

# Resumen ejecutivo

## Pilotaje 2:

### Teleintervención e intervención en espacios naturales en Atención Infantil Temprana.

Inypema Living Lab de Innovación Social

Clínica Universitaria INYPEMA de la Facultad Padre Ossó



Principado de  
Asturias

Consejería de  
Derechos Sociales  
y Bienestar



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU

## Contenido

Introducción.....	3
Metodología.....	5
Participantes.....	5
Procedimiento.....	7
Herramientas de valoración.....	9
Conclusiones.....	11
Referencias bibliográficas.....	13

Este resumen ejecutivo está construido en base al pilotaje 2: *Teleintervención e intervención en espacios naturales en Atención Infantil Temprana*, que forma parte del proyecto **Inypema Living Lab de Innovación Social**, y responde a su objetivo general (OG): “Conocer el estado de la atención temprana en Asturias, para ofrecer propuestas de mejora en el acceso de la población infantil a los recursos y servicios disponibles”.

El proyecto Inypema Living Lab de Innovación Social es una iniciativa impulsada por la Clínica Universitaria Inypema de la Facultad Padre Ossó, en colaboración con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias en el marco del Proyecto Texu.

## Introducción

El desarrollo infantil es un proceso de La condición de salud de un individuo viene determinada por una compleja interacción entre los factores personales del individuo como el sexo, raza, edad, estilos de vida o hábitos, toma de decisiones, vivencias y experiencias personales, etc. y los factores ambientales, definidos como influencias externas que pueden tener un papel facilitador o limitante sobre el funcionamiento y/o discapacidad. La combinación de deficiencias en las funciones y estructuras y la limitación en la participación tienen efecto negativo a la condición de salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001).

En el caso de edades temprana, los mecanismos de desarrollo pueden verse alterados en alguno de los dominios de salud o dominios relacionados con la salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001). Actualmente son los hitos del desarrollo los que representan los pasos decisivos en materia de funcionalidad e independencia que el niño debe conseguir para desenvolverse de forma adecuada, siendo considerados desde la literatura científica como los marcadores

determinantes para la consecución de una identidad adulta (Msall, 2005; Ottenbacher et al., 1999; Pinguart, 2014; Prasad et al., 2016).

El retraso en el desarrollo por tanto describe ampliamente a aquellos niños cuyo proceso madurativo, es decir cuya adquisición de hitos del desarrollo, es más lenta en una o varias áreas: físico, cognitivo, de la comunicación, social, académico y/o ocupacional (Schell et al., 2016). Se ha demostrado que una atención precoz en esta población tiene efectos positivos en lo referido a la adquisición de habilidades y la aplicación de estas a los diferentes entornos en los que el niño se desenvuelve (Fontil et al., 2020; Grajo et al., 2020; West et al., 2022).

Por todo ello, la identificación y abordaje de los niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo (TND) es una cuestión imperativa respaldada por diferentes marcos normativos a nivel estatal, nacional y autonómico. Asimismo, la literatura científica categoriza de apremiante el análisis y la investigación de tendencias que aboguen por la consecución de estos dos procesos de forma efectiva y eficiente.

En la actualidad, una de las corrientes que está siendo implementada en el ámbito

infantil es el modelo centrado en la familia, que, en líneas generales, consiste en la implicación activa de las familias durante los procesos terapéuticos a fin de facilitar apoyo durante el desarrollo temprano del niño. Existen estudios que respaldan la importancia de esto dado que así se posibilita, por un lado, la superación de diferentes consecuencias negativas asociadas a la discapacidad y por otro, el establecimiento de una relación terapéutica fuerte entre la familia y el profesional que posibilite un incremento en factores como el empoderamiento, sentimiento de competencia en la crianza, etc.

Por otro lado, la emergencia sanitaria global provocada por el COVID19 supuso un clima de desafío sin precedentes para el acceso y continuación de procesos interventivos en los diferentes recursos sociosanitarios, suponiendo un punto de inflexión con respecto a los modelos y técnicas que se habían estado implementando hasta la fecha (Curfman et al., 2021; Ji et al., 2020). En ese sentido, el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) supusieron una opción viable en el ámbito de salud en cuanto a la prestación de servicios en remoto (Curfman et al., 2021; García et al., 2021; Houston & Stredler-Brown, 2012),

conocido bajo el nombre de teleintervención o eHealth.

