



**UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL**

**DEPARTAMENTO DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y  
ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**

**MAGÍSTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y  
ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD**

**TEMA**

**INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR DE 0 A  
6 AÑOS.**

**Autor/a:**

**PS.CL. JANNETH DEL ROSIO ALCOCER VILLACIS**

**Tutor/a:**

**PHD. RAFAEL FÉLIX BELL RODRIGUEZ**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2020**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



## REPOSITARIO NACIONAL CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR DE 0 A 6 AÑOS.

**AUTORA:**

ALCOCER VILLACIS JANNETH DEL ROSIO

**TUTOR:**

PHD. BELL RODRIGUEZ RAFAEL FÉLIX

**INSTITUCIÓN:** UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE DE GUAYAQUIL

**GRADO OBTENIDO:**

MAGÍSTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

**MAESTRÍA:** EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

**COHORTE:** TERCERA

**FECHA DE PUBLICACIÓN:** 2020

**N. DE PAGS:** 128 PÁGINAS.

**ÁREAS TEMÁTICAS:** INTERVENCIÓN TEMPRANA Y RETRASO PSICOMOTOR

**PALABRAS CLAVE:** Psicología del desarrollo, Desarrollo del niño, Desarrollo de las habilidades, Desarrollo motor, Formación profesional, Competencias para la vida, Salud materno infantil.

**RESUMEN:** La presente investigación desea abordar la importancia de la intervención temprana del retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años” en el consultorio de diagnóstico y rehabilitación Nueva Esperanza (CEDRINE), ubicado en Guayaquil. Atarazana Mz, N.2. V. 15. Utilizando una investigación de tipo descriptiva y explicativa con una modalidad de investigación de campo, tiene un enfoque mixto con predominio cualitativo, donde se interactúa directamente con los niños y familiares en un ambiente agradable y confortable, este análisis se dio utilizando métodos y técnicas como una historia clínica, entrevistas a los padres y un test que nos permite valorar la situación problema, la misma tiene carácter, inclusivo, humano y equitativo que parte de la sensibilización, evaluación y formación tanto del niño como de la familia y la sociedad que lo rodea. Se concluye finalmente aportando un programa de intervención temprana preventivo, integral, global y permeable que permita mejorar la calidad de vida de los niños con y sin necesidades educativas especiales a nivel personal, educativo y social. Se espera con este programa crear una cultura de empoderamiento de la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 edad a 6 años, que facilitará su manejo a las personas involucradas en este proceso de intervención temprana como son los padres, los docentes y los profesionales de salud.

<b>N. DE REGISTRO</b>	<b>N. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTACTO CON AUTORES/ES:</b>  ALCOCER VILLACIS JANNETH DEL ROSIO	<b>Teléfono:</b>  0999140824	<b>E-mail:</b>  Jalcocer2005.@yahoo.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>	Directora del Departamento de Posgrado  PHD. GUERRERO LOPEZ EVA  Teléfono: 0425965500 Ext. 170  E-mail: posgrado@ulvr.edu.ec	

MSC. ELIZABETH VELIZ SANTA

Teléfono: 0425965500 ext. 170

E-mail: [posgrado@ulvr.edu.ec](mailto:posgrado@ulvr.edu.ec)

Coordinadora de maestría

**URKUND**

# ALCOCER-VELIZ

*por* Janeth Alcocer

---

Fecha de entrega: 07-sep-2020 09:13p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1381693448

Nombre del archivo: Trabajo\_de\_titulaci\_n\_PSc\_Janneth\_Actualizado\_2.docx (1.65M)

Total de palabras: 24283

Total de caracteres: 130313



## ALCOCER-VELIZ

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>8%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>9%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>0%</b> PUBLICACIONES	<b>7%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.orellana.gob.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.ute.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.paidopsiquiatria.cat</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.dspace.uce.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>apel.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>Submitted to Universidad Miguel Hernandez</b>	<b>1%</b>



## Servicios Informaticos

Trabajo del estudiante

---

Excluir citas Activo  
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico en primer lugar a Dios por darme la fuerza y perseverancia para seguir cumpliendo mis metas tanto personal como profesional, siempre en la fe y el amor hacia los demás.

A mí esposo por el amor y la paciencia que siempre me ha dedicado, siendo un motor y apoyo en mi vida.

A mis hijos Marco, Stefany y mi Nieta Karla Virginia que son mi fuerza de inspiración para seguir adelante.

Ps. Cl. Alcocer Villacis Janneth del Rosio



## **AGRADECIMIENTO**

A los padres y niños del consultorio de diagnóstico y rehabilitación integral “Nueva Esperanza”

A mi tutor, Phd. Rafael Bell Rodríguez por el apoyo fructífero y orientador, facilitando conocimiento y su tiempo para poder llegar a feliz término el presente trabajo.

Ps. Cl. Alcocer Villacis Janneth Del Rosio

## CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Guayaquil, 08 de septiembre del 2020

Yo, Alcocer Villacis Janneth del Rosio declaro bajo juramento, que la autoría del presente trabajo me corresponde totalmente y me responsabilizo con los criterios y opiniones científicas que en el mismo se declaran, como producto de la investigación realizada.

De la misma forma, cedo mis derechos de autor a la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil, según lo establecido por las normativas Institucionales vigentes.

Firma: \_\_\_\_\_



PS.CL. ALCOCER VILLACIS JANNETH DEL ROSIO

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

Guayaquil, 8 de septiembre del 2020

Certifico que el trabajo titulado “Intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años”. Ha sido elaborado por la Ps.Cl. Alcocer Villacis Janneth del Rosio bajo mi tutoría, y que el mismo reúne los requisitos para ser defendido ante el tribunal examinador que se designe al efecto.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. Bell', is enclosed in a light blue rectangular box.

PHD: Rodríguez Bell Rafael Félix

## RESUMEN EJECUTIVO

Con la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años, se analizó como la intervención temprana influye en los niños con retraso psicomotor y después se analizó la situación actual de la importancia de la intervención temprana, con estos resultados se llegó a la necesidad de controlar el retraso psicomotor en la primera infancia, edad comprendida entre 0 edad a 6 años, es apremiante porque detectados los rasgos de inmadurez y apoyados con una intervención temprana mejoró la evolución del desarrollo escolar, familiar y social de los niños, por lo cual se ha confirmado el objetivo general y los objetivos específicos mencionados en la presente investigación.

El presente estudio se enfocó en una muestra de 10 niños con diferentes diagnósticos como son, niños con síndrome de Down, niños con rasgos del espectro autista, niños con retraso de lenguaje, niños con déficit cognitivo.

El análisis de la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños de 0 edad a 6 años tiene un enfoque mixto con predominio cualitativo, utilizando una investigación de tipo descriptiva y explicativa con una modalidad de investigación de campo donde se interactúa directamente con los niños y familiares en un ambiente agradable y confortable, este análisis se dio utilizando métodos y técnicas como una historia clínica, un test, y la entrevista a los padres que acompañan a sus hijos a las evaluaciones y sesiones terapéuticas y lo que se obtuvo en el presente análisis es que una buena historia clínica, acompañado de una buena evaluación psicológica aporta datos valiosos de las causas que pueden estar influenciando un buen diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario que en este caso son los niños de 0 edad a 6 años. Así poder brindar una intervención temprana a tiempo y oportuna y para eso se aporta un programa de intervención temprana fácil de utilizar para todo tipo de niño con o sin NEE, va dirigido para todo el personal que interactúa con los niños de esta edad como los profesionales de la salud, los docentes y la familia.

Palabras claves: Psicología del desarrollo, desarrollo del niño, estimulación temprana, intervención temprana, retraso psicomotor, desarrollo de las habilidades, formación profesional, salud materno infantil competencias para la vida.

## EXECUTIVE SUMMARY

With early intervention in children with psychomotor retardation from 0 to 6 years, it was analyzed how early intervention influences children with psychomotor retardation and then the current situation of the importance of early intervention was analyzed, with these results the The need to control psychomotor retardation in early childhood, between the ages of 0 and 6 years, is urgent because when the traits of immaturity were detected and supported with early intervention, the evolution of the school, family and social development of the children improved, therefore which has confirmed the general objective and specific objectives mentioned in this investigation.

The present study focused on a sample of 10 children with different diagnoses such as, children with Down syndrome, children with autism spectrum traits, children with language delay, children with cognitive deficits.

The analysis of the current situation of the importance of early intervention in children from 0 to 6 years old has a mixed approach with a qualitative predominance, using descriptive and explanatory research with a field research modality where direct interaction with the children and relatives in a pleasant and comfortable environment, this analysis was given using methods and techniques such as a medical history, a test, and the interview with parents who accompany their children to evaluations and therapeutic sessions and what was obtained in the This analysis is that a good medical history, accompanied by a good psychological evaluation, provides valuable data on the causes that may be influencing a good diagnosis, prognosis and treatment of the user, which in this case are children from 0 to 6 years of age. So being able to provide an early intervention on time and in a timely manner and for that I know provides an easy to use early intervention program for all types of children with or without SEN, it is aimed at all staff who interact with children of this age as professionals health, teachers and family.

**Key words:** Developmental psychology, child development, early stimulation, early intervention, psychomotor retardation, skills development, professional training, maternal and child health, life skills.

## ÍNDICE GENERAL

MAGÍSTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y .....	i
REPOSITARIO NACIONAL CIENCIA Y TECNOLOGÍA .....	ii
URKUND .....	v
DEDICATORIA .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR .....	x
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS .....	xi
RESUMEN EJECUTIVO .....	xii
EXECUTIVE SUMMARY .....	xiii
ÍNDICE GENERAL .....	xiv
ÍNDICE DE TABLAS .....	xviii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xix
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xx
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I .....	3
MARCO GENERAL DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. Tema del trabajo de titulación .....	3
1.2. Planteamiento del problema .....	3
1.3. Formulación del problema. ....	5
1.4. Sistematización del problema. ....	5
1.5. Delimitación del problema de investigación .....	6
1.6 Línea de investigación .....	6
1.7. Objetivos .....	6
1.7.1. Objetivo general .....	6
1.7.2. Objetivos específicos .....	6
1.8. Justificación de la investigación. ....	7
1.9. Idea a Defender .....	8

1.10. Definición de las variables .....	8
CAPITULO II .....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes .....	9
2.2 Psicología del desarrollo .....	9
2.2.1 El desarrollo infantil.....	10
2.2.2 El desarrollo .....	11
2.2.3 Trastorno del desarrollo .....	11
2.3 Estimulación temprana.....	12
2.4 Intervención temprana.....	13
2.5 El sistema nervioso .....	14
2.6 El desarrollo infantil y la neuropsicología .....	15
2.7 Retraso psicomotor .....	16
2.7.1 Retraso psicomotor versus trastorno del desarrollo .....	17
2.7.2 Desarrollo psicomotor Normal.....	20
2.7.3 Hitos del desarrollo psicomotor en relación al margen de normalidad según (Martín Fernández-Mayoralas1, 2015) .....	20
2.8 Teoría del desarrollo cognitivo .....	21
2.8.1 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget .....	21
2.8.2. Principios del desarrollo.....	23
<b>2.8.2.1 Organización y adaptación.....</b>	<b>23</b>
<b>2.8.2.2 Asimilación y acomodación .....</b>	<b>23</b>
<b>2.8.2.3 Equilibrio .....</b>	<b>23</b>
2.8.3. Etapas del desarrollo cognitivo .....	24
<b>2.8.3.1. Estadio sensorio motor .....</b>	<b>24</b>
<b>2.8.3.2 Estadio preoperatorio o pre operacional .....</b>	<b>25</b>
<b>2.8.3.3. Estadio de las operaciones concretas.....</b>	<b>25</b>
<b>2.8.3.4. Estadio de las operaciones formales .....</b>	<b>26</b>

2.9. Riesgo en el desarrollo por causa de factores prenatales, neonatales y postnatales .....	27
2.9.1. Factores de riesgo prenatales. Alteraciones o patologías que afectan al feto desde la gestación. ....	27
2.9.2 Factores de riesgo neonatales y postnatales.....	28
2.9.3 Riesgo del desarrollo infantil por causas socio familiares.....	29
2.9.4 Factores más frecuentes de riesgos del desarrollo infantil.....	29
2.10 Marco Conceptual.....	30
2.11. Marco Legal.....	32
CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.....	32
Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.....	34
CAPITULO III.....	42
METODOLOGÍA ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
3.1. Enfoque de la investigación.....	42
3.2. Alcance de la investigación.....	42
3.3. Tipos de investigación.....	43
3.3.1. Diseño de la investigación.....	43
3.4. Métodos y técnica de la investigación.....	43
3.4.1. Técnicas de la investigación.....	44
3.5. La población.....	44
3.6. La muestra.....	44
3.7. Análisis, interpretación y discusión de resultados.....	45
3.7.1 Analizar la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños de 0 edad a 6 años.....	45
3.7.2. Caracterización de los usuarios.....	46
Figura 1 Género de los usuarios en porcentajes.....	48
3.8.3. Evaluación del “Test Denver”.....	54
3.8.4. Resultados de la aplicación de la encuesta a los padres de familia o familiares.....	58
CAPITULO IV.....	64



4.1. PROPUESTA.....	64
Programa de intervención temprana para niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años .....	64
4.1.1. Introducción / antecedentes.....	64
4.1.2. Impacto de la propuesta / justificación .....	65
Objetivos .....	66
4.1.3. Objetivo general de la propuesta.....	66
4.1.4. Objetivos específicos de la propuesta .....	67
4.1.5. Recursos materiales y humanos .....	67
Elaborado por: Alcocer (2019) .....	67
4.1.6. Presupuesto .....	68
4.1.7. Limitaciones.....	68
4.1.8. Alcances de la propuesta.....	68
4.1.9. Cronograma / ciclo de vida de la propuesta.....	69
4.1.10. Beneficios que aporta la propuesta .....	71
4.2. Contenido fundamental de la Propuesta.....	71
4.2.1. Conocimientos básicos generales de intervención o estimulación temprana .....	71
<b>4.2.1.1. ¿Qué es la estimulación temprana?</b> .....	71
<b>4.2.1.2. Áreas de estimulación temprana</b> .....	72
4.3. Descripción del test de Denver .....	72
4.3.1. Cómo se administra.....	72
4.3.2. Rangos de validez .....	73
4.4. Sugerencias para la estimulación temprana .....	73
4.5. Aspectos importantes de la Intervención Temprana .....	74
4.6. Programa de intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años. ....	74
4.6.1. ¿Quién puede Remitir a los niños para intervención temprana o estimulación temprana?.....	74
4.6.2. Evaluación y exámenes a realizar propuestos por cada especialista.....	75
4.7. Programa de Intervención Temprana.....	75

4.7.1. Edad: 0 a 2 años .....	75
4.7.2. Edad: 2 años hasta los 4 años.....	78
4.7.3. Edad: 4 años hasta los 6 años.....	80
4.8. Resumen De Validación De La Propuesta.....	83
CONCLUSIONES .....	85
RECOMENDACIONES .....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	88
ANEXOS.....	111

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Hitos del Desarrollo Psicomotor en Relación al Margen de Normalidad.....	20
Tabla 2 Hitos del Estadio Sensorio Motor De 0-2 Años .....	24
Tabla 3 Estadio Preoperatorio o Pre Operacional.....	25
Tabla 4 Estadio de las Operaciones Concretas .....	26
Tabla 5 Estadio de las Operaciones Formales .....	27
Tabla 6 Población y Muestra .....	45
Tabla 7 Contacto de Derivación del Paciente en Relación a la Población de Niños .....	46
Tabla 8 Contacto de Derivación del Paciente en Relación a la Muestra de Niños .....	46
Tabla 9 Edad de los Niños .....	47
Tabla 10 Género de los Niños.....	47
Tabla 11 Motivo de Consulta.....	48
Tabla 12 Antecedentes Personales.....	50
Tabla 13 Antecedentes Familiares .....	52
Tabla 14 Diagnóstico Presuntivo .....	53
Tabla 15 Evaluación Inicial y Final de los Niños "Área Personal Social" .....	55
Tabla 16 Evaluación Inicial y Final de los Niños "Área Motor Fino Adaptativo" .....	55
Tabla 17 Evaluación y Final de los Niños "Área de Lenguaje".....	56
Tabla 18 Evaluación Inicial y Final de los Niños en el Área Motor Grueso" .....	57
Tabla 19 Sexo de Familiares Encuestados.....	58
Tabla 20 ¿Usted Ya Conoce el Diagnóstico de su Hijo?.....	59

Tabla 21 ¿Qué Tanto Usted Como Familia Conoce Sobre Intervención Temprana en Relación al Retraso Psicomotor? .....	59
Tabla 22 ¿Cómo se ha Sentido Usted Con el Trabajo de Intervención Temprana de su Hijo en Relación al Retraso Psicomotor? .....	60
Tabla 23 ¿Piensa Usted Que el Núcleo Familiar Debe Aprender Sobre Intervención Temprana en Relación al Retraso Psicomotor? .....	61
Tabla 24 ¿Su Hijo ha Mejorado Con el Tratamiento de Intervención Temprana?.....	62
Tabla 25 Recursos Materiales y Humanos.....	67
Tabla 26 Presupuesto .....	68
Tabla 27 Cronograma Ciclo de Vida de la Propuesta.....	70
Tabla 28 Áreas de Estimulación Temprana .....	72
Tabla 29 Evaluación y Exámenes .....	75
Tabla 30 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 1.....	76
Tabla 31 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 2.....	76
Tabla 32 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 3.....	76
Tabla 33 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 4.....	77
Tabla 34 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 5.....	77
Tabla 35 Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 Años. Dinámica 6.....	77
Tabla 36 Programa de Intervención Temprana de 2 Años a 4 Años. Dinámica 1.....	78
Tabla 37 Programa de Intervención Temprana de 2 Años a 4 Años. Dinámica 2.....	79
Tabla 38 Programa de Intervención Temprana de 2 Años a 4 Años. Dinámica 3.....	79
Tabla 39 Programa de Intervención Temprana de 2 Años a 4 Años. Dinámica 4.....	79
Tabla 40 Programa de Intervención Temprana de 2 Años a 4 Años. Dinámica 5.....	80
Tabla 41 Programa de Intervención Temprana de 4 Años a 6 Años. Dinámica 1.....	81
Tabla 42 Programa de Intervención Temprana de 4 Años a 6 Años. Dinámica 2.....	81
Tabla 43 Programa de Intervención Temprana de 4 Años a 6 Años. Dinámica 3.....	82
Tabla 44 Programa de Intervención Temprana de 4 Años a 6 Años. Dinámica 4.....	82
Tabla 45 Programa de Intervención Temprana de 4 Años a 6 Años. Dinámica 5.....	83

## ÍNDICE DE FIGURAS

figura 1 Género de los Usuarios en Porcentajes .....	48
Figura 2: Motivo de Consulta en Porcentajes .....	49
Figura 3: Antecedentes Prenatales .....	50

Figura 4: Antecedentes Perinatales .....	51
Figura 5: Antecedentes Posnatales.....	51
Figura 6: Antecedentes Familiares .....	52
Figura 7. Diagnóstico.....	53
Figura 8: Género de Familiares Encuestados.....	58
Figura 9: ¿Usted ya Conoce el Diagnóstico de su Hijo? .....	59
Figura 10: ¿Qué Tanto Usted Como Familia Conoce Sobre Intervención Temprana en Relación al Retraso Psicomotor? .....	60
Figura 11: ¿Cómo se ha Sentido Usted Con el Trabajo de Intervención Temprana de su Hijo en Relación al Retraso Psicomotor? .....	60
Figura 12: ¿Piensa Usted Que el Núcleo Familiar Debe Aprender Sobre Intervención Temprana en Relación al Retraso Psicomotor? .....	61
Figura 13¿Su Hijo ha Mejorado Con el Tratamiento de Intervención Temprana?.....	62
Figura 14: Interpretación de los Ítems .....	73
Figura 15: Rangos de Validez.....	73

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Hoja de Evaluación .....	91
Anexo 2: Test de Evaluación Escala de Desarrollo Denver .....	92
Anexo 3 Encuesta Para Padres.....	93
Anexo 4 Materiales y Evidencias .....	95
Anexo 5 Operacionalización de las Variables .....	100

## INTRODUCCIÓN

Actualmente se evidencia en el país una gran preocupación por la infancia, la niñez y la adolescencia, se han aprobado leyes y campañas para que se cumplan. Pero en la práctica profesional se evidencia todavía la falta de compromiso y empoderamiento de la necesidad de resaltar y darle un valor óptimo a la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años. Se debería dar un apoyo más directo y eficiente a la etapa de la primera infancia, la misma que marcará el futuro de cada ser humano con y sin (NEE), sobre todo que sea socializado con todas las personas que están directamente involucrados en el manejo de su desarrollo como son: (Padres, la Sociedad, Salud, Educación, Gobierno).

La necesidad de controlar el retraso psicomotor en la primera infancia, edad comprendida entre 0 a 6 años es apremiante porque, detectados los rasgos de inmadurez y apoyados con una intervención terapéutica temprana mejorará cualitativamente el desarrollo evolutivo en los niños mejorando la calidad de vida de los mismos. Con un enfoque preventivo se analiza el presente trabajo de carácter científico el mismo que consta de 4 capítulos.

Capítulo I, se expone el marco general de la presente investigación, en la que se analizan los principales antecedentes para poder establecer las bases fundamentales de cómo se va a presentar la presente investigación, se observa el planteamiento del problema, formulación del problema, Sistematización del problema, Delimitación del problema de investigación, línea de investigación, objetivo general, objetivos específicos, Justificación de la investigación, Definición de las variables.

Capitulo II, brinda la oportunidad de afianzar conocimientos sobre intervención y retraso psicomotor sustentados por libros, revistas, escritos por grandes exponentes que conocen sobre el tema y que permiten fortalecer a través de teorías y conceptualizaciones los lineamientos de la presente investigación.

Capitulo III, permite el análisis científico metodológico de la presente investigación, permitiendo valorar el enfoque de la investigación, alcance de la investigación, tipo de investigación, diseño de la investigación, métodos y técnicas de la investigación, población, muestra, operacionalización de las variables, y por último el análisis e interpretación de los resultados.

Capitulo IV, se propone un programa de intervención temprana para niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años con una viabilidad al alcance de todos los involucrados, solicitando el empoderamiento del programa aquí expuesto, beneficiando y brindado calidad de vida a los niños de 0 edad a 6 años porque eso será la base de los futuros aprendizajes y de una buena integración familiar, escolar y social. Todo este programa está avalado por expertos conocedores del tema.

Concluye el presente trabajo con las recomendaciones y conclusiones después de haber realizado toda la recopilación y análisis del mismo, se visualizan las referencias bibliográficas utilizadas y finalmente los anexos donde se observaran evidencias del estudio realizado en el presente trabajo.

# CAPITULO I

## MARCO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Tema del trabajo de titulación

Intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años.

