



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Actuaciones de Orientación y Coordinación de los profesionales de Atención Temprana desde la perspectiva de los distintos agentes implicados

D. José Raúl Vicente Salar

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Actuaciones de Orientación y Coordinación de los
Profesionales de Atención Temprana
desde la perspectiva de los distintos
Agentes Implicados

Tesis Doctoral realizada por:

D. José Raúl Vicente Salar

2015

Dirigida por:

Dr. D. Francisco Alberto García Sánchez

Dra. Dña. M^a Ángeles Gomariz Vicente

***Cerca de la cima siempre hay mil
excusas para bajarse y una sola razón
para subir***

Ramón Portilla, Alpinista profesional



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Francisco Alberto García Sánchez, Catedrático de Universidad, y Dña. María Ángeles Gomariz Vicente, Profesora Contratada Doctora de Universidad, ambos del Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en el Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, AUTORIZAN:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Actuaciones de Orientación y Coordinación de los profesionales de Atención Temprana, desde la perspectiva de los distintos agentes implicados", realizada por D. José Raúl Vicente Salar, bajo nuestra inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 21 de octubre de 2015

Fdo. Francisco Alberto García Sánchez

Fdo. M^a Ángeles Gomariz Vicente

Mod:T-20

AGRADECIMIENTOS

Quizás este sea el apartado que más me cuesta escribir, ya que a lo largo de mi vida he encontrado a tantas personas que me han ayudado a crecer que, intentar agradecerles del modo que se merecen, resulta demasiado complicado. Siempre me he considerado una persona afortunada en ese sentido, y es que, el apoyo incondicional del que siempre he disfrutado y la confianza que han mantenido en mí, es la clave de la persona y del profesional que soy hoy.

En primer lugar, no puedo más que agradecer de corazón a las personas que han dirigido esta tesis, Francisco Alberto y Mari Ángeles. A Francisco Alberto, además de por las infinitas horas dedicadas a este trabajo, también por tu ejemplo de profesionalidad, por tu contagiosa ilusión por la Atención Temprana y por mostrarme ese reflejo tan importante en la construcción de un gran profesional. A Mari Ángeles, gracias de nuevo por no ser la primera vez que guía mi camino, ya que, desde que comencé a formarme en el departamento como alumno interno, cogiste mi mano, confiando en mí, y esa confianza ha afianzado también una inestimable amistad. Mil gracias a ambos por esta oportunidad.

A mis compañeros de trabajo del EOEP de Molina de Segura, y en especial a las personas con las que comparto el programa de prevención de niños de riesgo biológico-social de 0 a 3 años, porque trabajar codo a codo con vosotras no sólo ha hecho de mi un verdadero profesional de Atención Temprana, sino una mejor persona, más consciente de otras realidades que van más allá de las mías propias.

A los profesionales del departamento M.I.D.E. de la Universidad de Murcia, gracias por haberme siempre considerado uno más. En especial, a Joaquín por tus grandes abrazos al verme y a Cristina por esa sonrisa que es capaz de regalar sin pedir nada a cambio.

Deseo mencionar a todas las familias, profesionales del ámbito de la Atención Temprana y educadores de escuelas infantiles. Especialmente a aquellas personas que han participado en este estudio, pero también, a aquellas que están presentes en mi día a día, con las que comparto tantas emociones que me roban el sueño. Siempre os daré lo mejor de mí mismo.

A mis amigos agradecerles todos estos años en lo que hemos ido madurando juntos, en las infinitas horas de estudio compartidas, en los momentos de grandes frustraciones que se solventaban con recordar alguna absurda anécdota.

A toda mi familia, muchas gracias por toda la alegría que aportáis en mi vida. Perdonadme cuando no he podido estar más presente en nuestros encuentros.

A mi pareja Natalia, la persona con la que comparto mi día a día, gracias por tu comprensión, por tu apoyo, por levantarme en los momentos más complicados, por los abrazos que me brindas cuando a veces el peso de lo cotidiano es demasiado intenso. Gracias por compartir este camino conmigo.

A mi padre Pepe, gracias por todas las horas que te has dedicado a trabajar en la fábrica, por dedicarte sol a sol y otras veces luna a luna, para dejarle lo mejor a tus hijos,

una gran parte del hombre que soy hoy se debe mucho a la persona que eres tú. A mi madre Mari, gracias por ser la madre que siempre ha escuchado, que ha confiado en su hijos más allá de cualquier circunstancia y gracias por ser la primera a la que se le llenan las lágrimas con cada nuevo logro de mi vida. A mi hermana Mayka, te agradezco que hayas compartido conmigo este camino que llevamos tantos años como hermanos, que me hayas permitido ser tu hermano mayor, espero que estés tan orgullosa de mi como yo lo estoy de ti.

Muchas gracias a todos.

Índice general

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
Capítulo I. Atención Temprana	7
1. Origen y desarrollo de la Atención Temprana.....	9
2. Definición de Atención Temprana.....	11
3. Bases científicas de la Atención Temprana.....	16
3.1. Bases metodológicas de la Atención Temprana.....	17
3.2. Bases psicoevolutivas de la Atención Temprana.....	18
3.3. Bases pedagógicas de la Atención Temprana.....	19
4. Desarrollo normativo de la Atención Temprana.....	22
4.1. La Atención Temprana en el panorama internacional.....	25
4.2. Normativa nacional de la Atención Temprana.....	25
4.2.1. Constitución española de 1978.....	26
4.2.2. Ley de Integración Social de los Minusválidos.....	27
4.2.3. Ley 51/2003, de 3 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal a las personas con discapacidad.....	28
4.2.4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.....	29
4.3. Normativa marco de la Atención Temprana por Comunidades Autónomas.....	31
4.4. Libro Blanco de la Atención Temprana.....	36
4.4.1. Objetivos de la Atención Temprana.....	36
4.4.2. Principios básicos de la Atención Temprana.....	38
4.5. Niveles de prevención en Atención Temprana respecto a servicios educativos y CDIAT.....	42
4.6. Normativa de la Atención Temprana en la CARM.....	45
4.6.1. Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales en CARM.....	46

Capítulo II. Atención Temprana y Familia.....	49
1. Modelos conceptuales de la Atención Temprana.....	51
1.1. Modelo de sistemas ecológicos.....	52
1.2. Modelo ecológico-transaccional.....	55
2. Familia y discapacidad.....	57
2.1. Fases emocionales de la familia ante la discapacidad.....	57
2.2. Necesidades de las familias con hijos con discapacidad.....	60
3. Enfoques de Atención Temprana y Familia.....	64
3.1. Modelos de Atención Temprana y Familia.....	64
3.1.1. Modelo centrado en el terapeuta.....	65
3.1.2. Modelo de familia-aliada.....	66
3.1.3. Modelo centrado en la familia.....	67
Capítulo III. Educación Infantil y función del tutor.....	71
1. Educación Infantil.....	73
1.1. La Educación Infantil en Europa.....	75
1.2. La Educación Infantil en España.....	80
2. La Tutoría en Educación Infantil.....	83
2.1. Conceptualización de Tutoría.....	83
2.2. La Acción Tutorial en la legislación española.....	85
2.3. Funciones del Tutor en educación.....	92
Capítulo IV. La figura del profesional de referencia en Atención Temprana.....	97
MARCO EMPÍRICO.....	109
Capítulo V. Metodología. Elaboración de los cuestionarios OCAT.....	111
1. Introducción.....	113
2. Objetivos.....	116
3. Método.....	118
4. Grupos Focales.....	123
4.1. Metodología.....	123
4.1.1. Participantes.....	123
4.1.2. Procedimiento.....	126

4.2. Análisis de datos.....	128
4.2. Resultados.....	129
4.2.1. Grupo Focal de profesionales de los CDIAT.....	129
4.2.2. Grupo Focal de familias de niños usuarios de Atención Temprana.....	136
4.2.3. Grupo Focal de familias con niños usuarios en Atención Temprana.....	141
5. Grupo de expertos.....	147
5.1. Metodología.....	147
5.1.1. Participantes.....	147
5.1.2. Procedimiento.....	148
5.2. Análisis de datos.....	148
5.2.1. Análisis de resultados del cuestionario OCAT-Profesionales.....	149
5.2.2. Análisis de resultados del cuestionario OCAT- Familias.....	154
6. Estudio piloto.....	160
6.1. Metodología.....	160
6.1.1. Participantes.....	160
6.1.2. Procedimiento.....	163
6.1.3. Análisis de datos.....	164
7. Metodología. Cuestionarios OCAT.....	166
7.1. Participantes.....	166
7.1.1. Participantes OCAT-Familias.....	167
7.1.2. Participantes OCAT-Profesionales.....	172
7.2. Instrumento.....	175
7.2.1. Criterios de calidad de los instrumentos: fiabilidad y validez.....	181
7.3. Procedimiento.....	185
7.4. Análisis de datos.....	186
7.4.1. Pruebas de homocedasticidad.....	187
Capítulo VI. Resultados.....	189
1. Objetivo 3.....	191
1.1. Cuestionario OCAT-Familias.....	191
1.2. Cuestionario OCAT-Profesionales.....	194
2. Objetivo 4.....	199

2.1. Contraste de medias para k muestras independientes en OCAT-Familias.....	199
2.2. Contraste de medias para dos muestras independientes en OCAT-Familias.....	203
3. Objetivo 5.....	211
3.1. Contraste de medias para k muestras independientes en OCAT-Profesionales..	211
3.2. Contraste de medias para dos muestras independientes en OCAT-Profesionales.....	215
4. Objetivo 6.....	219
5. Objetivo 7.....	222
6. Objetivo 8.....	224
Capítulo VII. Discusión y conclusiones.....	229
1. Discusión y conclusiones.....	231
1.1. Objetivo 1.....	232
1.2. Objetivo 2.....	237
1.3. Objetivo 3.....	239
1.4. Objetivo 4.....	241
1.5. Objetivo 5.....	243
1.6. Objetivo 6.....	245
1.7. Objetivo 7.....	247
1.8. Objetivo 8.....	248
2. Limitaciones de la investigación y líneas futuras de trabajo.....	250
Referencias.....	255
Anexos.....	279

Índices de tablas, figuras y anexos

TABLAS

Capítulo I. Atención Temprana

Tabla 1.1. <i>Evolución de la terminología empleada</i>	14
Tabla 1.2. <i>Principios de la Declaración de Derechos del niño</i>	22
Tabla 1.3. <i>Normativa y otros documentos internacionales relativos a la infancia</i>	24
Tabla 1.4. <i>Referencias normativas de la Atención Temprana</i>	32
Tabla 1.5. <i>Niveles de prevención en Atención Temprana</i>	43

Capítulo II. Atención Temprana y familia

Tabla 2.1. <i>Modelos de Atención Temprana y Familia</i>	65
--	----

Capítulo III. Educación Infantil y función del tutor

Tabla 3.1. <i>Porcentajes de escolarización por ciclos de Educación Infantil en España</i>	81
Tabla 3.2. <i>Porcentajes de escolarización en primer ciclo de Educación Infantil en España</i> ...	81
Tabla 3.3. <i>Alumnado matriculado en Educación Infantil. Curso 2013-2014</i>	82
Tabla 3.4. <i>Niveles de intervención en modelo propuesto por el Libro Blanco para la Reforma Educativa</i>	86
Tabla 3.5. <i>Referencias a la Acción Tutorial en distintas normativas</i>	89

Capítulo V. Metodología: Elaboración de los cuestionarios OCAT

Tabla 5.1. <i>Profesionales de CDIAT participantes</i>	124
Tabla 5.2. <i>Profesionales de Escuelas Infantiles participantes</i>	125
Tabla 5.3. <i>Acción Tutorial en Atención Temprana</i>	131
Tabla 5.4. <i>Funciones de la Acción Tutorial en Atención Temprana</i>	132
Tabla 5.5. <i>Profesionales de Atención Temprana para la tutoría</i>	133
Tabla 5.6. <i>Seguimiento de orientaciones por las familias</i>	134
Tabla 5.7. <i>Iniciativa en la coordinación interinstitucional</i>	135
Tabla 5.8. <i>Papel del educador infantil en la coordinación</i>	137
Tabla 5.9. <i>Dificultades en la coordinación</i>	139
Tabla 5.10. <i>Vías de comunicación entre servicios</i>	141
Tabla 5.11. <i>Profesional de CDIAT con el que se comunican las familias</i>	142
Tabla 5.12. <i>Finalidad de la interacción con los profesionales</i>	143
Tabla 5.13. <i>Frecuencia de la información</i>	143
Tabla 5.14. <i>Herramientas para la comunicación</i>	145
Tabla 5.15. <i>Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales</i>	149
Tabla 5.16. <i>Ítems para revisión por criterio de claridad en OCAT-Profesionales</i>	151
Tabla 5.17. <i>Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales</i>	151

Tabla 5.18. <i>Ítems para revisión por criterio de representatividad en OCAT-Profesionales...</i>	153
Tabla 5.19. <i>Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales.....</i>	154
Tabla 5.20. <i>Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.....</i>	155
Tabla 5.21. <i>Ítems para revisión por criterio de claridad en OCAT-Familias.....</i>	156
Tabla 5.22. <i>Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.....</i>	157
Tabla 5.23. <i>Ítems para revisión por criterio de representatividad en OCAT-Familias.....</i>	159
Tabla 5.24. <i>Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del cuestionario OCAT- Familias.....</i>	159
Tabla 5.25. <i>Datos sociodemográficos de los profesionales participantes.....</i>	161
Tabla 5.26. <i>Datos sociodemográficos de las familias participantes.....</i>	162
Tabla 5.27. <i>Edad de la persona que contesta a OCAT- Familias.....</i>	162
Tabla 5.28. <i>Datos sociodemográficos de composición familiar.....</i>	163
Tabla 5.29. <i>Resumen del procesamiento de los casos OCAT- Familias.....</i>	165
Tabla 5.30. <i>Resumen del procesamiento de los casos OCAT-Profesionales.....</i>	165
Tabla 5.31. <i>Procedencia cuestionarios.....</i>	167
Tabla 5.32. <i>¿Es quién lleva al niño al CDIAT?.....</i>	167
Tabla 5.33. <i>Parentesco con el niño.....</i>	168
Tabla 5.34. <i>Número de hijos.....</i>	168
Tabla 5.35. <i>Lugar en el número de hijos.....</i>	169
Tabla 5.36. <i>Edad de la persona que contesta.....</i>	169
Tabla 5.37. <i>Tratamientos recibidos en el CDIAT (variable agrupada).....</i>	170
Tabla 5.38. <i>Situación escolar.....</i>	170
Tabla 5.39. <i>Nivel de estudios del padre.....</i>	170
Tabla 5.40. <i>Nivel de estudios de la madre.....</i>	171
Tabla 5.41. <i>Ocupación del padre.....</i>	171
Tabla 5.42. <i>Ocupación de la madre.....</i>	172
Tabla 5.43. <i>Situación laboral de la familia (padre y madre).....</i>	172
Tabla 5.44. <i>Región de procedencia.....</i>	173
Tabla 5.45. <i>Dependencia del CDIAT.....</i>	173
Tabla 5.46. <i>Género de la persona que contesta.....</i>	173
Tabla 5.47. <i>Años de experiencia en el CDIAT.....</i>	174
Tabla 5.48. <i>Perfil profesional (agrupada).....</i>	174
Tabla 5.49. <i>Estudios de especialización en Atención Temprana.....</i>	175
Tabla 5.50. <i>Ítems del cuestionario OCAT- Familias.....</i>	177
Tabla 5.51. <i>Ítems del cuestionario OCAT-Profesionales.....</i>	179
Tabla 5.52. <i>Coefficientes de fiabilidad alfa de Cronbach.....</i>	181
Tabla 5.53. <i>KMO y prueba de Bartlett.....</i>	181

Tabla 5.54. Varianza total explicada.....	182
Tabla 5.55. Matriz de componentes rotados.....	182
Tabla 5.56. KMO y prueba de Bartlett.....	183
Tabla 5.57. Varianza total explicada.....	184
Tabla 5.58. Matriz de componentes rotados.....	184
Capítulo VI. Resultados	
Tabla 6.1. Estadísticos descriptivos OCAT-Familias.....	191
Tabla 6.2. Estadísticos descriptivos de dimensiones de asesoramiento y coordinación en OCAT-Familias.....	193
Tabla 6.3. Variables dicotómicas en OCAT-Profesionales.....	194
Tabla 6.4. Estadísticos descriptivos OCAT-Profesionales.....	195
Tabla 6.5. Estadísticos descriptivos de dimensiones de asesoramiento y coordinación en OCAT-Profesionales.....	198
Tabla 6.6. Pruebas H de Kruskal-Wallis de variables independientes.....	200
Tabla 6.7. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del número de hijos. Prueba para 2 muestras independientes.....	203
Tabla 6.8. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función de la edad de la persona. Prueba para 2 muestras independientes.....	203
Tabla 6.9. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del tiempo en tratamiento de Atención Temprana. Prueba para 2 muestras independientes.....	204
Tabla 6.10. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de la escolarización del niño. Prueba para 2 muestras independientes.....	205
Tabla 6.11. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de estudios del padre. Prueba para 2 muestras independientes.....	206
Tabla 6.12. Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de estudios de la madre. Prueba para 2 muestras independientes.....	209
Tabla 6.13. Análisis de 2 muestras independientes (ocupación del padre).....	210
Tabla 6.14. Pruebas H de Kruskal-Wallis de variables independientes.....	212
Tabla 6.15. Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del género. Prueba para 2 muestras independientes.....	215
Tabla 6.16. Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del tipo de CDIAT. Prueba para 2 muestras independientes.....	216
Tabla 6.17. Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del perfil profesional. Prueba para 2 muestras independientes.....	217
Tabla 6.18. Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función de los años de experiencia en CDIAT. Prueba para 2 muestras independientes.....	218
Tabla 6.19. Estadísticos descriptivos, en cuanto a ítems de asesoramiento, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.....	219
Tabla 6.20. Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias, en cuanto a asesoramiento, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.....	220