En el marco de la Atención Infantil Temprana (AIT), la teleintervención posibilita un acceso y continuidad a los diferentes recursos de forma segura y eficaz independientemente del contexto territorial (Fernández-Alcántara et al., 2020; García et al., 2021; Plena Inclusión España, 2020). Asimismo, se trata de una metodología innovadora que contempla componentes como el papel activo de la familia durante su desarrollo, teniendo en cuenta sus prioridades y objetivos en conjunto con el equipo profesional, lo que hace que esta se relaciona, casi de forma intrínseca con el modelo centrado en la familia (Chen & Liu, 2021; Denis et al., 2022; Hughes-Scholes et al., 2019; James Campana et al., 2019; Kronberg et al., 2021; Martínez-Rico et al., 2023; Oliver et al., 2023; Park et al., 2020; Subinas-Medina et al., 2022; van der Zee & Dirks, 2022).

Dado el inminente cambio de paradigma en los sistemas de atención de la primera infancia en los últimos años, así como la evolución de recursos asistenciales son precisas las investigaciones que versen en esta línea. Por lo tanto, el Piloto 3 del proyecto Inypema Living Lab de Innovación Social (Teleintervención e

intervención en espacios naturales) propone como objetivo general (P3.OG): "Desarrollo y testeo de servicios y modelos de intervención innovadores en atención temprana". Para alcanzar el mismo se proponen los siguientes objetivos específicos:

OE1.- Diseño y desarrollo de contenidos específicos para la teleintervención en atención infantil temprana.

OE2.- Explorar el potencial de la teleintervención basada en un prototipado mHealth en las metodologías de atención centrada en la familia y de atención domiciliaria.

OE3.- Analizar el impacto de las metodologías de atención centrada en la familia con carácter itinerante en los contextos rurales.

## Metodología

### Participantes

#### *Criterios de inclusión y proceso de selección*

Para la puesta en marcha del presente pilotaje, la población diana son niños en edades comprendidas entre 0 y 6 años, residentes del medio rural del Principado

de Asturias y que tuvieron un diagnóstico de TND o estén en proceso de obtenerlo.

Se implementó un muestreo por conveniencia no aleatorizado, recurriendo a diferentes procesos de selección:

- Niños y niñas que hayan participado previamente en otros proyectos llevados a cabo por la Facultad Padre Ossó.
- Niños y niñas derivados de las Unidades de AIT del Principado de Asturias.
- Niños y niñas pertenecientes a asociaciones en un contexto de Atención Temprana.
- Niños y niñas que acceden a través del trabajo divulgativo del presente proyecto.

#### *Descripción general de la muestra*

La muestra definitiva fue constituida por 55 menores residentes de la zona rural del Principado de Asturias. Según sexo biológico el 20% (n=11) fueron niñas y el 80% (n=44) restante niños. La media de edad del total de los participantes fue de 42,72 meses y desviación típica 17,71 meses.

Según la situación geográfica habitada, todas las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias fueron

representadas en mayor o menor medida (Tabla 1).

