



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo
Infantil

Interacción familiar y desarrollo en el niño premature: una propuesta de intervención desde la Atención Temprana

Trabajo fin de estudio presentado por:	María Usó Molina
Tipo de trabajo:	Propuesta de Intervención
Director/a:	Álvaro Hidalgo Robles
Fecha:	08/07/2025

Resumen

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención centrada en el impacto de la interacción familiar en el desarrollo de una niña nacida de forma prematura. En la introducción se expone la relevancia de la prematuridad como factor de riesgo para el desarrollo infantil y se destaca la necesidad de enfoques centrados en la familia que favorezcan la construcción del vínculo afectivo y la parentalidad sensible desde los primeros meses de vida. Los objetivos del trabajo se orientan a analizar las consecuencias de la prematuridad en el desarrollo del niño, el impacto emocional en los progenitores, los factores facilitadores presentes en el entorno familiar y las intervenciones eficaces desde una perspectiva centrada en la familia. La contextualización se sitúa en la provincia de Castellón, dentro del marco de la Atención Temprana, describiendo el funcionamiento de los recursos y la coordinación entre el ámbito hospitalario y los servicios comunitarios. A partir del análisis teórico y contextual, se diseña una propuesta de intervención dirigida a una niña de 14 meses de edad corregida, estructurada en sesiones semanales en entornos naturales, con estrategias basadas en la implicación activa de la familia, el acompañamiento emocional y el uso de rutinas como escenarios de aprendizaje. La metodología combina herramientas cualitativas y estandarizadas para orientar el proceso y evaluar su eficacia. En las conclusiones se destaca la necesidad de una atención integral, flexible y coordinada que contemple tanto al niño como a su familia. Por último, se identifican como principales limitaciones la ausencia de intervención desde el ámbito hospitalario y la derivación tardía en muchos casos, proponiéndose como línea de mejora la implementación de modelos que refuercen el apoyo a las familias desde el nacimiento.

Palabras clave: prematuridad, intervención centrada en la familia, vínculo afectivo, parentalidad sensible, desarrollo infantil temprano.

Abstract

This Final Master's Project aims to design an intervention proposal focused on the impact of family interaction on the development of a girl born prematurely. The introduction outlines the relevance of prematurity as a risk factor for child development and emphasises the need for family-centred approaches that foster affective bonding and sensitive parenting from the earliest months of life. The objectives of the project are to analyse the consequences of prematurity on the child's development, the emotional impact on parents, the facilitating factors within the family environment, and evidence-based interventions aligned with a family-centred perspective. The contextualisation is framed within the province of Castellón, under the Early Childhood Intervention system, describing the organisation of resources and the coordination between hospital settings and community-based services. Based on the theoretical and contextual analysis, the proposed intervention targets a 14-month-old girl and is structured around weekly sessions in natural environments, using strategies that promote family involvement, emotional support, and the use of daily routines as learning opportunities. The methodology combines qualitative and standardised tools to guide the process and evaluate its effectiveness. The conclusions highlight the importance of a comprehensive, flexible, and coordinated approach that considers both the child and their family. Finally, the main limitations identified include the absence of intervention during the hospital stage and the often-delayed referral to early care services. As a prospective improvement, the implementation of models that support families from birth is proposed.

Keywords: prematurity, family-centred intervention, affective bonding, sensitive parenting, early childhood development.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación y planteamiento del tema elegido	1
1.2. Objetivos	2
2. Marco Teórico	4
2.1. Prematuridad: Definición, características y consecuencias.....	4
2.1.1. Definición	4
2.1.2. Características del recién nacido pretérmino e implicación en el desarrollo infantil	4
2.1.3. Consecuencias emocionales del recién nacido pretérmino. Dolor y estrés.....	5
2.2. Impacto emocional de la prematuridad en los progenitores	6
2.2.1. Estrés, ansiedad y duelo perinatal.....	6
2.2.2. Apego y vínculo afectivo	7
2.3. Interacción familiar como factor facilitador.....	8
2.3.1. Rol del entorno familiar y parentalidad sensible.....	8
2.3.2. Evidencia de intervenciones tempranas centradas en la familia	9
2.4. La transición a la escuela infantil en niños prematuros	10
3. Contextualización	12
3.1. Necesidades detectadas y fundamentos de la atención temprana.....	12
3.2. Características de la población objeto de intervención.....	13
3.3. El centro y el entorno: organización en Castellón	13
3.4. Transición del hospital a la atención temprana y modelos de práctica.....	14
4. Diseño de la Propuesta.....	15
4.1. Objetivos de la propuesta de intervención	15

4.2.	Destinatarios	16
4.3.	Metodología	17
4.4.	Actividades/sesiones.....	18
4.5.	Temporalización	19
4.6.	Evaluación	20
4.6.1.	Valoración inicial	21
4.6.2.	Evaluación durante la intervención	22
4.6.3.	Evaluación de resultados.....	23
4.6.4.	Seguimiento y transición	24
5.	Conclusiones.....	25
6.	Limitaciones y Prospectiva	27
	Referencias bibliográficas	29
Anexo A.	Ecomapa del núcleo familiar (red de apoyos)	31

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Cronología de la intervención</i>	19
---	----

1. Introducción

1.1. Justificación y planteamiento del tema elegido

La prematuridad constituye una de las principales causas de problemas de salud en la infancia temprana, afectando tanto al desarrollo físico como emocional del recién nacido. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), uno de cada diez bebés nace antes de las 37 semanas de gestación, y se estima que cada año se producen aproximadamente 15 millones de nacimientos prematuros en el mundo. En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023) sitúan la tasa de prematuridad en torno al 7,5 % del total de nacimientos, con un aumento progresivo en las últimas décadas. Esta condición conlleva un mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo neurológico, cognitivo, lingüístico y socioemocional del niño.

En línea con esta tendencia, el último informe de March of Dimes (2024) alerta de que la tasa de nacimientos prematuros en Estados Unidos se mantiene en un 10,4 %, y que persisten importantes desigualdades en función del origen étnico y el acceso a los cuidados. Aunque se trata de datos internacionales, reflejan una problemática de carácter global que exige respuestas coordinadas desde los ámbitos de la salud, la intervención social y la atención temprana (AT).

En la práctica profesional, los recién nacidos prematuros representan uno de los perfiles más frecuentes atendidos en los servicios de AT. Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de profundizar en los factores que inciden en su desarrollo, especialmente aquellos que pueden actuar como elementos facilitadores. Entre ellos, la calidad de la interacción temprana entre el bebé y su entorno familiar ha sido identificada como un determinante clave para la construcción de un vínculo afectivo sólido y un desarrollo óptimo del niño (Valeri et al., 2015; Zerbeto et al., 2015).

Diversas investigaciones han señalado que las condiciones en las que ocurre el nacimiento prematuro (hospitalización prolongada, separación física y medicalización intensiva) dificultan la construcción del vínculo inicial entre el neonato y sus cuidadores principales (Provenzi & Montirosso, 2020). Esta situación puede generar un impacto emocional significativo en los progenitores, incrementando los niveles de ansiedad y estrés, lo que a su vez puede interferir

en la calidad de la relación con el bebé (Escartí et al., 2016). La presencia de estas dificultades adquiere especial relevancia en contextos de diversidad cultural o vulnerabilidad social, donde las redes de apoyo y el acceso a servicios especializados pueden ser limitados.