### 1.2. Planteamiento del problema

Se han encontrado muchos estudios a nivel mundial sobre intervención temprana como los aportes de Arnold Gessell sobre el desarrollo del niño normal hasta los 5 años, los aportes de Jean Piaget con las etapas del desarrollo cognitivo las mismas que hasta la actualidad tienen credibilidad y aportan en la formación de cada profesional de la salud y de la docencia, en la actualidad tenemos a Juan Narbona y Émilie Schlumberger Neurólogos pediatras de la clínica Universitaria de Navarra, Pamplona hablan y dan conceptos actuales sobre Retraso psicomotor y de los hitos que marcan la diferencia entre una edad cronológica y otro. Se ha observado pocos estudios en el Ecuador “de intervención temprana en retraso psicomotor en niños de 0 edad a 6 años”. En Ecuador hay una investigación en relación a la prevalencia del retraso en el desarrollo psicomotor, su relación con las necesidades básicas insatisfechas Cuenca 2014. Hay propuestas didácticas para el desarrollo psicomotor mediante la estimulación sensorial con música en la universidad de Pereira y diversas propuestas metodológicas sobre cómo manejar a los niños a nivel específico, general para cada discapacidad, no hay estudios sobre intervención temprana para trabajar el retraso psicomotor en niños de 0 edad a 6 años para la diversidad de niños con y sin Necesidades Educativas Especiales (NEE). Para lo cual es primordial dar apoyo más directo y eficiente a la etapa de la primera infancia, la misma que marcará el futuro de cada ser humano con y sin (NEE), sobre todo que sea socializado con todas las personas que están directamente involucrados en el manejo de su desarrollo como son: (Padres, la Sociedad, Salud, Educación, Gobierno).

La presente investigación intenta confirmar la importancia de la intervención temprana del retraso psicomotor en niños de hasta los 6 años. Con esta información previa de cómo se está presentando a nivel mundial, a nivel latinoamericano, se debe conocer, vivenciar nuestra realidad.

Para un mejor análisis del tema es conveniente conocer el concepto de retraso psicomotor que se manifiesta cuando las habilidades, comportamientos o destrezas no aparecen o aparecen más tarde, esto se va dando a través del desarrollo evolutivo y no se presentan acorde a los rangos establecidos, en otras palabras se hablaría de un retraso psicomotor.

La necesidad de controlar el retraso psicomotor en la primera infancia, edad comprendida entre 0 a 6 años es apremiante porque, detectados los rasgos de inmadurez y apoyados con una intervención terapéutica temprana mejorará cualitativamente la evolución del desarrollo cognitivo y social del niño.

La sospecha de un retraso motor casi siempre se observa durante los 3 primeros años de vida pero en los niños de alto riesgo o condiciones ya diagnosticadas desde el nacimiento como el síndrome de Down los niños que nacen con el diagnóstico de antecedentes perinatales y post natales se supone que presentará un desfase psicomotor en consecuencia, no se debe esperar la intervención temprana sino que se debe actuar inmediatamente.

Este trastorno puede manifestarse individualmente o globalmente, lo que significa que puede estar afectado no solo a nivel de sus destrezas motoras sino también de sus habilidades para jugar, comunicarse y solucionar problemas en otros casos el retraso es menos evidente pues solo afecta el lenguaje, la habilidad social o la capacidad para caminar.

El presente estudio va a enfocarse en 10 pacientes con diferentes diagnósticos como son, niños con síndrome de Down, niños con rasgos del espectro autista, niños con retraso de



lenguaje, niños con déficit cognitivo, trastorno de conducta. El trabajo con estos niños permitirá confirmar la importancia de la intervención temprana y su impacto en la calidad de vida a nivel educativo, familiar y social. En los niños con y sin necesidades educativas se utilizará una escala de evaluación de cuatro áreas a investigar como son: Personal social, motor fino adaptativo, lenguaje y motor grueso. El mismo medirá e indicará si existe o no un retraso psicomotor y serán los parámetros para plantear una intervención preventiva integral, global y permeable. Se utilizará evaluaciones y encuestas necesarias para llegar a confirmar o descartar la idea a defender.

### **1.3. Formulación del problema.**

¿Cómo la intervención temprana influye sobre los niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años?

### **1.4. Sistematización del problema.**

Es necesario para sistematizar este problema plantear ciertos cuestionamientos que permitan analizar ¿cómo la intervención temprana influye sobre los niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años?

¿Cuáles son los antecedentes y referentes teóricos sobre intervención temprana y retraso psicomotor?

¿Cuál ha sido el comportamiento de la intervención temprana a nivel nacional y local? 1.4.3.

¿Qué factores afectarían la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años?

¿Cuál es la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años en el medio social, familiar y educativo?

¿Cuáles son los resultados de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años?

## **1.5. Delimitación del problema de investigación**

El presente estudio se desarrollará con un objeto de estudio de una muestra aproximada de 10 niños en edades comprendidas de 0 a 6 años; niños adquiridos en el consultorio de diagnóstico y rehabilitación integral “Nueva Esperanza” ubicado en la ciudad de Guayaquil, atarazana Mz. N.2 - V.15. Se tomará en cuenta para este estudio, niños atendidos en los años 2018 y 2019. Unidad responsable a cargo de esta investigación es la Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil.

## **1.6 Línea de investigación**

La línea de formación institucional es integral con atención a la diversidad y educación inclusiva. Con sublínea en el desarrollo de la infancia, adolescencia y juventud.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo general**

Analizar de qué manera la intervención temprana influye en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años.

### **1.7.2. Objetivos específicos**

- Conocer las diferentes referencias teóricas metodológicas de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años
- Analizar la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años
- Fortalecer el programa de intervención temprana del retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años.
- Validar la propuesta del programa de intervención temprana del retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años.

## **1.8. Justificación de la investigación.**

En Ecuador, la realidad profesional a nivel del diagnóstico e intervención temprana es apremiante porque los niños que aparentemente se desarrollan cronológicamente y mentalmente de acuerdo a los rangos establecidos del desarrollo, presentan alteraciones a nivel escolar familiar y social, más aun los niños con antecedentes perinatales, prenatales y postnatales cuya condición se agrava si no ingresan a una programación preventiva.

Es debido a esta falta de detección e intervención temprana el interés de validar la intervención temprana del retraso psicomotor no solo en niños de la norma, sino en infantes con necesidades educativas especiales. Se da a conocer por medio de este proyecto un trabajo integral, global y permeable con cualquier condición diagnóstica sea síndrome de Down, autista, déficit cognitivo, asperger, retrasos madurativos, retraso psicomotor, trastorno de conducta entre otros.

La detección, evaluación e intervención temprana del retraso psicomotor independientemente de cualquier condición diagnóstica es importante y necesaria para mejorar el desarrollo evolutivo a través del despertar sensorial y cognitivo de niño de 0 edad a 6 años.

Se han realizado investigaciones del retraso psicomotor sin embargo, los profesionales si bien reconocen la existencia de un retraso psicomotor, en la mayoría de los casos le brindan poca importancia y validez debido a que muchos niños mejoran o evolucionan discretamente acorde a la norma, pero no visualizan ciertos signos de alarma que no son percibidos hasta que el menor comienza a presentar problemas a nivel escolar, personal y familiar. Este desfase que podía solucionarse o por lo menos reducirse en menor grado la problemática en la primera infancia, realizando una prevención a nivel de diagnóstico e intervención y así evitar muchos problemas escolares en la segunda infancia.

A través de la experiencia profesional se aprende que la intervención temprana para diferentes trastornos como síndrome de Down, autismo, déficits cognitivos entre otros se

pueden abordar desde una intervención integral, global y permeable, que permita mejorar la calidad de vida de cada uno de los niños de acuerdo a sus potencialidades. En el presente estudio se busca concientizar el diagnóstico e intervención temprana del retraso psicomotor para visibilizar una situación que muchas veces está sobreentendida.

La importancia de la intervención temprana intenta afianzar las bases de la primera infancia sin importar la condición diagnóstica, cualquiera que está sea, apuntalando el desarrollo de todas las habilidades y destrezas en la primera infancia. Pensando que todo niño tiene derecho a la igualdad sin discriminación de raza, etnia, credo, y diagnóstico dado. Existen muchas escuelas, centros especializados en autismo, en síndrome de Down, en niños con discapacidad cognitiva, los cuales se especializan en cada una de estas patologías. Creyendo que cada condición diagnóstica se trabaja de manera diferente, en lo que se refiere a la intervención temprana el trabajo para todos los niños es el mismo, pues lo que se quiere lograr es el despertar sensorial y cognitivo de todo niño no importa su condición de diagnóstico. Analizó las diferentes técnicas multisensorial para trabajar las cuatro áreas básicas como son: lenguaje, motricidad fina, motricidad gruesa adaptación social, la única diferencia está en el manejo conductual de cada paciente. Pero para que se logre el proceso de aprendizaje se asumen las diferentes técnicas y variadas que existen actualmente a nivel mundial. Todo el mundo que trabaja con niños con necesidades educativas especiales debe conocerlas para lograr la integración escolar, familiar y social.

### **1.9. Idea a Defender**

Si se determina la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años esto contribuye a mejorar el retraso psicomotor de los mismos.

### **1.10. Definición de las variables**

Intervención temprana

Retraso psicomotor

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

La evolución de la psicología en un principio se encargaba del estudio del alma, de la mente o conciencia y posteriormente abarcó la conducta. En la actualidad la mayoría de estudios psicológicos hacen referencia a la conducta o a los procesos mentales. En el año 1879 aproximadamente es la fecha que nace la psicología moderna, antiguamente a los psicólogos no se los entrenaba como psicólogos académicos, sino en filosofía, fisiología, biología, astronomía, matemáticas, medicina y teología. La psicología tenía una íntima relación con la filosofía, la física, y de la fisiología. Cuando la psicología empezó a tomar raíces como una psicología formal aparecieron ciertas especialidades dentro de la psicología como la psicología genética que fue la predecesora de la psicología del desarrollo. La mayoría de los psicólogos del desarrollo fueron entrenados en la psicología científica, verdaderamente lo que afianzo la psicología del desarrollo fue la teoría de la evolución. “La psicología del desarrollo contemporánea es una especialización dentro de la psicología general, que trata de los cambios que se verifican en la organización de la conducta en todo el transcurso de la vida” (Hiran E, 1999, pág. 3)

#### **2.2 Psicología del desarrollo**

Según (Domínguez García, 2005) La psicología del desarrollo llamada también psicología evolutiva o psicología de las edades constituye una disciplina científica cuyo objeto de estudio lo constituyen las regularidades que se producen en el proceso de desarrollo psicológico del ser humano, en diferentes etapas de su ciclo vital, partiendo de las condiciones que explican, de manera causal este proceso y que permiten la caracterización de sus diferentes estadios o periodos. (pág. 1)

La psicología del desarrollo abarca las diferentes etapas del desarrollo humano, como son los primeros años de vida, etapa preescolar, escolar, adolescencia, la edad adulta y la vejez.

### **2.2.1 El desarrollo infantil**

El desarrollo infantil está íntimamente ligado al proceso de maduración del sistema nervioso central quien rige y gobierna la relación de la vida intrauterina y lo emocional a lo largo de toda la vida y en especial los primeros años. Esto se observa en la adquisición de funciones como el control postural, el desplazamiento, la autonomía, la comunicación, y la integración social.

El desarrollo infantil está influenciado por dos factores como son los genéticos y ambientales los mismos que interactúan entre sí.

La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no es posible modificarla.

Los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas, estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social. (Grupo de Atención Temprana, 2000, pág. 13)

Es decir si los factores ambientales de origen biológico no tienen una buena homeostasis, si alguna enfermedad afecta el proceso de desarrollo del niño esto afectaría la adecuada maduración de su sistema nervioso.

Así mismo si los factores ambientales de orden psicológico y social no son los adecuados, sabemos que el medio social en donde el menor interactúa y aprende a tener experiencias agradables y desagradables las mismas que marcan el futuro psicológico del mismo, estas condiciones básicas como son la comunicación las relaciones afectivas marcan el desarrollo emocional y de aprendizaje de cualquier ser humano.

### **2.2.2 El desarrollo**

Es el proceso dinámico de la interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

### **2.2.3 Trastorno del desarrollo**

Debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social, algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determine la transitoriedad del trastorno. (Grupo Atención Temprana, págs. 14-15)

Al respecto de la psicología del desarrollo dentro del enfoque histórico cultural (Vigotsky) habla del surgimiento de las funciones psíquicas superiores y realizó aportes importantes acerca del desarrollo psicológico infantil donde llamo diagnóstico del desarrollo al sistema de procedimientos habituales destinados a determinar el nivel real alcanzado por el niño en su desarrollo. El nivel real de desarrollo se determina por la edad, por el estadio o la fase en la cual se encuentra el niño en cada edad. (pág. 21)

Cuando se determina el nivel de desarrollo real requiere de una observación muy minuciosa es decir de una evaluación medida para no caer en errores y poder así llegar a un verdadero diagnóstico del desarrollo que nos de las pautas para marcar un desfase o un retraso psicomotor o un retraso madurativo.

Desde la perspectiva dialéctica del enfoque de (Vigotsky, 1984) en relación a las tareas del diagnóstico señala lo siguiente:

Las tareas planteadas ante el diagnóstico del desarrollo podrán ser resueltas sólo sobre la base de un estudio profundo y amplio del curso sucesivo del desarrollo infantil, de

todas las peculiaridades de cada edad y estadios y fases de los tipos fundamentales del desarrollo normal y anormal, de toda la múltiple estructura y dinámica del desarrollo. (pág. 22)

Es muy importante tomar en cuenta como se presenta el desarrollo cronológico de cada niño en relación con la edad y las etapas entre lo normal y lo patológico, buscando siempre una dinámica en función de su desarrollo.

### **2.3 Estimulación temprana**

Según (De Narvaez, 2001) “Se llama estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos” (pág. 1).

La estimulación temprana tiene bases de estudios psicológico, pediátrico, neurológico, pedagógico, de grandes exponentes científicos que hicieron saberes sobre el desarrollo evolutivo del ser humano, los cuales indican que un estímulo a tiempo y adecuado favorece el proceso de aprendizaje y el desarrollo de niño. Permitiendo la maduración de las áreas de desarrollo (personal social, motor fino adaptativo lenguaje y motor grueso) que se dan en los niños de 0 edad a 6 años, este proceso se da a través de un conjunto de técnicas y estrategias optimizadoras y compensatorias que le permite alcanzar un nivel de desarrollo tanto personal como social.

Se conoce que la estimulación temprana a nivel internacional y nacional ha tenido una gran evolución, actualmente existen muchas técnicas y procedimientos dinámicos de cómo abordar una estimulación o intervención temprana, en nuestro país la influencia está dada por países como España, Chile y Colombia donde la formación profesional es controlada y muy metódica porque se ven proyectos de intervención muy exhaustivos y cuando los difunden los dan a conocer como algo novedoso y excepcional.



Desde hace más de 50 años una de las preocupaciones de estudios han sido los niños donde se han visto avances tanto a nivel biológico como psicológico, dándole la importancia necesaria a las primeras experiencias de un bebe, estudiando sus potencialidades, sus competencias, sus capacidades sensoriales, adaptativas, motoras y cognitivas desde su nacimiento y por qué no decir desde antes del nacimiento.

La estimulación temprana surge en la Argentina, Estados Unidos y España. En Argentina tomó el nombre de estimulación temprana mientras que en otros países toman el nombre se estimulación precoz, en un principio el término de estimulación temprana se refería a la aplicación de estímulos externos que provocarían respuestas específicas y más ajustadas a los niños o niñas que presentaban alteraciones en su desarrollo, este concepto venía desde el conductismo, en esa época no se pensaba la estimulación como una atención primaria o de prevención. Paulatinamente se realizaron estudios donde se dio la importancia necesaria a los primeros años de vida o de desarrollo de las y los niños, esto constituyo una práctica social y profesional basada en una concepción del niño, del desarrollo, la familia, y el rol del adulto y así se garantizaría el crecimiento y desarrollo del mismo. Para luego avanzar a una disciplina científica como es la neurosociopsicología del desarrollo la misma que concibe al ser humano como el producto de una compleja transformación evolutiva donde lo biológico y lo neurológico constituye la base material para las relaciones adaptativas con el mundo.

## **2.4 Intervención temprana**

Según (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2000) Se entiende por Atención Temprana, el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interprofesional o transdisciplinar. (pág. 13)

La intervención temprana debe ser el punto de partida cuando se observa o se detecta en un niño/a con algún signo de inmadurez en el desarrollo o necesidad educativa especial. La

etapa de niñez que se da de 0 edad a 6 años es una etapa muy importante debido a la presencia de la plasticidad cerebral que permite al niño/a evolucionar de mejor manera, es por eso el papel fundamental que tiene la estimulación temprana en esta etapa. Acompañada a esto tenemos el estado emocional de los padres frente a la problemática del menor, donde entran en una etapa de negación o de duelo debido a la situación que están viviendo. Crisis que repercute directamente en el estado emocional del menor por lo cual es importante la intervención a la familia y poder así favorecer el sistema familiar y que aprendan a vivir con el problema en armonía y felicidad.

## **2.5 El sistema nervioso**

Según (Ranson & Clark, 1980) El desarrollo del sistema nervioso se divide en: sistema nervioso central (SNC), que consta del encéfalo y la médula espinal: el sistema nervioso periférico (SNP), consiste en los nervios craneales y los espinales; y el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo (SNA), que constan de las divisiones simpática y parasimpática. (pág. 87)

Una de las estructuras más importante del SNC es la formación reticular que está formada de una gran cantidad de células y fibras nerviosas, la función de la formación reticular viene a ser el centro maestro del sistema nervioso central (SNC). Esta formación reticular está actuando sobre las funciones inhibitorias, excitatorias del sistema nervioso es decir las funciones como excitación, vigilia, recepción de estímulos, el control muscular la conducción nerviosa selectiva como es la estimulación sensorial la misma que es fundamental para la participación del proceso de intervención temprana, Por lo cual la formación reticular como parte importante del sistema nervioso central actúa sobre la orientación, atención, percepción, aprendizaje y la cognición. Por otro lado tenemos al sistema nervioso periférico (SNP) que tiene una función de asociación que conectan a los nervios sensoriales y motores, estos se unen al SNC con todas las partes del cuerpo, y por último el sistema nervioso autónomo (SNA) tiene un función autorreguladora, y por ende está íntimamente ligado con el SNC el mismo que influye en las glándulas y en los músculos del corazón y otros órganos vitales. Todo el buen funcionamiento de este sistema permitirá logros adecuados, acordes y el mal funcionamiento del mismo no permitirá el avance acorde

o adecuado, por lo que va a producir el retraso del desarrollo o retraso psicomotor (Hiran E, 1999).

## **2.6 El desarrollo infantil y la neuropsicología**

La neuropsicología es una nueva rama que apoya los aspectos de evaluación, prevención, detección, e intervención de los trastornos neuropsicológicos y del desarrollo infantil, este tipo de evaluaciones han permitido un abordaje integral de los mismos. La neuropsicología aborda la relación que existe entre el proceso madurativo del sistema nervioso central y la conducta durante la infancia considerando las variables de plasticidad cerebral, maduración y desarrollo durante las primeras etapas de ciclo de vida. Según Guerrero (2006) principio de Kennard “plantea la importancia de la detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo y de las alteraciones neurológicas con el fin de minimizar las secuelas y favorecer el Pronóstico a lo largo de la infancia” (Cuero Martínez, 2010, pág. 65).

Este principio de Kennard se confirmó en un estudio realizado con monos sobre la reorganización neuronal del sistema nervioso, este estudio se dio desde la infancia hasta la madurez donde se observó que había más posibilidad de recobrar la funcionalidad o readaptación neuronal cuando la lesión se presentaba a temprana edad, por eso que en este proyecto de tesis afianzo criterios que si más temprano se realiza una intervención en niños con necesidades educativas especiales las neuronas se reorganizan y se alimentan de todo lo que este ingresando por los receptores externos e internos de cada niño. Y el proceso de aprendizaje se dará de mejor manera en todo ser humano que sea estimulado desde temprana edad tenga o no tenga este niño una discapacidad.

La importancia de la valoración del neurodesarrollo tanto en la prevención y la detección temprana de los trastornos del desarrollo es validada por varios autores según Chávez (2003) plantea que para determinar si un niño presenta problemas en su neurodesarrollo es importante, primero, conocer la organización y desarrollo normal del sistema nervioso central, pues es el conocimiento del desarrollo de las estructuras del sistema nervioso en sus diferentes etapas la base para la prevención y detección de diferentes trastornos. Al igual, Rains (2003) supone indispensable el abordaje de la

neuropsicología del desarrollo para conocer las diferencias del desarrollo cerebral y del cerebro maduro a lo largo de la vida, así como los cambios que se pueden producir en el desarrollo tanto normal, como de sus trastornos...Según este autor, las alteraciones en el sistema nervioso y en la maduración cerebral producidos por causas diversas pre, peri y posnatales, en casi la totalidad de los casos producen como consecuencias trastornos neuropsicológicos en la infancia que, si no son detectados tempranamente aumentan progresivamente la severidad de las secuelas, manifestadas en conductas poco adaptativas a lo largo del ciclo vital. (Cuero Martínez, 2010, pág. 60).

A lo largo del trabajo realizado en esta investigación y porque no decirlo a lo largo de la experiencia profesional es una gran verdad que si no son detectados a temprana edad los retrasos, en este caso el retraso psicomotor que están dentro de los trastornos del desarrollo en las y los niños con o sin necesidad educativas especiales aumentan progresivamente la severidad de las secuelas y se manifiestan en las conductas de los mismos. El menor por la falta de intervención empieza a manifestar conductas regresivas o de estadios anteriores teniendo ya una edad cronológica no acorde a su edad mental o conductas no acorde a su edad cronológica.

## **2.7 Retraso psicomotor**

El término inicial sobre retraso psicomotor fue utilizado por el neuropsiquiatra Alemán Carl Wernicke - en 1848-1905 no como retraso psicomotor sino como desarrollo psicomotor. Según (Wernicke, 2013) afirma que el “término desarrollo psicomotor lo utilizó para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia” (pág. 1). Estas habilidades o destrezas pueden observarse en la motricidad fina-gruesa, el lenguaje o comunicación, y en lo personal social es decir el comportamiento.

(Illingworth, 2012) dice que el desarrollo psicomotor es un proceso gradual y continuo en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad, que se inicia en la concepción y culmina en la madurez, con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable. (pág. 2978)

Según (D. Martín Fernández-Mayoralas<sup>1</sup>, 2015) "Retraso psicomotor es la adquisición lenta o anormal (cualitativamente alterada) de los primeros Hitos del desarrollo. (pág. 532)

Antes de ahondar en el marco teórico. se debe aclarar la terminología retraso o trastorno del desarrollo, en España y Ecuador se utiliza el termino Retraso psicomotor como sinónimo de retraso de desarrollo mientras que en otros países de América Latina se lo conoce como retraso madurativo, esta terminología depende también de la formación de cada especialista. Pero lo que si debe quedar en claro que no se debe tomar el término retraso psicomotor como sinónimo de retraso madurativo en primer lugar porque no hay ningún trastorno o enfermedad calificada como tal, sino que él término se usa con una finalidad descriptiva, la mayoría de los médicos lo utilizan cuando los pequeños tienen ciertas características de carácter importante como alteraciones en su lenguaje, en su motricidad y cognición etc. Sin embargo los que nos dedicamos al campo de evaluación infantil utilizamos este término de retraso madurativo como un genérico cuando en realidad es demasiado pronto para dar un diagnóstico definitivo.