Tabla 6.21. Estadísticos descriptivos, en cuanto a coordinación, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.....	222
Tabla 6.22. Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias, en cuanto a ítems de coordinación, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.....	223
Tabla 6.23. Distribución de conglomerados en OCAT- Familias.....	224
Tabla 6.24. Media y desviación típica en conglomerados en dimensiones: asesoramiento y coordinación, en OCAT-Familias.....	224
Tabla 6.25. Descriptivos de las variables categóricas de las familias por conglomerados. Frecuencias y porcentajes.....	225

FIGURAS

Capítulo II. Atención Temprana y familia

Figura 2.1. Modelo de sistemas ecológicos.....	54
Figura 2.2. Modelo ecológico-transaccional.....	56
Figura 2.3. Modelo centrado en el terapeuta.....	66
Figura 2.4. Modelo de familia como ayudante del terapeuta.....	67
Figura 2.5. Modelo centrado en la familia.....	69

Capítulo III. Educación Infantil y función del tutor

Figura 3.1. La Educación Infantil en los distintos países europeos.....	78
Figura 3.2. La tutoría en las distintas etapas educativas.....	84
Figura 3.3. Relaciones en la Acción Tutorial.....	93

Capítulo IV. La figura del tutor en educación y la figura del profesional de referencia en Atención Temprana

Figura 4.1. Proceso de detección e intervención en Atención Temprana.....	102
Figura 4.2. Modelo de coordinación en los CDIAT con otros agentes.....	106

Capítulo V. Metodología: Elaboración de los cuestionarios OCAT

Figura 5.1. Organigrama del diseño metodológico de la investigación.....	121
Figura 5.2. Relación de fases de investigación con objetivos.....	122
Figura 5.3. Fases de la metodología cualitativa.....	120
Figura 5.4. Fases preparatorias de grupos focales.....	127
Figura 5.5. Medias sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales según grupo de expertos.....	150
Figura 5.6. Medias sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales según grupo de expertos.....	153
Figura 5.7. Medias sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.....	156
Figura 5.8. Medias sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.....	158

Capítulo VI. Resultados

<i>Figura 6.1.</i> Medias OCAT-Familias.....	193
<i>Figura 6.2.</i> Medias OCAT-Profesionales.....	197
<i>Figura 6.3.</i> Gráfico de contraste de media por ítems de asesoramiento en OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.....	221
<i>Figura 6.4.</i> Importancia de las variables categóricas en el perfil 1 de familias.....	226
<i>Figura 6.5.</i> Importancia de las variables numéricas en el perfil 1 de familias.....	226
<i>Figura 6.6.</i> Importancia de las variables categóricas en el perfil 2 de familias.....	227
<i>Figura 6.7.</i> Importancia de las variables numéricas en el perfil 2 de familias.....	227

ANEXOS

Anexo 1. Modelo carta de invitación a grupos focales.....	281
Anexo 2. Preguntas guía en grupos focales.....	285
Anexo 3. Instrucciones para la valoración de expertos.....	291
Anexo 4. Cuestionarios OCAT.....	295
Anexo 5. Frecuencias y porcentajes en OCAT Familias y Profesionales.....	307
Anexo 6. Análisis de fiabilidad y pruebas de homocedasticidad.....	327
Anexo 7. Carta con instrucciones de aplicación de cuestionarios OCAT.....	337

Introducción

Diferentes términos se han venido utilizando para denominar actuaciones, desde la perspectiva de la prevención y con un enfoque psicopedagógico, dentro de la atención a la población infantil de 0-6 años: atención infantil precoz, estimulación precoz, estimulación temprana y Atención Temprana (Gútiez, 2005). En este devenir terminológico, al mismo tiempo han ido incluyéndose diversas disciplinas que, si en un principio formaban parte de este ámbito de forma aislada, posteriormente pasarían a conformar un conjunto de actuaciones, en conexión interdisciplinar, que se desligarían paulatinamente de un enfoque clínico, para intervenir desde un prisma con carácter educativo: psicología, pedagogía, fisioterapia, neurología, logopedia, entre otras.

Durante hace algunos años se viene haciendo mayor hincapié en que la Atención Temprana tendrá como objetivo no dirigirse única y definitivamente al niño, sino más allá, desde una perspectiva global y ecológica, pretenderá extender su impacto hacia el entorno relacional que lo circunda. Dentro de estas relaciones, como es evidente, a la familia se le otorgará un importante papel, por suponer generalmente el primer enlace de conexión del niño con el mundo. De tal modo que, los profesionales de la Atención Temprana están, cada vez más, valorando y dando mayor importancia a sus actuaciones con las familias, entendiéndolas como un elemento nuclear para el ejercicio de una Atención Temprana de calidad.

En el mismo sentido, la escolarización en escuelas infantiles es cada vez más habitual en niños usuarios de Atención Temprana, concibiéndose como un entorno que favorece el aprendizaje natural y la inclusión. En tal punto encontramos la importancia de la escolarización en primer ciclo de Educación Infantil que, incluso, es considerada por algunos autores como una modalidad específica de intervención (García-Sánchez, 2002; Mendieta & García-Sánchez, 1998; GAT, 2005). De esta forma, los profesionales de Escuelas Infantiles y Centros de Educación Infantil y Primaria, y más específicamente los tutores, tendrán un papel fundamental

en el desarrollo y la integración del alumno con necesidades educativas especiales que pueda ser usuario de Atención Temprana.

Al focalizar nuestro interés en la etapa educativa de Educación Infantil, encontramos una clara divergencia en relación a la atención a alumnos con necesidades educativas especiales: en el primer ciclo de infantil, la intervención de especialistas (logopedas, fisioterapeutas, estimuladores...), recae generalmente en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), mientras que, habitualmente, los apoyos que necesite el niño escolarizado en segundo ciclo de infantil van a localizarse tanto en su propio centro escolar como en el CDIAT. Ante esta situación cabe preguntarse si existen y cuáles son los tipos de relaciones que mantienen los profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana con otros agentes del ámbito educativo (profesionales de escuelas infantiles, maestros de Centros de Educación Infantil y Primaria, orientadores de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, etc.).

Como es de entender, toda esta serie de planteamientos serán concretados bajo la interacción entre los profesionales de la Atención Temprana y las familias. Partiendo de esta idea surgen diversos interrogantes en los que se fundamenta esta investigación: ¿qué tipo de percepciones se generan en las familias de niños que reciben Atención Temprana en relación a la intervención del profesional de Atención Temprana?, ¿qué conjunto de actuaciones de orientación llevan a cabo los profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana?, ¿qué coordinación realizan los profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana con profesionales de escuelas infantiles y Centros de Educación Infantil y Primaria?, ¿qué coordinación presentan los profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana con otros profesionales?.

Para intentar dar respuesta a los distintos interrogantes descritos, hemos considerado la organización de esta tesis doctoral en tres partes diferenciadas. Una primera parte, dedicada al marco teórico, tiene como objetivo introducir al lector en los diferentes aspectos que fundamentarán el desarrollo de la investigación. Una segunda parte en la que serán expuestas

las distintas fases del proceso empírico de investigación. Una tercera parte en la que se describirán las distintas referencias bibliográficas consultadas para la construcción de este estudio. Y una última parte de anexos.

El marco teórico se compone de cuatro capítulos. En el primer capítulo queremos aproximar al lector a la conceptualización, situación legislativa y aspectos filosóficos de la Atención Temprana. El segundo capítulo se dedica a las familias de niños usuarios de Atención Temprana, focalizando principalmente en los distintos enfoques que enfatizan las relaciones entre los propios profesionales del ámbito con las familias. En el tercer capítulo, considerando la cada vez mayor importancia en la escolarización temprana de niños con necesidades de Atención Temprana, se especifica la idea del maestro-tutor en el sistema educativo, sus responsabilidades y funciones ante las familias y otros profesionales. Finalmente, dentro del marco teórico, se encontrará un cuarto capítulo dedicado a la figura del profesional de referencia en Atención Temprana y a la figura del tutor en el contexto educativo. Proponemos este cuarto capítulo como un análisis de funciones de profesionales que, perteneciendo a ámbitos distintos, tendrán un papel determinante en el niño con discapacidad que al mismo tiempo pueda estar escolarizado.

La segunda parte, referida al marco empírico, se compone de tres capítulos. En el quinto capítulo, relacionado con la metodología, se especificarán los distintos pasos del proceso de investigación. En él se exponen los objetivos de estudio, fases de investigación, participantes, grupos focales, estudio piloto y grupo de expertos, así como la descripción de los instrumentos creados y el análisis de datos realizado para la obtención de resultados. En el sexto capítulo se presentarán los resultados obtenidos asociados a cada uno de los objetivos específicos pretendidos, principalmente dirigidos a los procesos de orientación de los profesionales de Atención Temprana y la coordinación que establecen con otros agentes. En el séptimo capítulo, se encontrarán las distintas conclusiones derivadas de los resultados obtenidos, así como las distintas propuestas de mejora y líneas de prospectiva de este estudio.

Esperamos que este trabajo aporte una visión de las actuaciones y relaciones que puedan establecerse entre los profesionales de la Atención Temprana, familias y otros agentes, con un objetivo último de aportar ideas de mejora para el desarrollo de una Atención Temprana que sea capaz de dar una respuesta de calidad a los nuevos retos que se afrontan desde la necesidad de una disciplina que esté integrada en los contextos naturales del niño con discapacidad.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ATENCIÓN TEMPRANA

Titulo III. Art. 8. *La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales.*

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

1. Origen y desarrollo de la Atención Temprana

Los orígenes y evolución de esta disciplina han sido complejos, tanto por la diversidad de modelos existentes dependiendo del contexto histórico de cada país, así como por la cantidad de influencias que la encuadran (socio-educativas, psicológicas y médicas). La importancia de los nuevos postulados sobre los modelos de educación especial y el desarrollo teórico de la neuropsicología evolutiva han sido dos de los pilares fundamentales para el fundamento de esta disciplina (Andrés, 2011).

Podemos encontrar las actuaciones más primitivas del ámbito de la Atención Temprana en los programas estadounidenses de estimulación precoz, diseñados en los años 60, que tenían como objeto paliar los déficits de niños en situación de extrema pobreza. En Estados Unidos de América los programas de estimulación precoz se diseñaron para atender a niños que crecían en condiciones de pobreza. Pocos años después, muchos de los objetivos de la educación compensatoria se utilizaron para el diseño de programas de niños con deficiencias. Finalmente, en 1986 en EEUU se reguló la intervención temprana, mediante la promulgación de la Ley 99/457 que planteó los derechos de la familia que se especificarían en el plan de servicios del programa de Atención Temprana (Sánchez Asín, 1993).

El concepto de recién nacido de riesgo neurológico nace en Inglaterra en 1960, siendo definido como aquel niño que, por sus antecedentes pre, peri o postnatales, tiene más probabilidades de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean

cognitivos, motores, sensoriales, o de comportamiento, pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos (Ramos & Márquez, 2001).

Poco a poco, esta población de riesgo, junto a otras, también ha ido incorporándose a la población con discapacidad a atender en Atención Temprana.

En España su atención fue impulsada en 1977, con la creación del Plan de Prevención de la Subnormalidad, los programas de seguimiento protocolizados de los niños de riesgo psico-neuro-sensorial en Unidades de Maduración. Entre 1980 y 1982 se ponen en marcha las primeras Unidades, adscritas con carácter estructural en Centros y Servicios de Pediatría y en íntimo contacto con equipos de Neonatología (Ramos & Márquez, 2001)

El inicio de los servicios y programas de intervención temprana en España, entendidos entonces como programas de estimulación precoz, surgen a principios de los años 70. En el nacimiento de esta disciplina en nuestro país es importante señalar la iniciativa de un grupo de profesionales de la Fundación “San Luis Gonzaga” respecto a su propia formación en Atención Temprana tras la realización de un curso de estimulación precoz, tras lo cual se promoverán los primeros servicios de atención precoz (GAT, 2001).

Posteriormente, la Administración pública, desde el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Psíquicos y Físicos estableció importantes vías de subvención a la iniciativa privada para el desarrollo de programas de estimulación precoz, produciéndose así un aumento significativo entre 1980 y 1985 de entidades asociativas, generalmente formadas por familias. Por otro lado, en el año 1979 también aparecen nuevos servicios de Estimulación Precoz, con carácter piloto, en los Centros Base de Atención a la Discapacidad, en algunas provincias españolas (FEAPS, 2001). Seguidamente con el respaldo de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982), las unidades de estimulación precoz quedarán integradas en la estructura de los Centros Base.

Una realidad a partir de 1982 fue la escasa aparición durante muchos años de iniciativas legales en España en el marco de la Atención Temprana, aunque si bien se multiplicaba el número de recursos que atendían a la población menor de 6 años.

Cataluña será la primera Comunidad Autónoma que dará el paso en la regulación de la Atención Temprana por medio de una norma con rango, el Decreto 206/1994, por el que se adscribe la Atención Precoz al Departamento de Bienestar Social (Cristobal, Fornós, Giné, Mas & Pegenaute, 2010). No obstante, será la Comunidad de Galicia la que desarrolle la prestación de servicios de Atención Temprana con mayor detalle (Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la Atención Temprana a discapacitados en la Comunidad de Galicia) hasta regulaciones más actuales.

2. Definición de Atención Temprana

En nuestros días supone una realidad el uso común entre profesionales del término Atención Temprana, aunque su desarrollo y su caracterización ha presentado bastantes cambios hasta definirse como tal.

Los inicios de la Atención Temprana se remontan a programas organizados para la intervención con niños de minorías étnicas y marginales entre los años 60 y 70 en los EEUU. Se conforman, en estos inicios, bajo el término de estimulación precoz, entendida como el desarrollo de actividades educativas para acelerar y mejorar el desarrollo del niño. En este sentido el concepto de estimulación precoz se entendía como un intento de acelerar el desarrollo del niño.

En los años 70 se recalca la importancia de los dos primeros años de vida como periodo crítico para el aprendizaje, basándose en la plasticidad del cerebro y en la teoría sobre la irreversibilidad de los efectos producidos en un periodo de privación social (Villanueva, 1991). En este enfoque existía una predominancia de modelos de intervención estímulo-respuesta, lo cual se plantea como insuficiente y reduccionista al obviar otros elementos del niño que no fueran exclusivamente de carácter orgánico (prevención terciaria centrada en el individuo). De tal modo la estimulación precoz supone una serie de intervenciones de prevención primaria, dirigidas a

mejorar las capacidades del neonato al que se le detecta una deficiencia en su desarrollo a nivel físico, psíquico y/o sensorial. Un claro referente del objeto último del término estimulación precoz lo encontramos en la referencia de González-Mas (1978, p.19):

La Estimulación Precoz consiste en suministrar una información adecuada a las peculiaridades perceptivas de un sujeto con disturbios en las capacidades para el conocimiento y utilización del mundo a través del lenguaje y comunicaciones sensoriales. Su finalidad básica es el intento de lograr adiestramientos y maduraciones rentables. Esta rentabilidad depende de los potenciales de plasticidad cerebral del sujeto.

En efecto, como destacan De Linares y Rodríguez (2004), las primeras intervenciones recibieron el nombre de Estimulación Precoz, y su finalidad fundamental era el tratamiento, desde los primeros días de la vida, del niño que padecía alguna deficiencia física, psíquica o sensorial. Estas intervenciones se basaban, fundamentalmente, en un modelo clínico; y la mayoría de los programas se centraban en métodos conductuales estructurados para poder enseñar a los niños nuevas habilidades (González-Mas, 1978, p.19):

...Su finalidad básica es el intento de lograr adiestramientos y maduraciones rentables. Esta rentabilidad depende de los potenciales de plasticidad cerebral del sujeto.

Posteriormente, en la década de los años 80 y 90, el desarrollo del concepto de intervención temprana se desliga de la suposición del niño como agente exclusivo de intervención y amplía el marco de actuación hacia el contexto familiar. El cambio conceptual del término “precoz” por “temprana” viene justificado porque el primero hace referencia a una aceleración el proceso normal de desarrollo sin valoración del contexto del niño (Cabrera & Sánchez-Palacios, cit. Gútiez, Sáenz-Rico & Valle, 1993):

(...) Sugiere apresuramiento en el curso normal del desarrollo del individuo, cuando lo que en realidad se pretende es la potenciación máxima de las

posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central (p. 116).

Así pues el concepto de intervención temprana, que va incluyendo enfoques de carácter sistémico y ecológico, va sustituyendo progresivamente a su predecesor, y va a ir conformando paulatinamente lo que actualmente entendemos por Atención Temprana, aunque a diferencia del modelo actual, se dirige sólo a los niveles de intervención secundaria y terciaria, y a los niños que presentan patologías del desarrollo:

(...) Durante los últimos años están emergiendo nuevas definiciones de intervención temprana que contemplan a los padres, no sólo como mediadores en la intervención, sino como destinatarios de la misma, incorporándose procedimientos basados en la intervención en crisis, los enfoques sistémicos y ecológicos acerca de la familia y modelos de apoyo social y estrés familiar (Fuertes & Palmero, 1995, p. 5).

En el desarrollo de este devenir terminológico, al mismo tiempo han ido incluyéndose diversas disciplinas que, si en un principio formaban parte de este ámbito de forma aislada, posteriormente pasarían a conformar un conjunto de actuaciones, en conexión interdisciplinar, que se desligarían paulatinamente de un enfoque clínico, para intervenir desde un prisma con carácter educativo: psicología, pedagogía, fisioterapia, neurología, logopedia, entre otras...