A pesar de la creciente evidencia sobre el papel del entorno familiar en el desarrollo de los niños prematuros, todavía persisten en la práctica asistencial enfoques centrados exclusivamente en el niño, que dejan en segundo plano las necesidades de los cuidadores y la importancia de su implicación en los procesos de estimulación, cuidado e interacción. Esto destaca la oportunidad de mejorar los modelos de atención, promoviendo una perspectiva más integral que contemple tanto al niño como a su familia desde los primeros días de vida.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo pretende analizar cómo la interacción familiar puede actuar como un facilitador en el desarrollo del niño prematuro, identificando prácticas de parentalidad sensible e intervenciones centradas en la familia que han demostrado eficacia en contextos asistenciales y comunitarios. Esta línea de estudio resulta especialmente relevante para los profesionales de la AT, ya que permite reforzar el diseño de propuestas de intervención ajustadas a las necesidades reales de las familias y apoyadas en modelos teóricos reconocidos y evidencias contrastadas.

1.2. Objetivos

Objetivo general:

Desarrollar un programa de intervención centrado en el impacto de la interacción familiar en el desarrollo del niño prematuro, poniendo especial atención al vínculo afectivo, las prácticas de parentalidad sensible y las intervenciones centradas en la familia.

Objetivos específicos:

- Analizar las consecuencias del nacimiento prematuro en el desarrollo neurológico, emocional y comunicativo del niño.
- Evaluar el impacto emocional que la prematuridad produce en los progenitores y cómo este influye en la calidad de la interacción temprana.
- Identificar los facilitadores presentes en el entorno familiar que favorecen el desarrollo del niño.

- Conocer las prácticas e intervenciones basadas en la evidencia que potencian el rol activo de la familia en el cuidado del niño prematuro.

2. Marco Teórico

2.1. Prematuridad: Definición, características y consecuencias

2.1.1. Definición

La prematuridad se ha consolidado como uno de los principales desafíos de salud neonatal a nivel mundial, no solo por la inmadurez fisiológica que conlleva, sino por las múltiples implicaciones en el desarrollo del niño y el bienestar familiar. Según la OMS (2023), se considera parto prematuro aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, clasificándose en: prematuro moderado o tardío (32 a <37 semanas), muy prematuro (28 a <32 semanas) y prematuro extremo (<28 semanas).

Se estima que anualmente nacen alrededor de 15 millones de bebés prematuros, y la tasa global oscila entre el 5 y el 18%, dependiendo de la región. Entre los factores que contribuyen al incremento de esta condición se encuentran la edad materna avanzada, el uso de técnicas de reproducción asistida, los embarazos múltiples y las complicaciones obstétricas previas. Además, una revisión de metaanálisis recientes ha identificado siete factores de riesgo con evidencia sólida, entre ellos: el consumo materno de anfetaminas, la presencia de una arteria umbilical única, trastornos de personalidad, trastornos del sueño, la inducción previa de aborto por aspiración, el escaso aumento de peso durante la gestación y el inicio de una nueva gestación en menos de seis meses tras una pérdida gestacional (Mitrogiannis et al., 2023).

Más allá de su dimensión biomédica, la prematuridad debe abordarse desde un enfoque biopsicosocial, ya que influye de manera decisiva en la trayectoria del desarrollo infantil y en la dinámica familiar. El recién nacido pretérmino (RNPT) requiere cuidados altamente especializados, tanto en el entorno hospitalario como tras el alta, y está expuesto a múltiples riesgos que inciden en su evolución neurológica, emocional y comunicativa.

2.1.2. Características del recién nacido pretérmino e implicación en el desarrollo infantil

Los RNPT presentan una marcada inmadurez fisiológica y neurológica que condiciona su adaptación a la vida extrauterina. Esta inmadurez afecta al sistema respiratorio, inmunológico, digestivo y nervioso central, lo que los hace más vulnerables a complicaciones como la

displasia broncopulmonar, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrosante o la sepsis neonatal (Cassiano et al., 2016).

Desde el punto de vista del desarrollo, los niños prematuros muestran un mayor riesgo de alteraciones en diversas áreas, especialmente en el plano neurológico, emocional y comunicativo. A nivel conductual, se ha observado una mayor incidencia de problemas en la regulación emocional y en la conducta adaptativa (Cassiano et al., 2016), así como un incremento en la vulnerabilidad a trastornos psicológicos en etapas posteriores.

En el área del lenguaje, las dificultades también son significativas. Tal como señalan Zerbeto et al. (2015), existe una asociación entre la edad gestacional y el bajo peso al nacer con un rendimiento inferior en habilidades lingüísticas, siendo la expresión oral la más afectada. Estos riesgos pueden amplificarse en función de las características del entorno familiar, como el nivel educativo parental o la riqueza del entorno comunicativo.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de intervenciones tempranas que contemplen no solo al niño, sino también a su entorno inmediato como agente clave en su desarrollo. La implicación activa de la familia, la parentalidad sensible y la continuidad en los cuidados tras el alta hospitalaria son factores esenciales para favorecer un desarrollo integral.

2.1.3. Consecuencias emocionales del recién nacido pretérmino. Dolor y estrés

Los RNPT no solo enfrentan desafíos médicos, sino también experiencias intensas de dolor y estrés desde sus primeras horas de vida. Durante su estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), son sometidos con frecuencia a procedimientos invasivos, muchos de ellos dolorosos, que pueden tener un impacto directo en su neurodesarrollo.

Valeri et al. (2015) destacan que la exposición a un mayor número de procedimientos dolorosos se relaciona con un desarrollo neurológico más lento y con alteraciones estructurales en el cerebro, como un menor grosor cortical. Asimismo, Cong et al. (2015) observaron que estos bebés muestran una mayor reactividad y una recuperación más lenta ante estímulos dolorosos, reflejo de la vulnerabilidad de su sistema nervioso inmaduro.

Más allá de la evidencia empírica, autores como Bernard Dan (2020) subrayan la complejidad ética y clínica que supone el manejo del dolor en neonatos prematuros. En su reflexión, resalta la necesidad de estrategias de evaluación individualizadas y fundamentadas en el

conocimiento actual del neurodesarrollo temprano, así como de un abordaje que tenga en cuenta la experiencia del dolor como una dimensión subjetiva y moduladora del desarrollo cerebral. La toma de decisiones clínicas en este ámbito, advierte Dan, debe basarse no solo en datos cuantificables, sino también en consideraciones éticas sobre el bienestar del neonato.

Estas experiencias estresantes y dolorosas, en un periodo crítico para la organización del sistema nervioso, suponen un riesgo añadido para la calidad del vínculo afectivo con los progenitores, especialmente cuando las condiciones hospitalarias dificultan el contacto físico continuado. En este sentido, se ha subrayado la importancia de promover el contacto piel con piel desde los primeros momentos tras el nacimiento. Esta práctica, que consiste en colocar al recién nacido sobre el pecho desnudo de la madre o el padre, favorece la estabilidad fisiológica, reduce el dolor y el estrés, y fortalece el vínculo afectivo incluso en contextos de hospitalización prolongada (Provenzi & Montirosso, 2020).

La implementación de modelos de cuidado centrados en el desarrollo, que incorporen intervenciones de alivio del dolor y estrategias de acompañamiento emocional a la familia, resulta indispensable para minimizar los efectos adversos de estas experiencias y mejorar los resultados a corto y largo plazo en los RNPT.

