado que las brechas socioeconómicas se reflejan en el rendimiento escolar, la salud emocional y las oportunidades de integración social, lo que evidencia la estrecha relación entre contexto económico y desarrollo infantil (Kruger, 2022).

Superar estos desafíos implica la implementación de estrategias inclusivas que contemplen las particularidades sociales, culturales y económicas de cada comunidad ofreciendo intervenciones gratuitas, accesibles y adaptadas a los entornos cotidianos se convierte en una medida indispensable para derribar barreras de participación y evitar que la atención temprana se convierta en un privilegio limitado a ciertos sectores, el tratamiento de la dimensión socioeconómica trasciende el mero reconocimiento de las desigualdades y se orienta hacia la generación de respuestas concretas que promuevan la equidad, aseguren la inclusión y garanticen que todos los niños, independientemente de su origen o nivel de ingresos, puedan acceder a oportunidades reales de crecimiento y desarrollo pleno (Pacheco et al., 2024).

1.6 Modelos de Atención Temprana

Los modelos de atención temprana constituyen marcos conceptuales que guían la intervención con niños en la primera infancia, considerando factores biológicos, psicológicos y sociales, entre los más destacados se encuentra el modelo biopsicosocial, que interpreta el desarrollo como resultado de la interacción entre las dimensiones biológica, emocional y social del niño enfoque que permite valorar no solo el estado físico o neurológico, sino también las condiciones familiares y comunitarias (Toro y Sánchez,2020).

Un referente importante es el modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1979), el cual concibe al niño como parte de un conjunto de sistemas interrelacionados: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y crono sistema, este modelo plantea que las experiencias del niño deben analizarse en función del contexto en el que vive, lo cual resulta clave para diseñar intervenciones adaptadas a la realidad social y cultural de cada familia.

Por su parte, el modelo transaccional de Sameroff (1975) pone en énfasis que la interacción recíproca entre el niño y su entorno surge mediante las interacciones dinámicas y experiencias que brinda la familia y el entorno social, por lo cual lo importante de este enfoque proporciona igual relevancia a los efectos del infante y del medio, de tal forma que las experiencias adquiridas por el entorno no se consideran independientes del niño, por ello la atención temprana debe centrarse en el niño así como en su entorno para llegar a favorecer elementos que beneficia la relación entre ambas partes (Bagur Pons, 2022).

Finalmente, el modelo centrado en la familia ha cobrado gran relevancia en los últimos años, este modelo prioriza las fortalezas familiares, promueve la toma de decisiones compartida y valora la participación de los padres como actores principales en el proceso de intervención, de esta forma, se fomenta un trabajo colaborativo que fortalece la autonomía y el bienestar del niño, lo cual facilita y aumenta sus posibilidades en el desarrollo integral del infante , este modelo se fundamenta en la intervención de la familia debido que son considerados como miembros activos en el proceso de aprendizaje y crecimiento del niño, por lo cual las estrategias de intervención deben responder a sus necesidades, prioridades y contexto, asegurando un proceso de intervención efectiva (Del Toro y Moreno , 2020).

1.7 Evaluación de programas de atención temprana

Se Establece como un componente esencial para garantizar su eficacia y sostenibilidad, a través de este proceso se valoran los resultados obtenidos, se identifican fortalezas y se detectan áreas de mejora, la evaluación debe basarse en indicadores objetivos que permitan medir los avances en el desarrollo infantil y el grado de participación de las familias, uno de los recursos más utilizadas en este ámbito es el Inventario de Desarrollo Battelle, validado internacionalmente para medir competencias en áreas como motricidad, lenguaje, cognición y socialización, su aplicación ofrece información detallada que orienta la planificación de las intervenciones y la toma de decisiones pedagógicas (Jurado y Rebolledo,2016).

La evaluación, a más de intervenir al niño, se debe también incluir el compromiso de las familias, la percepción de los cuidadores lo cual resulta crucial, ya que refleja la pertinencia de las estrategias implementadas y la calidad de la relación entre profesionales y familias, de igual manera, la retroalimentación derivada de los procesos evaluativos fortalece la transparencia y la verificación de resultados (Galvis et al.,2021).

1.8 La familia en el proceso de Atención Temprana

La familia constituye un pilar fundamental en el desarrollo infantil, pues es el primer espacio de socialización, transmisión de valores y formación de hábito, la atención temprana reconoce a la familia no solo como un argumento de influencia, sino como agente activo en el proceso de intervención donde los padres son quienes mejor conocen a sus hijos y, por tanto, están en condiciones de identificar cambios o dificultades en su desarrollo, lo cual los convierte en aliados estratégicos para los profesionales (Garrido et al.,2020).

En la época actual, las prácticas centradas en la familia promueven la participación directa de los cuidadores en la elaboración y aplicación de planes de intervención, donde este enfoque permite adaptar las estrategias a los entornos cotidianos, de manera que el aprendizaje no se limite al espacio terapéutico, sino que se traslade al hogar y la comunidad; esto no solo incrementa la efectividad de las intervenciones, sino que fortalece la confianza de los padres en sus propias capacidades (Mora y García 2019).

Según Subiñas et al. (2022), añade que la colaboración entre profesionales y familias fomenta la competencia parental y mejora la calidad de vida familiar en general,

la atención temprana, bajo este enfoque, deja de ser un proceso vertical en el que los expertos transmiten indicaciones y se convierte en un modelo horizontal de corresponsabilidad, la implicación de la familia contribuye a la continuidad de los aprendizajes en la vida cotidiana, lo que asegura que los avances alcanzados durante las intervenciones se consoliden de manera estable, si se excluye a la familia de este proceso, las acciones de atención temprana perderían coherencia, se limitarían a espacios aislados y difícilmente podrían garantizar resultados sostenibles.

La familia ocupa un lugar central en los procesos de atención temprana, no sólo como un actor secundario que acompaña pasivamente, sino como un verdadero sujeto activo en la toma de decisiones, su participación permite que las intervenciones dirigidas al niño respondan a necesidades reales y contextualizadas, pues son los padres o cuidadores quienes mejor conocen las particularidades de su hijo y el entorno en el que se desenvuelve, desde una perspectiva jurídica y social, se trata de reconocer el derecho del niño a desarrollarse en un ambiente integral y coherente, en el que su familia actúe como garante directo de su bienestar, la construcción conjunta de estrategias personalizadas no solo fortalece la eficacia de los programas, sino que además fomenta la corresponsabilidad entre los profesionales y el núcleo familiar, generando una relación horizontal que evita visiones asistencialistas o meramente técnicas (Sánchez, 2021).

La atención temprana centrada en la familia ha demostrado ser más eficaz cuando incorpora prácticas relacionales que empoderan a las familias mediante el intercambio honesto de información y participación activa en la toma de decisiones, las prácticas relacionales y participativas están asociadas a mejores resultados en el bienestar familiar, la autopercepción de competencia parental, la interacción padre-hijo y el desarrollo infantil, como también la modalidad tele intervención, integrada con el enfoque centrado en la familia, resulta altamente prometedor una revisión sistemática identificó que facilita la participación, fortalece la autoeficacia y la satisfacción tanto del profesional como de la familia, y actúa como herramienta clave para superar barreras como la distancia o la falta de especialistas (Dunst, 2017).

Desde una perspectiva cualitativa, familias que reciben servicios mediante tele intervención valoran positivamente su flexibilidad, seguridad y la rapidez de acceso, además de reforzar la calidad de sus vínculos con los profesionales, sin embargo, también mencionan limitaciones como la dependencia de conectividad estable y menor contacto directo (Cheung et al., 2023).

En lugares rurales como Ecuador, la implementación de un modelo basado en rutinas ha favorecido mejoras sustantivas en la calidad de vida familiar y en el desarrollo infantil las familias reportan sentirse más competentes para comprender y acompañar el desarrollo de sus hijos, incluso en entornos con escasa infraestructura institucional (Frugone y Gracia, 2023).

1.9 Inclusión educativa desde la atención temprana

El reconocimiento de la diversidad como un valor fundamental dentro de la sociedad constituye la base de un sistema inclusivo, en este contexto, la atención temprana adquiere un papel decisivo, al constituirse como la primera respuesta frente a posibles necesidades educativas especiales, donde un sistema inclusivo se inicia desde los primeros años de vida, cuando se establecen condiciones que permiten a cada niño aprender y desarrollarse según sus propias capacidades (Fernández,2016).

Los programas de atención temprana cumplen la función de identificar de manera precoz las dificultades que puedan afectar la integración escolar, la detección temprana de riesgos del desarrollo permite planificar apoyos oportunos, evitando que se conviertan en barreras durante la etapa escolar, asimismo, la inclusión no se limita al acceso a la escuela, sino que implica garantizar la participación activa de todos los niños en igualdad de condiciones (Subiñas, 2022).

Según Sabeh et al. (2020), La familia juega un rol clave en este proceso la colaboración entre profesionales y cuidadores permite diseñar estrategias que no solo favorecen la adaptación del niño, sino que también promueven una cultura de respeto hacia la diversidad, el trabajo conjunto contribuye a que la transición hacia el entorno escolar sea más fluida y efectiva, cuando se articula la inclusión educativa, con la atención temprana, no solo amplía las oportunidades de aprendizaje, sino que también fortalece la cohesión social, un sistema que reconoce y valora las diferencias desde la primera infancia construye bases sólidas para una sociedad más justa e igualitaria.

1.10 Políticas públicas en atención temprana

Las políticas públicas dirigidas a la primera infancia representan un marco fundamental para garantizar el derecho de los niños a crecer en condiciones que promuevan su desarrollo integral, estas iniciativas, diseñadas desde los estados, buscan asegurar el acceso a servicios de salud, educación y protección social desde los primeros

años de vida, la atención en la primera infancia constituye una obligación jurídica y moral para todos los países que buscan reducir desigualdades sociales y prevenir situaciones de exclusión, al reconocer la importancia de los primeros seis años de vida como etapa prioritaria (Francia, 2021)

Un aspecto relevante radica en la intersectorialidad, la toma de decisiones efectivas requiere la articulación entre sectores de salud, educación y bienestar social, evitando duplicidades y asegurando una cobertura amplia y coherente, de este modo, las acciones no se fragmentan, sino que responden a una visión integral del desarrollo infantil (Della-Barba et al.,2025).

Además Garrido et al.(2020), señala que las políticas incluyen mecanismos de participación social, donde las familias no solo reciben beneficios, sino que también intervienen activamente en la planificación y evaluación de los programas, en definitiva, las políticas públicas en atención a la primera infancia constituyen una herramienta estratégica para asegurar equidad y justicia social, su correcta implementación garantiza que la atención temprana deje de ser un privilegio y se convierta en un derecho efectivo para todos los niños.