**Tabla 1**

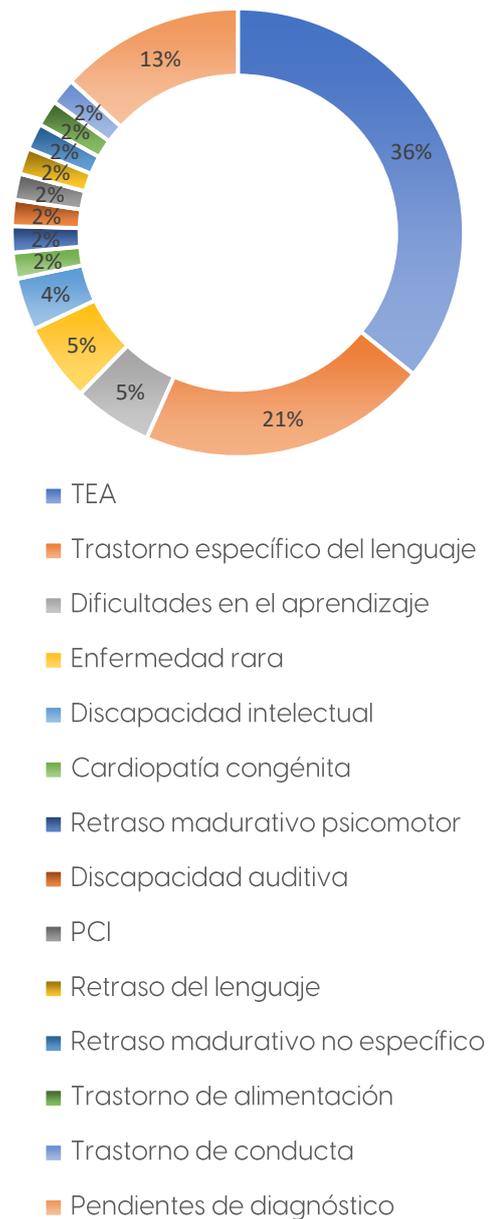
Número de menores que participan en el proyecto según área sociosanitaria a la que pertenecen.

Área sociosanitaria	n	%
Área 1	8	15
Área 2	14	25
Área 3	5	9
Área 4	9	22
Área 5	5	9
Área 6	3	5
Área 7	3	5
Área 8	5	9

Nota. Fuente de elaboración propia a través de los datos extraídos del cuestionario demográfico. El número de niños difiere del total de la muestra debido a tres casos con datos perdidos en esta variable.

Asimismo, en lo referido al motivo de consulta, más de la mitad del total eran niños con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y de trastorno específico del lenguaje (TEL) (35% y 20% respectivamente) (Figura 1).

**Figura 1:** Número de menores que participan en el proyecto según motivo de consulta



Nota. Fuente de elaboración propia a través de los datos extraídos del cuestionario demográfico. TEA=Trastorno del Espectro Autista; PCI= Parálisis Cerebral Infantil.

Finalmente, la distribución respecto a los grupos control 1 y 2 y al grupo experimental, de forma individual se conformaron de la siguiente manera (Tabla 2). En un diseño cuasiexperimental de medida pre-post se determinaron tres grupos: el primer grupo supuso la aplicación de un modelo de intervención centrado en el niño (grupo control 1), el segundo grupo implicó un proceso interventivo basado en el modelo centrado en la familia de aplicación completamente presencial (grupo control 2), y el tercer grupo (grupo experimental) presentó una intervención basada en el modelo centrado en la familia apoyada con mHealth.

**Tabla 2**

Distribución de los grupos de estudio.

Grupo de estudio	n	%	Edad media	Sexo (%)	
				m	f
Grupo control 1	23	42	57,36	(83%)	(17%)
Grupo control 2	17	30	53,05	(82%)	(18%)
Grupo experimental	15	27	37,80	(80%)	(20%)

Nota. Fuente de elaboración propia a través de los datos extraídos del cuestionario demográfico. m=masculino; f=femenino.

## Procedimiento

El equipo de profesionales que llevaron a cabo el proyecto se compone por un equipo técnico que desarrolló la evaluación e intervención directa del proyecto, y por un equipo de investigación que se encargó del tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

Son dos las fases en las que se estructuró el presente pilotaje; una primera que tienen que ver con las inscripciones y el primer contacto con las familias interesadas en participar, y una segunda que engloba el trabajo de campo realizado por el equipo técnico.

### *Fase 1. Inscripciones y primer contacto para la selección de la muestra*

El muestreo llevado a cabo ha sido un muestreo no probabilístico a través de la técnica de bola de nieve, para identificar a sujetos potenciales, a partir de diferentes medios ya citados.

Aquellas familias que mostraron interés en participar cumplieron un cuestionario de inscripción donde se aportaba información general relativa al Proyecto Living Lab y se recogían datos esenciales para hacer efectivo un contacto telefónico.

En ese primer contacto, se aportó una información más exhaustiva del proyecto, se solventaron inquietudes y en caso de finalmente querer formar parte del pilotaje, eran citados para un primer encuentro con el equipo técnico, en donde el padre, madre o tutor legal del menor firmó el documento de consentimiento informado y de tratamiento de datos aprobados previamente por el Comité de Ética del Principado de Asturias, expresando explícitamente su conformidad con la participación en el proyecto y el tratamiento de datos recogidos durante el mismo.