2.2. Impacto emocional de la prematuridad en los progenitores

2.2.1. Estrés, ansiedad y duelo perinatal

El nacimiento prematuro suele ser vivido por los progenitores como una experiencia inesperada y disruptiva, que con frecuencia genera una sensación de pérdida respecto a las expectativas del parto y la maternidad. Esta alteración inesperada del curso natural del embarazo puede dar lugar a un proceso de duelo, especialmente cuando la salud del bebé es incierta o se produce una separación prolongada tras el parto.

Numerosos estudios han evidenciado que tanto madres como padres de recién nacidos prematuros presentan síntomas significativos de estrés, ansiedad e incluso depresión, especialmente durante la hospitalización en la UCIN. Este impacto emocional no solo está relacionado con la condición médica del bebé, sino también con la percepción de pérdida de control y con las limitaciones para ejercer el rol parental (Provenzi & Montirosso, 2020).

Llorente et al. (2021) identificaron varios factores que predicen el nivel de estrés materno en contextos de prematuridad: la edad gestacional al nacimiento, la duración de la hospitalización y la gravedad del estado clínico del neonato. Aunque la sintomatología suele disminuir con el paso del tiempo, los datos muestran que un porcentaje importante de madres mantiene niveles elevados de estrés durante el primer año de vida del bebé, especialmente si existen antecedentes de salud mental o escasa red de apoyo social.

Por otro lado, Escartí et al. (2016) destacan que, aunque el estrés parental es elevado, muchas familias desarrollan estrategias de afrontamiento resiliente, especialmente cuando reciben acompañamiento profesional, información clara y apoyo emocional dentro del entorno hospitalario.

2.2.2. Apego y vínculo afectivo

Las alteraciones emocionales en los progenitores pueden interferir en la creación del vínculo afectivo con el recién nacido, particularmente durante los primeros días y semanas de vida, que suelen coincidir con la hospitalización del bebé. La dificultad para establecer un contacto físico y emocional cercano, junto con la ansiedad por el pronóstico clínico, puede obstaculizar el desarrollo de un apego seguro.

En este contexto, los marcos conceptuales actuales en las UCIN han evolucionado para dar una mayor relevancia a la dimensión afectiva del cuidado neonatal. Modelos como el NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), los cuidados centrados en el desarrollo o el enfoque FICare (*Family Integrated Care*) promueven una atención individualizada, respetuosa con el ritmo del bebé y con la participación activa de los progenitores como figuras clave en el proceso asistencial (Altimier & Phillips, 2016).

Estos enfoques reconocen que el entorno hospitalario no debe ser únicamente un espacio terapéutico, sino también un lugar de vinculación y de construcción del apego. Así, se favorece la presencia constante de la familia, se fomenta el contacto piel con piel desde las primeras horas de vida, y se integran rutinas que respetan los ciclos de sueño y alerta del neonato. Además, se promueve la capacitación de los padres en el cuidado diario, lo que contribuye a fortalecer su rol parental y a reducir el sentimiento de impotencia o delegación que históricamente se ha asociado a la hospitalización neonatal.

La evidencia ha demostrado que estas prácticas no solo mejoran los indicadores fisiológicos del recién nacido, sino que también reducen los niveles de estrés tanto en el bebé como en los cuidadores (Provenzi & Montirosso, 2020). En este sentido, se establece una continuidad directa con lo desarrollado en el apartado anterior, donde se abordaban las consecuencias del dolor y el estrés en los RNPT. Frente a estos factores de riesgo, los modelos de atención centrados en el desarrollo ofrecen una respuesta basada en la empatía, el respeto y el acompañamiento emocional.

En definitiva, el vínculo afectivo no es un proceso estático ni limitado al hogar, sino que comienza desde los primeros contactos en el entorno hospitalario. Las UCIN, cuando adoptan enfoques integradores y humanizados, pueden convertirse en espacios facilitadores del apego, sentando así las bases para un desarrollo emocional saludable en los niños prematuros.

2.3. Interacción familiar como factor facilitador

2.3.1. Rol del entorno familiar y parentalidad sensible

Tal como se ha expuesto en el apartado anterior, el establecimiento temprano del vínculo afectivo en el entorno hospitalario, favorecido por modelos como NIDCAP, FICare y los cuidados centrados en el desarrollo, constituye un primer paso esencial en la construcción del apego entre el bebé prematuro y sus cuidadores. Estos modelos buscan humanizar la atención neonatal y fortalecer la conexión emocional desde las primeras interacciones, incluso en contextos clínicos complejos. Sin embargo, una vez que el neonato recibe el alta hospitalaria, el entorno familiar pasa a ser el escenario central del desarrollo, y con ello, la continuidad de ese vínculo afectivo dependerá en gran medida de la calidad de las interacciones cotidianas.

En este nuevo contexto, la parentalidad sensible adquiere un papel clave para consolidar el apego y favorecer un desarrollo saludable. Esta implica no solo interpretar adecuadamente las señales del bebé, sino también responder de forma coherente y afectiva, especialmente ante manifestaciones que pueden resultar difíciles de leer, como sucede frecuentemente en niños nacidos pretérmino.

Durante la hospitalización, la interacción entre madres y bebés prematuros puede verse alterada por las condiciones médicas del neonato y por el ambiente altamente medicalizado de las UCIN. En esta misma línea, estudios como el de Mira et al. (2022) muestran que el nivel

de estrés y sintomatología depresiva materna se relaciona significativamente con la calidad de la interacción madre-hijo. Cuando las madres experimentan una elevada sobrecarga emocional y dudas respecto a su rol parental, es más frecuente que se vea afectada su sensibilidad hacia el bebé, así como la calidad del contacto físico y emocional.

Tras el alta hospitalaria, el entorno familiar sigue cumpliendo una función decisiva en el ajuste emocional de los padres y en el desarrollo del vínculo con el bebé. Según Aagaard y Hall (2018), la transición del hospital al hogar puede generar sentimientos de inseguridad en los progenitores, quienes a menudo no se sienten preparados para continuar los cuidados sin el respaldo del equipo médico. En este escenario, la presencia activa de la familia, el acompañamiento emocional y la continuidad en los cuidados permiten reforzar el vínculo afectivo, consolidar la confianza parental y generar un entorno facilitador.

2.3.2. Evidencia de intervenciones tempranas centradas en la familia

En los últimos años, los programas de intervención temprana han evolucionado desde modelos centrados exclusivamente en el bebé hacia enfoques que integran activamente a la familia como eje del proceso asistencial. Estas intervenciones no solo promueven el desarrollo del neonato, sino que mejoran el bienestar emocional de los cuidadores y fortalecen el vínculo afectivo con el bebé.

Una de las referencias más sólidas en este ámbito son las prácticas recomendadas por la Division for Early Childhood (DEC), que establecen directrices para la intervención con niños pequeños con necesidades especiales o en situación de vulnerabilidad. Estas recomendaciones promueven un enfoque relacional, basado en la colaboración profesional-familia y en la construcción de capacidades parentales. Según este modelo, los apoyos deben ser individualizados, cultural y contextualmente sensibles, y centrados en las rutinas diarias del niño, con el objetivo de favorecer su participación activa en la vida familiar y comunitaria.