1.11 Marco legal y normativo en la atención temprana

Constituye un pilar esencial para garantizar la protección de los derechos de la infancia y la consolidación de políticas públicas que aseguren intervenciones oportunas, diversos instrumentos internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, reconocen el derecho de todo menor a recibir cuidados integrales que promuevan su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en condiciones de equidad, a partir de este principio, los estados asumen la responsabilidad de diseñar y aplicar servicios accesibles y de calidad, dirigidos a la primera infancia y sus familias (Francia,2021).

La normativa nacional, en concordancia con estos compromisos internacionales, establece directrices específicas orientadas a la protección de los niños en sus etapas iniciales de vida, en muchas constituciones, se reconoce expresamente que el interés superior del niño debe prevalecer sobre cualquier otro interés, lo cual convierte a la atención temprana en un deber ineludible del estado y en una prioridad de las políticas sociales, esta obligación jurídica otorga legitimidad y sustento institucional a los programas implementados por organismos públicos y privados, el marco legal no solo define responsabilidades estatales, sino que también abre espacios para la participación

de la familia como actor corresponsable en los procesos de intervención, reconocer a los padres y cuidadores como agentes activos en la estimulación y acompañamiento de los niños se enmarca en el principio de corresponsabilidad, ampliamente promovido por las legislaciones modernas en materia de niñez y adolescencia (Arenas et al., 2020).

1.12 Estado del Arte

En coherencia con este marco normativo, las investigaciones en atención temprana han evidenciado avances significativos respecto al impacto de las intervenciones centradas en la familia, a nivel internacional, el estudio realizado en España por (Bagur y Verger, 2020) se demostró que este modelo contribuye de manera efectiva al desarrollo de la autonomía infantil y al fortalecimiento del bienestar familiar, también se identificaron limitaciones vinculadas con la formación continua de los profesionales y con la participación activa de los padres en la aplicación de las estrategias, estos resultados reflejan que la eficacia de la atención temprana no depende únicamente de la existencia de marcos legales o programas institucionales, sino de la calidad con la que se ejecutan y del compromiso de las familias para asumir un rol protagónico dentro del proceso de intervención.

En Ecuador, Torres y Zhañay (2023) llevaron a cabo una investigación titulada “Atención Temprana: Hitos del desarrollo y factores de riesgo en niños de 0 a 3 años”, en la que se abordaron casos con antecedentes de riesgo biológico y psicosocial, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de tipo exploratorio y contó con la participación de nueve niños que asistían al subcentro de salud “El Paraíso”. Se aplicaron evaluaciones de desarrollo antes y después de la intervención, lo que permitió medir los avances obtenidos, los resultados evidenciaron mejoras significativas en áreas como la motricidad, la cognición y el desarrollo personal social, confirmando la importancia de iniciar procesos de atención temprana en edades iniciales para potenciar las capacidades y el desarrollo integral de los niños.

A nivel local, el estudio desarrollado en Cuenca titulado: Efectos de la atención temprana en el desarrollo de niños con factores de riesgo y participación en la familia, la investigación combinó un enfoque cuantitativo con estudio de caso, utilizando el inventario Battelle para realizar evaluaciones iniciales y finales. Participaron diez niños que asistían al área de neurodesarrollo infantil de la universidad del Azuay. El proceso incluyó observación directa, aplicación de pruebas pre y post intervención, y diseño de

planes personalizados lo cual concluyeron que la aplicación de planes de intervención personalizados y el involucramiento familiar generan avances significativos en el desarrollo infantil, aunque los resultados varían según la complejidad del caso, estos estudios evidencian que, si bien existe consenso en la importancia de la atención temprana, aún se requiere fortalecer los programas de formación profesional, diseñar estrategias inclusivas y ampliar la cobertura en contextos rurales y urbanos marginados (Rumipulla et al., 2024).

Estos estudios reflejan que, si bien existe un consenso general sobre la importancia de la atención temprana, aún se requiere fortalecer aspectos clave como la formación continua de los profesionales, el diseño de estrategias inclusivas adaptadas a diversos contextos y la ampliación de la cobertura en comunidades rurales y sectores urbanos marginados, por esta razón la presente investigación se planteó como objetivo promover el desarrollo integral de dos niños en situación de riesgo o retraso en el desarrollo que asisten a UDA SALUD, mediante una intervención temprana centrada en la familia.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño metodológico

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, definido por Jiménez (2020) como un método que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para comprender fenómenos, contrastar hipótesis y establecer patrones o relaciones entre variables, constituyendo uno de los métodos más empleados dentro de la investigación científica, ya que privilegia la objetividad y permite identificar tendencias mediante la medición precisa de las variables. Dicho enfoque resulta aplicable en diversas disciplinas, tales como la psicología, la sociología, la educación y la salud.

Este trabajo tuvo un alcance exploratorio, caracterizado por indagar situaciones poco estudiadas y posibilitar a los investigadores un primer acercamiento al tema. Este tipo de estudio fue particularmente útil en etapas iniciales, puesto que permitió obtener una comprensión preliminar de la problemática, también, el alcance fue descriptivo, al centrarse en observar, registrar y detallar las particularidades del fenómeno analizado, de acuerdo con (Hinojosa, 2023), esta aproximación resulta esencial para organizar y presentar información relevante sobre los sujetos de estudio; en este caso, permitió describir las características correspondientes a las diferentes áreas del desarrollo psicomotor de los niños que conformaron la muestra.

En cuanto al diseño metodológico, la investigación adoptó un modelo preexperimental de preprueba y posprueba, el cual, según Hernández-Sampieri et al. (2014), consiste en aplicar una evaluación previa al estímulo o tratamiento para implementar la intervención y finalmente realizar una prueba posterior para identificar los cambios obtenidos. Este procedimiento proporciona un punto de referencia inicial para conocer el nivel del grupo antes de la intervención y permitió dar seguimiento a los avances, cabe señalar que, en determinadas ocasiones, este diseño se aplica incluso a un solo individuo en la modalidad de estudio de caso experimental.

La investigación se basó en estudio de caso, entendido como un método que se orientó al análisis profundo y detallado de uno o varios casos en su contexto natural, de acuerdo con Canta y Quezada (2021), esta modalidad resulta idónea para comprender las

particularidades y complejidades del objeto de estudio, lo que garantiza un análisis más riguroso y contextualizado.

2.2 Contexto, universo y muestra:

La investigación se llevó a cabo en UDA SALUD, específicamente en el Centro de Neurodesarrollo Infantil (NEDI), institución que cuenta con un programa destinado a niños de entre 0 y 3 años con retraso en el desarrollo o con factores de riesgo asociados. Los niños asisten de lunes a viernes en un horario de 08h30 a 12h30, en la actualidad el centro atiende un total de 14 niños.

La muestra se conformó por dos niños de 6 y 22 meses de edad, con diagnóstico de retraso en el desarrollo, seleccionados a partir de criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

2.2.1 Criterios de Inclusión

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Criterios de inclusión	Criterio de Exclusión
Niños cuyos padres firmen el consentimiento informado	Niños que no obtengan el consentimiento informado de sus padres
Niños que se encuentren en el rango de edad de 0 a 3 años	Niños mayores a 3 años de edad
Niños con retraso en el desarrollo psicomotor sin discapacidad.	Niños con retraso en el desarrollo psicomotor con discapacidad.

2.3 Procedimiento:

Para la realización del proyecto, se partió de la obtención de los consentimientos informados, tanto por parte de la institución para autorizar el acceso, como de los padres de familia para la participación de sus hijos en la investigación.

Fase 1: Identificación de dificultades en el desarrollo psicomotor, en esta primera etapa se identificaron las dificultades en el desarrollo psicomotor de dos niños que asistían a UDA SALUD, mediante la aplicación del Test Battelle, previamente, se inició un rapport con los niños con el fin de generar un ambiente de confianza y facilitar la evaluación. De acuerdo con Arias y Covinos (2021) las evaluaciones tienen como objetivo principal medir determinados aspectos del desarrollo individual y deben ser administradas por un profesional capacitado, con la formación necesaria para garantizar resultados precisos e imparciales, en este marco, los niños fueron evaluados con el test Battelle, y posteriormente se efectuó un análisis de los resultados que permitió determinar las áreas con mayores dificultades en su desarrollo psicomotor.

Fase 2: Planificación y aplicación de la intervención, en la segunda fase se planificaron y aplicaron sesiones de intervención dirigidas a los dos casos de estudio con dificultades en el desarrollo psicomotor, para ello, utilizó los resultados de la fase 1, y la revisión bibliográfica, entendida como un proceso de análisis y síntesis de información académica en torno a un tema específico, con el objetivo de proporcionar una base sólida a la investigación (Guirao, 2015). Dicha revisión permitió identificar estrategias, actividades y recursos sugeridos por diversos autores para la intervención. Posteriormente, los resultados de la evaluación inicial fueron considerados como referencia para la intervención y elaboración de un cronograma de trabajo, en el cual se definieron la frecuencia y las características de las sesiones.

Fase 3: Evaluación del impacto de la intervención, una vez concluida la intervención, se aplicó nuevamente el Test Battelle como posprueba, lo que permitió constatar si existieron avances en las áreas bajas del desarrollo psicomotor de los niños, paralelamente, se aplicó un cuestionario por medio de una escala de Likert a los padres de familia de los casos intervenidos, con la finalidad de conocer su percepción sobre el proceso de intervención y los cambios observados en sus hijos. Según Caparó (2016); Salas (2020), esta escala constituye una técnica de recolección de datos que, a través de un check list, permite identificar opiniones, actitudes y comportamientos de los individuos participantes.

2.4 Instrumentos de recolección de datos

Test Battelle

El Inventario de Desarrollo de Battelle es un instrumento utilizado para evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo en niños desde el nacimiento hasta los ocho años de edad, el cual es aplicado de manera individual tanto a niños con o sin necesidades especiales (Newborg, 2011).

El test de desarrollo Battelle está conformado por un total de 341 ítems, distribuidos en distintas áreas:

- **Área personal-social:** Incluye 85 ítems que valoran las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales y significativas. Esta área se divide en seis subáreas: interacción con el adulto, expresión de sentimientos/afecto, autoconcepto, interacción con los compañeros, colaboración y rol social.
- **Área adaptativa:** Se integra por 59 ítems que evalúan las habilidades de autoayuda y las tareas que estas requieren, agrupadas en cinco subáreas: atención, comida, vestido, responsabilidad personal y aseo.
- **Área motora:** Cuenta con 82 ítems destinados a valorar la capacidad del niño para usar y controlar los músculos del cuerpo, tanto en el desarrollo motor grueso como en el fino. Esta área se organiza en cinco subáreas: control muscular, coordinación corporal, locomoción, motricidad fina y perceptiva.
- **Área de comunicación:** Está conformada por 59 ítems enfocados en la recepción y expresión de información, pensamientos e ideas a través de medios verbales y no verbales. Esta área se divide en dos subáreas: comunicación receptiva y comunicación expresiva.
- **Área cognitiva:** incluyó 56 ítems que evalúan habilidades y capacidades de tipo conceptual. Esta área abarca cuatro subáreas: discriminación perceptiva, memoria, razonamiento y habilidades escolares y desarrollo conceptual (Newborg, 2011).