El contenido de la expresión Atención Temprana (Early Intervention ó Early Childhood Intervention), como hemos observado, ha experimentado en las últimas décadas una evolución en varios sentidos superando la concepción tradicional (Tabla 1.1) que tendía a focalizar la atención sobre la discapacidad en un prisma de carácter más terapéutico (Otal, 2001). Así, se observan cambios en:

- El sector de la población a la que va dirigida, ya que mientras que previamente se dirigía a un sector poblacional con déficits y/o carencias derivadas de riesgo social, actualmente se dirige a la totalidad de la población infantil, o al menos a poblaciones de riesgo biológico y/o socioambiental además de a toda la población afectada con algún tipo de discapacidad.
- Anticipación de su oferta: desde el momento del nacimiento (o incluso antes) al considerar la importancia de las primeras edades.
- Inclusión de aspectos preventivos no sólo rehabilitadores

Tabla 1.1
Evolución de la terminología empleada

	Estimulación Precoz	Intervención Temprana	Atención Temprana
Década	70-80	80-90	90-00
Agentes de intervención	Niño	Niño- Familia	Niño- Familia-Entorno
Tipo de prevención	Terciaria	Secundaria y Terciaria	Primaria, Secundaria y Terciaria
Población a la que se dirige	Minusvalías	Minusvalías	Población general

Fuente: Tomado de Belda, J.C. & Casbas, M.I. (2013). Saber lo que no hay que hacer en Atención Temprana. *Desenvolupament Infantil / Atenció Precoç*, 34, 1-8. Copyright 2013 Revista de l' Associació catalana d'atenció precoç

Hacia finales de la década de los 90, en el estado español se fue señalando la necesidad de una atención integral a los niños de 0 a 6 años que presentan distintos tipos de discapacidades. En vista a esta necesidad y a la de empezar a unificar los recursos ya existentes, aparece publicado el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), como iniciativa para la regulación de un sistema homogéneo, en las distintas Comunidades Autónomas, de los llamados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) (García-Sánchez, 2001; Pegenaute, 2001). En este texto, fundamental en la historia de la Atención Temprana en España, podemos leer que:

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2000, p.13).

Más recientemente, ya fuera de nuestro país, encontramos otras definiciones que hacen hincapié en aspectos concretos del trabajo a realizar, como la importancia de trabajar las competencias de la familia y con ello los factores de resiliencia del niño, así como la inclusión social de ésta y del niño. Para todo lo cual será fundamental el ejercicio de una importante labor tutorial por parte de los profesionales con los adultos que están y son importantes en el entorno del niño para su desarrollo.

Así, la Agencia Europea para el desarrollo de la Educación del alumnado con NEE (2010), en su texto “Atención Temprana. Progresos y desarrollo 2005-2010”, nos propone la siguiente definición de la disciplina (Agencia Europea para el desarrollo de la educación del ACNEE (2010, p. 7):

Conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un momento determinado de la vida del niño, que abarcan cualquier acción cuando el niño necesita: un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2012) prepararon un texto que titularon “Early Childhood Development and Disability: a discussion paper” en el que podemos leer sobre la Atención Temprana aclaraciones como las siguientes (WHO, 2012, p. 12):

Los programas de AT están diseñados para apoyar a los niños pequeños que están en riesgo de sufrir un retraso en su desarrollo o en los que se ha identificado ese retraso o una discapacidad. Estos programas comprenden un rango de servicios y apoyos para asegurar y mejorar la resiliencia y el desarrollo personal de los niños, fortalecer las competencias de las familias y promover la inclusión social de las familias y los niños.

3. Bases científicas de la Atención Temprana

La etapa infantil es considerada la más plástica a nivel neurológico, así como la más vulnerable en relación a las condiciones y variables socio-ambientales (Cuervo & Ávila, 2010). Los fundamentos técnicos que reclaman la necesidad de Atención Temprana focalizan sobre la importancia que tiene los primeros años de vida en el desarrollo del individuo, tanto en lo relativo a variables internas del mismo como externas.

Actualmente el desarrollo de la Atención Temprana conlleva un aumento de las oportunidades de desarrollo psicosocial para niños que presentan situaciones de riesgo o la padecen. Parece que esta postura está bastante consolidada en la opinión científica, pero en las primeras etapas del nacimiento de la disciplina no fue así, y fueron los nuevos postulados teóricos de autores como Bronfenbrenner, Sameroff, Fiese, Gessell y Chandler, entre otros, defensores de la importancia del medio y del contexto en el desarrollo psicoevolutivo del individuo, los que fueron definiendo lo que actualmente consideramos como Atención Temprana (Pina, 2007). Desde estos nuevos postulados se pueden extraer dos suposiciones principales que proporcionarán el fundamento de la intervención temprana: a) los problemas biológicos y genéticos pueden atenuarse o incluso superarse mediante la estimulación; b) los niños con problemas de desarrollo necesitan experiencias y oportunidades lo más igualitarias posibles a los niños sin dificultades.

3.1. Bases neurológicas de la Atención Temprana

Las relaciones entre el cerebro y las actividades mentales ha sido una cuestión que ha interesado desde los tiempos remotos (Rains, 2003). El acelerado desarrollo de la neurología pediátrica encuentra su justificación en la progresión de los diferentes utensilios diagnósticos además del nacimiento de expertos dentro de la especialidad para cada una de las áreas con mayor velocidad de innovación (Casas, 2000). Los marcos clásicos de la neuropsicología consideraban el Sistema Nervioso Central como una estructura inmutable e irreparable desde su fisionomía y funcionalidad, pero posteriormente los estudios relacionados con el concepto de neuroplasticidad cambiarán la forma de entender los procesos de cambio. Los nuevos postulados neurológicos defienden la idea de que el sistema nervioso y su maduración es fruto de la interacción entre tres factores: el factor genético, ambiental y madurativo. Como ejemplo tendríamos las aportaciones de Luria (1974) y Vygotsky (1978) sobre las bases neuropsicológicas de los aprendizajes, los cuales remarcaron la consideración del aprendizaje como la vía a través de la cual madura el sistema nervioso central.

Esta postura se une a la nueva visión sobre la respuesta que puede tener el cerebro ante la recuperación de nuevas sinapsis. Juntas determinan que podamos esperar que algunas funciones del individuo, que no han aparecido o bien han desaparecido, puedan ser recuperadas.

Pero no sabemos cómo capitalizar totalmente la plasticidad cerebral del cerebro y su potencial de recuperación. Por ello, las técnicas de intervención de estimulación precoz más obvias son las que facilitan el camino de la naturaleza orientado a desarrollar la función correcta desde el principio, y tratan, si hay una lesión, de mitigar sus efectos (Artigas-Pallarés, 2007, p. 32).

Y así, la investigación neurocientífica siempre ha avalado las prácticas de Atención Temprana (Anastasiow, 1990; Nelson, 2000; Tierney y Nelson, 2009), haciéndonos ver que los niños, gracias a los mecanismos de plasticidad neural y al hecho de que nacen con un sistema nervioso central especialmente preparado para aprender y con más neuronas de las que necesita para su pleno funcionamiento, intentará recuperarse de las injurias que haya sufrido. Y

entendiendo cómo funcionan esos mecanismos de plasticidad, debemos concluir que los niños aprenden mejor poco a poco, con experiencias reiteradas, cuando les guía su propia iniciativa y, sobre todo, cuando tienen la oportunidad de hacer y de practicar, una y otra vez, las habilidades aprendidas en el contexto de sus rutinas y actividades diarias, en sus entornos habituales y con las personas que quieren y les motivan (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Lo cual es motivo más que justificado para demandar unas intervenciones de Atención Temprana centradas en la familia y en el entorno más que basadas en la dispensación de tratamientos ambulatorios (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2014). Unas intervenciones en las que el profesional debe desarrollar intensamente una labor de orientación y Acción Tutorial sobre los adultos que hay en el entorno natural del niño, más que centrarse en desarrollar una intervención directa sobre el niño. Esa Acción Tutorial buscará generar cambios encaminados a que esos adultos del entorno del niño mejoren su competencia para ayudar al aprendizaje y al desarrollo de ese niño, que así tendrá, como cualquier otro niño, la oportunidad de aprender en su entorno, sin necesitar el entorno artificial de la sala de tratamiento.

3.2. Bases psicoevolutivas de la Atención Temprana

El cerebro del hombre se encuentra en un estado de cambio constante, desde su nacimiento a la adolescencia y hasta la vida adulta. Uno de los procesos más importantes de cambio es el aprendizaje, entendido como cualquier cambio relativamente permanente de nuestra conducta derivado de la experiencia, es decir, a partir de nuestras interacciones con el entorno (Coll et al., 1999).

A lo largo del desarrollo de la disciplina psicoevolutiva han existido diversos modelos o enfoques teóricos que han modelado la base de la comprensión del aprendizaje humano (Lahey, 1999):

- Enfoque conductista: Con autores como Pavlov, Bandura y Skinner se fundamenta la idea de que el aprendizaje está basado en los cambios observables en la conducta del individuo. Está focalizado en la repetición de los patrones de conducta hasta conseguir que estos se generen de forma automática.

- Enfoque psicoanalítico: Con exponentes como Freud y Jung, considera el desarrollo humano en términos de fuerzas y motivos intrínsecos, muchos de los cuales son de carácter inconsciente.
- Enfoque del aprendizaje social: Con autores como Bandura, Rotter y Montgomery, considera que la conducta real de cada individuo resulta de elementos acumulados gracias al aprendizaje adquirido a través de experiencias previas. En esta teoría tiene mucha importancia el concepto de modelado, entendiéndose como la construcción de nuestro comportamiento bajo la observación del comportamiento de los demás.
- Enfoque cognitivo: Con autores como Piaget, Ausubel y Bruner entre otros, se centra principalmente en la estructura del desarrollo de los procesos del pensamiento del individuo y la forma como estos procesos afectan a la comprensión del mundo por parte de la persona.
- Enfoque sociocultural: Tiene como máximos exponentes las teorías del aprendizaje próximo de Vygotsky y la teoría ecológica de Bronfenbrenner e intenta explicar el desarrollo del conocimiento y de las competencias individuales en términos de la orientación, el apoyo y la estructura que aporta un contexto cultural más amplio. La tesis central de la teoría es que el desarrollo humano es el resultado de la interacción dinámica entre la persona y la cultura que la rodea.

La complejidad de dar explicación a la conducta humana ha hecho que actualmente la mayor parte de los psicólogos evolutivos opten por una perspectiva ecléctica que englobe todas estas teorías, de forma que dependiendo del problema cada profesional incorpora aquellos elementos que le parecen más útiles dependiendo del problema o interrogante que se le presente.

3.3. Bases pedagógicas de la Atención Temprana

Los cambios en el entendimiento social de la discapacidad han tenido una notable influencia en el contexto escolar y en la forma de intervenir en el alumno con necesidades educativas en el aula (Hegarty, 2008).

Surge así la idea de una escuela comprensiva que integre, por medio de nuevos principios, la atención educativa necesaria para la mayor calidad educativa a los alumnos con necesidades educativas especiales (Arnáiz, 1996). Y estos principios son:

- Principio de normalización: Mediante este principio se entiende la Educación Especial, no como la negación de una discapacidad, sino como la intervención sobre la misma con objeto de buscar la igualdad social. La normalización supone reconocer los derechos fundamentales de una persona con discapacidad en vistas a disfrutar de los derechos de cualquier otro ciudadano.
- Principio de integración: El concepto de integración ha sido resultado de un proceso centrado en la necesidad de todo niño a disfrutar de una escolarización lo más igualitaria posible, dotando de los recursos personales, didácticos y materiales necesarios para que se pueda producir.
- Principio de individualización: Desde este principio se entiende la enseñanza como la respuesta a las necesidades de una persona, y no al contrario. Se consideran las debilidades y potencialidades del niño, adecuando el currículum escolar para darle respuesta educativa.
- Principio de sectorización: Desde este principio la Educación Especial trasciende el aula para llegar a todos los contextos del niño. La sectorización supone que el sujeto con necesidades educativas especiales utilice las instituciones y servicios de su sector comunitario con intervención de pluralidad de funciones y profesionales.

En el ámbito de la Atención Temprana se da mucho valor a la escolarización temprana de niños usuarios de sus servicios, ya que el entorno escolar puede nutrir de experiencias al niño que contribuyan a su desarrollo físico, intelectual, afectivo y social (Aranda & Andrés, 2004; Mendieta & García-Sánchez, 1998; Perpiñán, 2003, 2009). Por eso se hace hincapié en la necesidad de coordinación entre los recursos de Atención Temprana y la etapa de Educación Infantil (García-Sánchez, Sánchez-López, Escorcía & Castellanos, 2012; Ponte, 2004). Una coordinación a través de la cual el profesional de Atención Temprana, conocedor de la discapacidad del niño, de sus características y de las necesidades evolutivas que conlleva, está en condiciones de ofertar una orientación efectiva a los profesionales de la etapa de Educación

Infantil que están presentes en otro de los entornos naturales del niño: el aula de Educación Infantil donde se integra.

El desarrollo curricular de la Educación Infantil gira en torno a tres áreas referenciales: A) Conocimiento de sí mismo y autonomía personal; B) Conocimiento del entorno; C) Lenguajes: comunicación y representación. El entorno de las aulas de Educación Infantil, en sus diferentes ciclos, proporciona un contexto ideal para fomentar el desarrollo del niño, dando la posibilidad de multitud de situaciones para el autoaprendizaje, para el descubrimiento de sí mismo, para el desarrollo de hábitos de autonomía y para el impulso de habilidades de interacción con iguales y otros adultos distintos a sus referenciales de apego, suponiendo una gran oportunidad para el desarrollo del niño con necesidades educativas especiales. El Centro de Educación Infantil puede contribuir de manera eficaz a compensar y a nivelar los desajustes que tienen origen en las diferencias de entorno social, cultural y económico, así como realizar la función de detección precoz de posibles alteraciones del desarrollo (De Francisco, 2005).

El informe a la UNESCO, realizado por la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, establece que la educación debe llegar a toda persona y determina cuatro pilares básicos sobre la cuál debe desarrollarse (Arnáiz, 2003):

- *Aprender a conocer*: adquisición de los instrumentos necesarios para comprender el mundo que nos rodea, entendiéndose como la ayuda necesaria a cada persona para aprender, para vivir con dignidad, desarrollar sus capacidades profesionales y comunicarse con los demás.
- *Aprender a hacer*: referido a la posibilidad de influir sobre el entorno, se trata de enseñar a la persona a poner en práctica sus conocimientos para el alcance del éxito personal y laboral. Se trata de desarrollar en el alumno la capacidad de comunicarse y trabajar con los demás, afrontando los conflictos que puedan generarse.

- *Aprender a vivir juntos*: supone la participación y la cooperación con los demás en las distintas actividades humanas, incidiendo en el desarrollo de la empatía hacia el otro, respetando las diferencias.

4. Desarrollo normativo de la Atención Temprana

La Atención Temprana, como disciplina joven, ha sido durante sus escasas cinco décadas de historia objeto de postulados filosóficos y de concreciones normativas. La necesidad de explicitar qué es la Atención Temprana, cuál debe ser su funcionamiento, a quién debe dirigirse, etc, ha hecho que su desarrollo normativo formara parte de las agendas políticas internacionales, aunque estos desarrollos han sido desiguales por la heterogeneidad de contextos culturales en los que se aplica.

4.1. La Atención Temprana en el panorama internacional

Tras la tragedia de la Segunda Guerra Mundial, los países occidentales focalizan su atención en la defensa del ser humano y sus derechos básicos, por lo que la ONU proclama en 1948 la llamada Declaración Universal de los Derechos Humanos. Posteriormente, se proclamaría la Declaración de los Derechos del Niño (Tabla 1.2) entendiendo que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita de protección y cuidado especiales. Sus 10 principios fundamentales resultarán pilares para el desarrollo internacional de medidas que cuiden el desarrollo emocional, educativo y físico de todos los niños del mundo.

Tabla 1.2

Principios de la Declaración de Derechos del niño

Declaración de los Derechos del Niño (1959). Organización de las Naciones Unidas	
Principio 1	El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.
Principio 2	El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al

	promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.
Principio 3	El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.
Principio 4	El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
Principio 5	El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.
Principio 6	El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.
Principio 7	El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.
Principio 8	El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.
Principio 9	El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.
Principio 10	El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Si analizamos un poco estos principios, concretamente los principios 4, 5, 6 y 7, encontramos las bases de los pilares en los que se desarrollarán los postulados de la Atención Temprana.

Tras el reconocimiento de la infancia en la Declaración de los Derechos del Niño se generarán diferentes normativas que tratarán no sólo de proteger los derechos de todo menor, sino además se establecerán marcos para la protección e intervención con el niño que presenta discapacidad (Tabla 1.3).

Tabla 1.3

Normativa y otros documentos internacionales relativos a la infancia

Año	Documento
1976	Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976 , mediante la cual se aprueba la publicación de la “Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” donde se establecen las definiciones de: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía
1982	Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3 de diciembre de 1982 , se aprueba el “Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidades”, donde se establecen medidas sobre prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades.
1989	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño : aprobada en Nueva York por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 20 de Noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de Noviembre de 1990 . Los servicios de Atención Temprana, podrían basarse en los siguientes artículos: 23.1-2-3-4, 24.1-2, 28.1
1993	Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Asamblea general de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993), en las que se hace nuevamente mención específica a aspectos concretos del entorno de la Atención Temprana. Especial significación el artículo 2 y 5.
1994	Declaración de Salamanca. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad , aprobada por aclamación en la ciudad de Salamanca, España, el día 10 de Junio de 1994. Los delegados reafirman su compromiso con la Educación para todos, reconociendo la necesidad y urgencia de impartir enseñanza a todos los niños con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de educación.
1996	Prevención de la Discapacidad: Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional. Auckland, 1996 . Rehabilitación internacional considera también que, siempre que fuera posible, las deficiencias deberían evitarse mediante programas de acción de tipo médico y social.
2002	Asamblea General de las Naciones Unidas, New York 2002 . Se aprueba un Plan de Acción que obligaba a los Estados Partes, entre otras cosas, a aplicar políticas y programas Nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia para promover el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y cognitivo de los niños.
2006	Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, ONU, Nueva York, 14-25 de Agosto de 2006 . La convención asegurará que las personas con discapacidades disfruten de los mismos derechos humanos en los

	campos de la educación y el empleo, y que la arquitectura sea adaptada a sus necesidades.
2011	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, versión para la Infancia y Adolescencia (CIF- IA). Este documento tendrá como objetivo convertirse en un marco conceptual para el registro de los problemas que se muestran en la infancia, la niñez y adolescencia.
2013	Estado mundial de la Infancia: niños y niñas con discapacidad (UNICEF). El documento elaborado por UNICEF tendrá como objetivo establecer un marco de acción en las desigualdades de la discapacidad en distintos países.