### **2.7.1 Retraso psicomotor versus trastorno del desarrollo**

La terminología "retraso" o "trastorno del desarrollo" ambos términos indican que el niño no alcanza el desarrollo esperado en relación a su edad, sin embargo son concepciones diferentes.

Según (Álvarez Gómez, 2009) Retraso y retardo del desarrollo son sinónimos y tienen que ver con una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo.

Trastorno y alteración del desarrollo son también sinónimos pero se refieren, en cambio, a una perturbación, cambio en la esencia o patrón anormal del desarrollo. (pág. 67)

Es decir el retraso y el retardo del desarrollo no es patológico, no es una enfermedad, los niños se comportan como niños de menor edad a la que tienen, los rangos se cumplen de

forma más lenta de lo esperado en relación a los hitos madurativos, en el caso de trastorno y alteraciones del desarrollo es un patrón alterado o anormal para cualquier edad, las etapas no se dan en los rangos esperados. Se habla de retraso global del desarrollo cuando el retraso afecta a 2 o más áreas del desarrollo, el término de retraso del desarrollo o retraso psicomotor y retraso madurativo es un diagnóstico temporal y se lo debe utilizar en un rango de 3 a 6 años. Esto nos obliga a ser sigiloso hasta que se pueda realizar un diagnóstico definitivo mediante pruebas o test acordes a la problemática.

Según (Schlumberger, 2008) la noción del retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede preludear un futuro diagnóstico de retraso mental. En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en una área específica, como las adquisiciones posturomotrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social. (pág. 186)

El concepto de retraso psicomotor es cuando las habilidades, comportamientos o destrezas no aparecen, o parecen más tarde de lo normal. Y esto se va dando a través del desarrollo evolutivo, cuando no se presenta estas etapas o hitos acorde a los rangos establecidos ya estamos hablando de un retraso psicomotor.

Lo que si es cierto es que el retraso psicomotor no solo se da en relación a la motricidad fina o gruesa, porque estos retrasos madurativos o de desarrollo por lo general vienen acompañados de problemas de comunicación y también se relacionan con problemas cognitivos que no tiene un fondo neurológico orgánico, pero si funcional que con una detección e intervención temprana muchos de estos niños mejoran su calidad de vida y pueden integrarse como cualquier otro niño. Pero así mismo si estos desfases de inmadurez no se le dan el

verdadero valor diagnóstico e intervención temprana se puede perder un tiempo valioso que no se recuperará y por eso muchos niños presentan grandes problemáticas en la etapa escolar. Es conocido que el estadio de 0 a 6 años en todo niño es un pilar básico y fundamental para desarrollar el despertar sensorial, las habilidades básicas y despertar todas sus potencialidades, para lo cual los profesionales especialistas en intervención temprana hacen uso de esta etapa para que se dé un buen proceso de aprendizaje y lograr a futuro una mejor funcionabilidad escolar y personal.

Este proceso se manifestará validando un diagnóstico a través de una historia clínica y técnica de evaluación, como una escala de desarrollo que valoraran las 4 áreas a investigar: área motora, motora fina- adaptativa, lenguaje, personales- sociales. Una vez hechas las evaluaciones y teniendo un diagnóstico de las áreas en desfase, esto permitirá realizar una intervención integral, global y permeable y así poder ver los resultados obtenidos en los niños que accedieron a la intervención temprana por presentar retraso psicomotor.

Los niños que llegan a este consultorio de diagnóstico y rehabilitación integral son evaluados y diagnosticados de acuerdo a las características o motivos de consulta con lo que llegan. A todo niño de este centro se lo ve como un ser humano no importa si es un niño con características físicas alteradas, genéticas, o síndromes. Lo que se valora es que cualquier niño de 0 edad a 6 años son solo niños y que si vienen en busca de un profesional es porque lo necesitan y cuando se valora a cada uno de estos niños se observa un desfase en las áreas de desarrollo. Y como todo sabemos un síndrome de Down, un niño con problemas de lenguaje, o un niño con déficit cognitivo, Tienen los mismos problemas de desarrollo o retraso psicomotor que cualquier otro niño de la norma la diferencia es que en este grupo de niños son niños de alto riesgo debido a la individualidad que viene con ellos. Por lo que el refuerzo o la intervención deben ser de inmediato para que el margen del retraso psicomotor no se haga tan manifiesto, un niño con necesidades educativas especiales o niño alto riesgo debe ser manejado desde muy temprano. Se habla mucho de estimulación temprana y hay muchos centros de estimulación temprana que dan este servicio, la particularidad de este centro es que se trabaja con los padres y que sea el padre quien aprenda a convivir con el problema, y así potencializar las habilidades y destrezas de estos niños. Lo que se quiere confirmar en esta investigación es si en realidad una intervención temprana mejorara la calidad de vida de los niños.

## 2.7.2 Desarrollo psicomotor Normal

Para establecer un diagnóstico de retaso psicomotor se debe conocer los parámetros de desarrollo psicomotor normal. Por lo que el retraso psicomotor se refiere a la adquisición anormal o lentificada de las etapas del desarrollo.

Por lo tanto según (Martín Fernández-Mayoralas1, 2015, pág. 532) “Para la tipificación del retraso psicomotor, previamente tenemos que conocer el desarrollo psicomotor normal, la edad media del alcance de los hitos del desarrollo señalados, su variación y márgenes de la normalidad” (Tabla 1).

Se dice que un retraso psicomotor no siempre es patológico eso depende de la individualidad y los antecedentes perinatales, prenatales y posnatales de cada niño, pero puede ser indicio de algún desfase en alguna área que pasa desapercibida hasta cuando la sintomatología se hace más evidente en el transcurso de su desarrollo, por ejemplo un retraso del desarrollo específico del lenguaje en un niño de 3 años no se debe dejar pasar por alto. Se deben tomar medidas para su recuperación a través de una terapia adecuada con un especialista de lenguaje o fonoaudiólogo y no expresar criterios a la ligera como “de que no se preocupe, más adelante le va hablar, ingréselo al jardín allí se va a relacionar y va a comenzar a hablar” esos criterios pueden estar limitando o retrasando una intervención temprana que más bien puede empeorar la problemática.

## 2.7.3 Hitos del desarrollo psicomotor en relación al margen de normalidad según (Martín Fernández-Mayoralas1, 2015)

Tabla 1

*Hitos del desarrollo psicomotor en relación al margen de normalidad*

Hito	Margen de normalidad	Media
sonrisa	1-8 semanas	4-6 semanas
Acercamiento /prensión de objeto	4-6 meses	5 meses
Sedestación con apoyo	4- 12 meses	6-7 meses
Andar sin ayuda	8-18 meses	12 meses
Palabras referenciales	8-18 meses	12 meses
Bebe de la taza solo	9-21 meses	15- meses
Frases o expresiones de 2 o 3 palabras	10-36 meses	21-24 meses
Control de esfínter durante el día	16-48-meses	2 años
Control de esfínter durante la noche	18-72 meses	3-4 años
Se viste solo	33-72 meses	3-4 años
Dibuja una persona en 5 pates	5 años a 6 años	4-5 años

Fuente: Hitos del desarrollo psicomotor en relación al margen de normalidad según (Martín Fernández-Mayoralas1, 2015). Modificado por: Alcocer (2019)



## **2.8 Teoría del desarrollo cognitivo**

Las mayores exponentes de las teorías del desarrollo apuntan en relación al desarrollo o funciones cognitivas tenemos a Jean Piaget y Semionovich Lev Vygotsky.

Según (Linares, 2007-2008) se entiende por desarrollo cognitivo al conjunto de transformaciones que se producen en las características y capacidades del pensamiento en el transcurso de la vida, especialmente durante el periodo del desarrollo, y por el cual aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse en la realidad. (pág. 2)

Se puede decir que esta teoría del Jean Piaget es fundamental para fundamentar las bases del marco teórico y de la propuesta del presente proyecto porque ellas forman parte de los pilares fundamentales para que todo niño de 0 a 6 años pueda dar inicio al proceso del desarrollo del pensamiento, porque en la etapa sensorial que va de 0 a 2 años y la etapa pre operacional que va de 0 a 7 años es donde se fortalece el presente trabajo a partir de la intervención temprana que se realiza a través de procesos y metodologías educativas para lograr el proceso de enseñanza y aprendizaje.

### **2.8.1 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget**

Este postulado sobre la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget se fundamenta sobre varios aspectos. Primero la adaptación de un organismo en su ambiente durante su crecimiento en relación con la génesis de cada individuo. Segundo se habla de la adaptación de la inteligencia que depende tanto de sus estructuras internas y de la información adquirida a través de la experiencia. Y por último las relaciones cognitivas y las relaciones epistemológicas que no son copias de objetos externos sino más bien son estructuras construidas progresivamente cuando se da una relación con el sujeto y mundo externo.

Antiguamente se pensaba que el niño era un organismo pasivo moldeado por el ambiente. Piaget dice que los niños tratan de interpretar el mundo con su propia lógica y forma de conocer, ellos ya tienen patrones predecibles del desarrollo y conforme van avanzando en su madurez y conviven con el entorno, esto hace que se formen

representaciones mentales y se produzca una interacción recíproca. Es decir el niño actúa en forma dinámica y motora a través del juego dando lugar a una representación mental para luego producir una respuesta inmediata acorde a su edad y situación (Linares, 2007-2008).

Según Piaget se centró en la forma que se adquiere el conocimiento a través de él desarrollo evolutivo de cada ser humano no le interesaba lo que conoce el niño, sino como piensa en los problemas y las soluciones, esto se puede explicar cómo el niño interpreta el mundo a diferentes edades en relación a su desarrollo evolutivo. Y dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas: etapa sensorio motora, etapa pre operacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales (Linares, 2007-2008).

Estas etapas o estadios del desarrollo cognoscitivo son invariable, todos los niños pasan las 4 etapas en el mismo orden es imposible saltarse una de estas etapas, el desarrollo cognoscitivo no solo son los cambios cualitativos de las habilidades y de los hechos sino en las transformaciones de cómo se da el conocimiento, una vez que se da una etapa el niño evoluciona siempre y no retrocede a la etapa anterior. Las etapas siempre tienen relación con la edad del sujeto y esto puede variar según el nivel individual y cultural del ser humano.

El niño en el primer año conoce el mundo a través de acciones físicas o reflejas y el niño de mayor edad conoce el mundo realizando operaciones mentales y utilizando el lenguaje como un sistema de símbolo o comunicación a esto se le llamo esquema, mientras más edad los esquemas se hacen más complejos y abstractos lo que le va a permitir organizar de mejor manera el conocimiento. Según Piaget “esquema son los conjuntos de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos y teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo” (Linares, 2007-2008, pág. 3)

## **2.8.2. Principios del desarrollo**

Los principios básicos que rigen el desarrollo cognitivo del niño son: la organización y adaptación; la asimilación y acomodación. Se entiende que el desarrollo cognitivo tiene una compleja interacción de los factores innatos y ambientales en los cuales interviene la maduración de las estructuras físicas heredadas; experiencias físicas con el ambiente; transmisión social de información y de conocimientos y por último el equilibrio.

### **2.8.2.1 Organización y adaptación**

Entendiéndose según Piaget que la organización y la adaptación son principios básicos que tiene una función invariable que dirigen el desarrollo intelectual del niño. La organización es innata en todas las especies, conforme se va desarrollando desde lo esquemas más simple hasta las representaciones más complejas mientras que la adaptación es toda capacidad que tienen los organismos para adaptarse de acuerdo a las exigencias del medio ambiente y nace con el ser humano (Linares, 2007-2008).

### **2.8.2.2 Asimilación y acomodación**

Según Piaget Asimilación y Acomodación son términos para describir como el niño se adapta con el entorno, la asimilación moldea la información nueva para que interioricé los esquemas actuales es decir la asimilación es un proceso activo a menudo requiere transformar o cambiar la información nueva para transformar los esquemas ya existentes. Se llama acomodación al proceso de modificar los esquemas actuales, es decir acomodación es modificar los esquemas existentes para encajar la nueva información discrepante y para esto se vale de la individualidad de la estructura mental de cada ser humano (Linares, 2007-2008).

### **2.8.2.3 Equilibrio**

El equilibrio es una tendencia innata de todos los seres humanos que permite mantener el equilibrio de las estructuras cognoscitivas aplicando para ellos los principios de asimilación-acomodación y de organización - adaptación. Según (Linares, 2007-2008) “Piaget sostuvo que los estados de desequilibrio son tan intrínsecamente insatisfactorios que nos sentimos

impulsados a modificar nuestras estructuras cognoscitivas con tal de restaurar el equilibrio” (pág. 4).

### 2.8.3. Etapas del desarrollo cognitivo

#### 2.8.3.1. Estadio sensorio motor

Estadio sensorio motor se da de 0 edad a 2 años el niño interactúa a través de los sentidos y la acción, el presente estadio da lugar a cambios en el desarrollo intelectual del individuo, los logros más importantes de este estadio es la intencionalidad, la conservación del objeto y al final de este estadio está la función simbólica. Es decir la etapa sensorio motora o sensorio motriz es la primera fase del desarrollo cognitivo, se da entre el momento de nacimiento y la aparición del lenguaje articulado, esta etapa es la obtención de conocimientos a partir de la interacción física con el entorno inmediato. Así pues, el desarrollo cognitivo se articula mediante juegos de experimentación, muchas veces involuntarias en un inicio, en los que se asocian cierta experiencia con interacciones con objetos.

Tabla 2

*Hitos del estadio sensorio motor de 0-2 años*

Características	Acciones	Edad
Ejercicios reflejos	Reflejo de succión	0 - 1 mes
Primeros hábitos	chuparse los dedos- manos	1 – 4 ½ meses
Reacciones circulares primarias Coordinación de movimientos por parte de su propio cuerpo		
Coordinación de la visión y de la presión Reacciones secundarias	Relativo a la manipulación de objetos Sacudir y realizar un movimiento y Suenan los juguetes en la cuna	4 ½ - 8 -9 meses
Coordinación de los esquemas secundarios utilización de medios conocidos con el fin de alcanzar un nuevo objetivo	Realizar una acción simple Sacudirse para hacer mover los juguetes para obtener un resultado	8 - 9 / 11-12 meses
Diferenciación de los esquemas de acción por reacción circular “terciaria” Descubrimiento de nuevos medios.	Tirar de una manta para acercar el Objetivo puesto sobre ella.	11-12 / 18 meses
Comienzo de la interiorización de los esquemas y solución de algunos problemas con detención de la acción y comprensión brusca.	Son pequeños científicos y realizan diferentes acciones para observar sus resultados	18 – 24 meses

Fuente: Enfoque Piagetiano y la construcción del conocimiento (Gunset, 2010). Elaborado por: Alcocer (2019)

### 2.8.3.2 Estadio preoperatorio o pre operacional

Estadio preoperatorio o pre operacional se da entre los 2 a 7 años se dice que en esta etapa se produce el desarrollo de la simbolización, es decir tiene la habilidad para emplear los gestos, los números, palabras, e imágenes, puede servirse de la palabras que es un sistema de comunicación que le permite interactuar con el mundo que le rodea. Empieza a ponerse en el lugar de los demás, a través de la imitación y el juego siguiendo los roles ficticios y utilizando objetos simbólicos. No obstante esta etapa tiene un limitante entre ellos tenemos el egocentrismos caracterizado por el yoismo, la falta de reversibilidad, y un pensamiento que depende de las experiencias perceptivas lo que impide la existencia de conceptos claros, es decir el niño en esta etapa carece de un pensamiento lógico, el pensamiento de este menor es más intuitivo e instintivo porque su razonamiento se basa en experiencias inmediatas.

Tabla 3  
*Estadio preoperatorio o pre operacional*

Características	Acciones	Edad
Aparición de la función simbólica. Juego simbólico	Capacidad de usar palabras Favorece el desarrollo del lenguaje, habilidades cognoscitivas, sociales, la creatividad y la imaginación	2 / 3 ½ - 4 años
Funcionamiento semiótico o pensamiento representacional	Se refiere a un objeto real que no está presente	
Presentación de las organizaciones representativas sobre configuraciones estáticas Etapa representacional	Representar el mundo a través de Pinturas e imágenes mentales  El niño en la figura demuestra el avance evolutivo, enriquece los dibujos con detalles	4 – 5 ½
Las palabras impresas al igual que las pinturas	pueden representar un objeto real del ambiente	
Teorías instintivas o pensamiento Intuitivo operacional	Se utiliza este término en la etapa porque su razonamiento Se basa en experiencias inmediatas. El pensamiento está influenciado por las percepciones inmediatas, o pensamiento perceptivo.	5 ½ / 7 - 8 años

Fuente: Enfoque Piagetiano y la construcción del conocimiento (Gunset, 2010). Elaborado por: Alcocer (2019)

### 2.8.3.3. Estadio de las operaciones concretas

Estadio de las operaciones concretas el mismo que se da entre los 7 años a 11 años este se caracteriza por la manifestación de la lógica y las operaciones mentales para reflexionar sobre las acciones y los objetos de medio que le rodea. En esta etapa se supera el egocentrismo, esta capacidad de utilizar la lógica y las operaciones mentales o intelectuales, esto se da en la medida que el menor se enfrenta con los problemas u objeto real o concreto, si estos objetos

son suprimidos del campo visual del menor se podría decir que disminuye la posibilidad de tener un buen razonamiento. Esta etapa le permite realizar mejor operaciones mentales y la lógica que la etapa anterior. El niño presenta un pensamiento menos rígido y más flexible.

Se puede decir que es la etapa del desarrollo cognitivo en la que empieza a usarse la lógica para llegar a conclusiones válidas siempre y cuando las premisas desde la que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas.

Los tipos de operaciones mentales o esquemas con que el niño organiza e interpreta el mundo durante esta etapa son; seriación, clasificación, y conservación.

Tabla 4  
*Estadio de las operaciones concretas*

Indicadores	Características
Seriación	Es la capacidad de ordenar los objetos, fichas, entes en progresión lógica.
Clasificación	Las personas aprenden a clasificar objetos, entes, fichas de acuerdo a sus similitudes y a establecer relaciones de pertenencia entre los objetos y los conjuntos en que están incluidos
Conservación	La conservación es la capacidad de entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de su forma o de su aspecto físico de los objetos.  El niño aprenderá que las operaciones mentales son necesarias para reflexionar sobre los cambios representados en los problemas de conservación y estará en condiciones de realizar una buena abstracción reflexiva.

Fuente: Enfoque Piagetiano y la construcción del conocimiento (Gunset, 2010). Elaborado por: Alcocer (2019)

#### **2.8.3.4. Estadio de las operaciones formales**

Estadio de las operaciones formales este se da en la adolescencia entre los 11 años y 12 años en adelante después de haberse dado el paso fundamental que es conocer cómo se da el funcionamiento de las operaciones mentales y de la lógica a través de la seriación, clasificación y conservación, el adolescente empieza a formar un sistema sensato de la lógica coherente permitiendo un sistema más complejo de la lógica y de ideas abstractas.

Se da en la etapa de las operaciones formales la capacidad de pensar en forma abstracta y reflexiva por medio de la: lógica proposicional, el razonamiento científico, el razonamiento combinatorio y por último el razonamiento de probabilidades y proporciones.

Tabla 5  
*Estadio de las operaciones formales*

Indicadores	Características
Lógica proposicional	Es la capacidad de extraer una conclusión lógica a partir de la relación entre dos afirmaciones premisas El adolescente que domina esta destreza puede defender mejor sus ideas, pueden descubrir las mentiras de nuestro razonamiento y refutarnos con un contraargumento apropiado.
el razonamiento científico	A medida que el adolescente domina la lógica proposicional empieza a afrontar los problemas de un modo más consecuente. Formula hipótesis, determina los hechos y rechaza las situaciones falsas.
el razonamiento combinatorio	Es la capacidad que tiene este menor para pensar en causas, efectos y respuestas múltiples
el razonamiento de probabilidades y proporciones	En esta etapa de las operaciones formales el adolescente se permitirá representar la solución del problema de manera mental para llegar a reflexionar y razonar de una manera más lógica y asertiva. Utilizando el análisis de las probabilidades y proporciones adecuadas al problema. Esta etapa permite llegar a conclusiones abstractas.

Fuente: Enfoque Piagetiano y la construcción del conocimiento (Gunset, 2010). Elaborado por: Alcocer (2019)

Estos cuatro estadios serán los pilares de marco teórico que permitan conocer el retraso psicomotor a nivel cognitivo y a la vez ayuda a realizar un diagnóstico presuntivo en relación al grado de inmadurez de cada paciente evaluado.

## **2.9. Riesgo en el desarrollo por causa de factores prenatales, neonatales y postnatales**

La causa o alteraciones en el desarrollo evolutivo se puede dar por factores biológicos orgánicos que puedan producir trastornos o discapacidad, además de estas causas tenemos los factores contextuales socio familiares y socioeducativos poco favorecedores. Describimos a continuación los siguientes factores que pueden ocasionar alguna alteración o discapacidad.

### **2.9.1. Factores de riesgo prenatales. Alteraciones o patologías que afectan al feto desde la gestación.**

- A. Grupo ambiental: riesgos debidos a infección, a agentes tóxicos, a traumatismos o enfermedades de la madre.
- B. Grupo genético: riesgos debido a alteraciones cromosómicas, a desorden metabólico, a trastornos del metabolismo del calcio, etc.

- C. Grupo desconocido: Riesgos debido a influencias prenatales desconocidas, a causa desconocida con signos neurológicos.

Como puede apreciarse cada grupo incluye varios subgrupos y en estos a su vez se hallan diversas patologías para ampliar información se puede consultar (Pilar Ibáñez Lopez, 2014).

### **2.9.2 Factores de riesgo neonatales y postnatales**

El significado de neonatal tiene dos momentos el primero que abarca el momento de parto hasta 24 horas y el segundo momento se da hasta los 28 días, a partir de ese momento se toma el termino postnatal, también se puede utilizar el nombre de perinatal al momento del parto.

**A. Los principales factores de riesgos neonatales**, se pueden dar en el momento del parto por diversas causas:

Causas maternas (hipotensión, hipertensión, asfixia, hipoxia, analgésicos, anestésicos)

Causas placentarias (todas las malformaciones congénitas o mal posiciones de la placenta)

Causas fetales (malformaciones, infecciones intrauterinas, prematuridad, sufrimiento fetal)  
(Alfonso e Ibáñez, 2014)

**B. Causas perinatales y postnatales** (nacimiento de bebés con bajo peso que pueden darse en niños prematuros como en niños nacido a término, infecciones, di stress respiratorio leve moderado o grave, hipoxia neonatal, bilirrubinemia, hipoglicemia. Cardiopatías congénitas, etc.

Los problemas de salud que pueden presentar estos niños con antecedente de alto riesgo son numerosos y repercuten en la calidad de vida de los mismos, pueden presentar trastornos motores, trastornos sensoriales, trastorno del lenguaje, trastorno de aprendizaje, déficit cognitivo, alteraciones emocionales y convulsiones.



### **2.9.3 Riesgo del desarrollo infantil por causas socio familiares.**

Según ( Belsky-1980) sin abandonar la posibilidad de alteraciones psicológicas en los padres y su influencia en los contextos, hay muchos otros factores de riesgo que pueden influir en la conducta paterna – materna- familiar y desencadenar alteraciones en el desarrollo evolutivo del niño al vivir en un contexto desfavorable.