Osorio Galeano y Salazar Maya (2022) destacan que el empoderamiento parental en contextos de prematuridad se asocia con una mayor autoconfianza, mayor implicación en el cuidado y mejor adaptación emocional. Estas autoras enfatizan que los profesionales de la salud deben fomentar la participación activa de los padres desde el ingreso del neonato a la unidad,

ofreciendo información clara, contención emocional y oportunidades de contacto físico seguro.

Por su parte, la revisión de Luque et al. (2021) identifica los componentes clave de los programas de intervención temprana más efectivos para bebés prematuros. Entre ellos destacan: el apoyo emocional a las familias, la formación en lectura de señales del bebé, la promoción del contacto piel con piel y la participación directa en los cuidados. Estos componentes se han asociado con un mejor desarrollo del niño y con menores niveles de estrés y ansiedad en los padres.

En conjunto, la evidencia respalda la necesidad de promover modelos asistenciales que valoren y potencien el rol activo de la familia. La interacción familiar temprana no debe entenderse como algo complementario, sino como un elemento clave para apoyar el desarrollo global del RNPT.

2.4. La transición a la escuela infantil en niños prematuros

La escolarización en la etapa infantil constituye un momento clave en el desarrollo del niño y en la dinámica familiar, especialmente en aquellos casos en los que existen antecedentes de prematuridad. Este proceso de transición hacia un nuevo entorno exige una adaptación progresiva tanto por parte del niño como de sus cuidadores, y requiere de una adecuada coordinación entre los distintos agentes implicados: familia, escuela y profesionales de AT.

En el caso de los niños nacidos de forma muy prematura, la literatura científica ha señalado una mayor probabilidad de presentar dificultades motoras, cognitivas, sensoriales y socioemocionales que pueden interferir en su adaptación al entorno escolar (Casado Gómez et al., 2019). Estos niños pueden manifestar alteraciones en el tono muscular, en la planificación motora o en la integración sensorial, así como una menor autorregulación emocional y mayor vulnerabilidad al estrés ante los cambios de contexto. Todo ello puede dificultar su participación plena en las actividades escolares, afectar su autoestima y limitar sus oportunidades de interacción social positiva.

Desde un enfoque preventivo, se hace necesario contemplar la escolarización como un proceso que debe ser anticipado y acompañado, especialmente en los casos en los que existe un historial de riesgo en el desarrollo. Tal como señalan Casado Gómez et al. (2019), la

atención a estos niños debe organizarse desde una lógica interdisciplinar que favorezca la continuidad entre el ámbito sanitario, educativo y familiar. Esto implica establecer canales fluidos de comunicación entre los profesionales de AT y los equipos docentes de las escuelas infantiles, promover reuniones conjuntas para compartir información relevante sobre el perfil de desarrollo del niño, y planificar estrategias de adaptación personalizadas que respeten sus ritmos y necesidades.

Asimismo, la escuela infantil no debe entenderse únicamente como un espacio educativo, sino como un nuevo entorno ecológico en el que se siguen construyendo vínculos afectivos y aprendizajes significativos. En este sentido, la implicación activa de las familias, el acompañamiento emocional durante el proceso de separación y la integración de las estrategias ya iniciadas en el hogar o en el CDIAT son fundamentales para lograr una transición exitosa. El rol del profesional de AT como mediador y puente entre el hogar y la escuela resulta especialmente valioso para facilitar este proceso.

3. Contextualización

La propuesta de intervención que se presenta en este trabajo se enmarca en la provincia de Castellón, dentro de la Comunidad Valenciana. Esta zona cuenta con una red consolidada de recursos sociosanitarios y educativos, entre los que se incluyen hospitales de referencia, centros de salud, servicios sociales municipales y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). En particular, el área de actuación se sitúa en torno a los municipios de Castellón de la Plana, Vila-real, Almassora y zonas cercanas, donde existe una importante demanda de atención especializada para niños nacidos de forma prematura y otras situaciones de riesgo en el desarrollo.

3.1. Necesidades detectadas y fundamentos de la atención temprana

La atención a la prematuridad constituye una prioridad dentro del marco de la AT, entendida como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno, con el objetivo de dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2000). La evidencia científica y la experiencia clínica muestran que los niños nacidos pretérmino conforman uno de los grupos con mayor prevalencia en los servicios de AT, debido a su elevada vulnerabilidad biológica y emocional.

En la práctica diaria, se ha identificado una necesidad creciente de apoyo a las familias con hijos prematuros, tanto en la etapa hospitalaria como en la transición hacia el ámbito comunitario. Estas familias suelen enfrentarse a altos niveles de estrés, inseguridad respecto al rol parental, y dificultades para establecer un vínculo afectivo temprano con el bebé, especialmente cuando las condiciones médicas del neonato requieren ingreso prolongado en la UCIN. Estas necesidades están en línea con los principios fundamentales de la AT: la intervención centrada en la familia, el trabajo en entornos naturales, la prevención de dificultades secundarias y la coordinación interinstitucional.

3.2. Características de la población objeto de intervención

La intervención está dirigida a niños nacidos de forma prematura (antes de la semana 37 de gestación), especialmente aquellos considerados de riesgo moderado o alto (muy prematuros o con bajo peso al nacer). Estos niños suelen presentar dificultades relacionadas con la autorregulación, el desarrollo motor, la interacción social o el lenguaje. No obstante, sus trayectorias pueden ser muy variables, lo que requiere un enfoque flexible y adaptado a cada caso.

Asimismo, se dirige a sus familias, especialmente en los primeros meses tras el alta hospitalaria, periodo en el que se concentran muchas de las dudas, miedos e inseguridades que afectan al vínculo afectivo, a la parentalidad y al acceso a recursos. El acompañamiento emocional y formativo a estas familias se configura como un eje central del proceso de intervención.

3.3. El centro y el entorno: organización en Castellón

En la provincia de Castellón, la atención a estos casos se organiza a través de la red de CDIAT distribuidos por zonas geográficas, que atienden a niños derivados por pediatras de Atención Primaria, Servicios Sociales o directamente desde el hospital. En concreto, hospitales como el Hospital General Universitario de Castellón y el Hospital de La Plana de Vila-real disponen de unidades neonatales con protocolos específicos de seguimiento y derivación a AT. Cuando un neonato es dado de alta y se valora que requiere intervención, se emite un informe clínico y se activa la derivación a través del sistema SIP (Sistema de Información Poblacional). Esta solicitud es gestionada por los servicios sociales del municipio, quienes coordinan con el CDIAT correspondiente según la zona de residencia de la familia.

Los CDIAT desarrollan intervenciones transdisciplinarias e interdisciplinarias que incluyen valoración del desarrollo, diseño de planes de apoyo personalizados y atención terapéutica. Además, en la mayoría de casos, los equipos trabajan en coordinación con recursos educativos (como las escuelas infantiles), sanitarios (centros de salud) y sociales (servicios municipales). Este modelo busca respetar el entorno natural del niño y mantener una continuidad entre el hospital, el hogar y los servicios comunitarios.

3.4. Transición del hospital a la atención temprana y modelos de práctica

La transición entre el entorno hospitalario y los servicios comunitarios de AT constituye un momento crítico. Un proceso de transición adecuado debe garantizar que las familias cuenten con información clara, acompañamiento emocional y acceso temprano a los recursos necesarios. Modelos como el FICare y los cuidados centrados en el desarrollo han contribuido a fomentar esta continuidad asistencial, poniendo en valor el papel activo de los progenitores y el trabajo conjunto entre profesionales sanitarios y de AT.