Fuente: Adaptado de Andrés, C. (2011). *La Atención a la Familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y Centros de Atención Temprana* (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

4.2. Normativa nacional en Atención Temprana

4.2.1. Constitución Española de 1978

En relación al desarrollo de derechos de las personas con discapacidad, la promulgación de la Constitución Española de 1978 inició una etapa nueva tras un período anterior en el que apenas existe algún desarrollo normativo o social dirigido a ellas. A partir de la promulgación de la Constitución de 1978 se experimenta un notable avance respecto a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, tanto en su condición social, educativa y económica, aunque hay que decir que en la misma Constitución existen pocos artículos relacionados con la defensa de la infancia y la discapacidad:

- Artículo 27: “1. Todos tienen derecho a la Educación. Se reconoce la libertad de enseñanza”. “5. Los poderes públicos garantizan el derecho de todos a la educación, mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de todos los sectores afectados y la creación de centros docentes”.
- Artículo 39: “1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia”. “4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

- Artículo 49: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.*

4.2.2. Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

La ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) 13/1982, se fundamenta en el artículo 49 de la Constitución Española, y tiene como objeto la calidad de vida de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, así como su integración social y su realización personal. Es importante subrayar que en la misma LISMI encontramos los principios que regirán la organización y filosofía de la Atención Temprana: normalización, sectorización e integración. La LISMI, inspirada por otras leyes internacionales, cambia hacia un enfoque funcional de la discapacidad, considerando que lo importante no es tanto la persona o la minusvalía sino la dificultad que entraña para su integración social (Alonso, 2008). En relación con el ámbito de la Atención Temprana, estos podrían ser sus artículos principales:

En el aspecto preventivo:

- Artículo 8: *“La prevención de las minusvalías constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales”.*
- Artículo 9.3: *“En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, así como a la higiene y seguridad en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental. Se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a las zonas rurales”.*

En el aspecto interventor e integrador:

- Artículo 18.2: *“Los procesos de rehabilitación podrán comprender: a) Rehabilitación médico-funcional; b) Tratamiento y orientación psicológica; c) Educación general y especial; d) Recuperación profesional”.*
- Artículo 22.1: *“El tratamiento y la orientación psicológica estarán presentes durante las distintas fases del proceso rehabilitador, e irán encaminadas a lograr del minusválido la superación de su situación y el más pleno desarrollo de su personalidad”.*
- Artículo 23. 1: *“El minusválido se integrará en el sistema ordinario de la educación general, recibiendo, en su caso, los programas de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce”.*
- Artículo 23.2: *“La Educación Especial será impartida, transitoria o definitivamente, a aquellos minusválidos a los que les resulte imposible la integración en el sistema educativo ordinario y de acuerdo con lo previsto en el art. 26 de la presente Ley”.*
- Artículo 28.1: *“La educación especial, en cuanto proceso integrador de diferentes actividades, deberá contar con el personal interdisciplinario técnicamente adecuado que, actuando como equipo multiprofesional, garantice las diversas atenciones que cada deficiente requiera”.*
- Artículo 49: *“Los servicios sociales para los minusválidos tienen como objetivo garantizar a éstos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad, así como la superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residan en las zonas rurales”.*
- Artículo 52. 1 *“La orientación familiar tendrá como objetivo la información a las familias, su capacitación y entrenamiento para atender a la estimulación y maduración de los hijos minusválidos y a la adecuación del entorno familiar a las necesidades rehabilitadoras de aquéllos”.*

4.2.3. Ley 51/2003, de 3 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Aunque en esta ley no existe una aplicación directa a la población infantil, sí que de algún modo parece necesario mencionarla por la importancia que tiene en una conceptualización más moderna de la discapacidad. Podemos considerar la Ley 51/2003 como una actualización y complemento de la LISMI. Los principios de esta Ley enfatizan la necesidad de la persona con discapacidad a poseer una vida independiente, normalizada, a tener accesibilidad universal por medio de medidas adaptadas, a la existencia de un diálogo civil y a la transversalidad de políticas en materia de discapacidad.

- A) Vida independiente: entendida como el empoderamiento de la persona en la toma de decisiones de su propia existencia, así como a su participación activa en la vida social.
- B) Normalización: se entiende como la virtud de toda persona a poder tener una vida normal.
- C) Accesibilidad universal y diseño para todos: condiciones que deben cumplir entornos, bienes, productos, servicios, objetos e instrumentos de forma que puedan ser accesibles y utilizados por todas las personas.
- D) Diálogo civil: derecho a la representación y participación de las personas con discapacidad y sus familias en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas sociales.
- E) Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad: principio por el que las políticas de las Administraciones públicas deben cumplir líneas de acción de carácter general en las que se tendrán en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad.

En relación más directa con el ámbito de la Atención Temprana encontramos el siguiente Artículo de esta Ley:

- *Artículo 15.1: “Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la*

preparación, elaboración y adopción de las decisiones que les conciernen, siendo obligación de las Administraciones Públicas en la esfera de sus respectivas competencias promover las condiciones para asegurar que esta participación sea real y efectiva. De igual modo, se promoverá su presencia permanente en los órganos de las Administraciones Públicas, de carácter participativo y consultivo, cuyas funciones estén directamente relacionadas con materias que tengan incidencia en esferas de interés preferente para personas con discapacidad y sus familias”.

4.2.4. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

La Ley 39/2006 es la más reciente en materia de discapacidad a nivel estatal. En esta Ley encontramos distintos artículos referidos a la aplicación y organización de los servicios de la atención a la discapacidad y, como novedad, incluye una disposición adicional relativa a la protección del menor de 3 años destacando la Atención Temprana como una medida a adoptar por las administraciones públicas.

Específicamente en esta Ley, encontramos en el artículo 16, referido a la red de servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, su aplicación en la organización administrativa que deben incluir los CDIAT, como centros que atienden a población con discapacidad.

1. Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados.

2. Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.

3. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.

4. Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector.

Como he comentado previamente, otro de los aspectos más interesantes de esta Ley, en el marco de la Atención Temprana, sería la disposición adicional decimotercera, referida a la población infantil de 0 a 3 años.

1. Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia. El instrumento de valoración previsto en el artículo 27 de esta Ley incorporará a estos efectos una escala de valoración específica.

2. La atención a los menores de 3 años, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior, se integrará en los diversos niveles de protección establecidos en el artículo 7 de esta Ley y sus formas de financiación.

3. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para estos menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar Atención Temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

4.3. Normativa marco de la Atención Temprana por Comunidades Autónomas

La ausencia de un marco normativo nacional en relación a la Atención Temprana promueve la existencia de una pluralidad legislativa en las distintas Comunidades Autónomas (Tabla 1.4). Parece evidente la buena voluntad institucional por organizar y dar una respuesta a la discapacidad en las edades más tempranas, aunque esa pluralidad genera una desigualdad en esa atención entre las distintas C.C.A.A., haciendo que tengan un marco técnico, una red de recursos y una inversión diferente (Ponte, 2003).

Tabla 1.4
Referencias normativas de la Atención Temprana en las CCAA

Comunidad	Legislación marco de Infancia y Servicios Sociales	Legislación específica en Atención Temprana
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor (BOJA 12-5-98) - Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía (BOJA 12-4-88) - Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía (BOJA 17-04-99) 	No existe
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 12/2001, de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. (BOA 20-01-01) - Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social (BOA 30-3-87) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 6/2002 de Salud de Aragón. En su Artículo 30 se incluye la Atención Temprana entre las propias actuaciones de asistencia sanitaria - Orden de 20 de enero de 2003 (BOA 5-2-2003), del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el Programa de Atención Temprana en Aragón - Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA 30-6-2011
Asturias	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor (BOPA 9-2-95) - Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social (BOCAIB 28-4-87) 	No existe, en proyecto de regulación
Baleares	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 7/1995, de 21 de marzo, de guarda y protección de los menores desamparados. (BOCAIB 8-4-95) - Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social (BOCAIB 28-4-87) 	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 85/2010, de 25 de junio por el cual se regula la red pública y concertada de Atención Temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Illes Balears - Decreto 9/2015, de 13 de marzo, de modificación del Decreto 35/2011, de 8 de abril, por el que se crea el

		Centro Coordinador de Atención Temprana y Desarrollo Infantil de las Illes Balears
Canarias	- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores (BOC 17-2-97). - Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (BOC. 4-5-87)	-Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Artículo 27-13
Cantabria	- Ley 7 1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia.(BOCA 6-5-99) - Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social (BOCA 5-6-92) - Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes.(BOC 28- 11-01) - Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales	- Plan de Atención Temprana de Cantabria 2003-2006. Consejo de Gobierno 5/2003
Castilla y León	- Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León (BOCYL 7-8-02) - Ley 18/1988, de 28 de Diciembre de Acción Social y Servicios Sociales BOCYL (9-1-89)	- Instrucción 02/05/05, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en los Centros Base de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades - Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León
Castilla La Mancha	- Ley 3/1999, de 31 de marzo, del menor (DOCM 16-4-99) - Ley 3/1986 de 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (DOCM 20-5-1986) - Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (DOCM 25-11-1994) - Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social	- Circular interna de noviembre de 2007 de la Dirección General de que regula Equipos de Atención Temprana propios y de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana pertenecientes a la red de centros de la Junta de Castilla La Mancha

Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción (DOGC 2-8-95) - Ley 18/2003, de 4 de julio, de Apoyo a las Familias. (DOGC 16-07-03) - Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio, 26/1985 de 27 de diciembre y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales (DOGC 13-1- 95) 	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del - - Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.
Ceuta		No existe.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores (DOE 24-11-94) - Ley 5/87, de 23 de abril, de Servicios Sociales(DOE 12-5-87) 	- Decreto 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 3/1997, de 9 de junio, de la familia, la infancia y la adolescencia (DOG 20-6-97) - Ley 4/1993,de 14 de abril, de Servicios Sociales (DOG 23-4-93) 	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la Atención Temprana a Discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG 10-03-98) - Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de Atención Temprana
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia(BOCM 7-4-95) - Ley 11/1984, de 6 de Junio, de Servicios Sociales (BOCM 23-6-84) - Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCM 14-4-03) 	- Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la Atención Temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de Atención Temprana
Melilla		No existe
Murcia	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia. (BORM 12-4-95) - Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia (BORM 2-5-03) 	En septiembre de 2014, elaboración de Borrador de orden reguladora de los Servicios Sociales de Atención Temprana en la Región de Murcia
Navarra	- Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo de Servicios Sociales (BON 8-4-1983)	- Orden foral 317/2009, de 16 de octubre, de la Consejería de asuntos sociales, familia, juventud y

		deporte, por la que se regula el servicio de Atención Temprana
País Vasco	- Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (BOV12-11-96) - Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social (BOPV 8-6-98)	- Dictamen 6/13 sobre el Proyecto de Decreto sobre la Intervención Integral en Atención Temprana en la CAPV
La Rioja	- Ley 4/1.998 de 18 de marzo, del Menor (BOR 24-3-98) - Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales (BOR 7-3-02)	- Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en Atención Temprana en La Rioja
Valencia	- Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la infancia (DOGV 16-12-94) - Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana (DOGV 12-6-89) - Ley 5/1997, de 25 de junio por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana (DOGV 4-7-97) - Ley 11/2003, de 10 de Abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad (DOGV 11-04-03)	- Orden de 21 de septiembre de 2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los Centros de Estimulación Precoz.

Fuente: Adaptado de Ponte, J (2003), Legislación y Atención Temprana, notas sobre aspectos sociosanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 56, p. 5-19

Con la publicación de la actual Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia existe una pretensión de establecer una base legislativa para generar un marco normativo estatal, aunque hay que considerar que no sería una fácil tarea por la variación que encontramos, ya que de una comunidad autónoma a otra encontraremos diferentes nomenclaturas, diferentes profesionales, distintas dependencias administrativas, entre otras notas distintivas.

4.4. Libro Blanco de la Atención Temprana

A pesar de los años que han pasado ya desde su publicación, podemos considerar el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) como el documento de mayor relevancia a nivel nacional en el desarrollo de esta disciplina, puesto que supone el mayor esfuerzo de coordinación interdisciplinar (medicina, pedagogía, psicología...) en la puesta en común de lo que debe ser la definición de Atención Temprana, sus objetivos, niveles de intervención y ámbitos de actuación, entre otros aspectos. La necesidad de realizar este documento surge por la falta de coordinación interinstitucional, las deficiencias organizativas y de recursos, y las diferencias entre modelos de las distintas Comunidades Autónomas (García-Sánchez, 2001; Pegenaute, 2001).

4.4.1. Objetivos de la Atención Temprana

El desarrollo de la investigación en neurociencias en relación a la plasticidad del sistema nervioso durante los primeros años de vida justifica la necesidad de esforzarse en un diagnóstico temprano de la discapacidad para intervenir lo más pronto posible ante las necesidades del niño y de la familia. Así pues los objetivos de la Atención Temprana, según el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), se focalizarán en la necesidad del diagnóstico y la intervención temprana dentro de un marco de coordinación interdisciplinar:

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.

3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

En referencias algo más actuales encontramos un mayor énfasis en la inclusión de la familia entre los objetivos de la Atención Temprana, en correspondencia con un modelo más social que médico. Un claro ejemplo se encuentra en la referencia de la Agencia Europea para el desarrollo de la Educación del alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010, pp. 7):

La Atención Temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida del niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y del niño.

Del mismo modo, otras definiciones de Atención Temprana incluyen conceptos como resiliencia, fortalezas familiares, inclusión social... entre sus objetivos, estando más acordes a los enfoques ecológicos de la propia disciplina y haciendo un mayor énfasis en la tarea de orientación a los cuidadores principales.

Los programas de Atención Temprana están diseñados para apoyar a niños en situación de riesgo en el desarrollo, o niños en los que ha sido identificado algún problema de desarrollo o discapacidad. La Atención Temprana comprende un rango de servicios y redes de apoyo para asegurar y mejorar el desarrollo infantil y la resiliencia, fortalecer las competencias familiares, y promover la inclusión de familias y niños (WHO-UNICEF, 2012, pp.12).

4.4.2. Principios básicos de la Atención Temprana

Otro de los aspectos más interesantes del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) lo encontramos en la propuesta de principios que deben regir en el desarrollo de la Atención Temprana en el marco sanitario, social y escolar:

Diálogo, participación e integración

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica el respeto a su condición de sujeto activo. La Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y el acceso a su forma de comunicar y expresar sus deseos, promoviendo modelos de crianza, educativos y relacionales coherentes y estables, basados en actitudes de diálogo y en la aceptación de los modos alternativos de ser.

La colaboración con la familia es una actitud básica de la Atención Temprana, desde el respeto de la cultura, valores y creencias de los padres, hermanos y abuelos. Se debe estimular la expresión de sus necesidades e intereses, el derecho a recibir información de manera adecuada y a participar en cuantas decisiones les atañen. Se enfatiza que la Atención Temprana también tiene que estar centrada en la familia, en la aportación de los medios que ésta precise para resolver sus dificultades y asumir sus responsabilidades. Aunque ese “también” que se incluye en la frase y que está en el texto original del Libro Blanco (GAT, 2000) es más significativo de lo que parece, colocando al familiar como en un segundo plano, siempre detrás de la intervención que se haga directamente sobre el niño. Algo que está claramente en desfasado en relación al modelo de Atención Temprana centrada en la familia, que pone a ésta en primer plano al encontrar evidente que el desarrollo del niño necesita de esa familia por encima de cualquier otra intervención.

Específicamente, este apartado tiene una especial relevancia en esta investigación, al considerar la importancia de la familia en los principios de Atención Temprana defendemos la necesidad de replantear su posición respecto a este ámbito.

Otro aspecto a tener en cuenta es la participación social en el desarrollo de los planes y programas dirigidos a los niños con trastornos del desarrollo, esta participación debe concretarse a través del movimiento asociativo profesional y de los usuarios en cada área o distrito territorial.

Gratuidad, universalidad, igualdad de oportunidades, responsabilidad pública

La presencia de una discapacidad o un trastorno del desarrollo implica un alto riesgo de marginación social. La Atención Temprana actúa para la prevención y, en su caso, evitación de estos riesgos facilitando la igualdad de oportunidades en el acceso a los distintos contextos de la vida social, la incorporación a una familia donde ser amado, la convivencia y socialización en una escuela abierta a todos los niños, el diseño del hábitat comunitario de una forma comprensiva hacia la diferencia.

Por sus orígenes y objetivos es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal, de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen. La gratuidad de la Atención Temprana ha de ser completa y debe alcanzar a las ayudas técnicas y a la eliminación de barreras a la integración.

Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas:

- La especialización en desarrollo psicomotor infantil: comprender los procesos típicos y atípicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.
- La profundización en psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.

- El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.

La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición *sine qua non* para la organización de servicios cualificados de Atención Temprana, al nivel adecuado a su responsabilidad.

Coordinación

La atención a los niños con trastornos del desarrollo y sus familias se realiza en un marco institucional concreto. Las familias suelen resaltar la necesidad de que los servicios y orientaciones que cada entidad o cada profesional ofrece resulten coincidentes y tengan en cuenta el conjunto de su situación a la hora de planificar actuaciones. Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes locales que se complementen y faciliten la calidad de la vida familiar. Esta coordinación conviene asentarla sobre protocolos básicos de derivación e intercambio de información y registros informáticos de contenido equivalente para el conjunto del Estado. Estos registros y su uso deberá acordarse con todos los recursos implicados en la implementación de las actuaciones de Atención Temprana, ya sean estos centros dependientes de instituciones públicas, como Ayuntamientos o Consejerías, cooperativas de profesionales o centros dependientes de asociaciones de padres y federaciones de usuarios. Por supuesto, todos estos registros deberán contener cláusulas de salvaguarda de la intimidad personal.

La coordinación atañe también a la continuidad de los servicios. Organizar el proceso de información diagnóstica o de transición a la escuela son dos hitos inexcusables. Es muy conveniente que cada familia tenga un *profesional de referencia* al que dirigirse para resolver dudas o interrogantes, que le ofrezca confianza y le sirva para reorganizar de forma coherente la vida cotidiana. Evitar la fragmentación que puede darse como consecuencia de la intervención de múltiples agencias, entidades o profesionales es un objetivo principal de la coordinación. La

necesidad de un profesional de referencia o terapeuta –tutor como un guía a la familia es una idea que, en el marco de un modelo integral de actuación en Atención Temprana (Castellanos, García-Sánchez, Mendieta, Gómez & Rico, 2003), puede resultar imprescindible para el desarrollo del niño en sus contextos ecológicos.