### **2.9.4 Factores más frecuentes de riesgos del desarrollo infantil**

- A. Trastorno psicopatológicos de los padres
- B. Infancia de los padres expuestos a violencia con aprendizaje y aplicación de esos modelos con los hijos.
- C. Drogodependencia alcoholismo y otras toxicomanías }
- D. Rasgos violentos de carácter con agresión física, psíquica y / o verbal
- E. Autoritarismo
- F. Intolerancia a las frustraciones
- G. Estrés excesivo
- H. Ciertos problemas conyugales, poca cohesión familiar, aislamiento familiar
- I. Privación socioeconómica
- J. Escaso nivel educativo
- K. Estado de salud deficiente
- L. Desinterés por las necesidades de alimentación higiene y juego del niño
- M. Carencia de estrategias y habilidades sociales con los hijos y con el medio social N. Padres adolescentes

Sintetizando según (Pilar Ibáñez Lopez, 2014) la mayoría de los factores mencionados pueden influir negativamente en la conducta del padre, madre, familia, y repercutir sobre el niño dando lugar a la aparición de “desprotección infantil” producida de forma activa y pasiva:

Forma activa: agresión física, agresión emocional.

Forma pasiva: abandono físico, abandono emocional, carencia de estimulaciones.

En tales situaciones suelen apreciarse vínculos socio afectivo emocional insuficiente y distorsionado, en grado extremo se considera de privación afectiva.

Se puede concluir a medida que profundizamos en el conocimiento sobre el retraso psicomotor en el enriquecimiento personal y colectivo, para avanzar y tratar de confirmar o desechar si esta propuesta beneficiará a los niños de forma integral.

**PALABRAS CLAVE:** Psicología, Retraso y Retardo del desarrollo, Trastorno y alteración del desarrollo, Retraso psicomotor, Hitos del desarrollo, Definición de desarrollo pre natal, posnatal y perinatal, Intervención temprana, Estimulación temprana, Prevención

## **2.10 Marco Conceptual**

**PSICOLOGÍA** es la disciplina que se encarga de los procesos mentales de las personas. La palabra proviene del griego psico (actividad mente o alma) y logia (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual. (Gardey., Publicado: 2008. Actualizado: 2012.)

**RETRASO Y RETARDO DEL DESARROLLO** son sinónimos y tienen que ver con una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo. (Álvarez Gómez, 2009)

**TRASTORNO Y ALTERACIÓN DEL DESARROLLO** son también sinónimos pero se refieren, en cambio, a una perturbación, cambio en la esencia o patrón anormal del desarrollo. (Álvarez Gómez, 2009)

**RETRASO PSICOMOTOR:** La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada. Es preciso distinguir el retraso psicomotor global, que afecta no sólo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de las habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad; en este caso cabe pensar que el retraso psicomotor persistente en esos primeros años puede preludiar un futuro diagnóstico de retraso mental. En otras ocasiones el retraso es sólo evidente en un área específica, como las adquisiciones posturomotrices (la mayor parte de las veces, acompañándose de anomalías cualitativas del tono muscular), el lenguaje o las habilidades de interacción social. (Álvarez Gómez, 2009)

**HITOS DEL DESARROLLO:** Los hitos del desarrollo son comportamientos o destrezas físicas observadas en lactantes y niños a medida que crecen y se desarrollan. Voltearse, gatear, caminar y hablar se considera todos hitos o acontecimientos fundamentales. Estos hitos son diferentes para cada rango de edades.

Hay un rango normal dentro del cual un niño puede alcanzar un hito. Por ejemplo, algunos niños pueden comenzar a caminar tan temprano como a los 8 meses. Otros pueden tardar hasta 18 meses y aún se considera normal. (Martín Fernández-Mayoralas1, 2015)

#### DEFINICIÓN DE DESARROLLO PRE NATAL, POSNATAL Y PERINATAL.

Pre-natal: son todos aquellas inconvenientes que le pueden llegar a suceder tanto a la madre como al bebe antes del nacimiento.

Peri-natal: problemas que pueden suceder durante el momento de dar a luz.

Post- natal: después del nacimiento.

**INTERVENCIÓN TEMPRANA.** Según (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2000). Se entiende por Atención Temprana, el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tiene por objeto dar respuesta lo más pronto

posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos. Estas intervenciones que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interprofesional o transdisciplinar. (pág. 13)

Estimulación temprana Según (De Narvaez, 2001) “Se llama estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos” (pág. 1)

**PREVENCIÓN:** es cuando llevamos a cabo actuaciones que permitan detectar, eliminar, o disminuir un trastorno o deficiencia tal vez; en el caso de la observación pediátrica desarrollada con el programa del niño sano. Otro caso de prevención, una vez diagnosticada una enfermedad o deficiencia, sería establecer acciones o programas encaminados a minimizar los problemas y secuelas y reducir los efectos de las mismas por medio de la rehabilitación temprana.

## **2.11. Marco Legal**

La presente trabajo de investigación tiene un sustento legal y jurídico en la constitución de la República del Ecuador, Plan nacional de desarrollo del buen vivir, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida , código de la niñez y la adolescencia.

# **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

## Título I

### Capítulo primero

#### Principios fundamentales

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

3. Fortalecer la unidad nacional en la diversidad.

8. Garantizar a sus habitantes el derecho a una cultura de paz, a la seguridad integral y a vivir en una sociedad democrática y libre de corrupción (ECUADOR C. D., 2008).

#### Fundamentación

Estos principios fundamentales garantizan la salud, la educación, la diversidad, el derecho a una cultura de paz y de seguridad integral como punto fundamental para todas las personas y aquí están incluidos los niños con necesidades educativas especiales, estos principios no deben quedarse solo en papeles se debe socializar para que se fortalezcan y cojan fuerza en la sociedad.

### CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

#### Principios de aplicación de los derechos

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía. (ECUADOR C. D., 2008)

#### Justificación

Este principio de igualdad y de los derechos inalienables e irrenunciables es fundamental para que el ser humano se sienta seguro y protegido por la sociedad y por el estado siempre y cuando nosotros como sociedad nos empoderemos de respetar esta igualdad en todo momento y a todo nivel.

#### Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (ECUADOR C. D., 2008)

#### Justificación

Un derecho muy valioso para los grupos de alta complejidad como es la discapacidad o los niños con necesidades educativas especiales. El estado deberá prestar la protección necesaria para que este grupo de personas sean más valoradas y protegidas.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales. (ECUADOR C. D., 2008)

CONCORDANCIAS: CODIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 220, 268

LEY CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA, Arts. 1

## CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 1, 8, 9

### Fundamentación

Este artículo permite que se cumpla el desarrollo integral del menor a través del estado, la sociedad y la familia.

### EL OBJETIVO 2 DEL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR

Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad, enfrenta los problemas de pobreza y desigualdad desde una mirada multidimensional y potencia la enorme riqueza que en el Ecuador representa la diversidad en sus variadas expresiones para alcanzar la igualdad en ella.

Con este objetivo se abre el segundo eje programático del Plan Nacional: derechos, libertades y capacidades para la construcción del Buen Vivir. En esta sección se abordan los siguientes objetivos:

Objetivo 2: —Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad.

Objetivo 3: —Mejorar la calidad de vida de la población.

Objetivo 4: —Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.

Objetivo 5: —Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad.

Objetivo 6: —Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos.

Objetivo 7: —Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global.

### Fundamentación:

Al igual que la constitución el plan del buen vivir confirma y potencializa la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad lo que da un aporte importante a esta investigación.

## CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad. (ECUADOR G. N., CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA , 2015-2016)

### Fundamentación

El estado la sociedad y la familia permiten según este artículo un desarrollo integral en un marco legal de libertad, dignidad, y equidad.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares. (ECUADOR G. N., CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA , 2015-2016)

### Fundamentación

De acuerdo a la temática de intervención en niños con retraso psicomotor el derecho a la igualdad y no discriminación este artículo respalda a esta población debido a que se va a trabajar con pacientes con síndrome de Down, déficit cognitivo, retraso de lenguaje, autismo, problemas de aprendizaje etc.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a



su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley. En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral. El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida. (ECUADOR G. N., CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA , 2015-2016)

#### Fundamentación

Este artículo es muy importante porque al tener una familia que lo apoye eso va a permitir un mejor funcionamiento a todo nivel ya sea cognitivo, afectivo y social.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte. (ECUADOR G. N., CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA , 2015-2016)

#### Fundamentación

A través de este artículo permite a los niños con necesidades educativas especiales una vida digna que va a fortalecer su desarrollo integral es decir que su proceso de desarrollo se va a dar de una mejor manera a través de que el estado y las instituciones garanticen las ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas lo que va a permitir una mejor integración social y educativa.

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente
  
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
  
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre;
  
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas. (ECUADOR G. N., CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA , 2015-2016)

#### Fundamentación

Este artículo en relación a la salud es fundamental para lograr una estabilidad tanto a nivel físico, mental, psicológico y sexual esto va a permitir el vínculo afectivo con las personas que le rodean, y a su vez consigo mismo. Es imperioso que este artículo en relación a la salud en lo que se refiere a prevención, evaluación tratamiento y rehabilitación se cumpla. Porque este tema tiene relación a la intervención temprana y para el mismo es fundamental porque se intenta favorecer la primera infancia de 0 a 6 años para mejorar la calidad de vida escolar, social y familiar.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil.
  
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos.
  
7. Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

## Fundamentación

Este artículo fomenta el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo. Y fomenta la cobertura y calidad de programas de desnutrición infantil este es un de los factores que afectan a un buen desarrollo integral.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

7. Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo.

8. Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacido, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad.

10. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente.

## Fundamentación

Este artículo respalda y permite que el gobierno trabaje sobre los diagnósticos y el seguimiento de los niños con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo. Informar y educar a los progenitores de los cuidados ordinarios y especiales de esta población. Derechos relacionados con el desarrollo

Art. 37.- Derecho a la educación.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Este derecho demanda de un sistema educativo que:

1. Garantice el acceso y permanencia de todo niño y niña a la educación básica, así como del adolescente hasta el bachillerato o su equivalente;

3. Contemple propuestas educacionales flexibles y alternativas para atender las necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes, con prioridad de quienes tienen discapacidad, trabajan o viven una situación que requiera mayores oportunidades para aprender;

4. Garantice que los niños, niñas y adolescentes cuenten con docentes, materiales didácticos, laboratorios, locales, instalaciones y recursos adecuados y gocen de un ambiente favorable para el aprendizaje. Este derecho incluye el acceso efectivo a la educación inicial de cero a cinco

años, y por lo tanto se desarrollarán programas y proyectos flexibles y abiertos, adecuados a las necesidades culturales de los educandos.

#### Fundamentación

El derecho a la educación de calidad es fundamental para que esta población se integre de mejor manera a la sociedad educativa y familiar.

Art. 40.- Medidas disciplinarias.- La práctica docente y la disciplina en los planteles educativos respetarán los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes; excluirán toda forma de abuso, maltrato y desvalorización, por tanto, cualquier forma de castigo cruel, inhumano y degradante.

#### Fundamentación

Artículo importante para respaldar a todo niño con o sin discapacidad. Que permitirá que se respete la integridad del mismo.

Art. 42.- Derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades tienen derecho a la inclusión en el sistema educativo, en la medida de su nivel de discapacidad. Todas las unidades educativas están obligadas a recibirlos y a crear los apoyos y adaptaciones físicas, pedagógicas, de evaluación y promoción adecuadas a sus necesidades.

#### Fundamentación

Este artículo favorece y respalda la educación inclusiva de esta población.

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición. CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten. El Estado asegurará el ejercicio de estos derechos mediante su acceso efectivo a la educación y a la capacitación que requieren; y la prestación de servicios de estimulación temprana, rehabilitación, preparación para la actividad laboral, esparcimiento

y otras necesarias, que serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes cuyos progenitores o responsables de su cuidado no estén en condiciones de pagarlos.

#### Fundamentación

Este permite rescatar las potencialidades de cada niño con NEE para lograr el desarrollo integral de su personalidad.

### PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2017-2020. TODA UNA VIDA

#### Eje 1 derecho para todos durante toda la vida

Objetivo 1: garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos.

Art.341 Es necesario que este sistema genere condiciones para la protección integral de los habitantes a lo largo de sus vidas, observando los derechos y principios establecidos en la Constitución; particularmente, la igualdad en la diversidad y la no discriminación (CE, 2008, art. 341).

#### Fundamentación

El plan nacional del buen vivir están estrechamente vinculado con el Plan Nacional de desarrollo 2017-2020. Toda una vida tiene los mismos ejes y objetivos que apoyan el desarrollo y el buen vivir de los niños y los adolescentes, le dan una importancia vital a esta etapa para el buen desempeño de los mismos.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### **3.1. Enfoque de la investigación**

La presente investigación brindará la posibilidad de resaltar la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años. Esto se llevará a cabo a través de técnicas, métodos o estrategias con un enfoque mixto con predominio cualitativo porque un niño de 0 a 6 años no se puede valorar por cantidad o porcentajes debido a que un niño todavía tiene la oportunidad hasta los 6 o 7 años, de evolucionar tanto cualitativamente como cuantitativamente. Donde se observarán los fenómenos sociales de la misma, lo que permitirá un estudio más claro y adecuado. El enfoque mixto emplea procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos en la búsqueda del conocimiento. Los mismos que se dan a través de la observación y evaluación de los fenómenos para luego realizar un análisis e interpretación de los fenómenos observados.

#### **3.2. Alcance de la investigación**

La presente investigación es de tipo descriptiva, explicativa; la primera permite familiarizarnos con la investigación para luego describir la realidad de la situación de la misma, la explicativa es la que va a permitir buscar las causas, las situaciones y características de la presente investigación en relación a la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años, a través del mismo se analizan y se proyectan las variables muy claramente lo que permitirá predicciones explicaciones entre las variables, donde se podrá analizar y procesar los efectos de la variable independiente que en este caso es “la intervención temprana” y la variable dependiente como es el “retraso psicomotor” este alcance de investigación permitirán un buen análisis de cómo se están dando los procesos de esta investigación estableciendo conclusiones y explicaciones para enriquecer o esclarecer nuestro estudio.

### **3.3. Tipos de investigación**

La investigación responde a la modalidad de campo porque interactúa directamente con los niños en el lugar de los hechos, teniendo contacto directo con la realidad que existe en el contexto para obtener la información requerida basándose en los objetivos planteados como es el objetivo general que es “Analizar de qué manera la intervención temprana influye en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años. Y de este a su vez se derivan los objetivos específicos los cuales se refieren a las diferentes teorías metodológicas, el análisis, la repercusión, el fortalecimiento y la validación de la problemática a investigar. Los mismos que se observarán y se describirán con el apoyo de la investigación bibliográfica y documental que nos permite afianzar nuestra filosofía y paradigmas.

#### **3.3.1. Diseño de la investigación**

Mediante el diseño de investigación se podría decir que la investigación es de diseño transversal y longitudinal las mismas que se derivan de la investigación no experimental, debido a que son diseños accesibles prácticos y rápidos para poder obtener y recopilar datos de la presente investigación donde el primero permite utilizar un tiempo corto y el otro permite buscar causa y efectos que se puedan observar en la presente investigación.

### **3.4. Métodos y técnica de la investigación**

El método de investigación que se alinea a la presente investigación es el método analítico y sintético mediante los cuales se ha podido recolectar toda la información del marco teórico y realizar el análisis de la investigación para encontrar causas y efecto y así llegar a la síntesis donde se despeja y se aclara lo investigado; los mismos van a permitir procedimientos lógicos y razonables que aportaran la presente investigación.

En el presente estudio se utilizará instrumentos como entrevista a los padres lo que permitirá realizar la historia clínica y evaluación de los niños a través de un test, luego se realizará una encuesta a los padres, estas técnicas serán las herramientas para recorrer el camino de esta investigación. Sin los métodos y técnicas de la investigación no sería fácil demostrar si los argumentos son válidos o no de la idea a defender.

### **3.4.1. Técnicas de la investigación**

En primera instancia se utilizará una entrevista donde se realizará la historia clínica, se recopilará todos los antecedentes personales y familiares del menor para luego realizar una primera evaluación utilizando a los niños del presente estudio. El segundo proceso permitirá realizar una encuesta a los padres, Y por último una evaluación final a los pacientes para ver los resultados obtenidos. Expongo en los anexos los instrumentos a utilizar.

### **3.5. La población**

La población escogida es de 166 usuarios incluidos 83 niños y 83 padres que acudieron o fueron enviados al consultorio de rehabilitación e integral CEDRINE entre los años 2018-2019 por diferentes motivos de consulta, de los cuales se escogió una muestra no probabilística e intencional con los siguientes criterios: niños y niñas con edades comprendidas de 0 a 6 años, niños y niñas que mantuvieron una asistencia regular a sus terapias, niños y niñas con antecedentes prenatales, perinatales y posnatales como son los niños con retraso de lenguaje, retraso madurativo o retraso motor, síndrome de Down, y trastorno psicolingüístico “espectro autista”; “déficit cognitivo” y otros, Utilizando un diseño de investigación de tipo no experimental permitiendo utilizar una investigación de tipo descriptivo y explicativo los mismos que permiten describir y analizar los datos más relevantes de la muestra escogida.

### **3.6. La muestra**

La muestra como se dijo anteriormente es una muestra no probabilística e intencional con los siguientes criterios: niños y niñas con edades comprendidas de 0 a 6 años, niños y niñas que mantuvieron una asistencia regular a sus terapias, niños y niñas con antecedentes prenatales, perinatales y posnatales. El grupo a analizar es de 10 niños/as con y sin necesidades educativas especiales. (NEE) los niños serán evaluados en una primera instancia y una segunda instancia para poder ver, analizar y recopilar los datos, también se realizará una historia clínica donde se recopilará todos los antecedentes personales y familiares de cada menor evaluado, y una entrevista a 10 padres escogidos al azar.



Tabla 6

*Población y muestra*

Población	Cantidad	Muestra	Cantidad
Niños/as	83	Niños/as	10
padres	83	Padres	10
Total	166	Muestra	20

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

### 3.7. Análisis, interpretación y discusión de resultados

#### 3.7.1 Analizar la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños de 0 edad a 6 años.

El presente análisis de la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños de 0 a 6 años tiene un enfoque mixto con predominio cualitativo, utilizando una investigación de tipo descriptiva y explicativa con una modalidad de investigación de campo donde se interactúa directamente con los niños y familiares en un ambiente agradable y confortable, este análisis se dio utilizando métodos y técnicas como una historia clínica, un test, y la entrevista a los padres que acompañan a sus hijos a las evaluaciones y sesiones terapéuticas y lo que se obtuvo en el presente análisis es que una buena historia clínica, acompañado de una buena evaluación psicológica aporta datos valiosos de las causas que pueden estar influenciando un buen diagnóstico y pronóstico del usuario que en este caso son los niños de 0 a 6 años. Así poder brindar una intervención temprana a tiempo, y poder confirmar el objetivo general que en este caso es “Analizar de qué manera la intervención temprana influye en niños con retraso psicomotor de 0 edad a 6 años”. Y el objetivo específico como es el análisis de la situación actual de la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 edad a 6 años.

Se valoró como primer orden quien remitió al usuario o niño a consultorio de diagnóstico y rehabilitación integral “Cedrine” pareció importante saber si en realidad la intervención temprana lo están indicando los especialistas o una persona particular. Luego se indicará el motivo de consulta, el género, edad, los antecedentes personales y familiares del menor y por último la entrevista a los padres. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

### 3.7.2. Caracterización de los usuarios

Tabla 7

*Contacto de derivación del paciente en relación a la población de niños*

Referencia	Personas	Porcentaje
Profesionales	31	37
usuarios	43	52
Internet	2	3
Desconocido	7	8
Total	83	100%

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 8

*Contacto de derivación del paciente en relación a la muestra de niños*

Referencia	Personas	Porcentaje
Pacientes	6	60%
Médico	4	40%
Total	10	100%

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

#### **Análisis del resultado**

Solo en este punto fue necesario un análisis de la población y la muestra, en los siguientes puntos solo se analizará sobre la muestra, la población que en este caso es 83 niños y de la muestra que son 10 niños, los resultados obtenidos coincidieron con una apreciación que se veía pero que nunca la plasme como algo evidente porque no tenía como comprobarlo pero al realizar esta investigación se observó que los usuarios que en este caso son los pacientes, tanto en la población como en la muestra se evidencia que los usuarios no son enviados al 100% por los profesionales de la salud sino lo usual es que los padres viendo aspectos que no están acordes a su edad comienzan a preocuparse por la situación y buscan ayuda, así se observa que de la población de 83 niños solo 31 niños fueron enviados por los profesionales (Médicos especialistas, pediatras, psicólogos y profesores) y 43 usuarios (padres, los padres que fueron pacientes de este consultorio), por internet 2 niños, y desconocidos 7 niños. Y en la muestra que son 10 niños, 6 de ellos fueron enviados por recomendación de pacientes de este consultorio y 4 niños fueron enviados por los médicos lo que evidencia que los profesionales no le dan tanta importancia a los síntomas de inmadurez y retraso psicomotor que se observa en los niños, muchas veces es muy evidente el retraso en un niño de 0 a 6 años, uno de los síntomas es el retraso de lenguaje, o el retraso para caminar, como dije anteriormente no se puede dar criterios de diagnósticos o personales a la ligera debido a que no se le está brindado la oportunidad a este grupo de niños de la primera infancia

de desarrollar todas su potencialidades o individualidades dependiendo de cada caso, todo niño tiene derecho a la salud, escolaridad, un nombre y a una familia que los proteja y los defienda de estas injusticias sociales y porque no decir de los profesionales con estos criterios personales dicho a la ligera. No quiero con esto caer en arbitrariedad sino tomar conciencia de que si existe una oportunidad para un niño con o sin necesidades educativas especiales hay que dárselas en los primeros años de vida y el tiempo nos dará la respuesta.

Tabla 9  
*Edad de los niños*

Niños/as	Edad de inicio	Edad actual
1	3 años 6 meses	5 años 2 meses
2	3 años	5 años 1 mes
3	3 años 6 meses	5 años 2 meses
4	3 años	4 años 5 meses
5	3 años	4 años 5 meses
6	10 meses	2 años 2 meses
7	2 años 9 meses	3 años 4 meses
8	4 años	4 años 6 meses
9	2 años 4 meses	3 años
10	1 año 5 meses	3 años

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

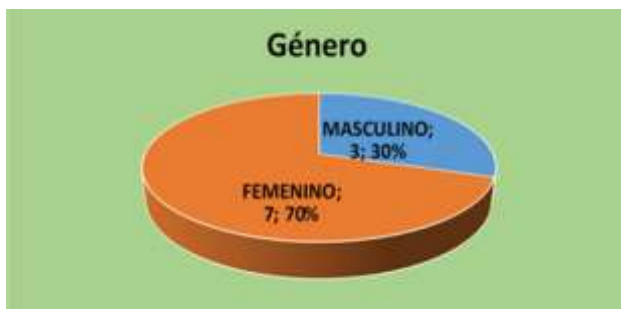
### **Análisis del resultado**

Se escogió una muestra aleatoria de 10 niños con los criterios antes mencionados, atendidos en el consultorio CEDRINE entre los años 2018 y 2019 las edades comprendidas desde su primera atención o entrevista oscilan entre los 10 meses de edad hasta los 3 años 6 meses, la edad actual de estos menores fluctúan entre los 2 años 2 meses hasta los 5 años 2 meses, datos evaluados hasta el mes de octubre del 2019 estos datos se toman de la primera entrevista que en este caso es la historia clínica, para los psicólogos y los que trabajan en relación de salud el instrumento de trabajo inicial es la historia clínica donde se recopilan todos los antecedentes personales y familiares de nuestro objeto de estudio que son los niños de 0 edad a 6 años.