En la práctica, esto se traduce en acciones como la participación de los profesionales del CDIAT en reuniones hospitalarias, la visita temprana al hogar tras el alta, la planificación conjunta de los objetivos terapéuticos y la utilización de instrumentos de seguimiento que integran la visión médica, social y familiar. Estos enfoques no solo promueven el desarrollo del niño, sino que contribuyen a consolidar una parentalidad más segura, positiva y conectada emocionalmente con el bebé.

4. Diseño de la Propuesta

En este apartado se presenta la propuesta de intervención desarrollada a partir del análisis teórico y contextual previamente expuesto. La intervención ha sido diseñada con el objetivo de dar respuesta a las necesidades detectadas en la población infantil nacida de forma prematura y sus familias, desde una perspectiva integral y centrada en la familia, en coherencia con los fundamentos de la AT.

4.1. Objetivos de la propuesta de intervención

La presente propuesta de intervención está orientada a dar respuesta a las necesidades detectadas en familias con hijos nacidos de forma prematura, promoviendo su implicación activa en el desarrollo infantil desde un enfoque centrado en la familia. Para ello, se plantean los siguientes objetivos, adecuados al contexto de aplicación de la intervención y redactados en términos concretos y operativos.

Objetivo general:

Diseñar e implementar una intervención dirigida a favorecer el vínculo afectivo, la parentalidad sensible y la participación activa de las familias con hijos prematuros en el proceso de desarrollo infantil, dentro del marco de la AT.

Objetivos específicos:

- Fomentar el establecimiento del vínculo afectivo entre el bebé prematuro y sus cuidadores principales desde los primeros meses tras el alta hospitalaria.
- Entrenar a los progenitores en la lectura e interpretación de las señales del bebé para mejorar la calidad de la interacción temprana.
- Proporcionar herramientas emocionales y educativas a las familias para reducir el estrés parental y fortalecer su confianza en el cuidado del niño.
- Promover el uso del contacto piel con piel y otras prácticas basadas en la evidencia para favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del bebé.
- Facilitar la coordinación entre el equipo de AT y los servicios hospitalarios y sociales implicados, asegurando una transición fluida y acompañada tras el alta.

4.2. Destinatarios

La propuesta de intervención está dirigida a una niña nacida de forma prematura que, en el momento de su incorporación al programa, cuenta con 14 meses de edad corregida. Se trata de un caso atendido en el ámbito de la AT, en un municipio rural de la provincia de Castellón. La menor presenta un desarrollo global sin alteraciones graves, aunque se han detectado señales de inmadurez en aspectos relacionados con la autorregulación, la interacción social y el lenguaje expresivo, aspectos frecuentes en bebés prematuros que requieren un seguimiento especializado y preventivo.

La unidad familiar está compuesta por la madre y su hija de 14 meses de edad corregida, nacida de forma muy prematura. La madre asume la crianza como figura principal de apego y referente en el día a día. Además del núcleo madre-hija, la familia cuenta con una red de apoyos significativa que desempeña un papel relevante en su bienestar.

En primer lugar, destacan los abuelos maternos, con quienes mantienen una relación estrecha y que participan activamente en la crianza, especialmente en momentos puntuales de necesidad (acompañamiento a citas médicas, cuidados en el domicilio, etc.). Asimismo, la madre cuenta con el apoyo de su hermano, quien, aunque no convive con ellas, está presente de forma frecuente en dinámicas familiares. Se reúnen habitualmente los fines de semana en espacios compartidos de ocio y actividades, lo que supone también una oportunidad para la niña de establecer vínculo con sus primos, dos niños en edad preescolar y escolar.

En el ámbito sanitario, la niña se encuentra en seguimiento por varios especialistas debido a su condición de prematuridad. Cuenta con atención periódica por parte de su pediatra, con quien mantienen un contacto más continuado, así como revisiones más espaciadas (generalmente semestrales) con el neonatólogo, rehabilitador y cardiólogo infantil. Esta red de profesionales representa un pilar importante de apoyo formal para la madre, tanto a nivel informativo como emocional.

El contexto rural en el que se desarrolla esta intervención presenta tanto fortalezas como retos. Por un lado, la proximidad física y emocional con los apoyos familiares mencionados (los abuelos, el hermano de la madre y sus hijos) favorece una dinámica de colaboración cotidiana que contribuye significativamente al bienestar de la niña y su madre. Esta cercanía

facilita una mayor implicación en el cuidado compartido y en la participación en momentos clave del desarrollo. Por otro lado, se identifican ciertas limitaciones de acceso a servicios especializados y menor disponibilidad de recursos específicos, lo que hace especialmente importante una intervención flexible, accesible y centrada en las fortalezas familiares.

En este sentido, resulta esencial reconocer y potenciar los recursos propios de la familia y del entorno inmediato, no solo desde una perspectiva funcional, sino también emocional. La implicación activa de los abuelos y del hermano de la madre, así como el acompañamiento continuado de los profesionales sanitarios, configuran una base sólida sobre la que construir una intervención sensible, individualizada y ajustada a las necesidades reales de la unidad familiar.

4.3. Metodología

La propuesta de intervención se desarrolla desde un enfoque ecológico y centrado en la familia, en coherencia con los principios de la AT. Se articula mediante una planificación flexible, basada en sesiones semanales de una hora de duración, combinando intervenciones en el domicilio familiar y en la escuela infantil, como entornos naturales de desarrollo.

El proceso de intervención parte de una valoración inicial integral, que incluye entrevistas con la familia (Entrevista Basada en Rutinas), representaciones visuales del contexto (Ecomapa), herramientas estandarizadas para el desarrollo infantil (Bayley-III, HINE, AIMS), la Family Empowerment Scale (FES), que permite conocer el nivel de empoderamiento percibido por los cuidadores en su rol parental y en su relación con los servicios, y la escala MEISR (Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships), que permite valorar la participación funcional del niño en las rutinas diarias del hogar, identificando niveles de implicación, autonomía y relaciones sociales. A partir de esta evaluación, se establecen los objetivos funcionales en colaboración con la familia, adaptados a sus necesidades y prioridades.

Las estrategias de intervención se centran en el acompañamiento a las figuras cuidadoras, el modelado de interacciones sensibles y el refuerzo del vínculo afectivo y la capacidad de respuesta ante las señales del bebé. Se parte de las rutinas diarias para generar oportunidades de aprendizaje, y se fomenta el empoderamiento parental mediante orientación emocional y educativa.

La intervención se lleva a cabo en coordinación con el equipo del CDIAT y, en el momento oportuno, con el personal de la escuela infantil, asegurando una transición fluida entre contextos. La evaluación continua y los ajustes periódicos permiten adaptar el plan de intervención en función de la evolución del desarrollo y la implicación familiar.

4.4. Actividades/sesiones

La intervención propuesta se articula en torno a una planificación semanal flexible, adaptada a los contextos reales de la vida de la niña y su familia. En lugar de establecer un número cerrado de sesiones, se plantea una intervención sostenida en el tiempo, en línea con las prácticas habituales en AT con niños nacidos de forma prematura, quienes requieren un acompañamiento continuo hasta que se constata un desarrollo global funcional y dentro de los parámetros normotípicos.

La frecuencia prevista es de una sesión semanal, con una duración estimada de 60 minutos, combinando sesiones en el entorno familiar (domicilio) y en la escuela infantil, favoreciendo así una intervención en entornos naturales y coordinada con los principales agentes del desarrollo de la niña.