Descentralización

El principio de descentralización se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su cercanía, facilitando la posible intervención en el domicilio familiar. Implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales, en la intermediación de las escuelas infantiles y en la vecindad de la familia.

La descentralización precisa de una buena organización del acceso o apoyo desde los servicios más especializados de área o región (servicios de tercer nivel, centros de recursos, centros específicos). El funcionamiento de los servicios debe dar respuesta a la organización de la vida cotidiana familiar.

Sectorización

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya. Con el principio de sectorización se puede entender que la prioridad es facilitar a la familia los servicios buscando la mayor accesibilidad posible, independientemente de si estos servicios tienen o no alguna especialización.

4.5. Niveles de prevención en Atención Temprana respecto a servicios educativos y CDIAT

La forma en la que una cultura o sociedad trata a sus miembros más jóvenes tendrá una significativa influencia sobre el modo en el que ésta crecerá, prosperará y será vista por otras sociedades (Sameroff & Fiese, 1990). En cualquier caso, no todos los niños de las distintas sociedades nacen sanos, no todos tienen un buen acceso a la nutrición, no todos tienen buen acceso a cuidados de salud ni un hogar aceptable, y no todos los niños nacen libres de padecer discapacidades o riesgos biológicos (Sameroff & Fiese, 1990).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la conjunción de tres niveles de prevención atendiendo a los destinatarios y finalidad que se persigue (Tabla 1.5): Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria (Vignolo & Vacarezza, 2011). Esta clasificación de los niveles de prevención, surgidos en primera instancia en el ámbito sanitario, ha sido extrapolada a otros campos como el educativo, servicios sociales y de Atención Temprana.

Tabla 1.5
Niveles de prevención en Atención Temprana

Nivel de Prevención	Destinatarios	Finalidad	Actuaciones	Ejemplos de programas
Primaria	Dirigida a grandes grupos de población, o incluso a la totalidad de esta	Evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de deficiencias, trastornos o alteraciones en el desarrollo infantil.	Desarrolladas antes de que se produzca la enfermedad, deficiencia y/o alteración del desarrollo, y encaminadas a evitarla.	Programas de cuidado prenatal. Programas de apoyo psicoeducativo para padres primerizos.
Secundaria	Dirigida a grupos de riesgo y con discapacidad establecida	Detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y situaciones de riesgo, para poder actuar antes de que la enfermedad o situación que padece el niño haya hecho todo el daño y la discapacidad esté ya plenamente desarrollada.	Desarrolladas después de que la enfermedad o deficiencia ha sido detectada, pero antes de que haya causado una discapacidad. Encaminadas a curar la enfermedad y/o evitar el desarrollo de la discapacidad o de todo lo que la discapacidad puede ocasionar.	Programas para remediar alteraciones de la comunicación o de conducta.
Terciaria	Se dirige a los grupos en los que la discapacidad ya ha sido detectada	Atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño.	Desarrolladas después de que la discapacidad ha aparecido, con el objetivo de reducir el deterioro futuro, y rehabilitar lo perdido.	Programas para proporcionar AT en contextos basados en la comunidad para niños con discapacidad.

Elaboración propia a partir de Odom, S.L. & Kaiser, A.P. (1997). Prevention and early intervention during early childhood: theoretical and empirical bases for practice. En W.E. MacLean, Jr. (Ed.). *Ellis' Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research*. Figura 6.1 pp 140.

La prevención primaria en los servicios educativos se traduce en actuaciones de apoyo al niño y a la familia, en este aspecto mucho tiene que decir la Acción Tutorial llevada a cabo por educadores, como un proceso de intervención a la aparición previa de dificultades escolares en Educación Infantil y Primaria, y como actuaciones preventivas en salud y bienestar emocional en los niveles de Secundaria y posteriores. Como ejemplos, podríamos mencionar las Escuelas de Padres realizadas en centros educativos de Infantil y Primaria, o bien los programas de educación afectivo-sexual en educación secundaria.

La prevención primaria y secundaria en los CDIAT suele traducirse en la colaboración en campañas de formación/información de la población general en aspectos relativos al desarrollo infantil, además de las labores propias de detección y prevención. En Atención Temprana la prevención primaria respondería principalmente a todo el conjunto de actuaciones llevadas a cabo antes de que aparezca el problema o la discapacidad, siendo la forma de prevención realmente universalizable y, en principio, una actuación que no sería llevada a cabo directamente por los recursos de Atención Temprana (García-Sánchez, 2003). La prevención secundaria englobaría las actuaciones realizadas cuando la enfermedad o el problema ya han aparecido, siendo el objetivo de la intervención evitar que esa enfermedad o situación de riesgo lleguen a ocasionar discapacidad.

La prevención secundaria en los servicios educativos, respecto a la Atención Temprana, focalizaría en la detección de las posibles necesidades educativas especiales de los niños. En este sentido toma mucho peso la evaluación psicopedagógica por parte de los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), considerada como un proceso de valoración de las capacidades y características personales del alumno, su familia y los entornos en los que desenvuelve. La valoración psicopedagógica en el sistema educativo suele iniciarse por vía de la figura del tutor de aula, quién sería encargado de realizar la demanda de valoración a los EOEP de zona, aunque en EOEP especializados en Atención Temprana la valoración pueden solicitarla otros servicios (médicos, sociales...).

En la prevención terciaria de los CDIAT se incluirán todas las intervenciones específicas necesarias para corregir las dificultades de los niños. En los procesos de prevención terciaria

deberán considerarse las necesidades y posibilidades de cada niño en cada área del desarrollo, por lo que una valoración multiprofesional exhaustiva previa a los tratamientos será esencial para el encuadre de los mismos mediante un Plan Individualizado de Atención Temprana o un Plan Individualizado de Apoyo Familiar. En prevención terciaria, en Atención Temprana, el trabajo con la familia resulta fundamental puesto que pueden generarse situaciones de estrés familiar, desorientación y rechazo que deben ser debidamente acompañadas e intervenidas por los profesionales del ámbito.

El ejercicio de una correcta prevención terciaria en los centros escolares tienen como pilares fundamentales los principios de integración, normalización e inclusión. La escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales, en base a estos principios, debe iniciarse en un entorno lo más normalizado posible, lo cual supone poner en marcha la adaptaciones necesarias (personales, espaciales y curriculares) para la correcta integración del niño en su aula. La escolarización para alumnos con necesidades educativas especiales supondrá un elemento indispensable, por lo que las administraciones han dado prioridad a la misma, otorgando a estos niños prioridad en la misma escolarización tanto en escuelas infantiles o centros de Educación Infantil y Primaria con garantías de reservas de plazas consolidadas mediante los dictámenes de escolarización elaborados por los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

4.6. Normativa de la Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

En la CARM, a pesar de que existe una estructura de servicios de Atención Temprana extensa, no existe normativa específica de este ámbito, aunque sí que tenemos normativa destinada a la protección del menor y al sistema de funcionamiento de nuestros Servicios Sociales. No obstante, también cabe añadir que en el momento actual ha sido elaborado un borrador de decreto de Atención Temprana en la Región de Murcia, con la colaboración de distintos profesionales del sector, que está actualmente a espera de los últimos trámites para su aprobación.

4.6.1. Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia

Surge tras la asunción de competencias en materia del bienestar de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. Los principios en los que se fundamenta son la responsabilidad pública, la igualdad y universalidad, la solidaridad, la prevención, la participación, la planificación y coordinación, la descentralización de servicios, la integración y normalización, la globalidad y el trato personalizado, y la simplificación y racionalización en la prestación de servicios sociales. Esta normativa tiene como objeto:

- a) Promover y garantizar en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el derecho de todos los ciudadanos a un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.
- b) Ordenar y estructurar el conjunto de recursos, actividades y prestaciones, orientadas a la satisfacción de las necesidades básicas y el pleno desarrollo de los individuos.
- c) Establecer el marco normativo básico a que deben atenerse las actuaciones públicas y privadas en materia de servicios sociales, sin perjuicio del resto de legislación que les sea aplicable y del desarrollo reglamentario que establezca la propia Ley.
- d) Posibilitar la coordinación de las actuaciones públicas en materia de servicios sociales con el resto de las áreas de la política social, así como con todas aquellas actuaciones y recursos de la iniciativa social.

Es de apreciar que en el articulado de esta ley no aparece mención al funcionamiento y desarrollo de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, los cuales dependen de la Consejería de Política Social y Sanidad, aunque sí que encontramos un artículo específicamente referido al funcionamiento de los servicios sociales en materia de discapacidad.

Artículo 13. Actuaciones de los servicios sociales especializados en el sector de Personas con Discapacidad:

- 1. Los servicios sociales especializados en el sector de Personas con Discapacidad realizarán actuaciones a fin de procurar el tratamiento, rehabilitación e integración social de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, así como para la prevención de la discapacidad.*

- 2. Será propio de estos servicios desarrollar programas de valoración y diagnóstico de la discapacidad, Atención Temprana, formación ocupacional, integración laboral, supresión de barreras, ayudas técnicas, capacitación en actividades de autocuidado, actividades de ocio e integración social, garantizándoles una atención residencial adecuada cuando lo precisen y cuantos otros sean necesarios para favorecer la autonomía personal e integración social del discapacitado.*

CAPÍTULO II

ATENCIÓN TEMPRANA Y FAMILIA

1. Modelos conceptuales de la Atención Temprana

La familia constituye el primer contexto socializador de una persona suponiendo el primer entorno natural en el que un grupo de individuos se desarrollarán a nivel afectivo, físico, intelectual y social, y que además se determina por un sentimiento de pertenencia (Muñoz-Silva, 2005). La asimilación de la discapacidad de un niño en el entorno familiar desencadenará distintos procesos que pueden variar de una familia a otra y de individuo a otro, ya que supone una reconstrucción de expectativas y roles familiares que va a tener relación con distintas variables relativas al sistema familiar (nivel socioeconómico, apoyos familiares, apoyo sociales, características personales de los individuos de la familia, experiencia de la familia...) (Verdugo, 2000).

En la reflexión y estudio sobre las variables y los efectos de la discapacidad en la familia, dos modelos han tenido una importante influencia: modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) y el modelo transaccional (Sameroff & Fiese, 1990).

En un principio los movimientos familiares asociativos se focalizaban sobre una atención sanitaria competente sobre sus hijos con discapacidad. Posteriormente estas iniciativas familiares fueron ampliándose a otros ámbitos relacionados con el bienestar de su hijo, como lo son el ámbito socioeducativo y ocupacional. Todos estos movimientos familiares de ayuda mutua van a surgir promovidos, en un principio, por el escaso apoyo que hace unos años tenían las familias con niños con discapacidad. Los padres desarrollarían el rol de promotores de organizaciones, y se centrarían en conseguir los recursos para atender a sus hijos. De tal modo, en España, se impulsaron, con el apoyo de la Liga Internacional de Asociaciones a favor de Personas con Deficiencia Mental (Verdugo, 2000), los primeros pasos de la atención formal y sistemática a personas con discapacidad cognitiva. A partir de este punto, nacerán diversas organizaciones en las distintas Comunidades Autónomas que, posteriormente, en su mayoría, se federarán y confederarán en la FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual).

1.1. Modelo de sistemas ecológicos

La Teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) nos permitirá entender la influencia que tienen los distintos ambientes relacionados con el desarrollo de una persona.

Bronfenbrenner concibe el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en distintos niveles, en el que cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina los distintos niveles como microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1979; García-Sánchez, 2001):

- **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado y próximo en el que participa. En el caso del niño, sus microsistemas incluirían la familia, su grupo de pares, su aula de la Escuela Infantil, es decir, el ámbito más próximo del sujeto.
- **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa. Por ejemplo, para un niño, las relaciones entre su familia y la escuela, cuando los padres coordinan esfuerzos con los docentes para la educación del niño; las relaciones de su familia con el grupo de pares del barrio; para un adulto podríamos hablar de las relaciones entre la familia, el trabajo y la vida social.
- **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida. Podemos hablar aquí de estructuras del vecindario, de la localidad en la que se reside, etc. Para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.
- **Macrosistema:** se refiere a los marcos culturales o ideológicos, valores culturales y políticos de una sociedad, los modelos económicos y las condiciones sociales, que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido,

y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

La calidad de vida se puede entender desde una perspectiva de la teoría de sistemas, de manera que los indicadores de calidad de vida de cada una de esas dimensiones citadas (Verdugo, 2000) pueden referirse al microsistema (los ambientes sociales inmediatos), mesosistema (vecindario, comunidad y organizaciones que afectan al individuo), y macrosistema (patrones sociopolíticos y culturales generales).

Entre los sistemas de Bronfenbrenner (Figura 2.1) existe cierto dinamismo e interactividad. De acuerdo con este autor, el desarrollo sólo puede entenderse a partir de las interrelaciones e interacciones dentro y entre estos diversos círculos que, de acuerdo con el modelo, reflejan los diversos entornos presentes a lo largo de la vida de todo el individuo (Giné, 2000). De acuerdo con las ideas de Bronfenbrenner considerar el desarrollo del niño exclusivamente como fruto de su maduración sería un error, habría que considerar, entre otros, los apoyos sociales que tienen los padres, los vínculos familiares, el entorno socioeconómico y cultural en el que se desarrolla el niño, los recursos socioeducativos disponibles, y analizar cómo cada una de esas variables se interrelaciona.



Figura 2.1. Modelo de sistemas ecológicos. Adaptado de “Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia” de L. Leal, 1999, p.10. Copyright 1999 por American Association of Mental Retardation.

Las características multivariadas, multisistémicas y dinámicas de este modelo son útiles para comprender las complejas influencias que configuran el desarrollo, y nos proporcionará un marco general de intervención en Atención Temprana. A pesar de la complejidad del modelo sí que parece adolecer de importantes lagunas a la hora de dar explicación a los mecanismos exactos a través de los cuales los múltiples factores influyen en el desarrollo de un niño (García-Sánchez, 2001). Desde esta perspectiva será el modelo transaccional del desarrollo (Sameroff, 1983, 1987) el que superará las aportaciones de este modelo multisistémico y nos aportará esos niveles de concreción no especificados en el modelo de Bronfenbrenner.

1.2. Modelo ecológico-transaccional

El modelo ecológico-transaccional dará explicación a las influencias mutuas entre lo heredado, biológico y adquirido del sujeto con su naturaleza o contexto (Sameroff, 1983, 1987). En el análisis ecológico del modelo transaccional se destaca que no debe subestimarse el importante papel que jugará el niño en cuanto a los cambios que provocará en su propio ambiente, y desde tal sentido adquiere mucha importancia el terreno experiencial del propio individuo.

Desde el modelo ecológico-transaccional el desarrollo del niño se concebirá como el producto de las interacciones dinámicas entre la persona y las experiencias proporcionadas por la familia y el contexto en el que se enmarca (Pérez-López, 2004). Desde esta perspectiva entendemos que un contexto “flexible” de desarrollo en el que el niño pueda convertirse en un agente activo del cambio tendrá repercusión tanto en el propio sujeto como en el contexto en el que se desarrolla.

Desde el punto de vista de la Atención Temprana, el modelo transaccional tendrá una gran importancia a la hora de establecer objetivos y estrategias de intervención. Desde este modelo es importante que los profesionales de la Atención Temprana entiendan que no han de trabajar, o al menos no solo, de forma específica con el niño. No deben olvidar intervenir en los elementos de su contexto cuidando ese flujo de interacciones (Figura 2.2). Desde esta perspectiva se entiende que la función de la Atención Temprana será apoyar a la familia para responder correctamente ante las características de su hijo, al tiempo que se interviene o se hace que la misma familia intervenga con el niño para potenciar cambios en su desarrollo, los cuales tendrán también una influencia en el sistema familiar.

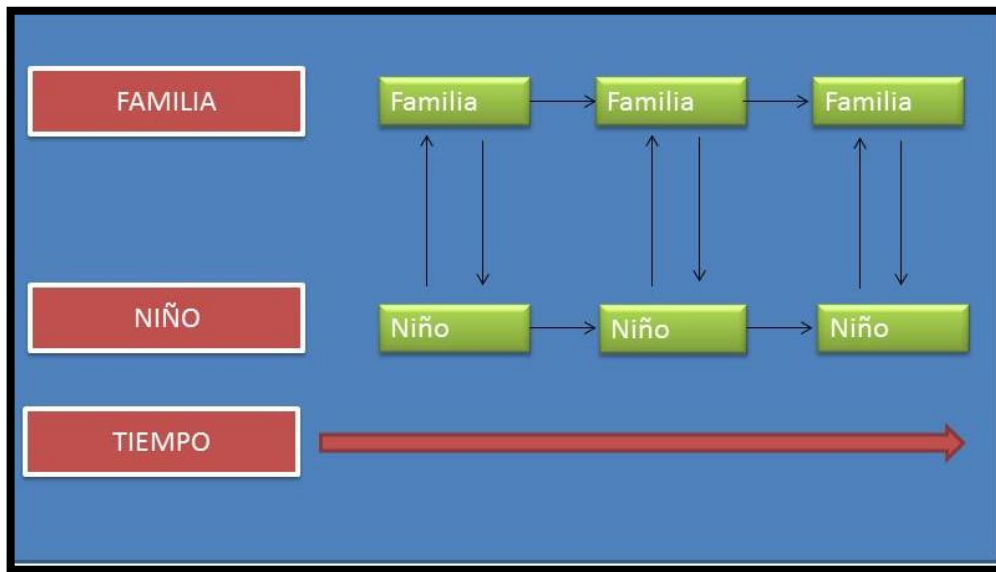


Figura 2.2. Modelo ecológico-transaccional. Adaptado de “Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la Atención Temprana” de J. Pérez y A. Brito, 2004, *Manual de Atención Temprana*, p.36. Copyright 2004 por Ediciones Pirámide.