Tabla 10  
*Género de los niños*

Género	Fr	%
Masculino	3	30%
Femenino	7	70%
Total	10	100%

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)



**Figura 1 Género de los usuarios en porcentajes**

Fuente: Consultorio “CEDRINE”

Elaborado por: (2019)

### **Análisis del resultado**

El género obtenido del grupo de niños evaluados, observados y realizado su seguimiento respectivo es que la predominancia ha sido el género femenino con 7 niñas con un porcentaje del 70 % y el género masculino ha sido de 3 niños con un porcentaje del 30 % lo que indica que la incidencia mayor en este estudio son las mujeres.

Tabla 11

#### *Motivo de consulta*

Motivo de consulta	Cantidad	Porcentaje
Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje	10	100%
Ecolalia	1	10%
Retraso psicomotor	10	100%
Disfagia severa postnatal	1	10%
Síndrome de Down	3	30%
Agresividad	2	20%
Auto agresión	2	20%
Impulsividad	3	30%
Baja tolerancia a la frustración	7	70%
Comportamientos repetitivos	5	50%
Mirada evasiva	3	30%
Hiperacusia-Fonofobia	2	20%
Presencia de rituales	4	40%
Primera gemelar	1	10%
Segunda gemelar	1	10%

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 2: Motivo de consulta en porcentajes  
 Fuente: Consultorio "CEDRINE"  
 Elaborado por: Alcocer (2019)

### Análisis del resultado

En el presente estudio se ha podido recopilar 15 motivos de consulta por el cual acudieron en busca de ayuda a este consultorio, tenemos presente al trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje y el retraso psicomotor en 10 niños es decir en el 100 % de los casos de este estudio se presentó estos 2 motivos de consulta, seguido por la baja tolerancia a la frustración se observó en 7 niños lo que corresponde al 70 % de los casos del estudio, luego tenemos al comportamiento repetitivo en 5 niños con el 50 % de los casos del estudio, tenemos también la presencia de rituales en 4 niños lo que corresponde al 40 % de los casos del presente estudio, el síndrome de Down, impulsividad y mirada evasiva en 3 niños con el 30 % de los casos, la hiperacusia-fonofobia, autoagresión, ecolalia y agresividad en 2 niños es decir con el 20 % de los casos estudiados, y por último la condición gemelar con el 20 % de los casos. Se puede decir que la condición o motivo de consulta más frecuente fue la del trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje acompañada del retraso psicomotor que es nuestro objeto de estudio lo que nos indica que al realizar una historia clínica exhaustiva y minuciosa ya tenemos un pre diagnóstico establecido y podemos prevenir los efectos que podría dar una detección tardía y por ende realizar una intervención temprana a tiempo. Todos los niños de este estudio manifestaron un retraso en las adquisiciones en las áreas personal social, motor fino adaptativo, lenguaje y motor grueso esto lo confirmaremos más adelante con la evaluación que se realizó a cada uno de los casos en estudio.

Tabla 12  
*Antecedentes personales*

<i>Antecedentes prenatales, perinatales, posnatales</i>					
Antecedentes prenatales	Cantidad de pacientes	Antecedentes perinatales	Cantidad de pacientes	Antecedentes posnatales	Cantidad de pacientes
Inseminación artificial	1	Prematuro	5	Bilirrubinemia	2
Embarazo de alto riesgo	1	Cianosis	2	cirugías	3
Amenaza de aborto	6	Hipoxia neonatal	3	Trastorno del habla y del lenguaje	10
Madre añosa	2	Síndrome de dificultad respiratoria	3	retraso psicomotor	10
Anemia	2	Recibió oxígeno	3	Hipoxia severa	1
Depresión	2	Cabeza deforme	1	Recibió oxígeno	1
Automedicación	1	Ningún antecedente	1	Entubada	1
Confirmado la trisomía durante el embarazo	1	Entubada	1	Disfagia severa	1
Stress emocional	1	Síndrome de Down	3	broncoaspiración	1
Polihidramnios	2	Ictericia neonatal	4	Espasmo de sollozo	2
Restricción del crecimiento fetal	1	No lloro	1	TCE	1
no controles periódicos	1			Síndrome de Down	3
				Alergias	1
				Síndrome de COFFIN SIRIS	2

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

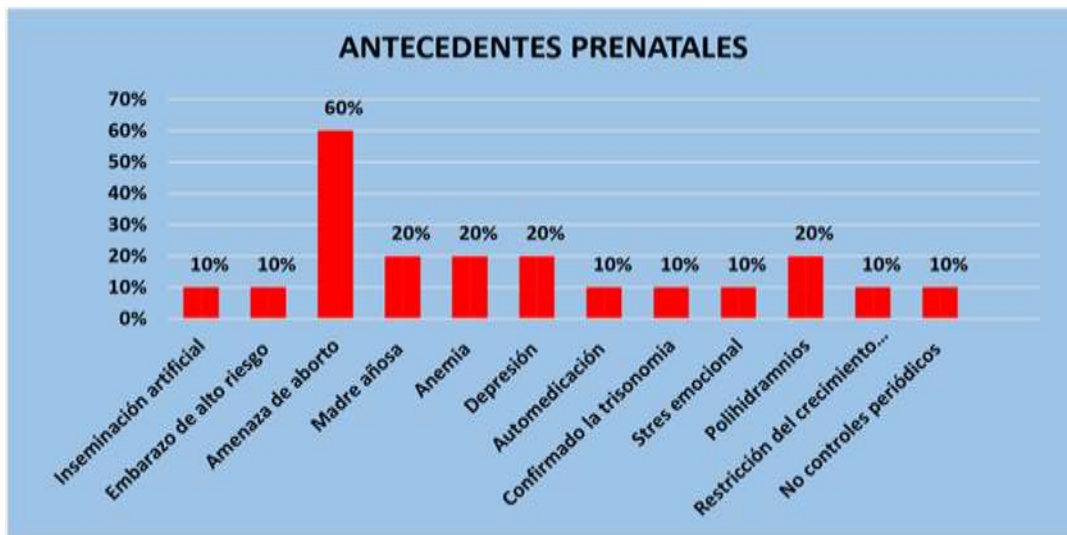


Figura 3: Antecedentes prenatales  
 Fuente: Consultorio “CEDRINE”  
 Elaborado por: Alcocer (2019)

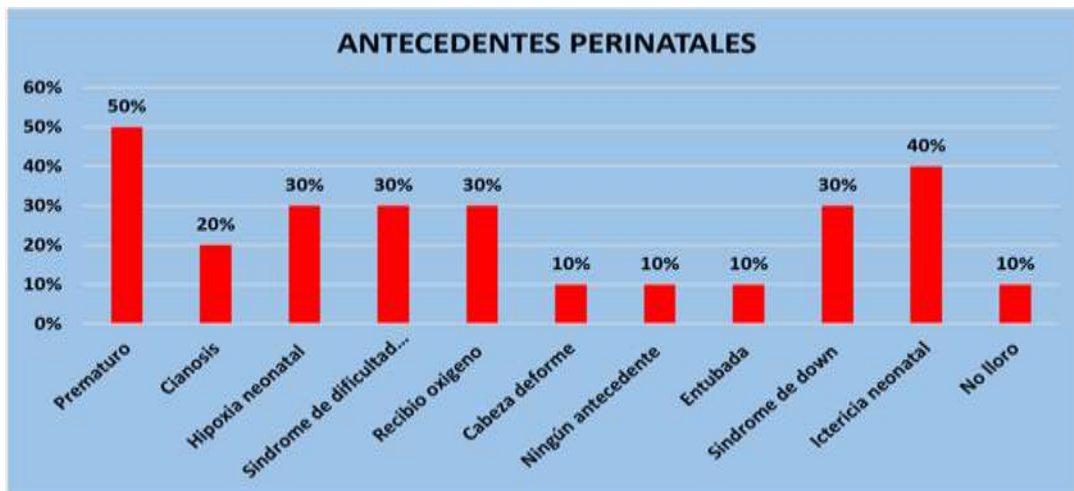


Figura 4: Antecedentes perinatales  
Fuente: Consultorio "CEDRINE"  
Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 5: Antecedentes posnatales  
Fuente: Consultorio "CEDRINE"  
Elaborado por: Alcocer (2019)

## Análisis del resultado

Se podría decir que el estudio nos arrojó 12 antecedentes prenatales, 11 antecedentes perinatales, 14 antecedentes posnatales los que están claramente mencionados en la (tabla 13) y los (Figuras 3, 4, 5). Estos resultados en el presente estudio son muy importantes para confirmar una vez más que al tomar en cuenta los antecedentes personales dan una pauta de las alteraciones que pueden estar influenciado la presencia de algún retraso psicomotor y detectados a tiempo con una buena evaluación inicial como es la historia clínica esto permitirá realizar una intervención temprana a tiempo. También se pudo observar que un solo paciente

en antecedentes perinatales no presento ningún antecedente, pero esta misma paciente si tiene antecedentes prenatales, posnatales y familiares como primos directos con déficit cognitivo más esquizofrenia, esta paciente tiene un diagnóstico importante como es el trastorno psicolingüístico espectro autista, otros autores lo denominan trastorno generalizado “espectro autista”.

Tabla 13  
*Antecedentes familiares*

Antecedentes familiares	Cantidad de antecedentes familiares
Esquizofrenia	2
Déficit cognitivo	6
Síndrome de Coffin Siris	2
Convulsiones	3
Síndrome de Down	2
Disfagia	3
Trastorno del habla y del lenguaje	4
Retraso psicomotor	3
Retraso madurativo	3
Problemas de aprendizaje	2
Labio leporino y paladar hendido	1
Ningún Antecedente	1

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

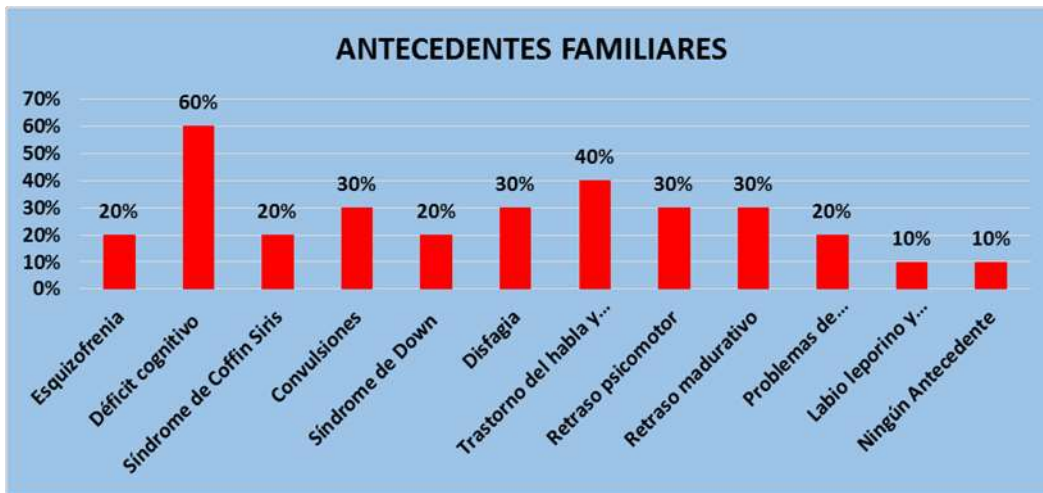


Figura 6: Antecedentes familiares  
Fuente: Consultorio “CEDRINE”  
Elaborado por: Alcocer (2019)

### Análisis del resultado

Se pudo observar 12 antecedentes familiares, que también tienen una repercusión sobre el retraso psicomotor, de los 10 casos 9 casos presentaron antecedentes familiares, mientras que solo 1 paciente no dio indicio de algún antecedente familiar y lo más interesante de este caso que no presentó algún antecedente familiar es una niña con síndrome de Down. En la



(Tabla 13) y (Figura 6) están detallados el número y el porcentaje de antecedentes familiares que presentó cada paciente.

Tabla 14  
*Diagnóstico presuntivo*

DIAGNÓSTICO	Cantidad de diagnóstico	%
Discapacidad cognitiva	4	40%
Trastorno del desarrollo Neurológico	8	80%
Trastorno del habla y del lenguaje	10	100%
Espectro autista	1	10%
Trastornos genéticos	5	50%
Disfagia	1	10%
Retraso psicomotor	2	20%
Retraso global del desarrollo	8	80%

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 7. Diagnóstico

Fuente: Consultorio “CEDRINE”

Elaborado por: Alcocer (2019)

## Análisis del resultado

La investigación indicó 8 diagnósticos presuntivos indicados en la (Tabla 14 y Figura 7) no se puede obtener resultados definitivos hasta los 7 años debido a que los menores evaluados desde la primera entrevista fluctúan desde los 10 meses hasta las edades de 5 años 2 meses, sabemos y estamos conscientes de que los antecedentes perinatales, prenatales, posnatales y familiares nos indican patologías genéticas y hereditarias en donde es evidente el trastorno del desarrollo neurológico y retraso global de desarrollo, se debe actuar

inmediatamente con la prevención e intervención temprana y lograr disminuir en algo los desfases que estos niños van a presentar.

También podemos observar que en primera instancia los motivos de consulta fueron 15 signos, y síntomas por los cuales acudieron al consultorio. Al realizar este análisis se observó solo 8 diagnósticos concluyentes, entre los de mayor incidencia está el trastorno del habla y del lenguaje lo tuvieron el 100 % de los niños, el retraso global del desarrollo con el 80 %, los trastorno del desarrollo Neurológico con el 80 %, el déficit cognitivo con el 40 %, el espectro autista con el 10%, los trastornos genéticos con el 50% y la disfagia con el 1%, Y el 20 % presentó un retraso psicomotor puro, los mismos han tenido una evolución favorable a nivel de personal, escolar y familiar, desde que empezaron la intervención temprana.

Se preguntaran porque la reducción del diagnóstico del retraso psicomotor es debido a que este diagnóstico en primer lugar solo se puede mantener hasta los 5 y 6 años, en segundo lugar porque cuando son niños de la primera infancia siempre hay que esperar un tiempo prudencial para realizar un diagnóstico definitivo, en tercer lugar porque muchos de los casos empiezan con sintomatologías que se relacionan con trastornos del desarrollo neurológico como autistas, asperger, déficit cognitivo, cuando no cumplen con todos los parámetros de diagnóstico según el CIE.10 o DSM 5 que son los que rigen los parámetros específicos y se deben cumplir todos los ítems para confirmar diagnóstico y cuando no se cumple esos parámetros no se puede confirmar diagnóstico y se debe mantener el diagnóstico de trastorno del desarrollo neurológico no especificado o retraso global de desarrollo y no de retraso psicomotor.

### **3.8.3. Evaluación del “Test Denver”**

#### **Análisis del resultado**

Esta evaluación permite valorar la edad de desarrollo en que se encuentra el niño, valora 4 áreas importantes como son el área Personal social, Motor fino adaptativo, Lenguaje, Motor grueso, esto va a permitir saber en qué edad de desarrollo o en qué etapa de desarrollo se encuentra cada menor, es una evaluación muy utilizada a nivel mundial porque permite

hacer un tamizaje rápido de evolución, de un niño de 0 edad a 6 años y si hay un desfase en cualquiera de las áreas que evalúa el test, los profesionales que estamos involucrados con los niños de la primera infancia, esta batería permite estar alerta a los desfases y actuar con prevención e intervención temprana a tiempo. Así vemos que cada niño fue evaluado en las áreas correspondientes:

*Tabla 15*  
*Evaluación inicial y final de los niños "Área Personal Social"*

Usuario	Fecha 1era evaluación	Personal social	Fecha de la 2da evaluación	Personal social	Avance
1	31/07/2018	2 años	06/06/2019	3 años 6 meses	1 año 6 meses
2	07/01/2019	3 años	10/06/2019	4 años 3 meses	1 año 3 meses
3	11/09/2018	2 años 6 meses	03/06/2019	3 años 6 meses	1 año
4	30/07/2018	10 meses	15/06/2019	3 años 6 meses	2 años 8 meses
5	30/07/2018	10 meses	02/07/2019	3 años 6 meses	2 años 8 meses
6	06/08/2018	9 meses	02/07/2019	1 año 2 meses	5 meses
7	19/03/2019	1 año 6 meses	20/08/2019	3 años	1 año 6 meses
8	03/06/2019	1 año 9 meses	16/09/2019	4 años	2 años 3 meses
9	18/02/2019	10 meses	07/11/2019	1 año 6 meses	8 meses
10	31/07/2018	10 meses	16/04/2019	2 años	1 año 2 meses

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)

### **Área Personal social**

Se puede concluir que los avances obtenidos en el área personal social de los 10 niños fluctúan en un rango de 5 meses a 2 años 8 meses, el usuario 1 obteniendo en la primera evaluación una edad de desarrollo en el área Personal social de 2 años y en la segunda evaluación una edad de desarrollo de 3 años 6 meses el avance ha sido de 1 año 6 meses, considerando que el menor presenta un trastorno del desarrollo intelectual o déficit cognitivo este menor está integrado en una escuela regular y socializando con sus compañeros las mismas actividades que el resto, con el apoyo de su madre como maestra sombra y sigue evolucionando a su ritmo. Y así se puede observar el análisis correspondiente de cada caso en la (tabla 15).

*Tabla 16*  
*Evaluación inicial y final de los niños "Área motor fino adaptativo"*

Paciente	Fecha 1era evaluación	Motor fino adaptativo	Fecha de la 2da evaluación	Motor fino adaptativo	Avance
1	31/07/2018	1 año 5 meses	06/06/2019	2 años 6 meses	1 año 1 mes
2	07/01/2019	2 años	10/06/2019	3 años 9 meses	1 año 9 meses
3	11/09/2018	2 años 6 meses	03/06/2019	3 años	6 meses
4	30/07/2018	7 meses	15/06/2019	1 año 9 meses	1 año 2 meses
5	30/07/2018	7 meses	02/07/2019	1 año 9 meses	1 año 2 meses

6	06/08/2018	6 meses	02/07/2019	1 año 5 meses	11 meses
7	19/03/2019	1 año 8 meses	20/08/2019	3 años	1 año 4 meses
8	03/06/2019	1 año 9 meses	16/09/2019	3 años	1 año 3 meses
9	18/02/2019	1 año 5 meses	07/11/2019	2 años	7 meses
10	31/07/2018	1 año 5 meses	16/04/2019	2 años	7 meses

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)

### Área motor fino adaptativo

En el área motor fino adaptativo el rango de avance de los 10 usuarios es de 6 meses a 1 año 9 meses, así tenemos que el usuario 1 en su primera evaluación nos dio una edad de desarrollo de 1 año 3 meses y en la segunda evaluación nos dio una edad de desarrollo de 3 años 6 meses. Lo que indica que si hubo un avance en su desarrollo a pesar de su individualidad como es el diagnóstico que presenta que es un trastorno del desarrollo intelectual o déficit cognitivo si es verdad que debido a su diagnóstico él no llegue a 100% de su potencialidad pero tampoco es que no ha evolucionado en su desarrollo, gracias al apoyo de su madre y la intervención temprana recibida él está integrado en un escuela regular, está realizando actividades como trazos, garabateos y pintados. Y así observamos en la (Tabla 16) el avance del resto de usuarios todos tienen una evolución dentro de sus limitaciones. Ninguno ha hecho conductas regresivas porque eso sería uno de los síntomas que nos indicaría que el niño no va evolucionando bien.

Tabla 17  
*Evaluación y final de los niños "Área de lenguaje"*

Paciente	Fecha 1era evaluación	Lenguaje	Fecha de la 2da evaluación	Lenguaje	Avance
1	31/07/2018	1 año 3 meses	06/06/2019	3 años 6 meses	2 años 3 meses
2	07/01/2019	1 año 9 meses	10/06/2019	2 años 6 meses	9 meses
3	11/09/2018	1 año 10 meses	03/06/2019	4 años	2 años 2 meses
4	30/07/2018	9 meses	15/06/2019	1 año 11 meses	1 año 2 meses
5	30/07/2018	9 meses	02/07/2019	1 año 11 meses	1 año 2 meses
6	06/08/2018	5 meses	02/07/2019	1 año 9 meses	1 año 4 meses
7	19/03/2019	1 año 8 meses	20/08/2019	4 años 3 meses	2 años 7 meses
8	03/06/2019	1 año 5 meses	16/09/2019	4 años 3 meses	2 años 10 meses
9	18/02/2019	11 meses	07/11/2019	2 años 3 meses	1 año 4 meses
10	31/07/2018	1 año 3 meses	16/04/2019	2 años	9 meses

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)

### Área del lenguaje

En el área de lenguaje el avance obtenido es desde 9 meses a 2 años 10 meses, esta es una de las áreas de mejor avance debido a que esta intervención ha sido más directa para lograr

el proceso de aprendizaje eso no quiere decir que las otras áreas no se han controlado de la misma manera la diferencia es que esta área del lenguaje está vinculada con la cognición, con la comunicación, con la relación social y se le ha dado el mayor énfasis para que el resto de áreas tengan un mejor pronóstico porque conectando el lenguaje expresivo y comprensivo el área de motricidad fina, gruesa y personal social se fortalecen de mejor manera. Y se refleja en el usuario 6 y 10 son niñas con síndrome de Down y cuando vinieron al consultorio tenían un retraso motor importante la primera tenía una hipotonía generalizada y la segunda un retraso psicomotor, las dos ya vinieron con su estimulación temprana en el área psicomotora. Pero su evolución cognitiva no era muy buena, al empezar la intervención temprana en el área de terapia de lenguaje las 2 han tenido un cambio notable tanto en su psicomotricidad como en el lenguaje, la segunda ya está hablando, reconociendo colores, vocales y números y la primera está diciendo una que otra palabra e intenta reconocer colores y números lo que indica que su proceso aprendizaje está en evolución. Y así observamos en cada uno de los usuarios evaluados (Tabla 17) que han tenido una evolución de acuerdo a su individualidad es verdad que de acuerdo a su edad no llegan al 100 % de su desarrollo normal pero tampoco están detenidos.