2.5 Cuestionario

Es un instrumento de recolección de datos, en cual está estructurado por preguntas tipo Likert diseñadas para obtener información específica de la población participante, su objetivo principal es facilitar la recopilación de datos tanto cuantitativos como cualitativos, lo cual permite a los investigadores obtener respuestas que posteriormente

son r analizadas estadísticamente o interpretadas dentro de un contexto más amplio (Meneses, 2016).

La elaboración de un cuestionario efectivo requirió una cuidadosa consideración en la formulación de las preguntas, la claridad de las instrucciones y la estructura general del instrumento, resultó fundamental que las preguntas fueran pertinentes y estuvieran directamente relacionadas con los objetivos de la investigación, de modo que garantizarán la validez y confiabilidad de la información obtenida.

2.6 Análisis de datos

La estadística descriptiva se caracteriza como una herramienta esencial dentro del proceso de investigación puesto que permite organizar y presentar información recopilada clara y comprensible para el lector, según (Fernández et al., 2002) es la encargada del desarrollo y la aplicación de todo procedimiento que consiste en presentar y describir datos mediante indicadores de gráficos de barras y numéricos tales como histogramas, que facilitan la visualización de los resultados y su interpretación del análisis descriptivo.

Este proceso resulta fundamental en la etapa inicial de la investigación, pues permite identificar tendencias, patrones y posibles errores, gracias a ello, el investigador obtiene una visión general de los datos recolectados y puede establecer una base sólida para la posterior discusión de los resultados (Sucasaire, 2021).

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1 Introducción

El desarrollo infantil establece las bases para el aprendizaje la socialización y el bienestar emocional a lo largo del ciclo de la vida, el presente capítulo muestra los resultados obtenidos mediante la intervención realizada a una muestra específica de dos casos en el centro de UDA SALUD (NEDI), de dos niños en situación de riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.

Se utilizó una evaluación inicial y final mediante el Inventario de Desarrollo Battelle, que identificó las áreas más afectadas y por tanto que requieren de intervención. Es decir que a los dos casos se les aplicó la prueba de Battelle (screening), cuyos resultados, ofrecieron un panorama claro del desarrollo evolutivo de los niños y de las áreas a intervenir.

3.2 Desarrollo psicomotor de los casos de estudio

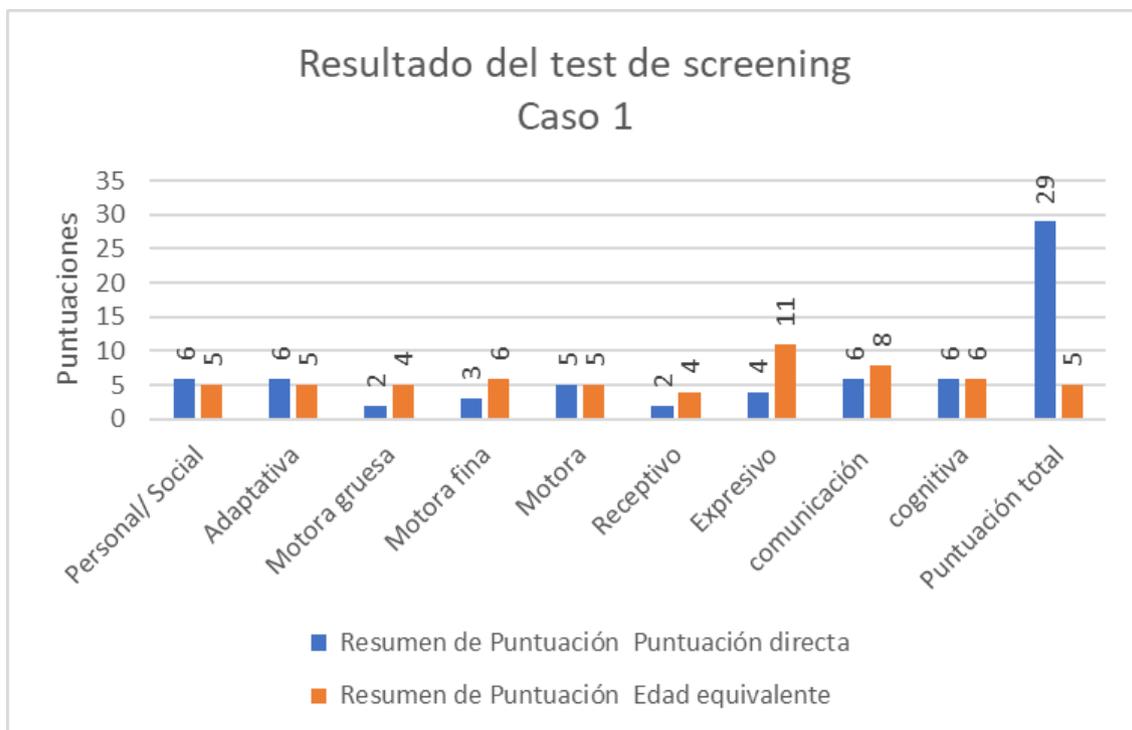
Caso N°1.

En el primer caso, un NN de nacimiento por cesárea a las 37 semanas de gestación con un peso de 1.300 gramos (bajo peso), Apgar de 9, permaneció internado un mes en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, donde requirió oxigenoterapia mediante soporte artificial no invasivo.

A los 3 meses de edad fue derivado a UDA Salud (NEDI) por presentar signos de retraso en el desarrollo y un cuadro de hipertonía. Para iniciar con la intervención del caso el infante contaba con 6 meses de edad, se aplicó el inventario de Battelle valorando las áreas del desarrollo personal/social, adaptativo, comunicación, cognitivo, motricidad, gruesa/fina, a través de esto identificar cuál de ellas requieren mayor intervención

Figura 1

Necesidades detectadas en el “NN” caso 1



En el caso 1 presenta una edad cronológica de 6 meses y una edad de desarrollo de 5 meses, sin embargo, se evidencia menor avance en el área motora seguida de las áreas cognitiva, comunicación, Adaptativa, personal/social.

Se detectan necesidades específicas como retraso en el área motor grueso, una motricidad fina sin desplazamientos activos, con necesidad de apoyo para la coordinación corporal y control muscular.

Caso N°2

Un NN de 22 meses de edad cronológica, nació por cesárea a las 39 semanas de gestación con un peso de 3.170 gramos. Permaneció hospitalizado durante cuatro días por ictericia neonatal, aunque no requirió fototerapia. Presentó pie equino varo bilateral al nacer, por lo que fue intervenido quirúrgicamente en el tendón de Aquiles.

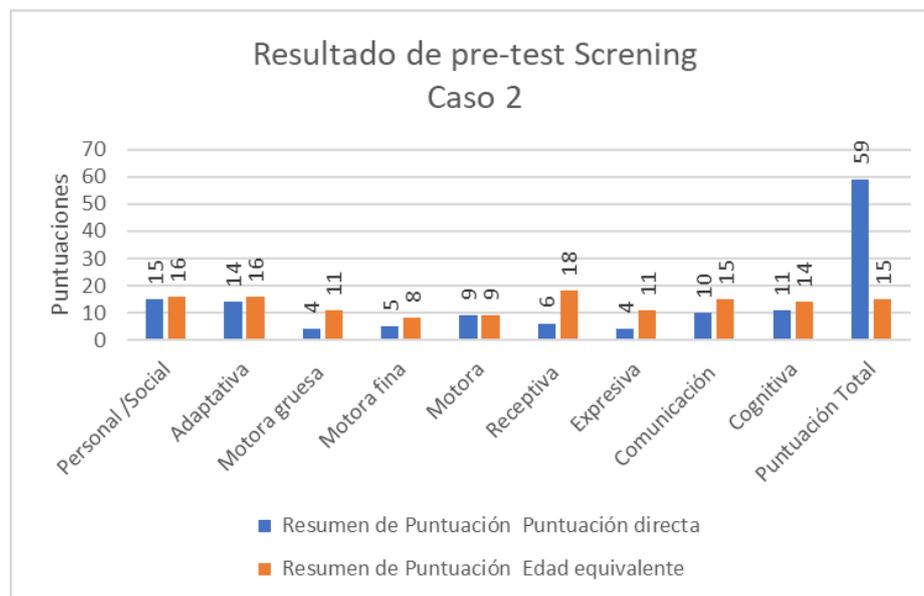
En cuanto a su desarrollo, inicialmente no sostenía la cabeza hasta los 6 meses y bajo tono muscular, lo cual despertó preocupación por parte de los padres para asistir a terapias de atención temprana. Luego de la operación usaba férula hasta la edad de 8

meses de edad, Sin embargo, le retiraron al observar una mejoría significativa, utilizando únicamente en la noche por recomendaciones médicas.

Actualmente, asiste a terapias a UDA Salud (NEDI), en compañía de sus padres, donde recibe sesiones individualizadas para fortalecer su desarrollo.

Figura 2

Necesidades detectadas en el “NN” caso 2



En el caso 2 presenta una edad cronológica de 22 meses y una edad de desarrollo de 15 meses, sin embargo, demuestra un retraso en el área motora seguida por el área cognitiva, comunicación, Adaptativa, personal/social.

Se detectaron necesidades específicas en el área motora gruesa y motora fina lo cual se consideró en trabajar en intervenciones individualizadas para lograr superar las dificultades que presenta.

3.3 Planes de intervención

A partir de los resultados obtenidos de la evaluación del pretest, que tuvo una duración aproximada de entre 20 y 30 minutos por dos días, con el acompañamiento de sus padres, se elaboró el plan de intervención con sesiones basadas en las áreas del desarrollo que mostraron factor de riesgo, especialmente el área motora. Para las planificaciones individuales analizamos el Libro Blanco de Atención temprana (GAT) (2005) y la revisión bibliográfica de (Perpiñán,2019)

Se adjunta las sesiones del caso 1 y 2 en anexo 5

Durante este proceso, se mantuvo un diálogo con sus padres, los cuales dieron a conocer su interés y disposición para fortalecer esta área, los cuales reconocen la importancia en el desarrollo de sus hijos. De igual manera, se expusieron los beneficios de la misma y el impacto cuando los padres participan.

3.4 Valoración de los resultados de la intervención

Luego de finalizar con el proceso de intervención, se procedió a aplicar un cuestionario de tipo Likert estructurado por preguntas cerradas dirigido a los padres de familia de los casos intervenidos. El objetivo de este proceso fue constatar cuáles son sus perspectivas y percepciones del proceso de atención temprana centrada en la familia, que promueve la participación activa de los padres en la intervención.