En la figura 2.2. se describen los distintos cambios que el niño y la familia desarrollan a lo largo del tiempo y cómo estos se influyen mutuamente. A medida que la familia y el niño avanzan en el tiempo, aparecerán nuevas variables y redefiniciones en las relaciones entre ambos. La intervención en Atención Temprana se centrará no sólo en el desarrollo de los cambios del niño, sino también en las flechas que aparecen entre la familia-niño, las cuales representan las distintas interacciones que se generarán entre ellos.

Las consideraciones de Sameroff & Chandler (1975), por tanto, inciden en la concepción del desarrollo infantil como un proceso resultante de las interacciones continuas que se producen con su contexto familiar y social (Sameroff & Fiese, 2000; Serrano, 2007). El comportamiento es definido como el producto de las transacciones entre el fenotipo, es decir, el niño, el mesotipo, o fuente de la experiencia externa, y el genotipo, como fundamento u origen de la organización biológica (Sameroff & Fiese, 2000).

- *Fenotipo*: rasgos perceptibles en el niño y en su patrón de conducta.
- *Genotipo*: bases biológicas del propio individuo.
- *Mesotipo*: contextos y patrones sociales y culturales de la familia que influye en el desarrollo del individuo. En el mesotipo cada individuo tiene patrones regulares y se compone de subsistemas que no sólo realizan transacciones con el niño; sino también entre ellos mismos (Escorcía, 2014).

Parece evidente que los postulados de Bronfenbrenner, Sameroff y Fiesse tendrán una influencia muy notable en la forma en la que se determinarán los procesos de intervención en Atención Temprana. La visión de estos autores y la adecuada comprensión de sus postulados, junto con la comprensión de la forma de aprender que tiene el niño que las neurociencia han ayudado a delimitar en los últimos años (National Research Council and Institute of Medicine, 2000), debe contribuir a dejar atrás los modelos de intervención de tipo ambulatorio imperantes en los inicios de la disciplina de Atención Temprana, para dar paso al modelo de intervención centrada en la familia (García-Sánchez et al., 2014). Modelo en el que la orientación y Acción Tutorial ejercida por el profesional sobre los cuidadores principales del niño se convierte en el eje de la intervención.

2. Familia y discapacidad

2.1. Fases emocionales de la familia ante la discapacidad

El papel relevante de la familia y su papel en la evolución y desarrollo de sus miembros es algo innegable socialmente. Aunque esa idea sea aceptada de manera global, cada vez se manifiesta en mayor grado la necesidad de un nuevo replanteamiento en las propias familias de esa función insustituible en la educación de sus hijos (Sarto, 2001). El nacimiento de un niño como es fácil de entender, produce cambios normales en el marco familiar y redefinirá todos los roles de los miembros que componen el sistema familiar. Sin embargo, el nacimiento de un niño con discapacidad puede considerarse un evento aún mucho más estresante, crítico, persistente en el tiempo que, unido a la incertidumbre de la situación, provoca la aparición de

preocupaciones fundamentadas en las necesidades del niño (Femenías & Sánchez, 2003). La confusión y sentimientos de aceptación, culpabilidad y rechazo se entremezclan al tiempo que constantemente se desencadena una búsqueda de respuestas (Sarto, 2001). Según Seguí, Ortiz y De Diego (2008), los padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente sensaciones de fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal, aunque estas manifestaciones varían dependiendo de otras variables como el tipo de discapacidad del niño, la red de apoyos familiares, el nivel socioeconómico...

El nacimiento de un hijo con discapacidad es percibido por los padres como un acontecimiento extraordinario, inesperado e incomprensible (Guevara & González, 2012). Los hermanos de los niños con discapacidad también pueden experimentar una serie de emociones y cambios de vida, ya que muchas veces recae en ellos parte de la responsabilidad hacia el niño con discapacidad (Guevara & González, 2012), lo que hace que su implicación en el desarrollo social se vea afectada. Además es común que los progenitores destinen una mayor atención hacia el niño con discapacidad, y de tal manera los hermanos puedan sentirse desplazados en la relación familiar.

Las familias cambian constantemente a través de lo que ha sido denominado el Ciclo Vital (Freixa-Neilla, 1993). Éste supone una progresión de etapas de desarrollo dotadas de cierta estabilidad, separadas por etapas de transición que señalan la entrada a un nuevo estado de desarrollo; estas etapas de transición constituyen periodos relativamente breves de desorganización (Femenías & Sánchez, 2003).

Los estados de la familia varían en intensidad y grado desde el momento del diagnóstico de una discapacidad hasta un tiempo prolongado en el que se alcance de nuevo estabilidad familiar. Una vez que la familia ha recibido la información de que el hijo tiene una discapacidad o trastorno del desarrollo, según el modelo teórico de crisis (Grunewald & Hall, 1979) las familias atravesarán cuatro etapas distintas:

1. Fase de shock: durante un periodo de tiempo que puede ser más o menos prolongado los padres sufren un importante bloqueo, se sienten desorientados y confusos (Perpiñán, 2009). Los padres no quieren creer que su hijo no tendrá un desarrollo

normalizado y ponen en marcha todos los mecanismos de defensa necesarios para proteger sus sentimientos (Femenías & Sánchez, 2003). En este momento pueden aparecer asociadas emociones de pánico, rabia, culpa, bloqueo, depresión y negación (Perpiñán, 2009).

2. Fase de reacción: el bloqueo y la confusión inicial comienzan a descender. Empieza a asimilarse el diagnóstico y el sistema de atribuciones inicia un proceso de cambio, aunque se siguen manteniendo emociones de la etapa de shock (Perpiñán, 2009). Los padres comienzan a interesarse por lo que le sucede a su hijo y a plantearse preguntas. Es un momento en el que la pareja experimenta un gran repertorio de reacciones relacionadas con sentimientos de culpabilidad, tristeza... al tiempo que aparecen temores relacionados a estadios futuros o bien ponen en duda sus capacidades como progenitores.
3. Fase de adaptación: en esta fase comienza el proceso de reconstrucción. Los padres empiezan a aceptar la realidad y a plantearse qué acciones pueden hacer para ayudar a su hijo. Empiezan a conocer a su propio hijo y a comprender un poco en qué consiste la alteración que presenta, con sus puntos fuertes y débiles, lo que les permite discriminar lo que puede y no puede hacer el niño (Perpiñán, 2009). También destaca en esta fase una mayor actividad de búsqueda de información relacionada con el trastorno. Respecto al conocimiento del trastorno, en este momento, las familias tienden a maximizar las potencialidades y a minimizar las limitaciones, y aunque ya no nieguen la información en este sentido, o el diagnóstico, priorizan unos datos sobre otros (Perpiñán, 2009).
4. Fase de orientación: en este momento la crisis ya ha pasado, los padres han aceptado el trastorno y se observa una progresiva adaptación al mismo. Los roles familiares y las expectativas se han redefinido. Los padres se sienten confiados y competentes para responder a las necesidades de su hijo, recuperan la autoestima como padres que habían perdido en etapas anteriores. En esta fase también es importante considerar que los padres se sienten capaces de implicarse en los procesos de Atención Temprana y se sienten con mayor seguridad para tomar decisiones

(Perpiñán, 2009). De hecho, el modelo de Atención Temprana centrada en la familia plantea que la intervención con la familia ha de ir dirigida a facilitar y potenciar esta orientación, esa capacidad de toma de decisiones y ese incremento de competencias para conseguir la implicación de la familia en los procesos de aprendizaje del niño (García-Sánchez et al., 2014).

Cabe señalar que estas fases no se producen de forma lineal, en ocasiones se puede regresar a estadios anteriores, o bien, no producirse algunos de los estadios descritos. Todo ello va a depender de diferentes variables (ej. personalidad de los padres, red de apoyos familiares, recursos económicos, recursos sociales, expectativas creadas) por lo que difícilmente encontraremos una respuesta típica en las familias.

2.2. Necesidades de las familias con hijos con discapacidad

Todas las familias presentan necesidades diferentes relacionadas con distintos elementos (expectativas, nivel económico, recursos sociales...), pero es de entender que las familias con niños con discapacidad presentarán algunas necesidades propias que difícilmente las familias sin esta situación experimentarán. Y ante tales necesidades es importante que los profesionales de los ámbitos de la Atención Temprana sean sensibles y tengan una buena formación para dar una respuesta adecuada a todo el entorno del niño. De tal manera, la prioridad sería conocer las necesidades de las familias de niños con discapacidad y propiciar una cobertura adecuada con el fin de aligerar el estrés familiar y vertebrar una intervención adecuada al niño y a los padres.

Podemos considerar que las necesidades de las familias con niños con discapacidad pueden ser divididas en necesidades prácticas y necesidades psicológicas (Femenías & Sánchez, 2003; Freixa-Neilla, 1993):

- Necesidades prácticas
 - Necesidades utilitarias: referidas al tiempo y energía que el sistema familiar utiliza en sus funciones familiares.

- Necesidades instrumentales: orientación especializada de las familias en distintas áreas, siendo la más importante el acceso a la información y el asesoramiento profesional sobre la problemática de su hijo.
- Necesidades psicológicas
 - Necesidades de información: referidas al interés de los padres por comprender el problema, el interés por conocer las implicaciones físicas y sociales de la deficiencia, así como aceptar los sentimientos que pueden aparecer relativos a la discapacidad de su hijo.
 - Explicación del problema: la familia necesita externalizar el problema a otros miembros, y en este momento se comienza a asumir la discapacidad no sólo a nivel interno sino también a nivel externo. Pueden dar explicaciones sobre las dificultades que tiene su hijo, y aceptan mejor los comentarios o la cortesía de otras personas.
 - Necesidades de apoyo emocional: las familias con niños con discapacidad, al tener unas experiencias propias, que difícilmente otros padres de niños sin discapacidad tienen, necesitan encontrar a personas en su misma situación con las que puedan compartir emociones, vivencias y consejos.

Más recientemente, McWilliam (2010) resume las necesidades de apoyo de la familia en un apoyo emocional, un apoyo material y un apoyo informativo. Todos ellos necesarios para que sus miembros puedan desarrollar sus competencias propias y más específicamente aquellas que van a serles útiles para facilitar y fomentar el desarrollo del niño con discapacidad.

Según Cabezas (2001), los aspectos necesarios a trabajar con las familias con niños con discapacidad serían:

- Actitudes hacia la discapacidad: relacionada con los sentimientos, pensamientos, emociones y conductas más cotidianas en la familia a partir del nacimiento de un niño con discapacidad.
- Expectativas: es necesario reajustar los planteamientos, aspiraciones y planes establecidos por la familia.

- Cambios en la estructura familiar: a partir del nacimiento del niño con discapacidad se modificará la estructura familiar, ocasionándose cambios en los roles establecidos y las relaciones interpersonales en el núcleo familiar.
- Conflictos generados: a partir del nacimiento o el diagnóstico de un niño con discapacidad aparecen en la familia situaciones de estrés que pueden ocasionar discusiones, que incluso en ocasiones puede llevar hasta situaciones de distanciamiento o incluso separación de los progenitores.

Climent Giné (2000) también refiere que las necesidades de las familias debe ser un tema tratado con gran respeto, prudencia y cautela, que difícilmente van a aparecer del mismo modo en una familia respecto a otras. Este autor refiere las siguientes necesidades:

- Reconocimiento de la singularidad e intimidad familiar: debe aceptarse que la respuesta emocional puede ser diferente entre padre y madre, con un coste personal diferente, por lo que las necesidades de uno a otro pueden ser distintas. En tal sentido, el profesional deberá atender estas particularidades y responder en consecuencia. También es importante no invadir a los padres con preguntas o actuaciones que no desean y el profesional debe evitar cualquier atisbo que pueda ser entendido como intrusión.
- Sentirse aceptadas, escuchadas y no juzgadas: fácilmente los padres pueden sentirse culpables respecto a los problemas derivados de sus hijos. En este sentido puede generarse una barrera con el profesional fundamentada en los prejuicios. Desde este punto de vista, los padres necesitarían sentirse aceptados en su realidad y que el profesional reconozca sus fortalezas.
- Información y accesibilidad a servicios adecuados a su hijo: las familias presentan una creciente necesidad de información relativa a la edad y a las características de su hijo. Destacan tres tipos de información de naturaleza distinta que será llevada a cabo por distintos agentes:

- a) información escrita y verbal sobre derechos, ayudas económicas, etc.;
 - b) información escrita y verbal sobre servicios más adecuados y accesibles según edad y necesidades de su hijo, como pueden ser servicios de salud, transición a la vida adulta, residencias, ocio....;
 - c) información escrita y verbal sobre el desarrollo de sus hijos y pautas de crianza.
- Asesoramiento familiar y apoyo para la educación del hijo: el asesoramiento y apoyo debe dirigirse a aceptar la realidad de su hijo y a la comprensión de sus necesidades, a aprender estrategias de interacción en las rutinas diarias y a la estimulación de su hijo en los contextos habituales, entre otros.
 - Orientaciones y apoyo en relación con hermanos y otros miembros de la familia: la relación con los hermanos suele ser una fuente de preocupación para los padres. En ese sentido es muy importante que los profesionales nutran a las familias de estrategias para que los padres puedan gestionar las situaciones propias de las relaciones familiares cotidianas.
 - Relación estable y continuada con la escuela: las familias necesitan vías que aseguren una relación continuada con el contexto escolar. Esta relación podría establecerse mediante diversos métodos: contactos informales, entrevistas con el profesor, visitas al domicilio familiar, contacto telefónico, y distintas formas de comunicación escrita.
 - Apoyo para mejorar la autoestima y para el fortalecimiento de la pareja y de sus competencias parentales: es preciso que el profesional dirija parte de sus esfuerzos a ayudar a los padres a recuperar su rol y a confiar en sus propias capacidades. También es importante en este sentido ayudarles a que no se obsesionen con los problemas de su hijo, sino que lleven una vida lo más normalizada posible, y que no renuncien a los contactos sociales.
 - Redes de apoyo social y comunitario: las familias necesitarán de redes de apoyo social y comunitario para desempeñar su rol como padres y promover su calidad de vida. Una buena estrategia de apoyo comunitario sería la creación de grupos de padres en la que muchas familias encuentren a otras familias con problemas similares.

- Orientaciones para promover la educación emocional y la autonomía de su hijo: las familias con un niño con discapacidad se encuentran con un doble problema, la educación emocional de su hijo y reconocer su derecho a una vida independiente. Las familias necesitarán aprender a respetar las necesidades de adulto que le pueda plantear su hijo con discapacidad, a respetar y comprender sus emociones.
- Disponibilidad de profesionales preparados: en relación con todo lo expuesto anteriormente desde la formación para profesionales que trabajen en el ámbito de la Atención Temprana, es imprescindible dotarles de herramientas para el trato con las familias.

3. Enfoques de Atención Temprana y Familia

3.1. Modelos de Atención Temprana y Familia

Como hemos visto, el concepto de Atención Temprana ha sido objeto de distintos cambios a lo largo de su desarrollo, adaptándose y actualizándose a las diversas necesidades sociales y familiares que en cada momento la investigación y la experiencia profesional han ido identificando y delimitando. Del mismo modo que en otras doctrinas del desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanas, las prácticas de los modelos de Atención Temprana se han visto significativamente influidas por la teoría ecológica del desarrollo de Bronfenbrenner (1975, 1979), desvinculándose de un primer enfoque centrado en el terapeuta para, progresivamente, incorporar a los distintos agentes y entornos en los que el usuario de Atención Temprana se desarrolla.

Una combinación de creencias y prácticas han ido configurando formas diferentes de trabajar con la familia en base a animar su competencia en la educación de sus hijos (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991). Las prácticas de los profesionales de Atención Temprana han ido transfiriéndose desde un modelo centrado en el terapeuta hacia otros modelos que distinguen diferentes roles (Tabla 2.1), cambiando entre otros aspectos, el protagonismo en la toma decisiones (Dunst et al., 1991) y la importancia que se da al ejercicio con la familia de

prácticas participativas, además de relacionales (Espe-Sherpwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014).

Tabla 2.1
Modelos de Atención Temprana y Familia

Modelo/Enfoque	Rol del profesional	Participación de la familia la determinación de objetivos	Participación de la familia en la planificación	Principal en la toma de decisiones
Modelo centrado en el terapeuta	Experto	No	No	Profesional
Modelo familia-aliada	Experto	Si	No	Profesional
Modelo enfocado a la familia	Apoyo a la familia como experto	Varía de acuerdo con los deseos de la familia	Si, aunque en base a opciones plantadas por los profesionales	Familia, aunque condicionada por las opciones que presentan los profesionales
Modelo centrado en la familia	Familia es experta, profesional como apoyo	Si	Capacitación familiar para la planificación	Familia, decisiones informadas buscando siempre consenso con los profesionales

3.1.1. Modelo centrado en el terapeuta

Un primer modelo, relativo al nacimiento de la Atención Temprana, sería el modelo centrado en el terapeuta o modelo de terapeuta-experto. En dicho modelo, el profesional asume, de manera jerárquica, el control y la provisión de la intervención sobre el niño (Rosenbaum, King, Law, King & Evans, 1998). Bajo este enfoque se entiende que el profesional es la figura principal que asesora (Figura 2.3), diagnostica y trata con el niño, quedando la familia en un plano lejano respecto a la toma de decisiones y la intervención. Desde este postulado las familias pierden el significado de los objetivos de intervención, ya que se limita la participación activa de la familia en cualquier proceso, de modo que en ésta se genera una total situación de dependencia del profesional, situando a las familias en un posición de impotencia y generando una ausencia de confianza en su rol como cuidador (Dunst, 1985).