Tabla 18  
*Evaluación inicial y final de los niños en el Área motor Grueso"*

Paciente	Fecha 1era evaluación	Motor grueso	Fecha de la 2da evaluación	Motor grueso	Avance
1	31/07/2018	1 año 2 meses	06/06/2019	3 años	1 año 10 meses
2	07/01/2019	2 años 6 meses	10/06/2019	4 años	1 año 6 meses
3	11/09/2018	2 años 6 meses	03/06/2019	4 años	1 año 6 meses
4	30/07/2018	1 año 1 mes	15/06/2019	2 años 6 meses	1 año 5 meses
5	30/07/2018	1 año 1 mes	02/07/2019	2 años 6 meses	1 año 5 meses
6	06/08/2018	5 meses	02/07/2019	1 año	7 meses
7	19/03/2019	1 año 11 meses	20/08/2019	3 años 3 meses	1 año 4 meses
8	03/06/2019	2 años 6 meses	16/09/2019	4 años	1 año 6 meses
9	18/02/2019	1 año	07/11/2019	1 año 11 meses	11 meses
10	31/07/2018	1 año 1 mes	16/04/2019	1 año 11 meses	10 meses

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)

### Área motor grueso

Se puede observar que el avance en el área de motor grueso, va desde 7 meses a 1 año 10 meses. El usuario 7 de los 10 pacientes llegó al rango normal acorde a su edad debido a que el menor a pesar de haber venido con un retraso en todas las áreas evaluadas con el test Denver logró llegar a su rango de normalidad gracias a la intervención temprana que se realizó en el menor, este es uno de los niños que vino con rasgos autista, rituales y presento ecolalia, y su diagnóstico inicial fue de un retraso psicomotor con predominio en el área de lenguaje. Se

evidencia claramente en la (Tabla 18) los avances de cada usuario y con esta evaluación inicial y final hemos logrado evidenciar el 2do objetivo específico que es analizar la situación actual de los niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años dando como resultado una evolución en las 4 áreas gracias a la intervención temprana realizada con ellos en el años 20018 y 2019, lo que confirma la importancia de realizar una intervención temprana en todos los niños que presenten antecedentes personales y familiares.

### 3.8.4. Resultados de la aplicación de la encuesta a los padres de familia o familiares

Tabla 19  
*Sexo de familiares encuestados*

SEXO	Masculino	Femenino
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
	0	1
TOTAL	0	10

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

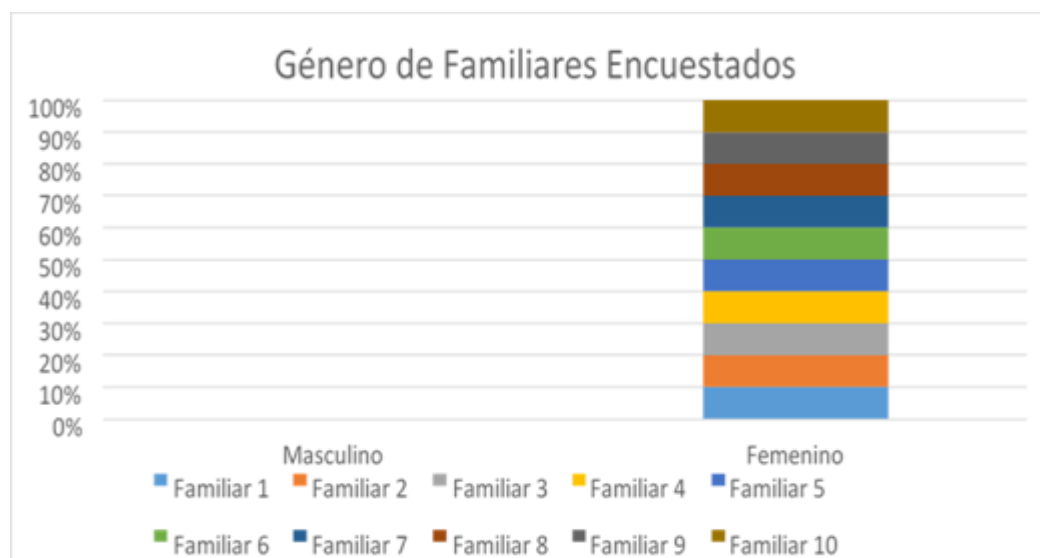


Figura 8: Género de familiares encuestados  
Fuente: Consultorio “CEDRINE”  
Elaborado por: Alcocer (2019)

## Análisis del resultado

En este estudio del género de las personas que realizaron la encuesta y acuden a las sesiones terapéuticas de los 10 entrevistados, las 10 son mujeres con el 100% de los casos de los familiares que acompañan a los niños a su terapia. Se observa que la mujer es la que más se involucra en mejorar la calidad de vida de estos niños con NEE.

## Encuesta para los padres

Tabla 20

*¿Usted ya conoce el diagnóstico de su hijo?*

Alternativas	Cantidad	Porcentaje
Si	10	100 %
No	0	0 %

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 9: ¿Usted ya conoce el diagnóstico de su hijo?

Fuente: Consultorio "CEDRINE"

Elaborado por: Alcocer (2019)

## Análisis del resultado

De los 10 padres encuestados todos están conscientes del diagnóstico de sus hijos lo que corresponde al 100 % de los padres encuestados, debido a que mantuvieron una regularidad en las terapias desde el año 2018 hasta Octubre del 2019 donde realicé el corte de la investigación, estos pacientes continúan con su terapia normalmente, no hay ningún padre que evada la realidad de su hijo en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de los mismos.

Tabla 21

*¿Qué tanto usted como familia conoce sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?*

Alternativa	Cantidad	Porcentaje
Nada	0	0 %
Poco	4	40 %
bastante	5	50 %
Mucho	1	10 %

Fuente: Consultorio "CEDRINE". Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 10: ¿Qué tanto usted como familia conoce sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?  
 Fuente: Consultorio “CEDRINE”  
 Elaborado por: Alcocer Villacis, Janneth (2019)

### Análisis del resultado

El 50 % de los encuestados conocen bastante y el 10 % conoce mucho sobre intervención temprana debido a que este consultorio brinda la oportunidad a sus cuidadores o personas que acuden con el paciente estar dentro de la terapia mientras se realiza la misma, y solo el 40 % conoce poco de intervención temprana. El nada no tuvo respuesta porque de alguna manera las personas que rodean al niño aunque no quieran involucrarse con el niño comienzan a ingeniarse para ayudarlo de alguna manera también en casa utilizando la intuición.

Tabla 22

¿Cómo se ha sentido usted con el trabajo de intervención temprana de su hijo en relación al retraso psicomotor?

Alternativa	Cantidad	porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0 %
En desacuerdo	0	0 %
Indiferente	0	0 %
De acuerdo	1	10 %
totalmente de acuerdo	9	90 %

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)

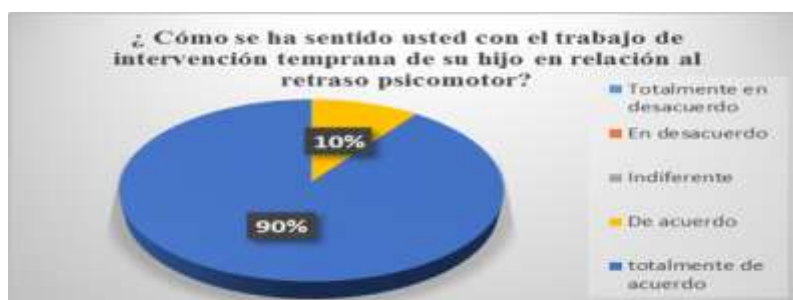


Figura 11: ¿Cómo se ha sentido usted con el trabajo de intervención temprana de su hijo en relación al retraso psicomotor?  
 Fuente: Consultorio “CEDRINE”  
 Elaborado por: Alcocer (2019)



## Análisis del resultado

Se llegó a concluir que en relación como se sintió el familiar con el trabajo de intervención temprana de los niños, los familiares o cuidadores respondieron con el 90% a la alternativa “totalmente de acuerdo” y 10 % a la alternativa “de acuerdo” con la realización de la intervención temprana de su hijo porque vieron los cambios favorables que han tenido los mismos.

Tabla 23

*¿Piensa usted que el núcleo familiar debe aprender sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?*

Alternativa	Cantidad	porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0 %
En desacuerdo	0	0 %
Indiferente	0	0 %
De acuerdo	3	30 %
totalmente de acuerdo	7	70 %

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 12: ¿Piensa usted que el núcleo familiar debe aprender sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?

Fuente: Consultorio “CEDRINE”

Elaborado por: Alcocer (2019)

## Análisis del resultado

Al realizar esta encuesta a los familiares de este consultorio decidí no realizar con la denominación sí o no porque era una encuesta más cerrada por eso utilice este tipo de alternativa más abierta donde se evidenció que la alternativa totalmente de acuerdo se llevó el 70 % y la alternativa de acuerdo se llevó el 30 % lo que me indica que los familiares si están interesados en aprender y conocer sobre intervención temprana o terapéutica de sus hijos, y eso es muy bueno porque así se logra un trabajo en equipo y el resultado será más favorable para la familia y la sociedad.

Tabla 24

¿Su hijo ha mejorado con el tratamiento de intervención temprana?

Alternativa	Cantidad	Porcentaje
Nada	0	0 %
Poco	0	0 %
bastante	3	30%
Mucho	7	70 %

Fuente: Consultorio “CEDRINE”. Elaborado por: Alcocer (2019)



Figura 13 ¿Su hijo ha mejorado con el tratamiento de intervención temprana?

Fuente: Consultorio “CEDRINE”

Realizado por: Alcocer (2019)

### Análisis del resultado

La alternativa bastante con el 30 % y la alternativa mucho con el 70% tiene un gran significado para esta investigación porque los niños del presente estudio han tenido una mejoría de acuerdo a su individualidad, porque se realizó prevención e intervención temprana a pesar de los diagnósticos genéticos y antecedentes personales y familiares de los mismos, esto se comprobó con la evaluación inicial que se realizó a los menores y luego se realizó una segunda evaluación donde se comprobó la evolución de los mismos o los cambios que mantuvieron en el lapso del 2018 al 2019 como se observa en la (tabla 16, 17, 18 ,19).

### 3.9. Conclusión

Se puede decir que con el análisis actual de la intervención temprana del retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años y la encuesta realizada a los padres se ha confirmado la importancia del 2do objetivo que es el análisis de la situación actual de la intervención temprana en niños de 0 a 6 años, a tiempo y más aún cuando los menores presentan antecedentes personales y familiares debe ser ya un punto de partida para realizar una intervención temprana con carácter preventivo, integral, global y permeable que favorezca el

desarrollo evolutivo de cada niño respetando su individualidad y sus potencialidades con el fin de mejorar el retraso psicomotor, esto repercutirá sobre la calidad de vida tanto personal, educativa y social.

## CAPITULO IV

### 4.1. PROPUESTA

#### **Programa de intervención temprana para niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años**

##### **4.1.1. Introducción / antecedentes**

La ciencia y la influencia de la modernidad ha demostrado la importancia de la primera infancia de 0 a 6 años la misma se caracteriza por el crecimiento, el desarrollo, la maduración que se da en todo ser humano, donde se van a presentar aspectos propios de la madurez neurobiológica como son las habilidades motrices, lingüísticas, sociales permitiendo un desarrollo cognitivo, todos estos cambios pueden ser apoyados con la intervención temprana oportuna cuando existe un retraso psicomotor comprendiendo este como una alteración en los hitos del desarrollo de un niño. Según (D. Martín Fernández-Mayoralas<sup>1</sup>, 2015) “El Retraso psicomotor es la adquisición lenta o anormal (cualitativamente alterada) de los primeros Hitos del desarrollo”. (pág. 532)

Según los aportes actuales de la neuropsicología dan un valor fundamental a la evolución encefálica en los primeros años de vida apoyado por el proceso de enseñanza aprendizaje a través de los estímulos ambientales dando como resultado el desarrollo del sistema nervioso. Las afectaciones tempranas de las estructuras nerviosa, de la privación de estímulos sensoriales, pueden repercutir sobre el desarrollo evolutivo de un niño, por lo cual es importante aprovechar el valor de la plasticidad neuronal de la primera infancia porque esto será fundamental para potencializar las capacidades de los niños , es decir el proceso de enseñanza – aprendizaje que repercutirá en la calidad de vida de esta población como es la infancia y niñez

La influencia de la estimulación temprana está dada por la psicología del desarrollo, psicología evolutiva, psicología del aprendizaje y actualmente por la neuropsicología, también existen otras disciplinas, como son la Pediatría, Psiquiatría, la Lingüística, y la Pedagogía que

han dado un gran apoyo teórico conceptual que permite mejorar la calidad de la intervención temprana sobre el retraso psicomotor. Según (De Narvaez, 2001) “Se llama estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca, desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos” (pág. 1).

Es por eso que la propuesta está encaminada a un Programa de intervención temprana para niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años la misma espera aportar y beneficiar la primera infancia y poder mejorar la calidad de vida a través de la dupla enseñanza aprendizaje tanto de los niños con y sin necesidades educativas, permitiendo una intervención preventiva, integral, global y permeable.

#### **4.1.2. Impacto de la propuesta / justificación**

Se espera con este programa crear una cultura de empoderamiento de la importancia de la intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años, el cual tiene una visión preventiva, integral, global y permeable que facilitará su manejo a las personas involucradas en este proceso de intervención temprana como son los padres, los docentes y los profesionales de salud.

Ya es conocido que para que se fortalezca este programa necesitamos primordialmente de los padres que son el pilar más cercano de los niños con esta problemática, después tenemos a los profesionales de la salud (pediatría, neonatología, neurología, otorrinolaringología, psicólogos, entre otros) que son los pilares científicos, por último y no menos importante están los docentes que son primordial para concretar la evolución de un proceso de enseñanza-aprendizaje, los mismos que tienen el conocimiento de la situación problema para poder realizar un diagnóstico temprano para luego realizar una intervención preventiva, integral, global, y permeable en beneficio de esta población.

La importancia de la intervención temprana en los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo de habilidades y destrezas que se dan a través de la maduración neuronal o plasticidad cerebral y esto va a ser factible primero en la realización de

un diagnóstico temprano utilizando una escala de desarrollo “DENVER” fácil de manejar para los usuarios, la misma que evalúa 4 áreas básicas: Personal Social, Motor Fino Adaptativo, Lenguaje, Motor Grueso.

El trabajo a realizar en éste programa es un modelo preventivo, integral global y permeable. Que se basa en mejorar la cuatro áreas básicas de desarrollo de un niño antes mencionadas, respaldadas por las teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget que son pilares básicos para tener una guía en qué etapa o hito del desarrollo se encuentra un niño y poder potencializar las debilidades encontradas.

El programa va dirigido para todo niño ya sea un niño de la norma o un niño con necesidades educativas especiales, lo fundamental es tratar de llevar al niño de 0 a 6 años a desarrollar un proceso de enseñanza aprendizaje utilizando todas las técnicas que nos brindan la tecnología y la modernidad sean estas: el método sensorial, multisensorial, el método global, la ludo terapia, entre otros métodos. No se debe desestimar ninguna tecnología ni métodos para lograr el futuro del niño de 0 a 6 años, no utilizar las técnicas métodos o paradigmas teóricos como un limitante, es decir de que tal método solo se debe utilizar para ciertos pacientes y que el otro método para esta otra calidad de paciente, todo niño de 0 edad a 6 años solo es un niño que tiene que realizarse un seguimiento continuo flexible, integral para ir descubriendo y desarrollando junto a él sus potencialidades.

## **Objetivos**

### **4.1.3. Objetivo general de la propuesta**

Ofrecer una gama de experiencias sobre intervención en los niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años.

#### 4.1.4. Objetivos específicos de la propuesta

- Diseñar el programa de intervención temprana de retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años.
- Fomentar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes.

#### 4.1.5. Recursos materiales y humanos

*Tabla 25*  
*Recursos materiales y humanos*

Recurso de infraestructura	Recursos humanos	Recursos Materiales	Recursos audiovisuales
Consultorio	Médico Pediatra	Hojas A 4	Laptop
Sillas	Neurólogo Pediatra	Cartulina blanca y de colores A 4	Material didáctico interactivo (discos)
Mesas	Otorrinolaringólogo	Lápices de colores triangulares	Televisor con internet
Escritorio	Médico fisiatra	Crayolas triangulares	
Pizarrón	Psicólogo infantil	Marcadores de pizarra acrílica (rojo, azul, negro)	
	Terapeuta de lenguaje	Marcadores permanentes. (Rojo, Azul)	
	Terapeuta físico	Libros de trabajo de mesa	
	Terapeuta ocupacional	Tempera	
		Goma	
		Materiales de diferentes texturas (arroz, lenteja, fideos, arena, maicena, harina etc.)	
		Papel celofán de diferentes colores	
		Muñecos de peluche	
		Legos	
		Torres	
		Rompecabezas	
		Material didáctico (loterías de palabras, cartillas de asociación, cartillas de relación, loterías de números, animales y frutas)	

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.1.6. Presupuesto

Tabla 26  
Presupuesto

CANTIDAD	DETALLE	VALOR	VALOR TOTAL
<b>Equipos Tecnológicos</b>			
1 computadora	COMPUTADOR LAPTOP DELL CI5	900	900
1 modem de internet	Plan claro casa	50	50
1 televisor	Televisor	500	500
1 audiómetro	audiómetro	4500	4500
<b>Suministros y materiales</b>			
	DETALLE	VALOR	VALOR TORAL
Varios	Materiales variados	2000	2000
Muebles	Sillas, mesa, escritorio, pizarrón	1000	1000
Material interactivo	didáctico Discos originales y piratas	300	300
		<b>Valor parcial</b>	9250
		<b>+10% Imprevisto</b>	925
		<b>VALOR TOTAL</b>	10,175

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.1.7. Limitaciones

Entre las limitaciones más frecuentes tenemos las siguientes:

Criterios personales realizados a la ligera por los profesionales sin valor científico, ético y moral

Situación económica de los padres

La falta de tiempo de los padres para realizar las terapias

La falta de colaboración de los padres en el proceso terapéutico

La falta de concientización por parte de los padres y de los miembros de la familia de la aceptación de la problemática de los menores.

#### 4.1.8. Alcances de la propuesta

Este programa de intervención temprana en primera instancia es a nivel institucional para niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años, va a permitir realizar un diagnóstico preventivo e integral, global y permeable donde un niño con cualquier condición de diagnóstico sea valorado, respetado como un ser humano siempre buscando las potencialidades, no las



limitaciones, no las condiciones médicas. En segunda instancia el alcance podría darse a nivel de centros de salud a nivel urbano y rural.

#### **4.1.9. Cronograma / ciclo de vida de la propuesta**

Tabla 27

Cronograma ciclo de vida de la propuesta

Cronograma del proceso de la propuesta							
Actividades	Agosto	septiembre	octubre	Noviembre	diciembre	Enero	Febrero
Elaboración del tema de la propuesta							
Recopilación inicial							
Recopilación final							
Desarrollo de la propuesta							

Elaborado: Alcocer (2019)

#### **4.1.10. Beneficios que aporta la propuesta**

Este programa será un recurso que fortalecerá las bases de la primera infancia, permitiendo desarrollar el proceso de enseñanza- aprendizaje valiéndonos de ambientes lúdicos, confortables de convivencia e interacción.

#### **4.2. Contenido fundamental de la Propuesta.**

- ❖ Conocimientos básicos generales de intervención temprana.
- ❖ Programa de intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años.

#### **4.2.1. Conocimientos básicos generales de intervención o estimulación temprana**

##### **4.2.1.1. ¿Qué es la estimulación temprana?**

Se conoce por estimulación temprana al conjunto de actividades dirigidos y programados acorde a su edad y necesidad, las mismas que permiten al niño desarrollar todo su potencial, consiste en:

Juegos

Ejercicios sensoriales

Mímicas

Bailes

Interacción-vínculo-afecto

Ejercicios cognitivos

En base a la teoría de Jean Piaget dice que en el niño se va desarrollando de acuerdo a patrones que todo niño presenta a lo largo de toda su vida los cuales no puede obviarlos, que le permitirá construir una visión del mundo y de él mismo. Mientras que Vygotsky dice que el niño se desarrolla porque se potencializarían gracias al medio socio cultural en que vive, que eso le permite al ser humano desarrollar sus capacidades

#### 4.2.1.2. Áreas de estimulación temprana

Tabla 28

##### *Áreas de Estimulación temprana*

Áreas	Características
a. Área Personal social	Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para contactarse con otras personas y el cuidado de sí mismo.
b. Área Motor fino adaptativo	Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño para ver y usar sus manos coordinadamente en coger objetos, manipularlos, etc.
c. Área de Lenguaje	Evalúa tareas que dan cuenta de la habilidad para escuchar y comunicarse a través del habla
d. Área de Motricidad gruesa	Evalúa tareas que reflejan la habilidad del niño en la coordinación de los grandes segmentos corporales, brazos, piernas y tronco.

Fuente: (Dobbs, 1967- 1992). Elaborado por: Alcocer (2019)

### 4.3. Descripción del test de Denver

Según (Dobbs, 1967- 1992) El test de Denver es un test evolutivo. Es decir que todas las conductas a evaluar están de acuerdo a la edad cronológica del niño.

Cumple una función preventiva y remedial, o sea, evalúa para prevenir futuros riesgos en el desarrollo psicomotor, desde 1 mes a 6 años de edad cronológica.

#### 4.3.1. Cómo se administra

Su administración se da de forma individual, a pesar de que el test consta de 55 ítems no todos se aplican. Solo se aplican aquellos que se encuentran inmediatamente a la izquierda de la franja negra del ítem. Los del lado derecho de la línea no se consideran ya que corresponde a más edad por lo tanto son más difíciles según (Dobbs, 1967- 1992).

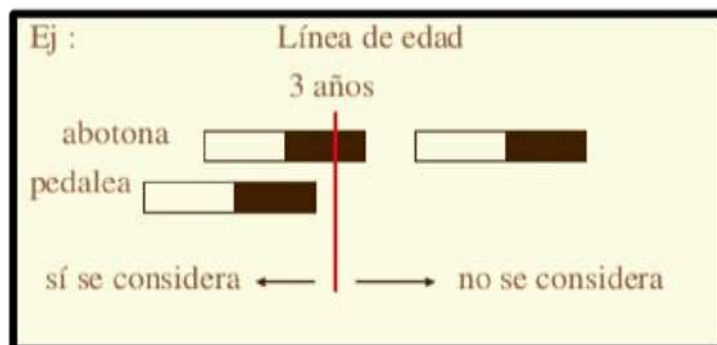


Figura 14: Interpretación de los ítems  
Fuente (Dobbs, 1967- 1992)

#### 4.3.2. Rangos de validez

Éxito	: Sí el niño logra la conducta.
Fracaso negro	: El niño está dentro del rango, pero está al borde de la evolución.
Fracaso franco	: Cuando de la línea de edad está totalmente hacia la izquierda. Eso quiere decir que no superó ni siquiera al 90% de los niños que en esa edad logra la conducta, es decir, que otro niño de menor edad que él puede hacer lo que él no puede.

Figura 15: Rangos de validez  
Fuente (Dobbs, 1967- 1992)

#### 4.4. Sugerencias para la estimulación temprana

- ❖ Desarrollar las actividades en un ambiente tranquilo y seguro.
- ❖ Siempre premiar o festejar los resultados obtenidos.
- ❖ No fuerce la respuesta si no quiere hacer las actividades.
- ❖ Participen ambos padres o aquellas personas encargadas del cuidado diario en la estimulación de los hijos/as
- ❖ Las actividades deben realizarse diariamente y en todo momento.
- ❖ Repite las series de ejercicios por lo menos tres veces al día.
- ❖ Acompaña las actividades con música, canciones, rimas y juegos.
- ❖ El momento ideal para estimularles es cuando están despiertos y tranquilos.
- ❖ Deja pasar 30 minutos después de alimentarlo.