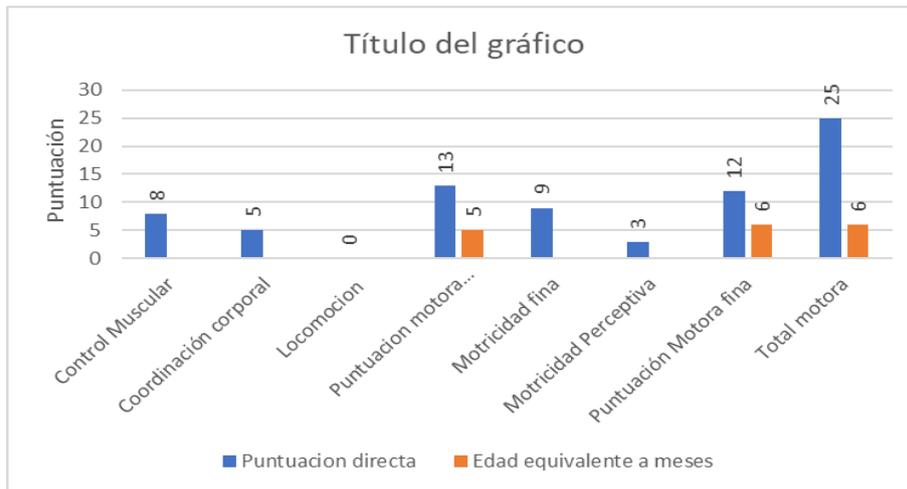
Este cuestionario estuvo conformado por diez preguntas orientadas a valorar la participación de la familia y el impacto que percibieron en sus niños durante el proceso de intervención que se llevó a cabo en NEDI. Durante este proceso las madres de familia manifestaron que se sienten satisfechas con los resultados obtenidos y que al formar parte del proceso de intervención les ayudado mucho, ya que, al trabajar en la institución también pudieron aplicar las mismas técnicas en casa, esto ayudado sin duda a fortalecer su desarrollo, por ello recomiendan estos programas porque encontraron beneficios significativos, los cuales les ha brindado mejorar la autonomía en sus hijos.

3.5 Resultados post test

3.5.1. Caso 1

Figura 3

Resultado del test de Screening post test caso 1

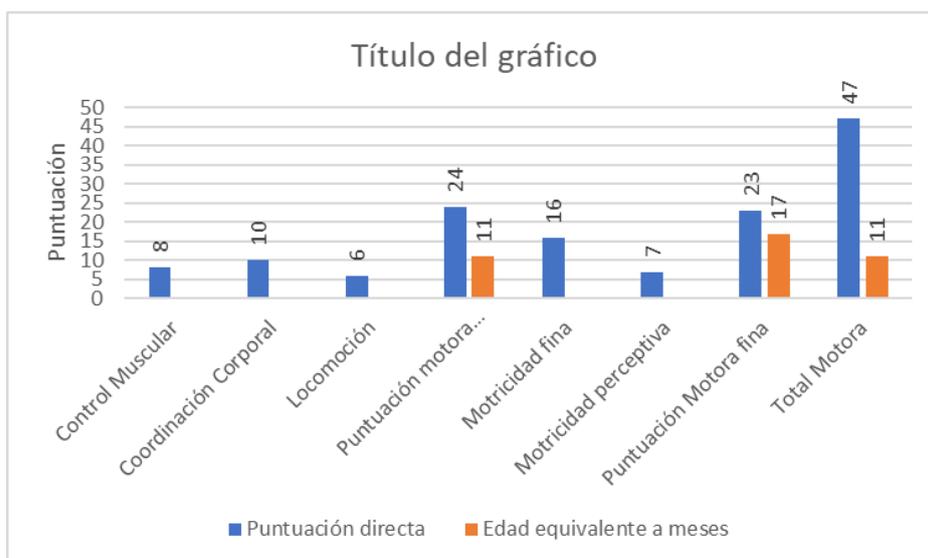


En el caso 1 presenta una edad cronológica de 6 meses y una edad de desarrollo de 6 meses, el cual se evidencia un avance de un mes en el área motora total, de acuerdo a su puntuación inicial, no obstante, una menor evolución en el área motora fina.

3.5.2. Caso 2

Figura 4

Resultados post test caso 2



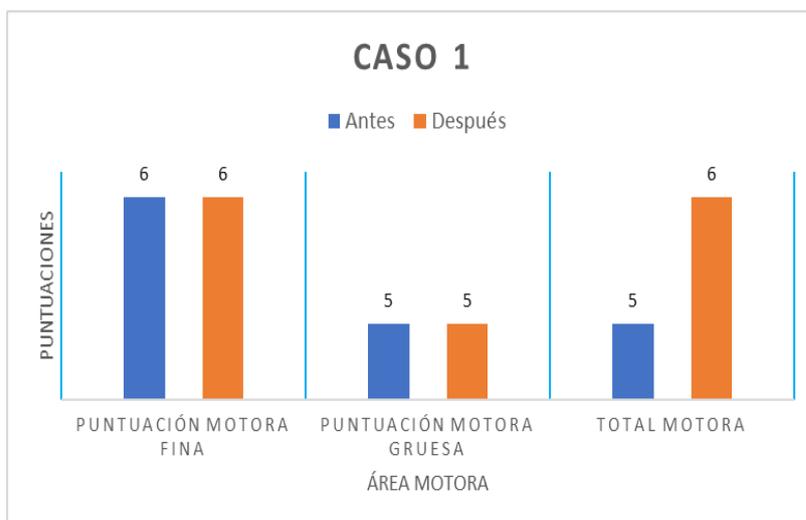
En el caso 2 presenta una edad cronológica de 22 meses y una edad de desarrollo de 11 meses en el área motora total, se observa un avance de dos meses de acuerdo a su edad inicial.

3.6 Resultados comparación pre y postest

3.6.1. Caso 1

Figura 5

Gráfica 6: Resultados de pre y post test caso 1

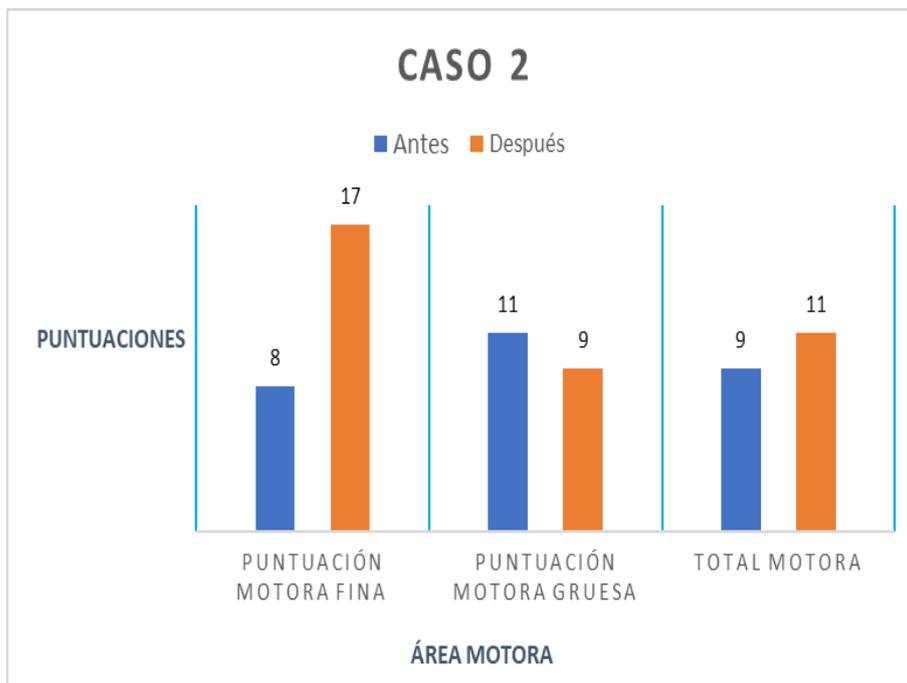


En el caso 1 se logra avances en el desarrollo tomando en cuenta los siguientes resultados, de la pre prueba que inició con una edad de desarrollo de 5 meses y finalizó con una edad de desarrollo de 6 meses, en el que se evidencia un avance de un mes especialmente en el área motora.

3.6.2. Caso 2

Figura 6

Resultados de pre y post test caso 2



En el caso 2 de acuerdo con la evaluación que se aplicó del pre test indica que el niño inició con una edad de desarrollo de 9 meses en el área motora y para finalizar se realizó la aplicación del post test, el cual dio como resultado un total de 11 meses de edad, mediante esto presenta un avance de dos meses en dicha área, no obstante, no logra superar en su totalidad su edad cronológica de 22 meses.

CAPÍTULO IV

4.DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente capítulo evidencia la relevancia de la atención temprana centrada en la familia como estrategia integral para favorecer el desarrollo psicomotor en niños con factores de riesgo o retraso en su evolución, tal como lo exponen autores como Bagur y Verger (2020), quienes consideran que el trabajo interdisciplinario y la participación activa de los cuidadores constituyen elementos esenciales para lograr avances significativos en las áreas de desarrollo. Desde este panorama se demuestra que la intervención sistemática, planificada y acompañada por la familia genera mejoras notables en la coordinación, el equilibrio y la interacción del niño con su entorno, aspecto demostrado en los dos casos de estudio de esta tesis (García et al., 2014); (Orcajada & García, 2020).

Los resultados obtenidos durante el proceso de intervención demostraron que hubo un avance favorable en los dos estudios de caso; un mes en el primer caso y de dos meses en el segundo caso, mediante el uso del inventario de desarrollo Battelle con planificaciones estructuradas que respondieron a sus necesidades y con el acompañamiento conjunto de la familia que fue fundamental para mejores resultados. Estos hallazgos se corroboran con la investigación realizada por (Frugone-Jaramillo y Gracia, 2023) quienes realizaron un estudio con ocho familias de una zona rural acompañadas de sus hijos con retraso en el desarrollo y discapacidad, donde aplicaron una escala de calidad de vida y el inventario de Battelle al inicio y al final del proceso, al finalizar dicho proceso se evidenció un avance favorable en el desarrollo de los niños al culminar con el proceso de intervención reflejando los beneficios de Atención temprana en edades iniciales. Asimismo, como menciona Bernabé-Zúñiga et al. (2024) en su investigación sobre las intervenciones tempranas en el desarrollo motor, cognitivo y del lenguaje, mediante revisiones sistemáticas, se constató que las intervenciones motoras que incluyen la participación activa de los padres en el proceso de neurodesarrollo muestran resultados significativos, especialmente en las áreas motora y cognitiva, en niños con retraso en el desarrollo.