### *Fase 2. Trabajo de campo*

Este pilotaje se llevó en un total de 5 semanas, siendo diferenciadas tres procedimientos diferentes: evaluación, intervención y reevaluación en cada uno de los grupos. Este proceso fue secuencial, siendo valorado, intervenido y revalorado en primer lugar el grupo 1, después el grupo 2 y finalmente el grupo experimental.

#### - Proceso de evaluación

En la semana inicial se llevó a cabo la administración de diferentes escalas y cuestionarios de valoración organizados en un bloque general autoadministrado por las familias y un bloque específico heteroadministrado por el equipo técnico.

#### - Proceso de intervención

La fase interventiva se llevó a cabo en la semana posterior a la evaluación inicial y con una duración de 4 semanas con cada uno de los grupos de estudio (Figura 2).

#### - Proceso de reevaluación

Tras la finalización del proceso de intervención, se volvieron a administrar todas aquellas pruebas que se llevaron a cabo en la evaluación inicial a excepción del cuestionario sociodemográfico.

Figura 2: Cronología del proceso de intervención en los diferentes grupos de estudio.



Nota: Fuente de elaboración propia

## Herramientas de valoración

Los instrumentos de valoración se organizaron en torno a dos bloques: general y específico. Ambos bloques conformaron el proceso de valoración del menor (Tabla 3).

### *Bloque general*

Aportó información sobre variables que tienen que ver prioritariamente con la familia y su funcionamiento con respecto al niño o niña. De esta forma se obtuvieron datos sobre: factores sociodemográficos, la calidad de vida familiar y la autonomía familiar en lo referido a los procesos atencionales requeridos por el menor.

Este bloque es evaluado a través de cuestionarios y escalas a través de un proceso de autoadministración digitalizado a través de la plataforma Google Forms.

### *Bloque específico*

Aportó información sobre el desarrollo del niño o niña y su funcionalidad en actividades de autocuidado, movilidad y/o de índole social. De esta forma se obtuvieron datos sobre las diferentes áreas de desarrollo: psicomotriz, cognitivo, del lenguaje y la comunicación, social y afectiva, así como de los niveles de autonomía funcional del menor.

**Tabla 3**

*Distribución de las herramientas de valoración utilizados en torno al bloque general y específico.*

Bloque	Herramientas	Descripción
Bloque General	FAQOL (Brown et al. 2006; García-Grau et al. 2017)	Determinar la satisfacción de la familia y los indicadores de calidad de vida. Tipo Likert-5 (41 ítems) Autoadministrada
	ConFam (McWilliam & García-Grau, 2018; Subinas-Medina et al. 2022)	Determinar la confianza familiar para ayudar al menor a participar en diferentes actividades rutinarias. Tipo Likert-4 (18 ítems) Autoadministrada
	FOS (Sección A) (Bailey et al. 2006; Valero et al. 2020)	Determinar la percepción de las familias respecto a sus competencias, confianza y habilidades para el funcionamiento diario de su hijo o hija necesidades especiales. Tipo Likert-5 (24 ítems) Autoadministrada
	Factores sociodemográficos	Conocimiento de datos sociodemográficos y cuestiones relativas al diagnóstico y/o necesidades de apoyo. Autoadministrada
	PEDI (Badia et al. 2021; Bailey et al. 2006)	Determinar la capacidad funcional de menores con alguna limitación física y/o psíquica. Dicotómico (237 ítems) Autoadministrada
	BDI-Screening (Newborg et al. 1984; 2005)	Valoración de las diferentes áreas de desarrollo: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Tipo Likert-2 (100 ítems) Heteroadministrada

Nota. FAQOL= Escala de calidad de vida familiar; ConFam= Escala de competencia familiar; FOS= Escala de Resultados de la Familia; PEDI= Inventario para la Evaluación Pediátrica de la Discapacidad; BDI= Inventario de Desarrollo de Batelle-Screening

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente pilotaje muestran que la combinación del modelo centrado en la familia y la teleintervención genera cambios positivos en variables relacionadas con la familia y el niño.