- ❖ Aprovecha las actividades diarias como la alimentación, el baño, el juego, el vestirse.
- ❖ Diseña tus propios instrumentos para los ejercicios, no necesitas gastar para estimularlo.

#### **4.5. Aspectos importantes de la Intervención Temprana**

- ❖ Es muy importante que siempre demos al bebé afecto en todo momento, esto ayudará a tener una buena relación y un mejor aprendizaje.
- ❖ Recomiendo que siempre le hables al bebé con palabras afectuosas así se ayudará a fortalecer su autoestima. Por ejemplo, a tu pequeño le puedes decir las siguientes palabras: “eres importante”, “que bonitos ojos tienes”, “eres mi encanto”.
- ❖ El bebé está despertando los sentidos y familiarizándose con el entorno.
- ❖ Para estimular la vista, la audición y el tacto se recomienda el uso de juguetes con colores vivos con diferentes texturas y sonidos relajantes.

#### **4.6. Programa de intervención temprana en niños con retraso psicomotor de 0 a 6 años.**

##### **4.6.1. ¿Quién puede Remitir a los niños para intervención temprana o estimulación temprana?**

Lo ideal sería que un profesional de la salud realice una intervención preventiva, pero si no es así la intervención temprana en la actualidad está a disposición y al alcance de todo el mundo. Entre los profesionales más idóneos serían:

Los pediatras

El otorrinolaringólogo

Los reumatólogos

Los neurólogos pediatras

El médico fisiatra

Padres

Abuelos

Centros de desarrollo infantil

#### 4.6.2. Evaluación y exámenes a realizar propuestos por cada especialista

Tabla 29

##### *Evaluación y Exámenes*

Evaluación psicológica	Pediatría	Neurólogo	Otorrinolaringólogo	Oftalmología	Terapia de lenguaje	Terapia física
Entrevista con los padres (historia clínica o Anamnesis)	Examen clínico pediátrico Análisis clínico Control del niño sano	Evaluación clínica Tomografía computarizada Resonancia magnética Electroencefalograma Mapeo cerebral	Evaluación Clínica Emisiones otacústicas EOA Impedanciometría Audiometría Logo audiometría Potenciales evocados auditivos	Evaluación clínica Examen de agudeza visual Potenciales visuales	Evaluación clínica del lenguaje Intervención terapéutica	Evaluación correspondiente Intervención terapéutica

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.7. Programa de Intervención Temprana

##### 4.7.1. Edad: 0 a 2 años

Tema: Intervención Temprana

Dinámica: Multisensorial

Contenido: Permite a los niños desarrollar los sentidos para conectarse con su medio.

Lugar del evento: Guayaquil Atarazana Mz. N. 2 V. 15

Tiempo: 45 minutos

Tabla 30

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 1*

<b>Dinámica sensorial visión y audición</b>	
<b>Objetivo</b>	Desarrollar la dinámica sensorial visión y audición mediante el enfoque multisensorial
<b>Actividad</b>	Jugar con diferentes colores y formas Jugar con diferentes sonidos. Jugar con la voz de la madre
<b>Materiales</b>	Juguetes de diferentes colores y formas, sonajeros, campanas, la voz de la madre, juguetes musicales.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Hacer palpar los materiales con la mano. Ejecutar la actividad frente a los niños Mirar a la cara con ternura y procura atraer su mirada. Platícale y trata de que te identifique como la fuente del sonido. Acostar al niño boca arriba sobre una superficie dura y segura: Párate frente al bebé y llama su atención con un objeto de color brillante (de preferencia rojo, blanco o negro). Hacer sonidos graciosos o alegres para atraer su mirada. Mueve el objeto despacio hacia la derecha y hacia la izquierda, para que lo siga con la vista. Si no puede hacerlo, ayúdalo moviendo suavemente su cabeza.

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 31

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 2*

<b>Dinámica sensorial táctil y kinestésica</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir una buena coordinación dinámica general mediante el enfoque multisensorial organización neurológica correcta, dominio del tono muscular, control de postura y equilibrio y sensación de seguridad, lograr sensibilidad táctil
<b>Actividad</b>	Jugar sobre superficies suaves y confortables Jugar con diferentes texturas
<b>Materiales</b>	Peluches de diferentes texturas y formas, papel celofán, talco, cremas.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Hacer palpar los materiales de las texturas con la mano y su cuerpo. Colocar objetos al alcance del menor Ejecutar la actividad frente a los niños

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 32

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 3*

<b>Dinámica sensorial Olfativa y Gustativa</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir una dinámica receptiva olfativa y gustativa mediante el enfoque multisensorial
<b>Actividad</b>	Estimular una buena alimentación y recepción olfativa Tocar sus mejillas o labios con tus dedos y oprime suavemente tu pezón para que salgan algunas gotas de leche Estimular la succión dándole a oler la leche que tengas sobre el pezón Colocar en su boca y lengua diferentes sabores
<b>Materiales</b>	Alimentos variados de acuerdo a la edad (leche materna, papillas, leche en polvo) Olores variados de acuerdo a su agrado( olores de frutas, aromas suaves como canela, manzanilla)



<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Percibir y Degustar los alimentos y olores con su boca y nariz. Colocar sabores y olores al alcance del menor Ejecutar la actividad frente a los niños.
------------------------------------	--

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 33

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 4*

<b>Dinámica sensorial para desarrollar lenguaje</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir evolución del lenguaje mediante el enfoque multisensorial Estimular un buen proceso de lenguaje expresivo y comprensivo
<b>Actividad</b>	Imitar sonidos Jugar con el niño nombrándole objetos que le rodean Conversar con el niño Cantar
<b>Materiales</b>	Nombrar diferentes partes del cuerpo Juguetes, objetos que le rodean al menor, muñecos de felpa, libros infantiles acorde a la edad, partes del cuerpo.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Sonreír y hablar mientras atiendes y satisfaces sus necesidades. Imitar todos los sonidos, que haga con un tono suave para animarlo a seguir haciéndolos. Llamar por su nombre al niño en cada una de las actividades que realicen. Integrar al resto de la familia para estimular su lenguaje.

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 34

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 5*

<b>Dinámica sensorial para el desarrollo cognitivo</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir la evolución del desarrollo cognitivo mediante el enfoque multisensorial
<b>Actividad</b>	Estimular el proceso cognitivo Realizar acciones buscando una respuesta Reconocer su cuerpo, conciencia de sí mismo Iniciar el conocimiento de conceptos como forma, tamaño y espacio Despertar intelectual lo lleva a nuevas experiencias Identificar que hacen los objetos que ya conoce: la sonaja suena, la pelota rueda etc.
<b>Materiales</b>	Juguetes, sonajeros, objetos, muñecas/os, papel celofán de colores.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Mover la sonaja, alcanzar la sonaja. Tocar partes de su cuerpo con texturas( telas, papel celofán) Se da cuenta de que si ríe y llora logra llamar la atención Motivar al niño a tocarse los pies, la boca, la cara, los ojos, la nariz morder sus dedos etc. Tocar juguetes que tengan mucho color y forma Integrar al resto de la familia para estimular su desarrollo cognitivo

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 35

*Programa de Intervención Temprana. Edad: 0 a 2 años. Dinámica 6*

<b>Dinámica sensorial para el desarrollo socio afectivo</b>	
<b>Objetivo</b>	Estimular un buen proceso socio afectivo mediante el enfoque sensorial. Conseguir evolución del desarrollo socio afectivo mediante el enfoque multisensorial.

<b>Actividad</b>	Reconocer el rostro de su madre y miembros de la familia Reconocer voces de su madre y miembros de la familia Socializar con la madre y los miembros de la familia Reconocer emociones
<b>Materiales</b>	Manta, espejo y juguetes
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Reconocer a su madre, visual y auditivamente a través del juego. Jugar con el espejo y se emociona cuando se mira en él. Hacer reír a tu bebé / niño celebra su risa y disfruta con toda la familia su alegría. Premiar el esfuerzo de tu bebé/ Niño con una sonrisa, una caricia, una palabra de cariño. Tapar su cara con sus manos o un trozo de tela y espera a que se quite, luego, tapa la tuya y anímalo a que te la quite.

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.7.2. Edad: 2 años hasta los 4 años

Tema: Intervención Temprana

Métodos. Multisensorial, global, lúdico, sistémico

Contenido: Desarrollar los sentidos, la nociones de relación, asociación, temporales, espaciales, manejo de conducta los mismos que permitirán desarrollar un proceso integral de enseñanza-aprendizaje para vincularse de mejor manera con su medio circundante y mantener el control de sus conductas.

Tiempo: 45 minutos

Tabla 36

#### *Programa de Intervención Temprana de 2 años a 4 años. Dinámica 1*

<b>Dinámica sensorial: área Motor fino adaptativo</b>	
<b>Objetivo</b>	Desarrollar el área motor fino adaptativo
<b>Actividad</b>	Dibujar libremente en papel y diferentes texturas Pintar libremente hacer círculos o líneas en papel o diferentes texturas Enseñar a doblar una hoja de papel o telas Pintar y dibujar dibujos y conversar sobre el dibujo
<b>Materiales</b>	Hojas de papel, texturas (arena, harina, maicena arroz, lentejas plastilina entre otras) Tempera, colores Telas de diferentes texturas.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Hacer palpar los materiales con la mano. Ejecutar la actividad frente a los niños Coger una hoja de papel e indicar que dibuje, pinte o garabatee libremente Jugar con las texturas indicadas realizando líneas y diferentes formas con sus manos y dedos

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 37

*Programa de Intervención Temprana de 2 años a 4 años. Dinámica 2.*

<b>Dinámica sensorial, y lúdico: área motor grueso</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir una buena coordinación dinámica general mediante el enfoque multisensorial y lúdico organización neurológica correcta, dominio del tono muscular, control de postura y equilibrio y sensación de seguridad
<b>Actividad</b>	Ejecutar juegos con la pelota Realizar diferentes saltos Realizar actividades para que corra, camine etc. Realizar ejercicios de equilibrio
<b>Materiales</b>	Pelotas, escaleras, música, parque,
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Hacer palpar los materiales de las texturas con la mano y su cuerpo. Colocar objetos al alcance del menor Ejecutar la actividad frente a los niños Jugar a patear la pelota Jugar a saltar desde alturas pequeñas como escalones Jugar a subir y bajar escaleras Inventar juegos para que salte camine corra y equilibrarse con su propio cuerpo Enseñarle a bailar y a escuchar canciones que le permita coordinar los movimientos de su cuerpo con la letra

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 38

*Programa de Intervención Temprana de 2 años a 4 años. Dinámica 3*

<b>Dinámica sensorial, lúdica, global: área lenguaje</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir evolución del lenguaje mediante el enfoque multisensorial, global y lúdico
<b>Actividad</b>	Estimular un buen proceso de lenguaje expresivo y comprensivo Ejecutar ordenes indicadas Ejercitar comprensión y expresión de vocabulario Utilizar frases y oraciones con sentido Motivar el despertar musical Estimular el lenguaje social
<b>Materiales</b>	Revistas, cuentos, fotos, láminas, dibujos. Periódicos, lugares como la casa, el parque, los centros comerciales etc.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Señalar objetos que conoce en revistas, periódicos fotos, láminas y dibujos Indicar diferentes partes del cuerpo Indicar lugares y dependencia de la casa Enseñarle algunas canciones infantiles y motívale a seguir el ritmo del cuerpo Ayúdale a repetir los nombres de las personas y cosas de la casa Inducir a utilizar frases cortas de 2, 3, 4 palabras de acuerdo a su edad Aprovechar cualquier momento para platicar con él o ella, utiliza frases completas e inclúyelo en las conversaciones de la familia como si ya hablara correctamente

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 39

*Programa de Intervención Temprana de 2 años a 4 años. Dinámica 4*

<b>Dinámica sensorial y lúdico: área personal social</b>	
<b>Objetivo</b>	Estimular un buen proceso socio afectivo mediante el enfoque sensorial y lúdico Conseguir evolución del desarrollo socio afectivo mediante el enfoque multisensorial. Y lúdico

<b>Actividad</b>	Socializar los nombres de la familia Fortalecer el control de esfínter anal y vesical Fortificar el proceso de independencia al vestirse Fortalecer las relaciones interpersonales Realizar actividades domesticas Reconocer emociones
<b>Materiales</b>	Dependencia de la casa, vestimenta, artículos de limpieza, bacinica, familiares, y amigos.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Llamar a los miembros de la familia por su nombre principalmente al niño/a Preguntar constantemente si quiere ir al baño o siéntale en la bacinica cuando pienses que lo necesita, no lo presiones, platiquen mientras está sentado. Apoyar el proceso de vestimenta diciéndole me permites que te ayude a vestirme para que luego lo vaya realizando solo. Juega a preguntarle donde se ponen las diferentes prendas. Convivir con otras personas, niños (as) y adultos Permitir que te ayude en algunas tareas del hogar (sacudir; limpiar, lavar frutas) Premiar el esfuerzo de tu Niño/a con una sonrisa, una caricia, una palabra de cariño, amor siempre que puedas.

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 40  
*Programa de Intervención Temprana de 2 años a 4 años. Dinámica 5*

<b>Dinámica sensorial, lúdico, global para el desarrollo cognitivo</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir la evolución del desarrollo cognitivo mediante el enfoque multisensorial, lúdico, y global. Estimular el proceso cognitivo
<b>Actividad</b>	Realizar clasificación de objetos por color, forma y tamaño Reconocer su cuerpo, conciencia de sí mismo Desarrollar nuevas experiencias Identificar que hacen los objetos que ya conoce Iniciar el conocimiento de conceptos de vocales, números, colores. Iniciar el conocimiento de relaciones temporales y espaciales
<b>Materiales</b>	Juguetes, sonajeros, objetos, muñecas/os, papel celofán de colores, tarjetas de colores, números, y vocales, hojas A4, lugares específicos,
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños Jugar a asociar los objetos, animales con su acción, por ejemplo la pelota rueda, el avión vuela, el perro ladra, el gato maúlla. Tocar partes de cuerpo con texturas( telas, papel celofán) Jugar a asociar objetos por su color, forma, tamaño Jugar con las vocales, números, y colores, utilizando tarjetas, canciones etc. Utilizar juegos de asociación con las vocales, colores, formas Jugar a reconocer nociones temporales como cuando es de día y de noche. Jugar a reconocer lugares como dependencias de la casa, centros comerciales, parques. Enseñar a decir su nombre completo y su dirección Integrar al resto de la familia para estimular su desarrollo cognitivo

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.7.3. Edad: 4 años hasta los 6 años

Tema: Intervención Temprana

Métodos. Multisensorial, global, lúdico, sistémico

Contenido: Afianzar las nociones temporales, espaciales, nociones de números, vocales manejo de conducta los mismos que permitirán desarrollar un proceso integral de enseñanza-aprendizaje para vincularse de mejor manera con su medio circundante y mantener el control de sus conductas.

Tiempo: 45 minutos

Tabla 41

*Programa de Intervención Temprana de 4 años a 6 años. Dinámica 1*

<b>Dinámica sensorial: área Motor fino adaptativo</b>	
<b>Objetivo</b>	Desarrollar el área motor fino adaptativo
<b>Actividad</b>	Dibujar, recortar imágenes Vaciar agua de un vaso a otro sin derramar Amasar plastilina o barro. Escoger semillas de varios tipos Escoger bolitas y botones de colores, de diferentes tamaños. Pintar, dibujar y conversar sobre el dibujo Realizar trazos
<b>Materiales</b>	Hojas de papel, texturas (arena, harina, maicena arroz, lentejas plastilina, barro, entre otras) Tempera, colores, vasos, bolitas de colores, semillas, botones, revistas.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Hacer palpar los materiales con la mano. Ejecutar la actividad frente a los niños Coger una hoja de papel e indicar como utilizar la tijera, iniciar el corte con Líneas rectas y luego complicar la actividad. Dar una hoja de revista e indicar la actividad de recorte. Incentivar a realizar figuras con plastilina o barro. Colocar semillas de varios tipos y pídele que las separe utilizando sus dedos Índice y pulgar. Colocar bolitas de colores de diferentes tamaños y pídele que las separe utilizando sus dedos índice y pulgar utilizar hojas de papel y realizar diferentes muestras para reforzar la habilidad de trazos

Elaborado por:Alcocer (2019)

Tabla 42

*Programa de Intervención Temprana de 4 años a 6 años. Dinámica 2*

<b>Dinámica sensorial, cognitivo y lúdico: área motor grueso</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir una buena coordinación dinámica general mediante el enfoque multisensorial cognitivo y lúdico Mejor organización neurológica, dominio del tono muscular, Control de postura y equilibrio y sensación de seguridad. Adquirir nuevas habilidades motrices que le permitan resolver problemas y enfrentar diferentes obstáculos
<b>Actividad</b>	Ejecutar juegos con la pelota Realizar diferentes saltos Realizar actividades para que, camine, corra y salte por líneas dibujadas en el piso etc. Realizar actividades de asociación utilizando figuras geométricas, colores etc. Realizar juegos con las vocales y números utilizando la motricidad gruesa Realizar ejercicios de equilibrio durante 2,5,10 segundos de duración Incentivar a que pedalee una bicicleta
<b>Materiales</b>	Pelotas, escaleras, música, parque,
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños

---

	Jugar a caminar reconociendo colores por líneas dibujadas en el piso controlando no salirse de las líneas
	Jugar a pasar la pelota por caminos de números o vocales dibujadas en el piso
	Jugar a asociar colores, figuras geométricas puestas en el piso
	Inventar juegos para que salte camine corra y equilibrarse con su propio cuerpo y mantenerse un tiempo indicado
	Llevar a los niños a que se familiaricen con la actividad de pedalear una bicicleta
	Enseñarle a bailar y a escuchar canciones que le permita coordinar los movimientos de su cuerpo con la letra

---

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 43  
*Programa de Intervención Temprana de 4 años a 6 años. Dinámica 3*

Dinámica sensorial lúdico global y cognitivo: área lenguaje	
<b>Objetivo</b>	Conseguir evolución del lenguaje mediante el enfoque multisensorial, global cognitivo y lúdico Estimular un buen proceso de lenguaje expresivo y comprensivo que contribuye al desarrollo de la inteligencia, desarrolla la capacidad de análisis y facilita la resolución del problema.
<b>Actividad</b>	Clasificar objetos y cosas Leer cuentos y lecturas Permitir crear y contar cuentos Inducir a que se aprenda canciones, rimas o versos de memoria Dar al niño tareas que implique recordar una lista de instrucciones Permitir al niño que vea videos o programas de televisión, y pedirle que narre lo leído Ejercitar comprensión y expresión de vocabulario a través de un cuento o lectura. Utilizar frases y oraciones con sentido Motivar el despertar musical Estimular el lenguaje social
<b>Materiales</b>	Revistas, cuentos, fotos, láminas, dibujos. Periódicos, lugares como la casa, el parque, los centros comerciales etc. Televisor
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Ayudar al niño a clasificar objetos y cosas como figuras geométricas, vestimenta, frutas, dependencias de la casa, animales colores etc. Incentivar la lectura de cuentos cada vez más largas para desarrollar su lenguaje expresivo. Desarrollar a través del juego la creación de cuentos y lograr que los cuente Proporcionar a través de juego la oportunidad de aprender canciones, rimas, poemas de memoria Inducir a utilizar frases más largas de acuerdo a su edad Aprovechar cualquier momento para platicar con él o ella, utiliza frases completas e inclúyelo en las conversaciones de la familia como si ya hablara correctamente Enlaces educativos de lecturas. <a href="https://www.educapeques.com/recursos-para-el-aula/fichas-deletras/comprehension-lectora-fabulas.html">https://www.educapeques.com/recursos-para-el-aula/fichas-deletras/comprehension-lectora-fabulas.html</a>

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 44  
*Programa de Intervención Temprana de 4 años a 6 años. Dinámica 4*

Dinámica sensorial y lúdico: área personal social	
<b>Objetivo</b>	Estimular un buen proceso socio afectivo mediante el enfoque sensorial, lúdico y cognitivo. Conseguir evolución del desarrollo socio afectivo mediante el enfoque multisensorial, lúdico y cognitivo. Permitir al niño /a establecer buenas relaciones con sus padres y las personas que lo rodean. Desarrollar la confianza y seguridad en sí mismo y ayuda a formar la personalidad.

<b>Actividad</b>	Realizar Juegos competitivos Demostrar adecuadamente sus necesidades y sentimientos Reconocer las emociones en otras personas Dramatizar personajes de la comunidad, de cuentos o de la televisión. Mantener conversaciones con los compañeros/as Y la maestra
<b>Materiales</b>	Parques, patio de la escuela, aula de clases, su hogar, cuentos, televisor, cine, vestuario para la dramatización.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños. Observar si el niño /a disfruta de los juegos competitivos donde puede ponerse en práctica sus destrezas y habilidades, pero siempre respetando las reglas del juego, a los compañeros y aceptando la derrota. Demostrar la no dependencia o apego excesivo Realizar pequeñas obras de teatro con los niños y observar si el niño o niña realiza esta actividad demostrando el disfrute. Observar si el niño o niña disfruta de la conversación en los diferentes momentos sin monopolizar permitiendo que los compañeros participen de la conversación

Elaborado por: Alcocer (2019)

Tabla 45  
*Programa de Intervención Temprana de 4 años a 6 años. Dinámica 5*

<b>Dinámica sensorial, lúdico, global para el desarrollo cognitivo</b>	
<b>Objetivo</b>	Conseguir la evolución del desarrollo cognitivo mediante el enfoque multisensorial, lúdico, global y cognitivo Estimular el proceso cognitivo para potencializar o mejorar la capacidad mental y a su vez mejorará la calidad de vida de las personas en cualquier etapa de su vida.
<b>Actividad</b>	Potencializar los métodos repetitivos Seguir órdenes para lograr una buena estimulación cognitiva Presentar secuencias Potencializar la memoria visual Potencializar la memoria auditiva
<b>Materiales</b>	Juguetes, objetos, tarjetas de colores, números, y vocales, tarjetas de diferencias, loterías, tarjetas de relación.
<b>Descripción de la actividad</b>	Indicar las reglas de la actividad. Mostrar los materiales con los que se ejecutarán la actividad. Ejecutar la actividad frente a los niños Presentar a los niños una idea o actividad varias veces o se repita una oración antes de iniciar la clase. Por eje realizar actividades como enseñar las vocales y reforzar cada vez y cuando hasta que logre hacerlo Descubrir en imágenes casi iguales las diferencias entre ellas. Ordenar fichas que tienen una secuencia lógica Armar rompecabezas de vocales, números Jugar con tarjetas que tienen relación entre ellas por eje la vaca nos da leche, el camello vine en el desierto. Decir al niño varias indicaciones y esperar que las realicé, enviar a comprar a la tienda varias cosas y esperar que traída lo indicado. <a href="http://blogdelosmaestrosdeaudicionylenguaje.blogspot.com/2014/11/juego-deparejas-para-trabajar.html">http://blogdelosmaestrosdeaudicionylenguaje.blogspot.com/2014/11/juego-deparejas-para-trabajar.html</a>

Elaborado por: Alcocer (2019)

#### 4.8. Resumen De Validación De La Propuesta

Se puede llegar a concluir que la propuesta es viable, en primer lugar se está realizando una propuesta integral global y permeable tanto para los niños del presente estudio y para los

familiares y sociedad, gracias a que la misma busca potencializar los desfases que se producen en el retraso psicomotor, gracias al apoyo de la metodología y técnicas educativas, sobre intervención temprana para poder lograr el proceso de enseñanza aprendizaje y lograr el avance de los menores, a la vez está respaldada por los expertos en el área de intervención y retraso psicomotor.