En el Caso 1, un infante con bajo peso al nacer, los resultados evidencian un notable progreso en el control postural y la coordinación óculo-manual, reflejado en una mejora significativa de la motricidad fina y gruesa, gracias al seguimiento constante y al

refuerzo terapéutico, se alcanzó un avance beneficioso durante el proceso de intervención que se llevó a cabo en NEDI. Estos hallazgos se relacionan con lo reportado por el Departamento de Estadística del HDGP-Mtz, donde se observa que los recién nacidos con edad gestacional entre 28 y 31,6 semanas y con peso inferior a 1500 gramos presentan mejoras notables cuando reciben intervenciones de refuerzo y apoyo terapéutico (Robaina et al., 2022,). Asimismo, Silveira et al. (2024) sobre un ensayo clínico realizado con 100 bebés de familias de bajos ingresos residentes en zonas rurales de Brasil, la intervención llevada a cabo junto con los padres iniciada en la unidad de cuidados intensivos y continuada en el hogar mostró mejoras significativas en el desarrollo evolutivo de los niños prematuros o con bajo peso al nacer, como resultado del trabajo y las terapias implementadas.

No distante al primero caso, lo concerniente al Caso 2, reflejó resultados similares referidos a la motricidad, área que se recupera luego de intervenciones prolongadas y continuas, lo que consolida el desarrollo integral y autónomo del niño, hallazgo que coincide con la manifestado por Meseguer (2009), quien sostiene que la estimulación y el acompañamiento oportuno llenan vacíos que se pudieran instaurar como retrasos permanentes. Asimismo, Miedema et al. (2021) quien realizó una investigación con 111 niños con y sin discapacidad para que formen parte de una intervención motora integral para analizar el impacto de la atención temprana, donde al finalizar el estudio mostraron una mejora significativa en el área motora luego de la aplicación de terapias que responden a sus necesidades.

Otro de los aspectos más relevantes es sobre la implicación familiar que se evidencio durante el proceso de intervención que se llevó a cabo en UDA SALUD, donde la familia formó parte del proceso de intervención en cada terapia fue fundamental ya que la participación de cada miembro de la familia fue crucial para obtener mejores resultados, lo cual destaca que la atención temprana cumple un rol importante a mano de la familia y los profesionales. Hallazgos que se relaciona con Dunst (2017) que la participación de la familia en el proceso de intervención demuestra tener un impacto en el desarrollo evolutivo de sus hijos/as, ya que la familia desarrolla entornos de aprendizaje, establece conexiones entre lo que sucede en las sesiones que realiza el profesional a cargo y las rutinas en el hogar lo que contribuye a generar un entorno emocional seguro para el progreso infantil.

En cuanto al uso del Inventario de Desarrollo Battelle, este instrumento posee reconocimiento internacional por su carácter integral y normativo, evaluando áreas esenciales como motricidad gruesa, comunicación, cognición, adaptación y socialización. Su aplicabilidad en etapas tempranas permite detectar con precisión las áreas con déficit y establecer planes de intervención individualizados, por ejemplo, el test de screening (versión de Battelle para detección), ha sido valorado como herramienta con adecuada sensibilidad para captar retrasos en niños de 0 meses a 8 años de edad, también estudios han analizado las propiedades psicométricas en poblaciones con discapacidad, confirmando su fiabilidad y validez (Albuquerque & Cunha,2020).Lo cual hace referencia al uso del test que se utilizó para identificar las áreas con mayor riesgo, como en el caso con bajo peso muestra que, aun encontrándose en rango de edad equivalente en motricidad fina, requiere un seguimiento intensificado en motricidad gruesa. Ello implica que el instrumento captó adecuadamente las debilidades y permitió direccionar la intervención, la discusión refuerza que los factores biológicos iniciales influyen en el desarrollo, aunque pueden en parte mitigarse mediante intervenciones bien dirigidas con herramientas evaluativas confiables como el Battelle.

Para evaluar el impacto de la intervención al finalizar el proceso de investigación, se utilizó un cuestionario con diez preguntas estructuradas en formato Likert. El objetivo era identificar los beneficios que las familias percibieron durante la intervención y el papel que desempeñaron en este proceso. Los resultados mostraron que las familias se sintieron satisfechas, calificando el programa como una experiencia que les brindó apoyo y seguridad. Esto les permitió acercarse más a sus hijos, motivarlos y guiarlos en cada sesión. Además, recomendaron a otras familias que participaran junto a sus hijos, con el fin de prevenir secuelas que podrían afectarles en el futuro si no se atienden a tiempo. Investigación que se relaciona con Romero-Galisteo et al.(2020) que aplicaron la misma modalidad para obtener información sobre la perspectiva de atención temprana y el involucramiento de la familia lo cual toman como muestra a 233 participantes y se utilizó de 50 preguntas cerradas para analizar la percepciones de los programas de atención temprana los resultados evidenciaron sentirse satisfechas con los profesionales, así mismo el estudio brinda una perspectiva amplia con la participación de la familia lo cual permite considerar como agentes activos de expresar sus dudas, opiniones y tomar decisiones lo cual es fundamental dentro de dicho proceso.

En síntesis, la discusión confirma que la atención temprana, aplicada bajo un modelo centrado en la familia, constituye un recurso efectivo para potenciar las capacidades de los niños en situación de riesgo, ofreciendo resultados verificables en poco tiempo, sin embargo, el estudio también revela la necesidad de ampliar la duración de las intervenciones, fortalecer la formación de los profesionales y garantizar la continuidad del acompañamiento familiar para asegurar la sostenibilidad de los avances logrados en el desarrollo evolutivo del niño.

4.1 Conclusiones

Como respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto de la atención temprana centrada en la familia dirigida a dos niños con factores de riesgo o retrasos del desarrollo que asisten a UDA SALUD?

Demostó un impacto positivo tanto en el proceso de intervención como la dinámica familiar, además estos avances evidencian la efectividad del acompañamiento continuo y del trabajo colaborativo entre profesionales y familias, quienes desempeñaron un papel activo en el proceso de estimulación. De igual forma destacan los beneficios que ofrecen los programas de atención temprana, ya que a través de ello es posible evitar dificultades en el desarrollo de sus hijos.

El presente estudio permitió demostrar que la atención temprana centrada en la familia representa una herramienta fundamental para promover el desarrollo integral de niños con retraso o riesgo en su evolución psicomotora, a través de la aplicación del “Inventario de Desarrollo Battelle”, fue posible identificar las áreas con mayores dificultades y diseñar estrategias de intervención específicas que favorecieron la adquisición de habilidades motrices, cognitivas y sociales.

Los resultados de ambos casos reflejan progresos significativos, principalmente en el fortalecimiento del control postural, la coordinación y la motricidad. Lo cual evidencia que una intervención estructurada y adaptada a las necesidades individuales de cada niño contribuye a potenciar su autonomía y bienestar, no obstante, se reconoce que los logros obtenidos deben consolidarse mediante un proceso sostenido en el tiempo, con seguimiento terapéutico; constituyendo un pilar esencial dentro de las políticas y prácticas de desarrollo infantil, ya que no solo atiende déficits, sino que potencia capacidades, promueve la inclusión y garantiza el ejercicio efectivo de los derechos de la infancia.

4.2 Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos y del análisis realizado, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la aplicación de programas de atención temprana centrados en la familia, mantener un proceso terapéutico constante, con sesiones periódicas y seguimiento prolongado, especialmente en el área motora gruesa para obtener mejores resultados. Asimismo, se debe continuar promoviendo la implicación de los padres como agentes fundamentales en el proceso de estimulación, su participación permite la transferencia de aprendizajes al hogar y consolida los vínculos afectivos, favoreciendo el desarrollo emocional y social del niño.

REFERENCIAS

Albuquerque, K., & Cunha, A. (2020). New trends in instruments for child development screening in Brazil: a systematic review. *Systematic review*, 30(2), 188-196.

<https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10366>

Alvarado Cordero, S., & Córdoba, E. (2024). El papel de la familia en la atención temprana: perspectiva de profesionales en Orientación y en Educación Especial.

Revista actualidades investigativas de educación, 24(3), 1-29.

<https://doi.org/10.15517/aie.v24i3.59415>

Arenas, M., Sánchez, G., & López, S. (2020). Inteligencia emocional y prácticas participativas con la familia en atención temprana. *Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, 26(1), 16.

investigación y evaluación educativa, 26(1), 16.

<https://doi.org/10.7203/relieve.26.1.13168>

Bagur Pons, S. (2022). Modelos de intervención en atención temprana: perspectivas de profesionales y familias. *I*, 141.

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/675713/Bagur_Pons_Sara.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bagur, S., & Verger, S. (2020). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia. *Siglo cero*, 51(4), 69-92.

<https://doi.org/10.14201/scero20205146992>

Bernabé-Zúñiga, J., Rodríguez, M., Alias, A., Rueda, L., Román, P., & Sánchez, M. (2024). Intervenciones tempranas con participación de los padres y sus implicaciones en el neurodesarrollo de los niños prematuros: una revisión

- sistemática y un metaanálisis. *Eur child adolesc psychiatry*, 34(1), 853-865.
<https://doi.org/10.1007/s00787-024-02528-1>
- Bronfenbrenner, U. (1991). *Ecología del desarrollo humano la (pp. 456-456)*. Paidós Iberica, Ediciones S.A.
- Canta, J., & Quezada, J. (2021, 09 30). Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación.*, 5(19), 775-786. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v5i19.236> .
- Caparó, E. V. (2016). Validación de cuestionarios. *Revista oactiva uc Cuenca*, 1(3), 71-76. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v1i3.200>
- Chacón, G. D. C. (2020). De las neurociencias a la educación ¿Construir puentes o reducir brechas? *Educere*, 25(80), 279-284.
<https://www.redalyc.org/journal/356/35666280025/35666280025.pdf>
- Cheung, W.C., Aleman-Tovar, J., Johnston, A. N., Little, L. M., & Burke, M. M. (2023). A Qualitative Study Exploring Parental Perceptions of Telehealth in Early Intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 35(3), 353-373. <https://doi.org/10.1007/s10882-022-09853-w>
- De Sousa, P., Cañadas, M., Suárez, M., & Chiappero, T. (2025). Políticas públicas para la primera infancia en los países latinoamericanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 23(1), 1-27.
<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.23.1.5958>
- Del toro Alonso, V., & Sánchez, E. (2020). Introducción del Modelo Centrado en Familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar.
 Introduction family-centered model in Spain from a perspective from the life

family quality. *Revista de educación inclusiva*, 13(2), 9-21.

<https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/525>

Donoso, C., Rodrigo, R., Vásquez, S., & Yañez-Urbina, C. (2019). Sujetos cerebrales: repertorios interpretativos de los usos de la neurociencia en las políticas públicas de infancia temprana en el Chile actual. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(2), 31-58. <http://scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n2/1688-7026-pcs-9-02-25.pdf>

Dunst, C. J. (2017). Fundamentos de investigación para listas de verificación del desempeño de intervenciones en la primera infancia basadas en evidencia. *Ciencias de la Educación*, 7(4), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci7040078>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

(2005). *Libro blanco de la atención temprana* (3ª ed. ed.). Real Patronato sobre Discapacidad.