Todas las actividades se diseñan desde un enfoque centrado en la familia, en el que los profesionales acompañan, modelan y refuerzan las prácticas de cuidado, interacción y estimulación que se dan en la vida cotidiana. Se parte de las rutinas diarias de la niña, como la alimentación, el juego, el descanso o la higiene, como oportunidades reales de aprendizaje y desarrollo. Asimismo, se tiene en cuenta la disponibilidad de la madre y el rol activo de los abuelos como red de apoyo relevante.

Entre los contenidos que se abordan progresivamente a lo largo de la intervención, destacan:

- Observación y análisis de la interacción madre-bebé, identificando señales comunicativas, momentos de conexión afectiva y oportunidades de mejora.
- Acompañamiento en rutinas funcionales (alimentación, baño, juego compartido, salidas de ocio), favoreciendo la estimulación desde un enfoque lúdico y espontáneo.
- Apoyo a la parentalidad sensible, ofreciendo estrategias prácticas para interpretar y responder a las señales de la niña, así como gestionar el estrés emocional derivado del proceso de crianza.

- Coordinación con la escuela infantil, cuando la niña inicie su escolarización, para asegurar una continuidad en los apoyos, compartir estrategias y favorecer una comunicación fluida entre profesionales.
- Refuerzo del vínculo afectivo mediante actividades que favorezcan la mirada, el contacto físico, la vocalización conjunta y la expresión emocional.
- Promoción del desarrollo del lenguaje y la comunicación a través de situaciones significativas, como el juego simbólico, las rutinas y el refuerzo verbal durante la acción.
- Valoración continua del desarrollo, adaptando los objetivos y estrategias de intervención en función de los logros y necesidades de la niña y su entorno.

Esta metodología permite que la intervención se mantenga alineada con los principios de la AT: respetuosa, funcional, transdisciplinar, situada en entornos naturales y centrada en las fortalezas y necesidades reales de cada familia.

4.5. Temporalización

Tabla 1. *Cronología de la intervención.*

Mes	Objetivos clave	Acciones previstas	Ejemplos
Mes 1	Establecer vínculo inicial con la familia y conocer las rutinas.	Aplicación de EBR, ecomapa, Bayley-III, HINE, AIMS, FES y MEISR. Primera sesión en domicilio.	Entrevista inicial en el CDIAT donde se abordan las preocupaciones de la familia (EBR).
Mes 2	Fomentar el vínculo afectivo y la observación de señales del bebé.	Sesiones en domicilio centradas en el contacto visual, vocalizaciones y contacto físico.	Observar el baño como momento de conexión madre-bebé.

Mes 3	Apoyar la parentalidad sensible y el acompañamiento emocional.	Modelado de respuestas sensibles, gestión emocional, refuerzo de competencias parentales.	Acompañar a la madre durante una salida al parque.
Mes 4	Introducir estrategias de estimulación comunicativa y juego compartido.	Juegos simbólicos, lectura conjunta, canciones, fomento de turnos de comunicación.	Uso de marionetas y cuentos para estimular el lenguaje.
Mes 5	Fortalecer la autonomía familiar y la implicación en la escuela infantil.	Reunión con escuela infantil, pautas de adaptación, coordinación con educadoras.	Pautar momentos de separación breve en la escuela infantil.
Mes 6	Evaluar resultados y planificar la transición o seguimiento.	Reaplicación de herramientas pertinentes, reunión final con la familia, evaluación de cierre	Comparar resultados iniciales y finales en Bayley-III y FES.

Fuente: Elaboración propia.

4.6. Evaluación

La evaluación constituye un componente clave dentro de la propuesta de intervención, ya que permite valorar la efectividad del programa, ajustar las estrategias aplicadas y tomar decisiones fundamentadas sobre su continuidad o modificación. Dado el carácter prolongado y flexible de la intervención en AT, especialmente en casos de prematuridad, se plantea una evaluación continua, estructurada en tres fases: valoración inicial, evaluación durante el proceso y evaluación de resultados (outcome), incluyendo además una planificación para el seguimiento o transición cuando sea pertinente.

4.6.1. Valoración inicial

Antes del inicio de la intervención, se llevará a cabo una evaluación completa del caso con el objetivo de comprender en profundidad la situación de la niña y su entorno familiar. Esta fase permite establecer una línea base desde la que definir objetivos funcionales y personalizar el acompañamiento. Se emplearán herramientas cualitativas y cuantitativas, seleccionadas por su utilidad en contextos de AT y su enfoque centrado en la familia:

- Entrevista Basada en Rutinas (McWilliam, 2010): entrevista estructurada que recoge información sobre cómo transcurre el día a día del niño y su familia. A través de preguntas abiertas, permite explorar las preocupaciones, prioridades y expectativas de los cuidadores en relación con las rutinas del hogar (alimentación, sueño, juego, etc.). Es una herramienta clave para identificar objetivos significativos y contextualizados que guíen la intervención.
- ECOMAPA: representación gráfica que permite visualizar los apoyos formales e informales que rodean a la familia. Aporta información sobre la red de relaciones, recursos disponibles, posibles tensiones y grado de conexión social, facilitando una comprensión ecológica del entorno y la detección de factores de protección o riesgo.

En el Anexo A se incluye el ecomapa correspondiente al caso trabajado, donde se representa la red de apoyos específicos que rodean al núcleo madre-hija.

- MEISR: instrumento observacional diseñado para evaluar la participación del niño en las rutinas diarias del hogar desde una perspectiva funcional. Permite recoger información sobre tres dimensiones clave del desarrollo: implicación activa, grado de autonomía e interacciones sociales en contextos naturales. A través de un listado de rutinas comunes (como la comida, el juego, la higiene o las salidas), se analiza cómo el niño participa en cada una de ellas, facilitando así la identificación de fortalezas y áreas de apoyo. Su uso permite orientar la intervención hacia objetivos funcionales y significativos para la familia.
- FES: instrumento diseñado para valorar el grado de empoderamiento percibido por las familias en su rol como cuidadores, especialmente en contextos de intervención temprana. Evalúa tres dimensiones principales: empoderamiento familiar, empoderamiento en el sistema de servicios y empoderamiento comunitario. Su aplicación

permite detectar fortalezas y áreas de mejora en la implicación familiar, favoreciendo la planificación de estrategias ajustadas al perfil de cada cuidador.

- Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-III): prueba estandarizada utilizada para valorar el desarrollo de niños entre 1 y 42 meses en diversas áreas: cognitiva, lingüística (comprensión y expresión), motora (fina y gruesa), socioemocional y adaptativa. Proporciona una estimación cuantitativa del nivel de desarrollo y permite detectar retrasos o necesidades específicas que requieren seguimiento o intervención.
- Escala HINE (Hammersmith Infant Neurological Examination): herramienta sencilla y válida para la evaluación neurológica de lactantes entre los 2 y los 24 meses. Ofrece una visión general del funcionamiento neurológico a través de la observación de reflejos, tono muscular, postura, movimientos espontáneos y reacciones. Es especialmente útil en el seguimiento de niños con factores de riesgo perinatal, como los nacidos de forma prematura.
- Escala AIMS (Alberta Infant Motor Scale): escala observacional centrada en el desarrollo motor grueso en menores de 18 meses. Evalúa el control postural y el desplazamiento en cuatro posiciones (decúbito prono, supino, sedente y de pie), permitiendo identificar posibles desviaciones en la adquisición de hitos motores y ajustar las estrategias de estimulación motora desde edades tempranas.