## CONCLUSIONES

Con el resultado del análisis de la interpretación de los datos obtenidos y con el apoyo de la revisión bibliográfica sé llegó a las siguientes conclusiones en el presente trabajo.

Mediante la ayuda del apoyo bibliográfico se realizó revisión teórica para reforzar y aclarar temas como intervención temprana y retraso psicomotor.

Gracias al apoyo teórico como Jean Piaget; Vygotsky que son los pilares para el sustento de los rangos de desarrollo en los que se encuentran los niños de 0 a 6 años, nos permite ver cómo se comporta la evolución del desarrollo en las diferentes etapas, y donde Vygotsky dice que todas estas etapas son apoyadas por el entorno cultural que los rodea.

La presente investigación será un recurso que fortalecerá las bases de la primera infancia, permitiendo desarrollar el proceso de enseñanza- aprendizaje valiéndonos de ambientes lúdicos, confortables de convivencia e interacción.

La presente investigación está dirigido para todo niño ya sea un niño con o sin necesidades educativas especiales, lo fundamental es llevar al niño de 0 a 6 años a desarrollar un proceso de enseñanza aprendizaje.

Es por eso que la presente investigación está encaminada a la intervención temprana preventiva, integral global y permeable del retraso psicomotor la misma espera aportar y

beneficiar la primera infancia y poder mejorar el retraso psicomotor tanto de los niños con y sin necesidades educativas, permitiendo despertar sus potencialidades.

No utilizar las técnicas métodos o paradigmas teóricos como un limitante, es decir de que tal método solo se debe utilizar para ciertos pacientes y que el otro método para esta otra calidad de paciente.

Con la valoración de cada uno de los expertos, cada uno de ellos con un gran currículum y experiencia en el campo de evaluación e intervención del retraso psicomotor, se pudo establecer que el proyecto de investigación y la propuesta cumplen con el respaldo y aceptación de los mismos.

## **RECOMENDACIONES**

Para que exista un verdadero empoderamiento de la importancia de la intervención temprana del retraso psicomotor en niños de 0 a 6 años.

En primer lugar que todas las personas que se involucren (padres, maestros, pediatras, psicólogos, terapeutas, médicos especialistas) con niños de esta edad, si se detecta algún indicio de retraso por muy mínimo que este sea, se debe realizar de inmediato la derivación al especialista para tomar las medidas preventivas necesarias, acorde a la situación.

Se espera que la presente investigación permita el conocimiento y sirva de aporte para todas las personas que estén interesadas en aplicar la misma.

Lo fundamental de la presente investigación y propuesta no está en las diferentes técnicas y enfoques porque eso lo van a encontrar actualmente en la web, sino en el “amor, la dedicación, la perseverancia” que le pongan al trabajo que realizan con cada uno de los niños y padres que acuden en busca de ayuda.

Difundir el empoderamiento de la importancia de la detección e intervención temprana del retraso psicomotor y que llegue a todos los niños y profesionales que lo requieran y lo necesiten.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alfonso e Ibáñez. (2014). *Atención temprana. Diagnóstico e Intervención*. Obtenido de books.google.com: books.google.com
- Álvarez Gómez, J. S.-V. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 66-67.
- Cuero Martínez, A. M. (2010). NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL DEL DESARROLLO. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA: CIENCIA Y TECNOLOGÍA* 3(2): 59-68, 2010, 65.
- D. Martín Fernández-Mayoralas<sup>1</sup>, A. F.-J.-P.-J. (2015). Detección y manejo del retraso. En *Pediatr Integral* (pág. 532). Madrid. Obtenido de [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539\\_DanielMartin.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539_DanielMartin.pdf): [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539\\_DanielMartin.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539_DanielMartin.pdf)
- De Narvaez, M. T. (2001). estimulación Temprana. *CONTUSALUD*, 1.
- Dobbs, W. K. (1967- 1992). [https://es.slideshare.net/tatty\\_jlc/test-de-denver?next\\_slideshow=2](https://es.slideshare.net/tatty_jlc/test-de-denver?next_slideshow=2). Obtenido de [https://es.slideshare.net/tatty\\_jlc/test-de-denver?next\\_slideshow=2](https://es.slideshare.net/tatty_jlc/test-de-denver?next_slideshow=2): [https://es.slideshare.net/tatty\\_jlc/test-de-denver?next\\_slideshow=2](https://es.slideshare.net/tatty_jlc/test-de-denver?next_slideshow=2)
- Domínguez García, L. (2005). *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO*. LA HABANA: FACULTAD DE CIENCIA PSICOLOGICAS.
- ECUADOR, C. D. (20 de 10 de 2008). [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf). Obtenido de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf): [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- ECUADOR, G. N. (2015-2016). *CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA* . Obtenido de [https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_Adolescencia.pdf](https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo_de_la_Ninez_y_Adolescencia.pdf): [https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo\\_de\\_la\\_Ninez\\_y\\_Adolescencia.pdf](https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Codigo_de_la_Ninez_y_Adolescencia.pdf)
- Gardey., J. P. (Publicado: 2008. Actualizado: 2012.). <https://definicion.de/psicologia/>. Obtenido de <https://definicion.de/psicologia/>: <https://definicion.de/psicologia/>
- Gunset, V. (2010). EL ENFOQUE PIAGETIANO Y LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO. *Facultad de Filosofía y Letras*, 13.
- Hiran E, F. E. (1999). *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO*. MEXICO: MANUAL MODERNO.
- Illingworth. (23 de marzo de 2012). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones*:. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/236849786\\_El\\_desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_sus\\_alteraciones\\_entre\\_lo\\_normal\\_y\\_lo\\_patologico](https://www.researchgate.net/publication/236849786_El_desarrollo_psicomotor_y_sus_alteraciones_entre_lo_normal_y_lo_patologico):

[https://www.researchgate.net/publication/236849786\\_El\\_desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_sus\\_alteraciones\\_entre\\_lo\\_normal\\_y\\_lo\\_patologico](https://www.researchgate.net/publication/236849786_El_desarrollo_psicomotor_y_sus_alteraciones_entre_lo_normal_y_lo_patologico)

Juan Narbona\*, E. s. (2008). *Retraso psicomotor*. Obtenido de

[https://www.researchgate.net/publication/242507083\\_Retraso\\_psicomotor](https://www.researchgate.net/publication/242507083_Retraso_psicomotor).

Libro Blanco de la Atención Temprana. (2000). *Grupo Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

Linares, R. A. (2007-2008). [www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf).

Obtenido de [www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf):

[www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias\\_desarrollo\\_cognitivo.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf)

Martín Fernández-Mayoralas1, A. F.-J. (2015). *Pediatría integral*. Obtenido de

[https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539_DanielMartin.pdf)

[539\\_DanielMartin.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix08/02/n8-532-539_DanielMartin.pdf).

Pilar Ibáñez Lopez, M. J. (2014). *Atención temprana, diagnóstico e intervención psicopedagógica*.

Madrid: [www.uned.publicaciones](http://www.uned.publicaciones).

Ranson, & Clark. (1980). Desarrollo del Sistema Nervioso. En E. Hiram , E. A. Fitzgerald, & J. P.

Mckinney, *Psicología del Desarrollo* (pág. 87). 06100 Mexico, D.F: El Manual Moderno,S.A de C.V.

schlumberger, J. N. (2008). *rehabilitacion-temprana/retraso\_psicomotr.pdf*. Obtenido de

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/retraso\\_psicomotr.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/retraso_psicomotr.pdf):

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/retraso\\_psicomotr.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/retraso_psicomotr.pdf)

Vigotsky, S. L. (1984). MÉTODOS DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO. En D. G. LAURA, *PSICOLOGIA DEL DESARROLLO* (pág. 21). GUAYAQUIL-ECUADOR: FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.

wernicke. (s.f.).

Wernicke, C. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. *scielo*, 1. Obtenido de

[https://www.researchgate.net/publication/236849786\\_El\\_desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_sus\\_alteraciones\\_entre\\_lo\\_normal\\_y\\_lo\\_patologico](https://www.researchgate.net/publication/236849786_El_desarrollo_psicomotor_y_sus_alteraciones_entre_lo_normal_y_lo_patologico):

[https://www.researchgate.net/publication/236849786\\_El\\_desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_sus\\_alteraciones\\_entre\\_lo\\_normal\\_y\\_lo\\_patologico](https://www.researchgate.net/publication/236849786_El_desarrollo_psicomotor_y_sus_alteraciones_entre_lo_normal_y_lo_patologico)

# ANEXOS

*Anexo I: Hoja de Evaluación*

Datos de historia clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Condición económica: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes perinatales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes prenatales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedente posnatales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





### Anexo 3 Encuesta Para Padres

#### Datos generales

Número de encuesta: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_\_

Condición económica: \_\_\_\_\_

¿Usted ya conoce el diagnóstico o problemática de su hijo?

Si                                  no

¿Qué tanto usted como familia conoce sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?

Nada      Poco      Bastante                          Mucho

¿Cómo se ha sentido usted con el trabajo de intervención temprana de su hijo en relación al retraso psicomotor?

1    Totalmente en desacuerdo

2    En desacuerdo

3    Indiferente

4    De acuerdo

5    Totalmente de acuerdo

¿Piensa usted que el núcleo familiar debe aprender sobre intervención temprana en relación al retraso psicomotor?

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Indiferente
- 4 De acuerdo
- 5 Totalmente de acuerdo

¿Su hijo ha mejorado con el tratamiento de intervención temprana?

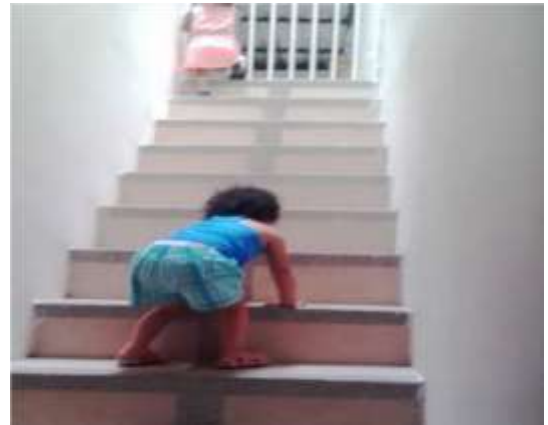
Nada Poco Bastante Mucho

Anexo 4 Materiales y Evidencias










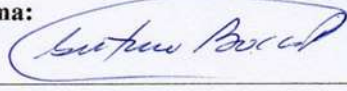



## Anexo 5 Operacionalización de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas de recolección	Instrumentos
Variable independiente Intervención temprana Según (De Narváez, 2001) “Se llama estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie fortalezas y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos” (pág. 1).	Pacientes	Funcionamiento del paciente	Evaluación inicial del paciente a través de la observación	Entrevista
	Familiar	Funcionamiento familiar	Evaluación final del paciente a través de la observación Entrevista a los padres	Historia clínica Entrevista test
	Social	Funcionamiento social	Evaluación de Contacto de derivación del paciente	Historia clínica
Variable dependiente Retraso psicomotor El término inicial sobre retraso psicomotor fue utilizado por el neuropsiquiatra Alemán Carl Wernicke en 1848-1905 no como retraso psicomotor sino como desarrollo psicomotor. Según (Wernicke, 2013) afirma que el “término desarrollo psicomotor lo utilizó para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia” (pág. 1). Estas habilidades o destrezas pueden observarse en la motricidad fina-gruesa, el lenguaje o comunicación y en el área personal social	Áreas de desarrollo evolutivo	Funcionamiento del área motor fino adaptativo	Evaluación de área Motor fino adaptativo	Test de Denver observación
		Funcionamiento del área motor grueso	Evaluación del área Motor grueso	Test de Denver Observación
		Funcionamiento del área de lenguaje	Evaluación del área de Lenguaje	Test de Denver observación
		Funcionamiento del área personal social	Evaluación de área personal social	Test de Denver observación

Realizada por la autora de esta tesis: Alcocer Villacis Janneth(2019), conceptos tomados de (De Narváez, 2001) (Wernicke, 2013)



Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil					
<b>MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD</b>					
<b>Tema: INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR DE 0 - 6 AÑOS.</b>					
<b>Instrucciones para la validación de la propuesta:</b>					
1. Lee detenidamente la propuesta. 2. Emita su criterio. 3. Utilice las siguientes categorías: <b>MA:</b> Muy de acuerdo (No hay que mejorar) <b>DA:</b> De acuerdo <b>MDA:</b> Medianamente de acuerdo <b>ED:</b> En desacuerdo, sin embargo, hay aspectos rescatables 4. Marque la letra X en la casilla correspondiente.					
<b>VALORACIÓN ASPECTO</b>	<b>MA</b>	<b>DA</b>	<b>MDA</b>	<b>ED</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
La propuesta es buena, alternativa y funcional.	✓				
El contenido es pertinente, para el mejoramiento de la problemática.	✓				
Existe coherencia en su estructuración.	✓				
Su aplicabilidad dará cumplimiento a los objetivos propuestos.	✓				
<b>COMENTARIO:</b> Importante para mejorar la plasticidad Cerebral y mejorar los puntos del desarrollo					
<b>VALIDADO POR</b>					
<b>Apellidos y Nombres:</b> Bocca Peralta Gustavo		<b>Cedula de Identidad:</b> 0907597009			
<b>Cargo:</b> MEDICO-FISIATRA		<b>Lugar de trabajo:</b> Hospital Roberto Gilbert			
<b>Teléfono:</b> 0986866233		<b>Teléfono de trabajo:</b> 2397416			
<b>Fecha:</b> 12 Diciembre 2019		<b>Firma:</b> 			
		<b>MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>			
		Dr. Gustavo Bocca Peralta MÉDICO FISIATRA Reg. Libro VI Folio 870 No. 2550 Reg. Sant. 7773 Reg. INHM 168809			

Curriculum Vitae de expertos

Dr. Gustavo Boca Peralta

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

Especialista en Espasticidad

Miembro de la Sociedad Mundial de Rehabilitación

Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Niños Dr. Roberto  
Gilbert E.

Flamante expositor de innumerables congresos tanto nacionales como internacionales

Celular: 0986866233

Email: [gwbocca@hotmail.com](mailto:gwbocca@hotmail.com)

Firma: \_\_\_\_\_



*Dr. Gustavo Bocca Peralta*

MÉDICO FISIATRA

Reg. Libro VI Folio 870 No. 2550

Reg. Sant. 7773

Reg. INHM 168809

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN  
A LA DIVERSIDAD**

**Tema: INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR  
DE 0 - 6 AÑOS.**

**Instrucciones para la validación de la propuesta:**

1. Lee detenidamente la propuesta.
2. Emita su criterio.
3. Utilice las siguientes categorías:  
**MA:** Muy de acuerdo (No hay que mejorar)  
**DA:** De acuerdo  
**MDA:** Medianamente de acuerdo  
**ED:** En desacuerdo, sin embargo, hay aspectos rescatables
4. Marque la letra X en la casilla correspondiente.

VALORACIÓN ASPECTO	MA	DA	MDA	ED	OBSERVACIONES
La propuesta es buena, alternativa y funcional.	✓				
El contenido es pertinente, para el mejoramiento de la problemática.	✓				
Existe coherencia en su estructuración.	✓				
Su aplicabilidad dará cumplimiento a los objetivos propuestos.	✓				

**COMENTARIO:**

*Un tema muy importante para la inclusión de niños con trastornos psicomotores, en particular, el área del lenguaje.*

**VALIDADO POR**

<b>Apellidos y Nombres:</b> <i>Ramos Núñez, Johnny M.</i>	<b>Cedula de Identidad:</b> <i>0909012445</i>
<b>Cargo:</b> <i>Otorrinolaringólogo</i>	<b>Lugar de trabajo:</b> <i>Consultorio Privado.</i>
<b>Teléfono:</b> <i>0999072706</i>	<b>Teléfono de trabajo:</b> <i>042681050</i>
<b>Fecha:</b> <i>19-02-2019</i>	<b>Firma:</b> 

**Dr. Johnny Ramos Núñez**  
Otorrinolaringólogo  
Cod. 4737



**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

# Dr. JOHNNY M. RAMOS NUÑEZ

## Otorrinolaringólogo

EX MEDICO TRATANTE DEL DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE" DE LA H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL  
ACTIVIDAD ACTUAL CONSULTA PRIVADA EN MEDICAL PLAZA

### Estudios Universitarios

Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, 1983-1990.

### Estudios de Postgrado

Programa de Residencia en Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. 1995-1999.

Fellow en Cirugía Endoscópica Rinosinusal. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. 1999-2001.

### Sociedades a las que Pertenece

American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Fellow Member ID# 95751

Interamerican Association of Pediatric Otolaryngology, Member

Federación Ecuatoriana de Sociedades de Otorrinolaringología y Ciencias Afines, Miembro

Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, Miembro

Sociedad Ecuatoriana de Rinología, Miembro

Colegio de Médicos del Guayas, Miembro # 7261

### Reconocimientos

Pro-secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, 2018- actual

Vocal Principal de la Sociedad Ecuatoriana de Rinología y Cirugía Estética Facial. 2009-2011

Pro-Secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, 2006-2008

Vocal Principal de la Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL). 2004-2006.

Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, Universidad Católica, 1988.

Vicepresidente de la Asociación Escuela de Medicina de la Universidad Católica (AEMUC), 1988.

### Autor y Co-autor

"Histopatología de las Cuerdas Vocales". Capítulo 2 del libro "LA VOZ PATOLOGICA", de Jackson Menaldi. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 2002

"Micosis Laríngea en la República Argentina. Hospital de Clínicas José de San Martín". Revista Clínico-Quirúrgica de Otorrinolaringología. Guayaquil, 2002.

"Infecciones Profundas del Cuello en Niños". Revista O.R.L. de la Fundación de Otorrinolaringología. Argentina, 1998.

"Manejo de las Fístulas de Líquido Cefalorraquídeo por Cirugía Nasal Microendoscópica". Boletín de O.R.L. del Servicio de O.R.L., Hospital de Clínicas "José de San Martín". 1998

Dr. Johnny Ramos Nuñez  
Otorrinolaringólogo  
Cod. 4737

Edificio Medical Plaza, Kennedy Norte

Av. Jose Castillo Castillo # 20 y calle Justino Comejo. 3er. piso cons. 308

Tel: 268-1050 - Movistar: 099-805 4676

e-mail: [jramosn@yahoo.com](mailto:jramosn@yahoo.com) ; [jramosn@hotmail.com](mailto:jramosn@hotmail.com)

Urgencias

Movistar: (099) 907-2706

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN  
A LA DIVERSIDAD**

**Tema: INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR  
DE 0 - 6 AÑOS.**

**Instrucciones para la validación de la propuesta:**

1. Lee detenidamente la propuesta.
2. Emita su criterio.
3. Utilice las siguientes categorías:  
**MA:** Muy de acuerdo (No hay que mejorar)  
**DA:** De acuerdo  
**MDA:** Medianamente de acuerdo  
**ED:** En desacuerdo, sin embargo, hay aspectos rescatables
4. Marque la letra X en la casilla correspondiente.

VALORACIÓN ASPECTO	MA	DA	MDA	ED	OBSERVACIONES
La propuesta es buena, alternativa y funcional.	/				
El contenido es pertinente, para el mejoramiento de la problemática.	/				
Existe coherencia en su estructuración.	/				
Su aplicabilidad dará cumplimiento a los objetivos propuestos.	/				

**COMENTARIO:**

---

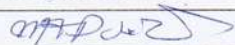


---



---

**VALIDADO POR**

<b>Apellidos y Nombres:</b> Ayala Paredes Martha Alicia	<b>Cedula de Identidad:</b> 0600820815
<b>Cargo:</b> Directora de Carrera Terapia de Lenguaje	<b>Lugar de trabajo:</b> Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas
<b>Teléfono:</b> 0981585824	<b>Teléfono de trabajo:</b>
<b>Fecha:</b> 19-12-2019	<b>Firma:</b> 

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
CARRERA DE TERAPIA DEL LENGUAJE

Psic. Alicia Ayala de Villagran MSc.  
DIRECTORA



**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Curriculum Vitae de expertos

Msc. Alicia Ayala con cédula de identidad 0600820815, Psicóloga industrial, psicóloga educativa


Directora y docente del área de terapia de lenguaje Universidad de Guayaquil

Con amplia experiencia en el área de la docencia

Expositora y organizadora de varios congresos

Celular: 0981585824

Email: [martha.ayalap@ug.edu.ec](mailto:martha.ayalap@ug.edu.ec) – [aliciadevillagran@hotmail.com](mailto:aliciadevillagran@hotmail.com)

Firma: 

**MAESTRÍA EN EDUCACIÓN MENCIÓN INCLUSIÓN EDUCATIVA Y ATENCIÓN  
A LA DIVERSIDAD**

**Tema: INTERVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON RETRASO PSICOMOTOR  
DE 0 - 6 AÑOS.**

**Instrucciones para la validación de la propuesta:**

1. Lee detenidamente la propuesta.
2. Emita su criterio.
3. Utilice las siguientes categorías:  
**MA:** Muy de acuerdo (No hay que mejorar)  
**DA:** De acuerdo  
**MDA:** Medianamente de acuerdo  
**ED:** En desacuerdo, sin embargo, hay aspectos rescatables
4. Marque la letra X en la casilla correspondiente.

VALORACIÓN ASPECTO	MA	DA	MDA	ED	OBSERVACIONES
La propuesta es buena, alternativa y funcional.	✓				
El contenido es pertinente, para el mejoramiento de la problemática.	✓				
Existe coherencia en su estructuración.	✓				
Su aplicabilidad dará cumplimiento a los objetivos propuestos.	✓				

**COMENTARIO:** *excelente trabajo.*

**VALIDADO POR**

<b>Apellidos y Nombres:</b> <i>Jenny Rangel María Dolores</i>	<b>Cedula de Identidad:</b> <i>0918091729</i>
<b>Cargo:</b> <i>DOCENTE</i>	<b>Lugar de trabajo:</b> <i>UG</i>
<b>Teléfono:</b> <i>0994269010</i>	<b>Teléfono de trabajo:</b>
<b>Fecha:</b> <i>Viernes 22-11-2019</i>	<b>Firma:</b> <i>Jenny Rangel M. Dolores M.Sc.</i>



**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Curriculum Vitae de expertos

Msc. Loly Sáenz, con cédula 0918091729 terapeuta de lenguaje.

Amplia experiencia en el área de terapia de lenguaje en el manejo de niños con trastorno del desarrollo neurológico.

Docente de la universidad de Guayaquil.

Expositora de varios congresos y autora de un congreso nacional en la universidad de Guayaquil.

Email: [loly.1790@hotmail.com](mailto:loly.1790@hotmail.com) – [loly.s79@hotmail.com](mailto:loly.s79@hotmail.com)

Teléfono: 0994269010

**Firma:**



Loly Sáenz MSc.