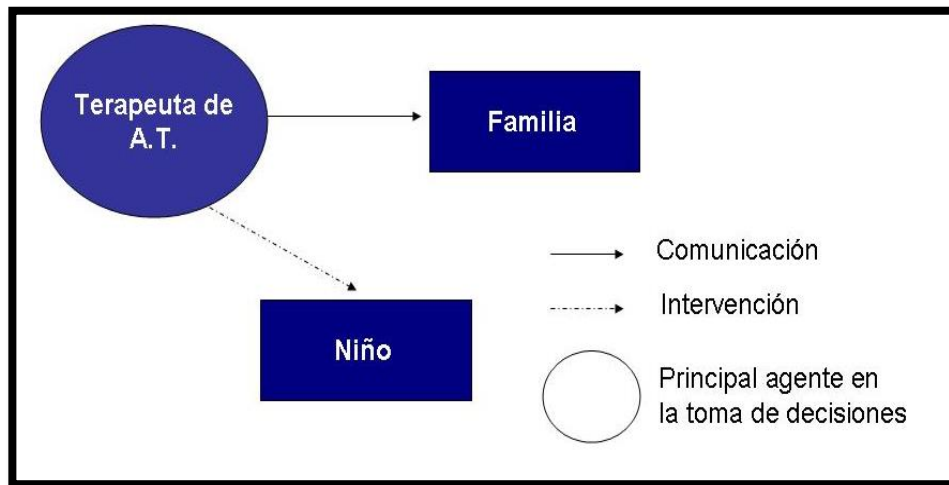


Figura 2.3. Modelo centrado en el terapeuta.

3.1.2. Modelo de familia-aliada

Un segundo enfoque es el de familia como ayudante del terapeuta o modelo de familia-co-terapeuta (Figura 2.4). Desde este enfoque el terapeuta no pierde su rol de experto en la tríada profesional-niño-familia, pero ahora las familias forman parte de la intervención llevando a cabo actividades en casa que son planificadas por el profesional (Appleton & Minchom, 1991). El tipo de actividades planificadas para la familia por parte del profesional se focalizan principalmente en el niño, sin incluir contextualmente dichas actividades en el marco de las relaciones familiares. Desde este enfoque los padres aprenden habilidades para intervenir con el niño en sus contextos naturales, de forma que los nuevos aprendizajes del niño pueden ser generalizados fuera del contexto clínico. Algunos estudios subrayan que las familias que aprenden cómo ayudar a sus hijos disminuyen sus niveles de estrés parental (Turnbull, Turnbull & Wheat, 1982). Algunas desventajas que se mencionan en la literatura consultada hacen referencia a que algunas familias generan expectativas poco ajustadas en relación al desarrollo de sus hijos, así como que en ocasiones las mismas familias adoptan un rol profesional en la relación con sus hijos que puede afectar a su relación vincular y afectiva (Allen & Stefanowski, 1987).

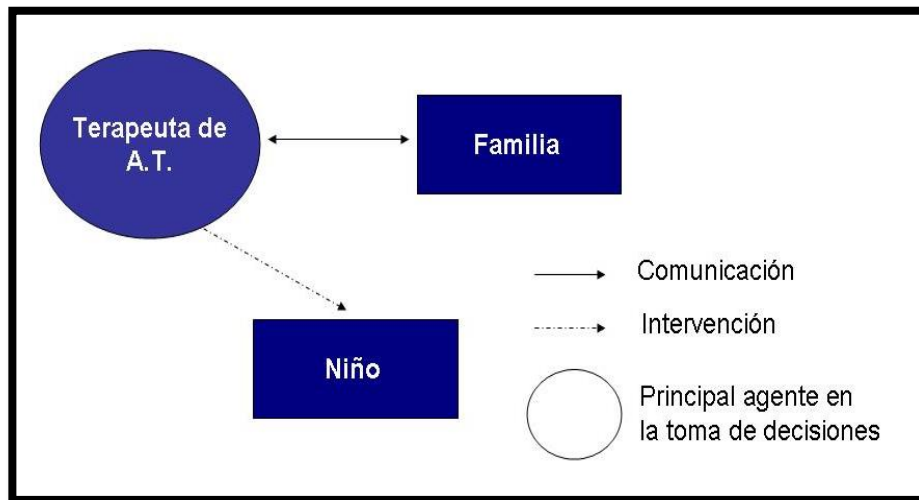


Figura 2.4. Modelo de familia como ayudante del terapeuta.

3.1.3. Modelo centrado en la familia

El tercer enfoque descrito en la tabla 2.1 es el modelo centrado en familia (Figura 2.5). A diferencia del modelo anterior, ahora son los profesionales los que asumen un rol de “colaboradores” para fortalecer la capacidad de la familia y movilizar los recursos necesarios para que mejoren su funcionamiento (Cañadas, 2012). Este modelo se fundamenta en trabajar con el niño a través de objetivos funcionales en su propio entorno natural, aprovechando así su propia iniciativa, su motivación y sus intereses. Para ello es necesario conseguir que la familia, o los cuidadores principales que están en ese entorno natural del niño, desarrollen sus propias competencias parentales y aquellas otras que necesiten para apoyar las necesidades especiales de desarrollo del niño. Con ello se busca también devolver a los padres la capacidad de dirigir la vida de su familia y de su niño, una capacidad que normalmente sienten perder, de alguna forma, cuando se les comunica la noticia de que su niño tiene una discapacidad o un trastorno en su desarrollo (García-Sánchez et al., 2014). A la vez, este modelo de intervención, a partir de objetivos funcionales en el entorno natural, permite aprovechar al máximo las capacidades de aprendizaje del niño en ese entorno natural y siempre bajo su propia iniciativa, consiguiendo así un aprendizaje más efectivo, generalizable y que provoca más cambios morfológicos y duraderos en el sistema nervioso del niño (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Para conseguir todo esto el profesional se centra en apoyar a la familia en la toma de decisiones

siempre adecuadamente informadas. Y para dar este apoyo el profesional debe previamente analizar y comprender las necesidades de esa familia para trabajar en su capacitación. Es evidente tras lo expuesto que el foco principal de intervención, sigue siendo el niño con dificultades, pero ahora cobra una importancia capital su sistema familiar, que va a ser clave para poder hacer la intervención en el entorno y totalmente integrada en sus rutinas diarias. Así, el profesional centra su objetivo en la identificación y mejora de las fortalezas del niño y de su familia, más que en mirar sus dificultades; y en la promoción de competencias, más que la dependencia de servicios (Andrews, Andrews & Shearer, 1989).

Entre algunos de los puntos fuertes del enfoque se subrayan que el promover experiencias de participación para las familias fomenta el desarrollo de sus competencias y el sentimiento de capacidad y de poder ayudar a su niño (Dunst, Trivette & Hamby, 2007); la utilización del conocimiento que los padres tienen sobre sus hijos contribuye de forma crucial a hacer más efectiva la planificación de actividades y objetivos; y finalmente, que el tipo de relaciones que se establecen entre profesionales y familias resulta significativo y contribuye de manera positiva en los resultados de la intervención (Watts-Pappas & McLeod, 2009). Algunos autores han querido señalar desventajas de este modelo (Brotherson & Goldstein, 1992; Litchfiel & MacDougall, 2002) haciendo énfasis en que algunos padres necesitan que la toma de decisiones recaiga en un experto profesional, ya que podrían tomar decisiones equivocadas respecto a la intervención, y consentirlo podría ser poco ético. Pero estas críticas puntuales denotan ciertos problemas a la hora de comprender los principios básicos del modelo ya que, en realidad, la toma de decisiones es siempre consensuada entre el profesional y la familia, con lo que en una buena práctica no es real la posibilidad de que se tomen decisiones equivocadas en torno a la intervención.

Por otro lado, también se señala en otros estudios (Alliston, 2007; Bruder, 2000), que los mayores problemas de este modelo a la hora de su implementación y generalización recaen en las propias actitudes de los profesionales, a los que le cuesta abandonar sus roles de expertos.

En cualquier caso y como es fácil de suponer, el modelo de Atención Temprana centrada en la familia, cuya generalización se viene demandando desde diferentes colectivos profesionales (American Occupational Therapy Association, 2014; American Speech-Language-Hearing Association, 2008, entre otros), e incluso desde importantes foros interprofesionales de

referencia internacional en el campo de la discapacidad (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010; Council for Exceptional Children-Division for Early Childhood, 2014, April; National Association for the Education of Young Children, 2009), conlleva un importante ejercicio de Acción Tutorial por parte del profesional hacia la familia, a la que fundamentalmente va a tener que orientar, asesorar y tutorizar para conseguir su crecimiento personal por el bien de ese niño con necesidades de Atención Temprana.

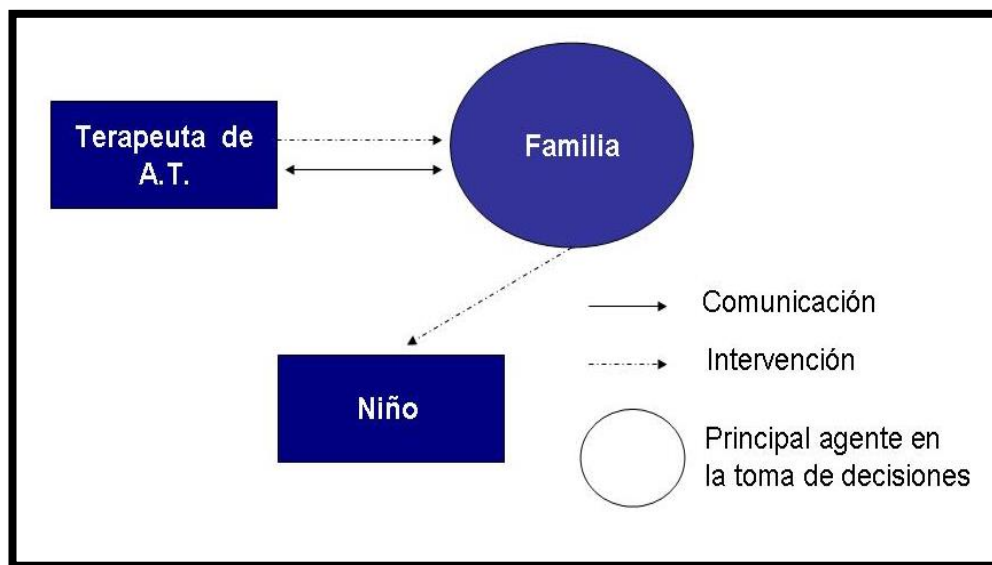


Figura 2.5. Modelo centrado en la familia.

CAPÍTULO III

EDUCACIÓN INFANTIL Y FUNCIÓN DEL TUTOR

1. Educación Infantil

Cada vez más la Educación Infantil, sobre todo en su primer ciclo, está adquiriendo mayor protagonismo como un contexto de desarrollo del niño con necesidades de Atención Temprana. De hecho, las características intrínsecas de la Educación Infantil favorecen y potencian el aprendizaje y son claramente aprovechables para muchos de los objetivos que se desarrollan en la Atención Temprana (García-Sánchez et al., 2012). La figura del tutor en educación tendrá un protagonismo esencial en el desarrollo y la inclusión del niño usuario de Atención Temprana en el sistema del aula y del centro, así como ejercerá una importante función en relación a las familias dentro de las actuaciones de orientación que les son asignadas. También es importante aclarar que la figura del tutor en educación funcionará como eje vertebral de muchos procesos de comunicación entre los profesionales del ámbito educativo (maestros especialistas, equipo directivo, orientadores...). Considerando la importancia de paradigmas de la Atención Temprana como el ecológico o modelos como el centrado en la familia, resulta imposible realizar una Atención Temprana de calidad sin tener en cuenta esta figura del marco educativo. Desde estos supuestos planteamos, entre los objetivos de esta tesis doctoral, analizar esas relaciones de asesoramiento y coordinación que los profesionales de los CDIAT realizan con diversos profesionales del ámbito educativo (maestros especialistas, orientadores de EOEP, equipos educativos,...) aunque, con especial atención a la figura del tutor en base a los argumentos anteriormente expuestos.

Actualmente, la atención educativa al alumnado con edades comprendidas entre 0 y 6 años constituye uno de los principales ejes de intervención normativa, no sólo de la política nacional sino también internacional.

El desarrollo de la Educación Infantil, y concretamente del primer ciclo, ha estado expuesto a múltiples variaciones como consecuencia de los diferentes cambios en la estructura social española desde mitad de siglo XX (Maganto, Etxebarria & Porcel, 2010):

- Consolidación de la familia nuclear: se sustituye progresivamente el modelo anterior de familia extensa por la familia conyugal constituida por la pareja y su descendencia

dependiente. Actualmente nos encontramos con una mayor diversidad en las estructuras familiares: monoparentales, reconstruidas, sin vínculos matrimoniales, adoptivas,...

- Incorporación de la mujer al mercado laboral y tendencia a la igualdad de los cónyuges: no sólo en el reparto de las tareas domésticas, que es lo que más a menudo se menciona ocultando otros aspectos más importantes, como es el reparto del poder y autoridad en las relaciones de pareja, la asunción conjunta de responsabilidades y la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo personal y social autónomo. Cabe añadir que, a pesar de una mayor igualdad en cuestiones domésticas, el trabajo que realiza la mujer en el hogar sigue siendo desproporcionado respecto al que realiza el hombre.
- Reducción del tamaño familiar: algunas dimensiones como el entendimiento del niño no como un bien de producción y la aspiración a una fecundidad baja han repercutido en este factor. En el año 1991, por ejemplo, se presentaba una media de 3,36 personas/hogar, mientras que en el año 2007 la media se situó en 2,74.
- Aumento de las rupturas matrimoniales: aumentan progresivamente los índices de separación conyugal, abandono del hogar y divorcios. En el año 1991 el número de separaciones, divorcios y anulaciones fue de 67.061, mientras que el año 2007 ascendió a 141.304.
- Retraso en la edad de nupcialidad y de la fecundación.
- Aumento de edad respecto la emancipación de los hijos.
- Incremento de la soltería.
- Aumento de la población envejecida por decrecimiento de tasas de natalidad.

Todos estos cambios sociales responden a lo que algunos autores como Lesthaeghe (2010) han definido como la segunda transición demográfica. Actualmente, de acuerdo con Gomariz, Parra, García-Sanz, Hernández-Prados & Pérez-Cobacho (2008), estamos asistiendo a una progresiva aceptación social de la diversidad de formas familiares; ya no podemos hablar de una única y general forma de manifestación familiar, sino que hemos de referirnos al concepto *familias*.

Como es lógico pensar, la concepción del sistema educativo y más concretamente la escuela, va a tener que dar respuesta a las nuevas estructuras sociales y familiares planteadas y desde ese prisma surge de forma cada vez más necesaria el planteamiento de una Educación Infantil y una Atención Temprana de calidad. De hecho, las leyes de educación de los últimos años se focalizan cada vez más en la caracterización de un sistema educativo que comprenda toda la vida del individuo incluyendo, evidentemente, los primeros años de vida:

En primer lugar, se debe concebir la formación como un proceso permanente, que se desarrolla durante toda la vida. Si el aprendizaje se ha concebido tradicionalmente como una tarea que corresponde sobre todo a la etapa de la niñez y la adolescencia, en la actualidad ese planteamiento resulta claramente insuficiente. Hoy se sabe que la capacidad de aprender se mantiene a lo largo de los años, aunque cambien el modo en que se aprende y la motivación para seguir formándose. También se sabe que las necesidades derivadas de los cambios económicos y sociales obligan a los ciudadanos a ampliar permanentemente su formación (LOE, 2006, p.17160).

1.1. La Educación Infantil en Europa

La mejora de la calidad de vida y de la calidad de los servicios, el acceso a la educación y el cuidado de la infancia temprana se han convertido en prioridades políticas para los distintos países europeos. Los fundamentos pedagógicos (GAT, 2000) hacen cada vez más hincapié en que los primeros años de vida suponen un primer paso en un proceso de aprendizaje permanente, y que por tal motivo ha de ser un componente clave de la agenda política.

La heterogeneidad de los sistemas educativos europeos, y con mayor calado en las edades más tempranas, fundamenta un amplio abanico de modalidades en la atención educativa en la primera infancia.

Los países han usado diferentes enfoques para el desarrollo de políticas educativas, sociales y familiares,... políticas que están profundamente

incrustadas en los contextos, valores y creencias particulares de cada país, creencias culturales y sociales sobre los niños pequeños, los roles de las familias, el gobierno y los propósitos de la educación (OCDE, 2001, p.3).

El informe de la OCDE: Niños pequeños, grandes desafíos (2001), determina que las diferentes tendencias políticas internacionales en la escolaridad temprana son:

- 1) Expansión de los servicios hacia el acceso universal: la tendencia general de los países es hacia una cobertura total de la población entre los 3 y 6 años, con financiación de fondos públicos, algo que no se reproduce del mismo modo en la etapa de 0 a 3 años, más vinculadas a ayudas para bajas paternales y posturas sociales sobre el cuidado infantil. Del mismo modo, los países tienden a generar políticas de compensación educativa para alumnos con necesidades educativas especiales, minorías étnicas, entre otros colectivos vulnerables.
- 2) Aumento de la calidad de los servicios: mejora de la calidad a través de documentos marco y dirección por objetivos; estándares y acreditación voluntarios; investigación e información; fondos especiales; apoyo a gestión local; mejora de la formación del personal; apoyo a la auto evaluación y la investigación orientada a la práctica; y fomento de la participación familiar.
- 3) Promoción de la coherencia y coordinación entre política y servicios.
- 4) Consideración de estrategias que aseguren la inversión adecuada en el sistema: en muchos países la atención educativa de 0 a 3 años recae en la financiación privada. Ante esta situación muchos gobiernos han optado por incluir mecanismos de financiación, incluyendo la financiación directa, subvenciones de matrículas, descuentos en los impuestos y aportaciones de empresas, pero a pesar de esto, el coste económico para las familias sigue siendo una barrera de acceso.
- 5) Mejora de la formación personal y condiciones de trabajo: el grado de especialización en Educación Infantil varía entre países. Los bajos salarios, malas condiciones de trabajo, acceso limitado a formación en el empleo,... son circunstancias que suelen darse en los especialistas en las primeras etapas de Educación Infantil.
- 6) Desarrollo de marcos de referencia pedagógicos apropiados para los niños pequeños.

- 7) Mayor y mejor inclusión de familias y comunidades. La participación de la familia, como entorno especialmente significativo en la primera infancia del niño, cada vez va acercándose a modelos que promueven una coimplicación familiar en los contextos educativos, facilitando relaciones de comunicación, coordinación y cooperación entre los diversos agentes educativos que atienden al niño (García & Sánchez, 2006).