El uso de un modelo híbrido en los servicios interventivos de AIT podría convertirse en un enclave para el desarrollo e implementación de propuestas que se aproximen a las necesidades familiares, así como al potencial de desarrollo de los niños y niñas en términos de atención precoz.

Asimismo, la implementación de metodologías mHealth ha supuesto un atajo para la consecución de los principios propuestos por el modelo centrado en la familia, así como los objetivos planteados en el presente pilotaje. El establecimiento de un canal continuo de comunicación entre el profesional y la familia sirve como potenciador para la consecución de una relación terapéutica fuerte, así como un aumento al acceso de información veraz y de calidad, la identificación de

fortalezas, debilidades, así como el trabajo en el entorno natural. Todo ello tiene efectos directos en lo referido a los niveles de calidad de vida, fin último de la Atención Temprana.

El presente estudio contribuye al aumento de la literatura preexistente sobre la implementación de la teleintervención como una posible estrategia de proximidad para el acceso a recursos en población rural. No obstante, se requiere un análisis más profundo del conocimiento de las barreras que tienen que ver tanto con el entorno físico, como con el acceso a servicios de primera necesidad.

Son consistentes los efectos positivos que tiene la atención precoz en la infancia en relación al tratamiento de dificultades del desarrollo. Este pilotaje presenta un protocolo adaptado a unas características y contexto específico, representando el mismo una leve aproximación a las necesidades de los niños y niñas del Principado de Asturias, por lo que, sería importante poder aplicar dicho protocolo a otras poblaciones. De forma que se pudieran establecer diferentes niveles de generalización de resultados y comprobar la aplicabilidad y

grado de eficacia de estas intervenciones a diferentes territorios con necesidades afines.

Por último, cabe destacar la necesidad de estudios longitudinales que nos permitan observar si el efecto logrado es mantenido en el tiempo y qué cambios se han visto involucrados en las diferentes variables del estudio. Se hipotetiza que, a largo plazo, las competencias de las familias se seguirán viendo reforzadas, contribuyendo así a un mantenimiento de su confianza y nivel de calidad de vida, lo cual a su vez provocará cambios progresivos en el niño, tanto a nivel funcional y de desarrollo, como en la propia calidad de vida individual.

Dado que las necesidades tanto familiares como de los menores son cambiantes en el tiempo, el desarrollo de nuevas técnicas de intervención, así como la profundización en aquellas emergentes se hace imperativo para la consecución de los principios establecidos en el marco de la AIT.

## Referencias bibliográficas

Chen, P.-H., & Liu, T.-W. (2021). Does Parental Education Level Matter? Dynamic Effect of Parents on Family-Centred Early Intervention for Children with Hearing Loss. *International Journal of Disability Development and Education*, 68(4), 457-478. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1693033>

Curfman, A. L., Hackell, J. M., Herendeen, N. E., Alexander, J. J., Marcin, J. P., Moskowitz, W. B., Bodnar, C. E. F., Simon, H. K., McSwain, S. D., & SECTION ON TELEHEALTH CARE, C. O. P. A. A. M., COMMITTEE ON PEDIATRIC WORKFORCE. (2021). Telehealth: Improving Access to and Quality of Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 148(3), e2021053129. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053129>

Denis, F., Maurier, L., Carillo, K., Ologeanu-Taddei, R., Septans, A.-L., Gepner, A., Goff, F. L., Desbois, M., Demurger, B., Silber, D., Zeitoun, J.-D., Assuied, G. P., & Bonnot, O. (2022). Early Detection of Neurodevelopmental Disorders of Toddlers and Postnatal Depression by Mobile Health App: Observational Cross-sectional Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(5), 1-10. <https://doi.org/10.2196/38181>

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., & Laynez-Rubio, C. (2020). Eficacia de la intervención a través de telemedicina en Atención Temprana: Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 71(3), 81-90. <https://doi.org/10.33588/rn.7103.2020112>

Fontil, L., Gittens, J., Beaudoin, E., & Sladeczek, I. E. (2020). Barriers to and Facilitators of Successful Early School Transitions for Children with Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(6), 1866-1881. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03938-w>