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/807_d_LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf

Fernández, N. (2016). Replantear la educación ¿Hacia un bien común mundial? París: UNESCO. 93 pp. isbn- 978-92-3-300018.6. *Journal of Supranational Policies of Education (jospoe)*, 1(4), 1-3. <https://revistas.uam.es/jospoe/article/view/5678>

Francia, C. M. (2021). Políticas públicas en Atención Temprana modelos normativos autonómicos y aportaciones profesionales. *Actas de coordinación Sociosanitaria*, 1(29), 122-127.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9029698>

Frugone-Jaramillo, M., & Gracia, M. (2023). Family-centered approach in Early Childhood Intervention of a vulnerable population from an Ecuadorian rural

context. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1-15.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1272293>

Galvis, E., Maldonado, C., & Molano, A. (2021). Trayectorias del desarrollo infantil en instituciones de protección en Colombia. *Psicoperspectivas*, *20*(1), 31-43.

<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue1-fulltext-2012>

García, F., Escorcía, C., Sánchez, M., Orcajada, N., & Hernández, E. (2014). atención temprana centrada en la familia [Family-centered Early childhood Intervention]. *Revista siglo cero*, *45*(25), 6-27.

https://www.researchgate.net/publication/308071230_Atencion_Temprana_centrada_en_la_familia_Family-centered_Early_childhood_Intervention

García, F., Escorcía, C., Sánchez, M., Sánchez, N., & Hernández, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, *45*(251), 6-27.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5203323>

Garrido, A., Morales, 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), 62-74.

<https://doi.org/10.22458/ie.v22i33.2823>

Gómez-Cotilla, R., López, M., & Valero, L. (2023). Efficacy of Early Intervention Programmes: Systematic Review and Meta-analysis. *Systematic review and meta-analysis. Psicología Educativa*, *30*(1), 1-10.

<https://doi.org/10.5093/psed2024a1>

Guirao, S. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *9*(2), 1-5.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (Vol. 1). Mcgraw-hill / interamericana editores, s.a dec.v.
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hinojosa, R. (2023). Alcances de una Investigación Científica. *Periódico digital UNAH AL DIA*. <https://www.aldia.unah.edu.pe/alcances-de-una-investigacion-cientifica/>
- Ibañez, A. G. (2019). Silvia MESEGUER VELASCO, La financiación de la religión en Europa, Digital Reasons, Madrid 2019, 207 pp. *Revista Española de Derecho Canónico*, 76(187), 875-878.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7228794>
- Inza Bartolomé, A., & Urteaga Olano, E. (2012). La inversión social en educación. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 57(216), 3-3.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182012000300006&script=sci_arttext
- Jimenez, L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativa en la actualidad. *Tech convergence revista científica*, 4(1), 59-68. <https://orcid.org/0000-0001-8743-1206>
- Jurado, V., & Rebolledo, R. (2016). Análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en américa: una revisión de literatura. *Revista movimiento científico*, 10(2), 72-82. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.10206>
- Kruger, N., McCallum, A., & Volman, V. (2022). La dimensión federal de la segregación escolar por nivel socioeconómico en Argentina. *Perfiles educativos*, 44(176), 22-44. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982022000200022&script=sci_arttext

- León, M. Á. (2011). Bioética y neurociencia: neuroética. *Revista de bioética y derecho*, 21(14), 14-23.
<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/rebiod21&div=4&id=&page=>
- Lipina, S. J., & Álvarez, M. Á. (2011). Contribuciones de la neurociencia cognitiva al diseño de políticas científicas y sociales para niños en situación de pobreza. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 243-253. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28422741015.pdf>
- Martínez, E. P. (2020). Evolución histórica de la Atención temprana. *Aula de encuentro*, 22(1), 318-337. <https://doi.org/10.17561/ae.v22n1.12>
- Meneses, J. (2016). *El Cuestionario*. Universitat oberta de catalunya.
<https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario/cuestionario.pdf>
- Meseguer, A., Fernández, A., Brito de la Nuez, F., & Martínez, M. (2009). Buscando instrumentos eficaces para la prevención secundaria en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(2), 83-94.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063007>
- Miedema, S., Brian, A., Pennell, A., Lieberman, L., True, L., Webster, C., & Stodden, D. (2021). Los efectos de una intervención de habilidades motoras integradora y de diseño universal para niños pequeños con y sin discapacidades. *Adapted physical activity quarterly*, 39(2), 179-196.
<https://journals.humankinetics.com/view/journals/apaq/39/2/article-p179.xml>
- Mora, C., & García, L. (2019). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en entornos naturales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=732718>

- Moreno, A., & Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: enfoque desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 8(2), 33-42. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>.
- Navarrete, B. (2020). Atención Temprana: La importancia de su aplicación en la etapa de Educación Infantil. *Universidad Zaragoza, 1*, 1-40. <https://zaguan.unizar.es/record/95185/files/TAZ-TFG-2020-3052.pdf>
- Newborg, J., R, J., & Wnek, L. (2011). *Inventario de desarrollo Battelle manual de aplicación*. TEA Ediciones. <https://www.hogrefe-tea.com/recursos/Ejemplos/battelle-manual-extracto.pdf>
- OMS. (2020). *La OMS y el UNICEF reafirman su compromiso de acelerar las medidas a favor de la salud y el bienestar a todas las edades*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/18-09-2020-who-and-unicef-recommit-to-accelerating-health-and-well-being-at-all-ages>
- Orcajada, N., & García, F. (2020). Filtros mentales, coaching y Atención Temprana centrada en la familia. *Educacao porto alegre*, 43(1), 1-14. <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2020.1.35474>
- Pacheco, M., León, I., Morales, C., Gutiérrez, M., & Hernández, R. (2024). Desafíos y barreras en la implementación de servicios de atención temprana centrado en la familia: perspectivas de los profesionales. *Dykinson S.L., 1*, 1-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9932588>
- Pacheco, M., Morales, C., León, I., & Gutiérrez, M. (2024). Barriers Perceived by Professionals in Family-Centered Early Intervention Services: A Systematic Review of the Current Evidence. *International Journal of Early Childhood*, 57, 357-377. <https://doi.org/10.1007/s13158-024-00401-5>

- Perpiñán, S. (2019). *Atención temprana y familia: Cómo intervenir creando entornos competentes*. (Narcea Ediciones ed., Vol. 184).
- Robaina, G., Riesgo, S., & Hernández, D. (2022). Neurodesarrollo en recién nacidos de muy bajo peso en Matanzas en el periodo 2016-2018. *Medisur: revista en internet*, 20(3), 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v20n3/1727-897X-ms-20-03-455.pdf>
- Romero-Galisteo, R., Gálvez, P., Blanco, A., Rodríguez, M., & González, M. (2020). What families really think about the quality of early intervention centers: a perspective from mixed methods. *Peerj*, 1, 1-18.
<https://doi.org/10.7717/peerj.10193>
- Rumipulla, J. G., & Yanza, K. G. (2024). *Efectos de atención temprana en el desarrollo de niños con factores de riesgo con la participación activa de la familia*.
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/14035>
- Sabeh, E. N., Sotelo, L. M., & Carreras, M. (2020). Autodeterminación en adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual: perspectiva de los padres. *Siglo Cero*, 51(4), 7-24. <https://doi.org/10.14201/scero2020514724>
- Salas, D. (2020). *La encuesta y el cuestionario*. Investigalia.
<https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad3/encuesta.html>
- Sánchez, A. G. (2005). Líneas de investigación en Atención Temprana MG Millán y F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, trastornos e intervención. Métodos de Investigación y diagnóstico en educación. facultada de educación. universidad de murcia*, 1, 1-22.
https://www.researchgate.net/profile/Francisco-Sanchez-59/publication/237790022_lineas_de_investigación_en_atención_temprana/link

s/5690b48908aed0aed811029c/lineas-de-investigación-en-Atencion-temprana.pdf

Sánchez, N., & García, F. (2020). Filtros mentales, coaching y Atención Temprana centrada en la familia. *educacao*, 43(1), 1-14. DOI: 10.15448/1981-2582.2020.1.35474

Sandino, L. G. (2021). Escalas de desarrollo y construcción de una herramienta tecnológica dirigida a la estimulación de la niñez con riesgo biológico neonatal. *Revista Innovaciones Educativas.*, 1(23), 1-12.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/74103434/Ana_Lupita_Garrido_Sandino-libre.pdf?1635896711=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEscalas_de_desarrollo_y_construccion_de.pdf&Expires=1760853488&Signature=WeYzSKeqz2s72KECpNNkV2nIYZiCf3FEzDu-

Sierra Benítez, M. S., & León, M. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, 23(4), 599-609.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2019/rcm194o.pdf>

Silveira, R., Valentini, N., Oshea, M., & Mendes, E. (2024). Intervención para el desarrollo guiada por los padres en bebés con muy bajo peso al nacer: Un ensayo clínico aleatorizado. *Jama network. open*, 7(7), 1-5.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.21896

Smulski, M. C. (2022). Más allá de la verdad científica: una mirada etnográfica a la controversia sobre los primeros 1000 días del desarrollo cognitivo infantil. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 46, 75-97.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-54072022000100075&script=sci_arttext

Subiñas, P., García, P., Gutiérrez, M., & León, I. (2022). Prácticas centradas en la familia en la intervención temprana: confianza familiar, competencia y calidad de vida. *Psychology, Society & Education*, 14(2), 39-47.
<https://doi.org/10.21071/psy.v14i2.14296>

Sucasaire, J. (2021). *Estadística descriptiva para trabajos de investigación*. Hecho el depósito legal en la biblioteca nacional del Perú.
https://www.academia.edu/95631547/_Sucasaire_2021_Estad%C3%ADstica_de_scriptiva_para_trabajos_de_investigaci%C3%B3n

Torres, K., & Zhañay, K. (2023). *Proyecto de atención temprana dirigido a niños de 0 a 3 años en condiciones de riesgo biológico y psicosocial*.
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12710>

Torres, R. (2024). Las elecciones de 2021 en México: antecedentes, actualidades y proyecciones hacia un futuro cercano. *Espiral (Guadalajara)*, 31(89), 9-43.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-05652024000100009&script=sci_arttext

ANEXOS

Anexo 1. Título del primer anexo

ANEXOS

Anexo 1 -permisos


FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN INICIAL

Oficio No. 301-25
Cuenca, 11 de junio de 2025

PHD.
Martha Cobos Call
Decana de la Facultad de Psicología
Presente.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo por parte de la Junta Académica de la Escuela de Educación Inicial de la Universidad del Azuay, por medio de la presente solicitamos a usted de manera comedida, la autorización para que la estudiante Gladys Narcisca Marquez Cedillo, con código; desarrolle parte de su trabajo de titulación denominado "Atención Temprana Centrada en la Familia, un modelo participativo de la intervención, la cual tiene como finalidad evaluar los factores de riesgo o retrasos en el desarrollo de los niños con el test de battelle", del 16 de junio al 18 de julio, en el Centro de Neurodesarrollo Desarrollo Infantil de la Universidad del Azuay, que usted acertadamente dirige.