Esta fase inicial no solo sirve para establecer una línea base, sino que también permite definir, junto a la familia, los objetivos funcionales individuales, realistas y adaptados a sus necesidades y prioridades. Estos objetivos estarán redactados en lenguaje claro, centrados en actividades cotidianas, y sujetos a revisión periódica.

4.6.2. Evaluación durante la intervención

A lo largo del proceso, se realizará un seguimiento continuo basado en:

- Observación directa en contextos naturales (hogar y escuela infantil).
- Registros cualitativos de los avances observados por el profesional y por la familia.
- Revisión conjunta con la familia de los objetivos establecidos, valorando su utilidad y la percepción subjetiva de cambio.

- Ajustes de la intervención en función de la evolución del desarrollo, el nivel de implicación familiar y el contexto.

La evaluación durante la intervención se integrará como parte del proceso terapéutico, buscando fomentar la participación activa de los cuidadores y la toma de decisiones compartida.

4.6.3. Evaluación de resultados

Cada seis meses se realizará una evaluación formal de los resultados obtenidos, con el fin de valorar:

- Los progresos de la niña en relación con los objetivos funcionales definidos inicialmente.
- Los cambios en la dinámica familiar y el grado de empoderamiento parental.
- La evolución del perfil de desarrollo de la niña a nivel cuantitativo y cualitativo.

En esta fase se volverán a aplicar, de forma parcial o completa, algunas de las herramientas utilizadas en la valoración inicial que continúan siendo válidas para la edad de la niña en ese momento. En concreto, se utilizarán nuevamente las escalas Bayley-III y HINE para valorar la evolución del desarrollo cognitivo, motor, lingüístico y neurológico; la FES para observar posibles cambios en el empoderamiento parental; y la MEISR para valorar la implicación, autonomía y relaciones sociales del niño en las rutinas diarias. En caso de que se produzcan cambios relevantes en la dinámica familiar o en el contexto cotidiano, se actualizará la información recogida en la Entrevista Basada en Rutinas y el Ecomapa, con el objetivo de mantener una intervención ajustada a las nuevas necesidades y prioridades de la familia. Por su parte, la escala AIMS, aunque está diseñada para niños menores de 18 meses, podría considerarse excepcionalmente si a los 20 meses la niña aún no ha adquirido la marcha autónoma, con el fin de analizar con mayor precisión la evolución de su control postural y desplazamiento. De este modo, será posible contrastar los avances tanto en el perfil de desarrollo de la menor como en la dinámica familiar, la calidad de la interacción y la eficacia de la intervención.

4.6.4. Seguimiento y transición

Una vez que se observe un desarrollo funcional dentro de la normalidad y se haya fortalecido el contexto familiar como entorno competente, se planificará una reducción progresiva de la intervención, pasando a una fase de seguimiento con sesiones más espaciadas. En caso de que persistan necesidades específicas, se valorará la derivación o coordinación con otros recursos (como orientación educativa, logopedia, psicología o salud mental infantil).

El proceso de seguimiento también incluirá encuentros puntuales con la familia y la escuela, a fin de sostener los logros alcanzados y anticipar posibles nuevas demandas que pudieran surgir a lo largo del crecimiento de la niña.

5. Conclusiones

El presente trabajo ha supuesto una oportunidad para profundizar en el impacto que la interacción familiar tiene en el desarrollo de los niños nacidos de forma prematura, un colectivo especialmente vulnerable dentro del ámbito de la AT. A lo largo del proceso se ha podido constatar la importancia de abordar esta realidad desde una mirada integral que contemple no solo las necesidades del niño, sino también las emociones, los recursos y las competencias de su entorno más cercano. El diseño de la propuesta de intervención ha estado guiado por un enfoque centrado en la familia, que considera a los cuidadores como protagonistas activos del desarrollo de sus hijos, favoreciendo así una intervención más ajustada, respetuosa y eficaz.

En relación con el primer objetivo específico, centrado en analizar las consecuencias del nacimiento prematuro en el desarrollo neurológico, emocional y comunicativo del niño, se ha podido concluir que estas afectan de manera diversa y multidimensional. El estudio del marco teórico ha permitido comprender cómo la prematuridad no solo implica inmadurez fisiológica, sino también una mayor probabilidad de alteraciones en el vínculo, el lenguaje o la autorregulación emocional. Esta información ha sido clave para fundamentar las decisiones tomadas en la planificación de la intervención.

Respecto al segundo objetivo, que pretendía evaluar el impacto emocional de la prematuridad en los progenitores y cómo este influye en la calidad de la interacción temprana, se ha concluido que el bienestar parental es un factor esencial en el desarrollo del vínculo afectivo. La revisión realizada ha puesto en evidencia cómo los niveles de ansiedad, estrés o inseguridad parental pueden obstaculizar el proceso de apego, especialmente cuando no se dispone de apoyos adecuados. Esta toma de conciencia ha motivado que la propuesta incluya estrategias específicas de acompañamiento emocional y refuerzo de la confianza parental.

En relación con el tercer objetivo, orientado a identificar los facilitadores presentes en el entorno familiar que favorecen el desarrollo del niño, se ha concluido que factores como la sensibilidad parental, la presencia de una red de apoyo, y la implicación activa en los cuidados cotidianos son determinantes para el ajuste emocional del niño y su evolución positiva. Estos

elementos han sido incorporados en la intervención como ejes centrales sobre los que apoyar el trabajo profesional.

Respecto al cuarto objetivo, enfocado en conocer las prácticas e intervenciones basadas en la evidencia que potencian el rol activo de la familia, el análisis bibliográfico ha permitido seleccionar estrategias concretas que han demostrado eficacia en la mejora del vínculo afectivo, el empoderamiento parental y la participación en entornos naturales. La propuesta diseñada recoge estas evidencias, adaptándolas a un caso concreto con sensibilidad hacia su contexto y características particulares.

En conjunto, puede afirmarse que se ha logrado el objetivo general del trabajo: diseñar una intervención centrada en el impacto de la interacción familiar en el desarrollo del niño prematuro, con un enfoque respetuoso, contextualizado y coherente con los principios de la AT. La propuesta no solo recoge conocimientos adquiridos a lo largo del máster, sino que también los aplica de forma práctica y realista a una situación concreta, con especial atención a la evaluación funcional, la participación de la familia y la coordinación profesional.

Desde una perspectiva formativa, el desarrollo de este trabajo ha constituido una experiencia de aprendizaje integral, en la que se han consolidado conocimientos teóricos y prácticos en el ámbito de la AT. La elaboración de la propuesta ha favorecido una mayor comprensión de la importancia de acompañar a las familias desde un enfoque sensible, respetuoso y centrado en sus capacidades. Asimismo, ha permitido reforzar la mirada profesional hacia la intervención en prematuridad, subrayando la necesidad de modelos que valoren el entorno familiar como agente activo en el desarrollo infantil. Este proceso ha contribuido, en definitiva, a fortalecer una visión más cercana, ética y contextualizada de la práctica profesional.