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

Grajo, L. C., Candler, C., & Sarafian, A. (2020). Interventions Within the Scope of Occupational Therapy to Improve Children's Academic Participation: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 74(2), 740218003Op1-740218003Op32. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.039016>

Houston, K. T., & Stredler-Brown, A. (2012). A Model of Early Intervention for Children with Hearing Loss Provided through Telepractice. *Volta Review*, 112(3), 283-296. <https://doi.org/10.17955/tvr.112.3.m.710>

Hughes-Scholes, C. H., Gavidia-Payne, S., Davis, K., & Mahar, N. (2019). Eliciting family concerns and priorities through the Routines-based Interview. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(2), 190-201. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1326591>

Jemes Campana, I. C., Pilar Romero-Galisteo, R., Labajos Manzanares, M. T., & Moreno Morales, N. (2019). Evaluation of quality of service in Early Intervention: A systematic review. *Anales De Pediatría*, 90(5), 301-309. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.014>

Ji, Y., Ma, Z., Peppelenbosch, M. P., & Pan, Q. (2020). Potential association between COVID-19 mortality and health-care resource availability. *The Lancet Global Health*, 8(4), e480. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30068-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30068-1)

Kronberg, J., Tierney, E., Wallisch, A., & Little, L. M. (2021). EARLY INTERVENTION SERVICE DELIVERY VIA TELEHEALTH DURING COVID-19: A RESEARCH-PRACTICE PARTNERSHIP. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.5195/ijt.2021.6363>

Martinez-Rico, G., Garcia-Grau, P., Canadas, M., & Gonzalez-Garcia, R. J. (2023). Social validity of telepractice in early intervention: Effectiveness of family-centered practices. *Family Relations*, 72(5). <https://doi.org/10.1111/fare.12834>

Msall, M. E. (2005). Measuring functional skills in preschool children at risk for neurodevelopmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 263-273. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20073>

Oliver, H., Seccurro, D., Dorich, J., Rice, M., Schwartz, T., & Harpster, K. (2023). «Even though a lot of kids have it, not a lot of people have knowledge of it»: A qualitative study exploring the perspectives of parents of children with cerebral/cortical visual impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 135, 104443. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104443>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*.

Ottenbacher, K. J., Msall, M. E., Lyon, N., Duffy, L. C., Granger, C. V., & Braun, S. (1999). Measuring developmental and functional status in children with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(3), 186-194. Scopus. <https://doi.org/10.1017/S0012162299000377>

Park, H. I., Park, H. Y., Yoo, E., & Han, A. (2020). Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design. *Occupational Therapy International*, 2020(3), 1427169. <https://doi.org/10.1155/2020/1427169>

Pinquart, M. (2014). Achievement of developmental milestones in emerging and young adults with and without pediatric chronic illness—A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(6), 577-587. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu017>

Plena Inclusión España. (2020). *Cómo implementar la teleintervención en la atención temprana*.

Prasad, M., Hicks, R., MacKay, M., Nguyen, C.-T., & Campbell, C. (2016). Developmental Milestones and Quality of Life Assessment in a Congenital Myotonic Dystrophy Cohort. *Journal of Neuromuscular Diseases*, 3(3), 405-412. <https://doi.org/10.3233/JND-160165>

Schell, B., Gillen, G., Scaffa, M., & Cohn, E. (2016). *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (12.ª ed.). Ed. Médica Panamericana.

Subinas-Medina, P., Garcia-Grau, P., Gutierrez-Ortega, M., & Leon-Estrada, I. (2022). Family-centered practices in early intervention: Family confidence, competence, and quality of life. *Psychology Society & Education*, 14(2), 39-47. <https://doi.org/10.21071/psye.v14i2.14296>

van der Zee, R. B., & Dirks, E. (2022). Diversity of Child and Family Characteristics of Children with Hearing Loss in Family-Centered Early Intervention in The Netherlands. *Journal of Clinical Medicine*, 11(8), 2074. <https://doi.org/10.3390/jcm11082074>

West, G., Lervåg, A., Snowling, M. J., Buchanan-Worster, E., Duta, M., & Hulme, C. (2022). Early language intervention improves behavioral adjustment in school: Evidence from a cluster randomized trial. *Journal of School Psychology*, 92, 334-345. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.04.006>