Luego de contar con su favorable, la estudiante propone desarrollar lo siguiente:

Objetivos específicos	Actividad	Resultado esperado
Identificar las dificultades del desarrollo psicomotor en dos niños que asisten a UDA SALUD, mediante la aplicación del test Battelle.	-Solicitar el consentimiento informado de los padres para la intervención. -Evaluar el desarrollo psicomotor mediante la aplicación del test Battelle - Análisis e interpretación de datos.	-Datos del desarrollo psicomotor de los niños evaluados.
Planificar y aplicar sesiones de intervención a los dos casos de estudio que presentan dificultades en el desarrollo psicomotor.	-Revisar la literatura científica. -Determinar estrategias, actividades y recursos para la intervención. -Planificar las sesiones de intervención. -Aplicar la intervención con presencia de la familia.	-Planes de intervención desarrollados y aplicados en las sesiones.


FACULTAD DE PSICOLOGÍA


FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE EDUCACIÓN INICIAL

Determinar el impacto de la intervención.	-Reevaluación del desarrollo psicomotor mediante la aplicación del test Battelle -Análisis comparativo pretest-postest. -Elaborar el cuestionario para la encuesta. -Aplicar la encuesta a los padres de familia.	-Comparación de resultados pretest-postest. -Datos de la valoración del proceso de intervención por los padres de familia.
---	--	---

Por la atención que preste a la presente petición; anticipo mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,


 MSc. Juan Fernando Barrazueta
COORDINADOR ESCUELA DE EDUCACIÓN INICIAL

ESCUELA DE EDUCACIÓN INICIAL
 e.inicial@azuay.edu.ec

Anexo 2 Consentimiento informado



HOJA DE REGISTRO

Cuenca, ...27 de Julio..... Hora: ...9:48 am....

Registro de información para el sistema de los niños/as:

NÚMERO DE CÉDULA:	015 2801478
NOMBRES COMPLETOS:	Itan Santiago Jimenez Becerra
FECHA DE NACIMIENTO:	06 Diciembre 2024
SEXO:	Masculino
PROVINCIA - CANTÓN DE ORIGEN:	Cuenca
CONTACTO DEL REPRESENTANTE:	09 84 041304

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, manifiesto mi compromiso informado para aceptar el proceso de intervención de las sesiones en Atención Temprana que se llevará a cabo en UDA SALUD, en el centro de Neurodesarrollo Infantil (Nedi) de la Universidad del Azuay. Entiendo que mi participación en el proceso de intervención fisioterapéutica de mi hijo es fundamental por lo cual, es un proceso que requiere tiempo y dedicación y me comprometo a cumplir la asistencia de mi representado en los horarios establecidos y a colaborar con el equipo de profesionales para lograr los objetivos establecidos, así como permitir fotografías sin rostro.

Además, autorizo a UDA SALUD - UNA SALUD a recopilar y utilizar información relevante para el proceso de atención. Entiendo que esta información será tratada con confidencialidad y sólo se utilizará para fines educativos.


Firma del representante

HOJA DE REGISTRO

Cuenca, ...27 de Junio..... Hora: 9:30 am.....

Registro de información para el sistema de los niños/as:

NÚMERO DE CÉDULA:	092636502
NOMBRES COMPLETOS:	Liam Mathias Sixalimo Joela
FECHA DE NACIMIENTO:	27 de Agosto 2023
SEXO:	Masculino
PROVINCIA - CANTÓN DE ORIGEN:	Jadán
CONTACTO DEL REPRESENTANTE:	0968502078

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, manifiesto mi compromiso informado para aceptar el proceso de intervención de las sesiones en Atención Temprana que se llevará a cabo en UDA SALUD, en el centro de Neurodesarrollo Infantil (Nedi) de la Universidad del Azuay. Entiendo que mi participación en el proceso de intervención fisioterapéutica de mi hijo es fundamental por lo cual, es un proceso que requiere tiempo y dedicación y me comprometo a cumplir la asistencia de mi representado en los horarios establecidos y a colaborar con el equipo de profesionales para lograr los objetivos establecidos, así como permitir fotografías sin rostro.

Además, autorizo a UDA SALUD - UNA SALUD a recopilar y utilizar información relevante para el proceso de atención. Entiendo que esta información será tratada con confidencialidad y sólo se utilizará para fines educativos.



Firma del representante

Anexo 3 - Pruebas del test del Inventario de Battelle

BATTELLE

INVENTARIO DE DESARROLLO

PRUEBA DE SCREENING

Hoja de anotación

Nombre Jonathan Santiago Jimenez Becerra

Programa/escuela UDASALUD "Nido"

Terapeuta/profesor Lic. Andrea Pineda

Examinador Glady's Marquez

	AÑO	MES	DÍA
Fecha de examen	2025	06	30
Fecha de nacimiento	2024	12	06
Edad	6	6	24
Edad en meses	6	(12 x años + meses)	

RESUMEN DE PUNTUACIONES						
ÁREAS	PUNTUACIÓN DIRECTA	NIVEL DE CRITERIO (-1; -1,5; -2 DT)	PUNTUACIÓN DE CRITERIO	DECISIÓN		EDAD EQUIVALENTE
				Superado	No superado	
PERSONAL/SOCIAL	6	-1,5	7	x		5
ADAPTATIVA	6	-1	6	x		5
Motora gruesa	2	-1	2	x		5-7
Motora fina	3	-1	3	x		6
MOTORA	5	-1	5	x		5
Receptiva	2	-1	2	p		4-5
Expresiva	4	-1	2	p		11-15
COMUNICACIÓN	6	-1	4	x		8
COGNITIVA	6	-1,50	6	p		6
PUNTUACIÓN TOTAL	29	-1,50	30	x		5

RECOMENDACIONES:

Aplicar área motora

Copyright © 1984, 1988 LINC Asociados, Inc.

Copyright © 1996 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tintas azul y magenta. Si se presentan otros en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed Spain. Impreso en España por Imp. Casillas; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - Depósito legal: M - 44.524 - 1996

ÁREA PERSONAL/SOCIAL

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	TS 1	Muestra conocimiento de sus manos	2	1	0	
	TS 2	Muestra deseos de ser cogido en brazos por una persona conocida.	2	1	0	
6-11	TS 3	Participa en juegos como «cucú» o «el escondite».	2	1	0	
	TS 4	Responde a su nombre.	2	1	0	
12-17	TS 5	Inicia contacto social con compañeros.	2	1	0	
	TS 6	Imita a otro niño.	2	1	0	
18-23	TS 7	Sigue normas de la vida cotidiana.	2	1	0	
	TS 8	Juega solo junto a otros compañeros.	2	1	0	
24-35	TS 9	Conoce su nombre.	2	1	0	
	TS 10	Utiliza un pronombre o su nombre para referirse a sí mismo.	2	1	0	
36-47	TS 11	Reconoce las diferencias entre hombre y mujer.	2	1	0	
	TS 12	Responde al contacto social de adultos conocidos.	2	1	0	
48-59	TS 13	Describe sus sentimientos.	2	1	0	
	TS 14	Escoge a sus amigos.	2	1	0	
60-71	TS 15	Participa en juegos competitivos.	2	1	0	
	TS 16	Distingue las conductas aceptables de las no aceptables.	2	1	0	
72-83	TS 17	Actúa como líder en las relaciones con los compañeros.	2	1	0	
	TS 18	Pide ayuda al adulto cuando lo necesita.	2	1	0	
84-95	TS 19	Utiliza al adulto para defenderse.	2	1	0	
	TS 20	Reconoce la responsabilidad de sus errores.	2	1	0	

 Puntuación subárea

ÁREA ADAPTATIVA

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	TS 21	Come papilla con cuchara.	2	1	0	
	TS 22	Presta atención a un sonido continuo.	2	1	0	
6-11	TS 23	Sostiene su biberón.	2	1	0	
	TS 24	Come trocitos de comida.	2	1	0	
12-17	TS 25	Comienza a usar la cuchara o el tenedor para comer.	2	1	0	
	TS 26	Se quita prendas de ropa pequeñas.	2	1	0	
18-23	TS 27	Distingue lo comestible de lo no comestible.	2	1	0	
	TS 28	Se quita una prenda de ropa.	2	1	0	
24-35	TS 29	Indica la necesidad de ir al lavabo.	2	1	0	
	TS 30	Obtiene el agua del grifo.	2	1	0	
36-47	TS 31	Se abrocha uno o dos botones.	2	1	0	
	TS 32	Duerme sin mojar la cama.	2	1	0	
48-59	TS 33	Se viste y se desnuda.	2	1	0	
	TS 34	Completa tareas de dos acciones.	2	1	0	
60-71	TS 35	Va al colegio solo.	2	1	0	
	TS 36	Contesta preguntas del tipo: «¿Qué harías si...?»	2	1	0	

ÁREA ADAPTATIVA (cont.)

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
72-83	TS 37	Conoce su dirección.	2 1 0	
	TS 38	Utiliza el teléfono.	2 1 0	
84-95	TS 39	Maneja pequeñas cantidades de dinero.	2 1 0	
	TS 40	Realiza tareas domésticas.	2 1 0	

 +  =  Puntuación subárea

ÁREA MOTORA

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
0-5	TS 41	Se lleva un objeto a la boca.	2 1 0	
	TS 42	Toca un objeto.	2 1 0	
5-11	TS 43	Gatea.	2 1 0	 1 0
	TS 44	Coge un caramelo con varios dedos en oposición al pulgar (prensión digital-parcial).	2 1 0	2 1 0
12-17	TS 45	Sube escaleras con ayuda.	2 1 0	
	TS 46	Coge un caramelo con los dedos índice y pulgar (pinza superior).	2 1 0	
18-23	TS 47	Sube y baja escaleras sin ayuda, colocando ambos pies en cada escalón.	2 1 0	2 1 0
	TS 48	Mete anillas en un soporte.	2 1 0	
24-35	TS 49	Salta con los pies juntos.	2 1 0	2 1 0
	TS 50	Abre una puerta.	2 1 0	
36-47	TS 51	Corta con tijeras.	2 1 0	2 1 0
	TS 52	Dobla dos veces un papel.	2 1 0	2 1 0
48-59	TS 53	Recorre tres metros saltando sobre un pie.	2 1 0	2 1 0
	TS 54	Copia un triángulo.	2 1 0	
60-71	TS 55	Se mantiene sobre un solo pie alternativamente, con los ojos cerrados.	2 1 0	2 1 0
	TS 56	Copia los números del 1 al 5.	2 1 0	
72-83	TS 57	Anda por una línea «punta-tacón».	2 1 0	2 1 0
	TS 58	Copia palabras con letras mayúsculas y minúsculas.	2 1 0	
84-95	TS 59	Salta a la cuerda.	2 1 0	2 1 0
	TS 60	Copia un triángulo inscrito en otro triángulo.	2 1 0	2 1 0