6. Limitaciones y Prospectiva

El presente Trabajo Fin de Máster ha permitido abordar una propuesta de intervención centrada en el impacto de la interacción familiar en el desarrollo del niño prematuro, integrando tanto fundamentos teóricos como criterios metodológicos ajustados al contexto de la AT. No obstante, como todo proyecto aplicado, presenta una serie de limitaciones que es importante reconocer y que abren vías de mejora y reflexión de cara a futuros desarrollos.

Una de las principales limitaciones del trabajo radica en el hecho de que la intervención se plantea en un momento relativamente posterior al alta hospitalaria, concretamente cuando la niña ya tiene 14 meses de edad corregida. Aunque este planteamiento es coherente con la práctica habitual de muchos servicios de AT, supone una oportunidad de intervención que se activa una vez han transcurrido los primeros meses de vida del bebé, periodo especialmente sensible para la construcción del vínculo afectivo y el acompañamiento parental. Lo ideal, desde un enfoque preventivo y centrado en la familia, sería poder iniciar la intervención desde el mismo contexto hospitalario, en coordinación con los profesionales de la unidad neonatal. Esta continuidad asistencial permitiría reforzar el apoyo emocional a los progenitores, facilitar el establecimiento temprano del vínculo y sentar las bases para un acompañamiento más eficaz tras el alta.

Sin embargo, en la práctica real, las derivaciones a AT en muchos casos no se realizan hasta que aparecen signos evidentes de dificultad en el desarrollo. Esto deja fuera del circuito de apoyo a muchas familias que, sin presentar un diagnóstico claro, podrían beneficiarse de un acompañamiento temprano en aspectos emocionales, vinculares y relacionales. Este desfase entre la necesidad real y la activación de los recursos constituye una limitación estructural del sistema, que condiciona tanto el diseño como la implementación efectiva de las intervenciones.

Otra limitación del trabajo tiene que ver con la muestra: al tratarse de una propuesta centrada en un caso concreto, sus resultados no pueden generalizarse directamente a otras realidades. Cada familia presenta una configuración única de apoyos, estilos de crianza, niveles de implicación y recursos emocionales, lo que exige una adaptación continua del modelo propuesto. Si bien el diseño contempla una estructura flexible, sería interesante ampliar en el

futuro el número de casos analizados para explorar variaciones en la aplicación práctica de la intervención.

A nivel metodológico, se ha optado por una combinación de herramientas cualitativas y cuantitativas, muchas de ellas contrastadas y válidas en contextos de AT. No obstante, podrían haberse considerado otros instrumentos complementarios, especialmente en relación con la medición del estrés parental, la percepción de autoeficacia o la calidad del entorno del hogar. La elección de herramientas se ha realizado en base a su aplicabilidad práctica, pero siempre existe margen de mejora en cuanto a triangulación de fuentes e integración de nuevas perspectivas evaluativas.

Desde una mirada prospectiva, el trabajo invita a seguir avanzando en modelos de intervención que promuevan una verdadera continuidad entre el entorno hospitalario y los servicios comunitarios. También destaca la necesidad de sensibilizar a los equipos sanitarios y sociales sobre la importancia de derivar precozmente a las familias de niños prematuros, incluso en ausencia de un diagnóstico cerrado, para favorecer una atención preventiva y no exclusivamente reactiva. Además, sería interesante explorar cómo incorporar el acompañamiento a la red de apoyo informal (abuelos, hermanos, otras figuras cuidadoras) dentro del plan de intervención, dado que su presencia puede influir de manera significativa en la dinámica familiar y el desarrollo del niño.

En definitiva, el presente trabajo constituye un punto de partida sólido, pero necesariamente abierto a revisión, adaptación y mejora. Sus aportaciones deben entenderse como una base sobre la que seguir construyendo propuestas que respondan con mayor precisión a la diversidad y complejidad de las situaciones familiares asociadas a la prematuridad.

Referencias bibliográficas

- Aagaard, H., & Hall, E. O. C. (2018). Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and follow-up support. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e314–e322. <https://doi.org/10.1111/jocn.13883>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Benzies, K. M., Magill-Evans, J. E., Hayden, K. A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(Suppl 1), S10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S10>
- Casado Gómez, C., Moya Maya, A., & Corrales González, A. (2019). *Los recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela*. *Enfermería Global*, 18(55), 554–578. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.347121>
- Cassiano, R. G. M., Gaspardo, C. M., & Linhares, M. B. M. (2016). Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 274–288. <https://doi.org/10.1002/imhj.21563>
- Cong, X., McGrath, J. M., Cusson, R. M., & Zhang, D. (2015). Pain reactivity and recovery in preterm neonates. *Biological Research for Nursing*, 17(4), 440–448. <https://doi.org/10.1177/1099800414552641>
- Dan, B. (2020). Pain and neurodevelopmental outcomes of infants born very preterm. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(11), 1263. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14655>
- Division for Early Childhood (DEC). (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Recommended Practices Commission. <https://divisionearlychildhood.egnyte.com/dl/vG4Jv6G7F2>
- Escartí, A., Boronat, N., Llopis, R., Torres, R., & Vento, M. (2016). Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros. *Anales de Pediatría*, 84(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.03.001>
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Movimiento Natural de la Población. Nacimientos. Año 2022*. https://www.ine.es/prensa/ea_2022_d.pdf

Llorente, M. V., Pardo, M. A., de la Hoz, A. B., & de la Cruz, J. (2021). Predictores longitudinales del estrés materno en madres de bebés prematuros durante el primer año de vida. *Anales de Pediatría*, 94(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.014>

March of Dimes. (2024). *2024 March of Dimes Report Card: United States earns D+ for preterm birth rate for third consecutive year*. <https://www.marchofdimes.org/about/news/us-earns-d-plus-preterm-birth-rate-third-consecutive-year-2024-march-dimes-report-card>

McWilliam, R. A. (2010). *Routines-based early intervention: Supporting young children and their families*. Paul H. Brookes Publishing Co.

Mira, A., Coó, S., Bastías Lemp, R., & González, R. (2022). Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros moderados durante la hospitalización. *Revista Chilena de Pediatría*, 93(6), 889–897. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i6.4023>

Mitrogiannis, I., Evangelou, E., Efthymiou, A., Kanavos, T., Birbas, E., Makrydimas, G., & Papatheodorou, S. (2023). *Risk factors for preterm birth: An umbrella review of meta-analyses of observational studies*. *BMC Medicine*, 21, 494. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03171-4>

Osorio Galeano, S. P., & Salazar Maya, Á. M. (2022). El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro. *Revista Cuidarte*, 13(2), e2104. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2104>

Provenzi, L., & Montirosso, R. (2020). Repensando el estrés en padres de bebés prematuros: un enfoque contextual. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 118(3), 186–192. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.186>

Valeri, B. O., Holsti, L., & Linhares, M. B. M. (2015). Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: A systematic review. *The Clinical Journal of Pain*, 31(4), 355–362. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000114>

World Health Organization. (2023). *Preterm birth: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Zerbeto, A. B., Cortelo, F. M., & Filho, É. T. (2015). Association between gestational age and birth weight on the language development of Brazilian children: A systematic review. *Jornal de Pediatría*, 91(4), 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.11.003>

Anexo A. Ecomapa del núcleo familiar (red de apoyos)

A continuación, se presenta el ecomapa correspondiente al caso de intervención, donde se visualizan los apoyos informales, intermedios y formales que rodean a la unidad madre-hija, con especial atención a la intensidad del vínculo y su frecuencia.