 +  =  Puntuación motora gruesa

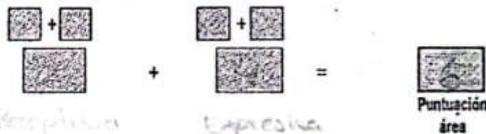
 +  =  Puntuación motora fina

 =  Puntuación área

ÁREA COMUNICACIÓN

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
			2	1	0	
0-5	TS 61	Vuelve la cabeza hacia un sonido.	2	1	0	
	TS 62	Emite sonidos para expresar su estado de ánimo.	2	1	0	
6-11	TS 63	Asocia palabras con acciones u objetos.	2	1	0	
	TS 64	Emite sonidos consonante-vocal.	2	1	0	
12-23	TS 65	Sigue órdenes acompañadas de gestos.	2	1	0	
	TS 66	Utiliza diez o más palabras.	2	1	0	
24-35	TS 67	Comprende los conceptos «dentro, fuera, encima, delante; detrás, hacia».	2	1	0	
	TS 68	Utiliza los pronombres «yo», «tú» y «mí».	2	1	0	
36-47	TS 69	Sigue órdenes verbales que implican dos acciones.	2	1	0	
	TS 70	Utiliza el plural terminado en «s».	2	1	0	
48-59	TS 71	Comprende el plural.	2	1	0	
	TS 72	Utiliza frases de 5 ó 6 palabras.	2	1	0	
60-71	TS 73	Comprende el futuro de los verbos ser y estar.	2	1	0	
	TS 74	Utiliza el comparativo.	2	1	0	
72-83	TS 75	Reconoce palabras que no pertenecen a una categoría.	2	1	0	
	TS 76	Habla sobre cosas que pueden suceder.	2	1	0	
84-95	TS 77	Comprende los conceptos: dulce, duro y brillante.	2	1	0	
	TS 78	Define palabras.	2	1	0	



ÁREA COGNITIVA

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
			2	1	0	
0-5	TS 79	Sigue un estímulo visual.	2	1	0	
	TS 80	Explora objetos.	2	1	0	
6-11	TS 81	Levanta una taza para conseguir un juguete.	2	1	0	
	TS 82	Busca un objeto desaparecido.	2	1	0	
12-23	TS 83	Extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera.	2	1	0	
	TS 84	Se reconoce a sí mismo como causa de acontecimientos.	2	1	0	
24-35	TS 85	Empareja un círculo, un cuadrado y un triángulo.	2	1	0	
	TS 86	Repite secuencias de dos dígitos.	2	1	0	
36-47	TS 87	Identifica los tamaños grande y pequeño.	2	1	0	
	TS 88	Identifica objetos sencillos por el tacto.	2	1	0	
48-59	TS 89	Responde a preguntas lógicas sencillas.	2	1	0	
	TS 90	Completa analogías opuestas.	2	1	0	
60-71	TS 91	Identifica colores.	2	1	0	
	TS 92	Identifica los objetos primero y último de una fila.	2	1	0	
72-83	TS 93	Recuerda hechos de una historia contada.	2	1	0	
	TS 94	Resuelve sumas y restas sencillas (números del 0 al 5).	2	1	0	
84-95	TS 95	Resuelve problemas sencillos, presentados oralmente, que incluyen la sustracción.	2	1	0	
	TS 98	Resuelve multiplicaciones sencillas.	2	1	0	



ÁREA COMUNICACIÓN

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
0-5	TS 61	Vuelve la cabeza hacia un sonido.	2 1 0	
	TS 62	Emite sonidos para expresar su estado de ánimo.	2 1 0	2 1 0
6-11	TS 63	Asocia palabras con acciones u objetos.	2 1 0	
	TS 64	Emite sonidos consonante-vocal.	2 1 0	2 1 0
12-23	TS 65	Sigue órdenes acompañadas de gestos.	2 1 0	
	TS 66	Utiliza diez o más palabras.	2 1 0	2 1 0
24-35	TS 67	Comprende los conceptos «dentro, fuera, encima, delante, detrás, hacia».	2 1 0	
	TS 68	Utiliza los pronombres «yo», «tú» y «mi».	2 1 0	2 1 0
36-47	TS 69	Sigue órdenes verbales que implican dos acciones.	2 1 0	
	TS 70	Utiliza el plural terminado en «s».	2 1 0	2 1 0
48-59	TS 71	Comprende el plural.	2 1 0	
	TS 72	Utiliza frases de 5 ó 6 palabras.	2 1 0	2 1 0
60-71	TS 73	Comprende el futuro de los verbos ser y estar.	2 1 0	
	TS 74	Utiliza el comparativo.	2 1 0	2 1 0
72-83	TS 75	Reconoce palabras que no pertenecen a una categoría.	2 1 0	
	TS 76	Habla sobre cosas que pueden suceder.	2 1 0	2 1 0
84-95	TS 77	Comprende los conceptos: dulce, duro y brillante.	2 1 0	
	TS 78	Define palabras.	2 1 0	2 1 0

$$\begin{array}{|c|} \hline 6 \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline 4 \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline 10 \\ \hline \end{array}$$

Puntuación área

ÁREA COGNITIVA

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
0-5	TS 79	Sigue un estímulo visual.	2 1 0	
	TS 80	Explora objetos.	2 1 0	
6-11	TS 81	Levanta una taza para conseguir un juguete.	2 1 0	
	TS 82	Busca un objeto desaparecido.	2 1 0	
12-23	TS 83	Extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera.	2 1 0	
	TS 84	Se reconoce a sí mismo como causa de acontecimientos.	2 1 0	
24-35	TS 85	Empareja un círculo, un cuadrado y un triángulo.	2 1 0	
	TS 86	Repite secuencias de dos dígitos.	2 1 0	
36-47	TS 87	Identifica los tamaños grande y pequeño.	2 1 0	
	TS 88	Identifica objetos sencillos por el tacto.	2 1 0	
48-59	TS 89	Responde a preguntas lógicas sencillas.	2 1 0	
	TS 90	Completa analogías opuestas.	2 1 0	
60-71	TS 91	Identifica colores.	2 1 0	
	TS 92	Identifica los objetos primero y último de una fila.	2 1 0	
72-83	TS 93	Recuerda hechos de una historia contada.	2 1 0	
	TS 94	Resuelve sumas y restas sencillas (números del 0 al 5).	2 1 0	
84-95	TS 95	Resuelve problemas sencillos, presentados oralmente, que incluyen la sustracción.	2 1 0	
	TS 96	Resuelve multiplicaciones sencillas.	2 1 0	

$$\begin{array}{|c|} \hline 6 \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline 7 \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline 13 \\ \hline \end{array}$$

Puntuación área

Anexo 4 -fotografías de intervención



Anexo -5 sesiones

<p>Título: Descubro el mundo moviéndome</p> <p>Edad: 22 meses</p> <p>Objetivo: Fortalecer el patrón de gateo mediante actividades de estimulación motriz</p> <p>Áreas: motora gruesa</p>
<p>Metodología:</p> <p>Estimulación multisensorial</p>
<p>Inicio</p> <p>La actividad se inicia saludando al niño de manera afectuosa, él se encuentra en posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) sobre una colchoneta, luego se procede a realizarle masajes suaves en pies, brazos y piernas, con el objetivo de activar su cuerpo preparándole para las actividades a realizar.</p>
<p>Desarrollo</p> <p>Se ubica al niño en posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) sobre una colchoneta, realizamos ejercicios de movimientos de piernas, brazos para activar al cuerpo, luego se procede con ejercicios del patrón cruzado. Se realiza el cruce de brazo derecho con pierna izquierda y brazo izquierdo con pierna derecha, una vez realizada la actividad, continuamos con el siguiente ejercicio se realiza el balanceo de cuatro puntos ubicando al niño en posición cuadrúpeda con movimientos suaves de balanceo hacia adelante y hacia atrás y luego lateralmente este ejercicio nos ayuda para que el niño fortalezca brazos, piernas y tronco.</p> <p>Después ubicamos al niño en posición de rodillas y con ayuda motivamos a mover una rodilla y luego la contraria, ubicando en frente juguetes que le llamen la atención (pelotas)</p> <p>Finalmente, se coloca al niño en posición prona sobre un rodillo. Se sujeta suavemente sus piernas, mientras se motiva al niño a alcanzar objetos con las manos hacia el frente.</p>
<p>Cierre</p> <p>Me despido indicando que la actividad ha finalizado</p>
<p>Espacio: Sala de fisioterapia</p> <p>Materiales:</p> <p>Colchoneta, rodillo, pelotas, juguetes</p>

<p>Título: Mi cuerpo en movimiento</p> <p>Edad: 6 meses</p> <p>Objetivo: Fortalecer el control del tronco mediante actividades motrices que promuevan el equilibrio y la coordinación del cuerpo llegando a favorecer la organización del movimiento.</p> <p>Áreas: Motora gruesa-fina</p>
<p>Metodología: Estimulación multisensorial</p>
<p>Inicio La actividad se inicia saludando al niño de manera afectuosa, se entrega algunos juguetes mientras él juega realizamos los siguientes ejercicios, calentamos el cuerpo con movimientos de piernas y brazos.</p> <p>Desarrollo Con el niño sentado, nos ubicamos detrás de él, sosteniéndolo suavemente por la cintura. Se realizan movimientos controlados de balanceo: hacia los lados, hacia adelante y hacia atrás, con el fin de promover la activación del tronco. Utilizando una ula (aro con hilos colgantes), se motiva al niño a alcanzar y tomar los hilos ubicados frente a él, mientras juega lo mantenemos sentado. Luego se sostiene cuidadosamente al niño desde el pecho y se le guía hacia adelante para que apoye sus manos sobre la colchoneta. Se sienta al niño sobre una pelota de terapia(fitball) y se realizan movimientos suaves de lado a lado para estimular el equilibrio. Luego, se posiciona al niño en decúbito prono (boca abajo) sobre la pelota y se repiten los movimientos.</p> <p>Cierre Me despido indicando que la actividad ha finalizado</p>
<p>Espacio: Sala de estimulación-fisioterapia</p> <p>Materiales: Colchoneta Juguetes Ula Tela pelota</p>

Anexo 6 -cuestionario

Encuesta para padres de Familia.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción que mejor refleje su opinión.

Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo.

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	La intervención realizada con mi hijo fue clara y comprensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	He observado avances significativos en mi hijo desde que inició la intervención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Considero que la atención temprana es fundamental para el desarrollo de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Me sentí involucrado(a) en las actividades y estrategias propuestas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	La comunicación con el profesional encargado fue adecuada y constante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	La frecuencia y duración de las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	sesiones fueron apropiadas.					
7	Las estrategias utilizadas respondieron a las necesidades de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Estoy satisfecho(a) con los resultados obtenidos en mi hijo tras la intervención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Note avances en el desarrollo de mi hijo luego de la intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Recomendaría este programa de intervención a otros padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

CS - Comodoro sur Gestión