En Europa, la tendencia general es la oferta de una escolarización temprana, aunque existen bastantes diferencias relativas a instituciones responsables, edad de acceso, tipo de oferta educativa,... Lo que sí que es cierto es que progresivamente la educación en la primera infancia va relegando, en muchos países, el carácter asistencial del que partía y progresivamente va adquiriendo una identidad propia en los sistemas educativos.

Un análisis comparativo de la escolarización infantil en Europa (Egido, 1995) concreta que dependiendo del país, puede considerarse como un espacio destinado a facilitar el desarrollo del niño y en otros como una preparación para la escolarización obligatoria. En ese mismo estudio fueron identificados diferentes modelos: 1) familiar: que presenta la institución como un universo de juego con carácter informal y asistencial; 2) escolar: con una orientación más didáctica.

Seguidamente se presenta un breve análisis sobre la Educación Infantil en diferentes países europeos (Figura 3.1.):

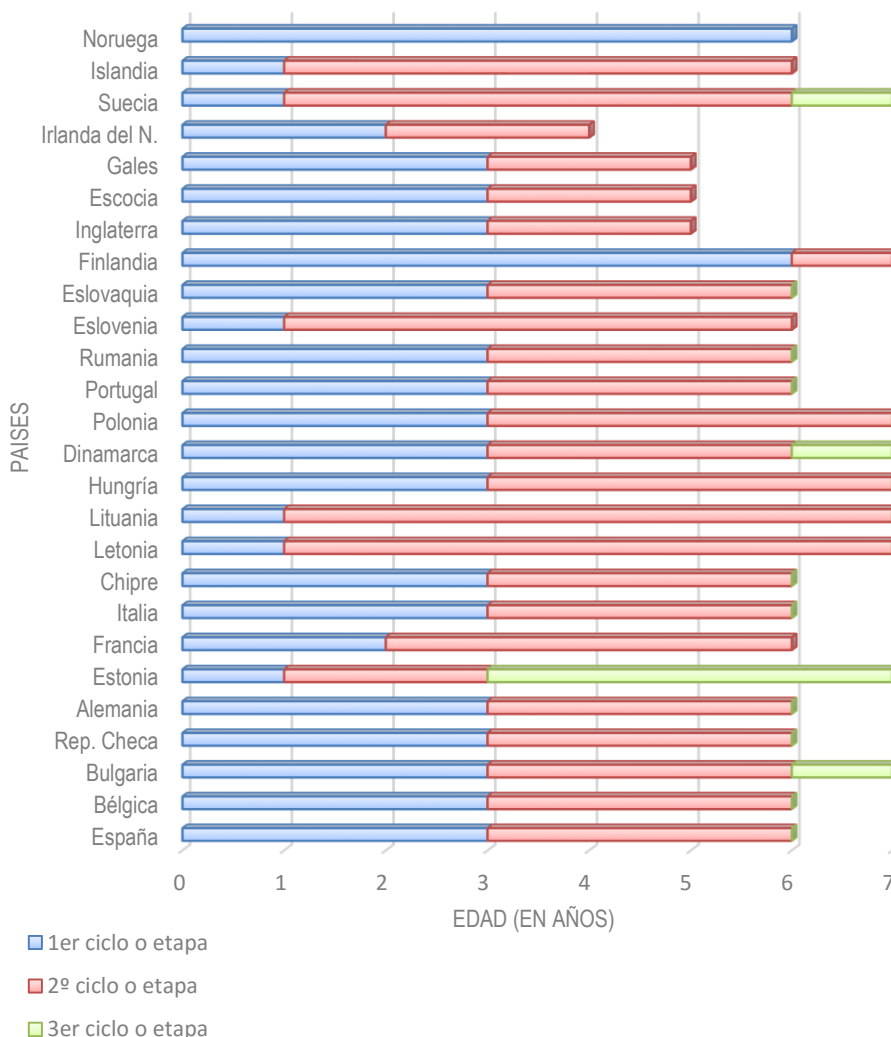


Figura 3.1. La Educación Infantil en los distintos países europeos. Fuente: Eurydice (2012). *Key Data on Education in Europe*. Bruselas: Comisión Europea.

Como podemos observar en la gráfica la mayor parte de los sistemas educativos tienen reglada la fase de 3 a 6 años. Como sabemos, el sistema educativo español se regula en dos ciclos no obligatorios (desde los 0 a 3 años, y 3 a 6 años con carácter gratuito).

Es interesante observar que los sistemas educativos de algunos países como Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Hungría, Dinamarca, Polonia, Finlandia y Suecia, consideran el final

de la educación preescolar a los 7 años. De estos países: Suecia, Finlandia, Dinamarca y Bulgaria establecen de los 6 a 7 años una etapa educativa infantil independiente.

La atención educativa en el primer año de vida, únicamente se contempla en Noruega, Finlandia, Dinamarca y España.

En Finlandia, concretamente, los servicios para los niños de menos de 7 años son financiados con fondos públicos y se inscriben en el sistema de bienestar social. Desde el nacimiento hasta los 6 años los niños pueden asistir a centros de atención diurna "*Päiväkoti /daghem*" o a grupos en casas particulares "*perhepäivähoitopaikka / familjedagvårdsplats*". En el ámbito nacional, por lo que respecta a la política y provisión de servicios dependen del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y del Centro Nacional de Investigación y Desarrollo del Bienestar Social y de la Salud, y en el ámbito local los responsables son los gobiernos municipales.

Un caso interesante por su tipo de oferta educativa es Dinamarca. La atención educativa infantil abarca desde los 0 a los 7 años. Los programas destinados a la atención y cuidado físico del niño dependen del Ministerio de Asuntos Sociales, mientras el preescolar, centrado en el aspecto educativo, depende del Ministerio de Educación. Los programas dependientes de asuntos sociales incluyen guarderías (0 a 3 años) "*vuggestuer*"; jardines de infancia para niños de 3 a 7 años, así como instituciones integradas para niños de 0 a 14 años "*integreerede institutioner*".

En Francia la etapa propiamente preescolar comienza a partir de los 2 años (en un único ciclo). La enseñanza se lleva a cabo en las "*Écoles Maternelles*". Fuera del ámbito escolar existen diversas medidas del tipo: permisos por maternidad, permisos educativos, incentivos familiares, etc. Existe, bajo el amparo del Ministerio de Salud y Seguridad Social, un amplio abanico de recursos institucionales: Asistentes maternas "*Assistantes inaternelles*"; Centros de día "*Crèches Collectives*"; Servicios de día en familia "*Crèches familiales*"; y Guarderías infantiles "*Pouponniers*".

Italia, país pionero en muchas experiencias de Educación Infantil como son las Escuelas Reggianas de Loris Malaguzzi, presenta una situación de generalizada de desatención educativa en este nivel. Actualmente los niños de 0 a 3 años asisten a centros de día, dependientes del Ministerio de Sanidad “*Asili-nido*”; mientras que los niños de 3 a 6 años son escolarizados en “*scuole materne*” que actualmente dependen del Ministero Dell’Istruzione.

En Alemania la educación preescolar es atendida principalmente en los llamados “*Kindergarten*”, no dependientes del Ministerio de Educación, que atienden a los niños desde los 3 a los 6 años. La escolarización en estas edades es de carácter voluntario. Los niños en edad escolar que aún no han alcanzado un nivel de desarrollo adecuado para comenzar la escolarización en la etapa primaria “*Grundschule*”, pueden optar por permanecer un hasta los siete años en los “*Schulkindergarten*”. La regulación de estos centros de infantil pertenece a los diferentes “*Länders*” alemanes.

En Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte la atención educativa de la primera infancia se plantea a partir de los tres años, antes de esta edad y con carácter puramente asistencial los padres pueden optar por pagar de forma privada guarderías de día “*day nurseries*” o cuidadoras infantiles en familia “*childminders*”. La educación preescolar, dirigida a niños entre tres y cinco años (a excepción de Irlanda del Norte que supone de 2 a 4 años) recae principalmente en las “*primary schools*” aunque puede llevarse a cabo en centros específicos “*nursery schools*” o, en secciones preescolares o preparatorias en las escuelas primarias “*nursery family o reception family*”

1.2. La Educación Infantil en España

Una vez realizadas estas reflexiones previas, creemos justificable realizar un análisis de la realidad actual española en materia de Educación Infantil. Consideramos este análisis necesario, ya que como observaremos en los datos, la escolarización se produce en España de una forma cada vez más temprana, y suele ser cada vez más habitual que el diagnóstico de niños con necesidad de tratamientos de Atención Temprana surja en situaciones de contextos

educativos, principalmente cada vez con más protagonismo de los profesionales de Escuelas Infantiles y de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana.

En la siguiente tabla (Tabla 3.1) se puede observar el desarrollo del alumnado matriculado en ambos ciclos de Educación Infantil desde el año 2008 hasta el 2014. Respecto al primer ciclo se observa un interesante ascenso en la escolarización de los niños en este ciclo hasta el año académico 2011-12, estabilizándose posteriormente, probablemente por el factor de menor crecimiento poblacional y por efectos de la crisis económica en España (MECD, 2014). La escolarización en el segundo ciclo de infantil ha sido más estable a lo largo de los años, aunque también se puede observar un ascenso progresivo hasta 2011-12, con un ligero descenso de escolarización en los años posteriores.

Tabla 3.1

Porcentajes de escolarización por ciclos de Educación Infantil en España

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
1er CICLO	47.5	49.6	50.4	51.7	51.6	51.3
2º CICLO	68.1	68.3	68.6	69.0	68.7	68.7

Específicamente, en el primer ciclo de Educación Infantil (MECD, 2014), observamos que ha habido un aumento en las tasas de escolarización (Tabla 3.2) en todos los niveles, siendo mayor la escolaridad en el nivel previo a la escolarización en segundo ciclo de Educación Infantil (nivel 2-3 años).

Tabla 3.2

Porcentajes de escolarización en primer ciclo de Educación Infantil en España

	2003-04	2008-09	2012-13
<i>Menores de 1 año</i>	3.0	6.7	9.8
<i>De 1 año a 2 años</i>	12.1	24.5	32.6
<i>De 2 años a 3 años</i>	24.7	41.5	51.8

En el momento actual, en los niveles de Educación Infantil los mayores porcentajes de escolarización se sitúan principalmente en los centros públicos (Tabla 3.3). La matriculación en segundo ciclo de Educación Infantil sigue siendo preferente en centros públicos (68.7 %), pero la enseñanza concertada obtiene un mayor porcentaje de escolarización respecto a la privada (MECD, 2014).

Tabla 3.3

Alumnado matriculado en Educación Infantil. Curso 2013-2014

ENSEÑANZA	TOTAL ALUMNOS	NIÑOS (%)	NIÑAS (%)	CENTROS PÚBLICOS	CENTROS CONCERTADOS	CENTROS PRIVADOS
EDUCACIÓN INFANTIL (1ER Y SEGUNDO CICLO)	1.884.886	51.6	48.4	64.6	24.6	10.7
1ER CICLO DE EDUCACIÓN INF.	443.489	52.0	48.0	51.3	16.4	32.3
2º CICLO DE EDUCACIÓN INF.	1.441.397	51.5	48.5	68.7	27.2	4.1

El incremento progresivo de la escolarización en la etapa infantil y, específicamente, en el primer ciclo de Educación Infantil hace más necesaria la puesta en práctica de mecanismos de detección e intervención en el contexto de las escuelas infantiles. Desde la experiencia laboral del profesional del ámbito de la Atención Temprana, se observa cómo cada vez más las derivaciones de niños con posibles dificultades del desarrollo se inician desde la propia actividad de la tutora de aula de la escuela infantil. Por tanto, bajo nuestro punto de vista, se hace cada vez más imprescindible una labor de formación específica en el ámbito de la discapacidad a los profesionales de escuelas infantiles, una mayor coordinación desde éstas con los distintos servicios de Atención Temprana, así como una intervención más integrada en este contexto tan importante en la vida del niño.

2. La Tutoría en Educación Infantil

2.1. Conceptualización de Tutoría

La tutoría ha sido un concepto que, en nuestro sistema educativo, ha ido desarrollándose en la travesía de un modelo de carácter instruccional a un modelo educativo que tiene, entre sus objetivos, el desarrollo pleno de la persona. Los marcos institucionales y la legislación educativa han ido progresivamente estableciendo los parámetros en los que se encuadra la función tutorial y sus personas implicadas hasta ser considerada como una actividad inherente a la función docente.

Una actividad inherente a la función del profesor, que se realiza individual y colectivamente con los alumnos de un grupo clase con el fin de facilitar la integración personal de los procesos de aprendizaje (Lázaro & Asensi; 1987, p. 49-50).

Uno de los aspectos más importantes de la tutoría es su carácter permanente, ya que se define como un proceso que está presente en todos los momentos esenciales de la persona. No obstante, dentro del sistema educativo, le serán atribuidas diferentes funciones atendiendo a la etapa educativa en la que se encuentre el individuo (Figura 3.2.). La definición de Santana (2003) refiere concretamente este aspecto subrayando que la tutoría equivale a una orientación a lo largo de todo el sistema educativo, con la finalidad de que el alumno se supere en rendimiento académico, solucione sus dificultades escolares y adquiera hábitos de trabajo y estudio, de reflexión y convivencia social que garanticen el uso de la libertad responsable y participada.

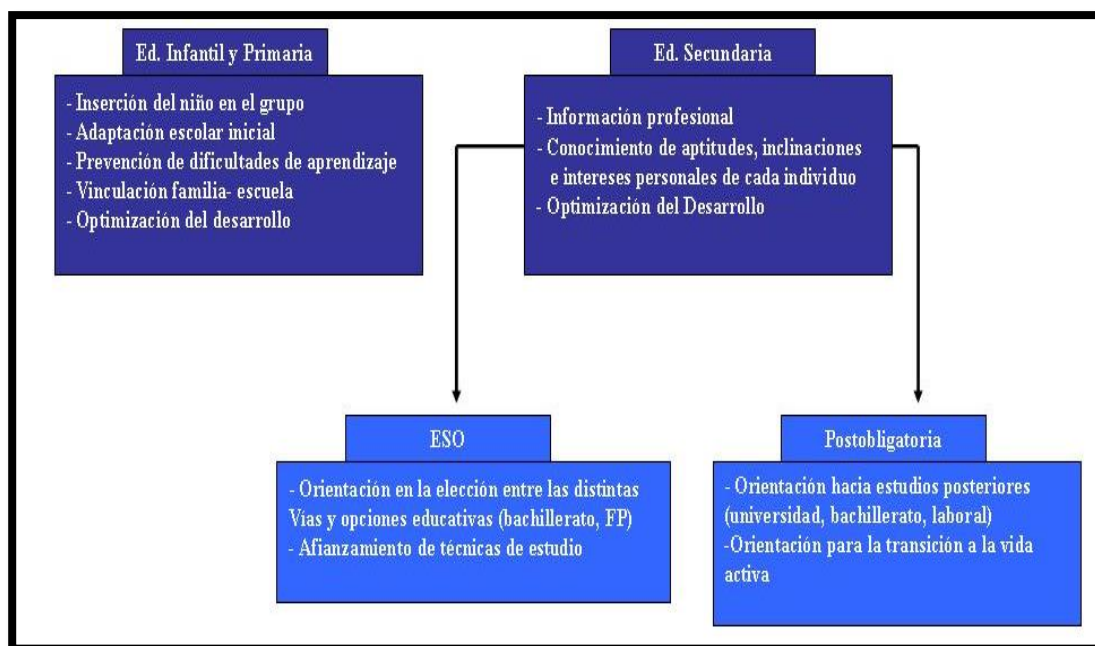


Figura 3.2. La tutoría en las distintas etapas educativas.

Superando la concepción inicial de aglutinar todas las funciones de tutoría en un único docente o profesional educativo, surgen en los últimos años otras posturas que no sólo consideran al profesor-tutor como único agente educativo en la propia Acción Tutorial sino que, más allá, consideran a todo el conjunto del profesorado como interviniente en los procesos de tutoría, que además pueden ser llevadas a cabo de forma individual y grupal, y pueden aglutinar lo instructivo-académico y lo no académico (Álvarez & Bisquerra, 1996). Esta tendencia es la que encontramos en los marcos normativos actuales (LOE, 2006) concretamente en el artículo 91 referido a las funciones del profesorado:

- c) La tutoría de los alumnos, la dirección y la orientación de su aprendizaje y el apoyo en su proceso educativo, en colaboración con las familias.
- d) La orientación educativa, académica y profesional de los alumnos, en colaboración, en su caso, con los servicios o departamentos especializados.
- e) La atención al desarrollo intelectual, afectivo, psicomotriz, social y moral del alumnado.
- f) La información periódica a las familias sobre el proceso de aprendizaje de sus hijos e hijas, así como la orientación para su cooperación en el mismo.

Otras definiciones sobre Acción Tutorial sitúan un mayor énfasis en las funciones del profesor-tutor considerando las capacidades ideales que debe tener:

La tutorización es la capacidad que tiene todo profesor de ponerse al lado del alumno, de sufrir con él los procesos de "alumbramiento" conceptual, de ayudarlo a resolver sus problemas personales, de aprendizaje, de autonomía-dependencia, de relación... Y en esta tarea nadie puede quedar excluido. Todos estamos invitados a mantener el diálogo como la forma más eficaz de la relación de ayuda. La tutorización es, pues, un proceso de acompañamiento en el aprendizaje vital (Arnáiz & Isús, 1995, p.12).

Generalmente, al buscar la definición de "tutor" en distintos documentos podemos percatarnos de una cuestión, y es que, este concepto, en el marco educativo, es definido en base a sus funciones.

La persona que dentro de la comunidad escolar engloba y se responsabiliza de guiar la evolución del alumno en lo que atañe a su aprendizaje y evolución personal, sirviendo de cauce a las intervenciones de las personas implicadas en la educación de los alumnos, con unas funciones que le son propias (Fernández, 1991,p.12).

2.2. La Acción Tutorial en la legislación española

Con la promulgación de la Ley General 14/1970, de 4 agosto, de Educación se determinan unos tímidos inicios de la actividad orientadora y tutorial de nuestro Sistema Educativo. En esta misma Ley se determina la Acción Tutorial como una actividad inherente a la función docente y se garantiza el derecho de los alumnos a la orientación escolar: Como he comentado previamente la Ley General de Educación (LGE) de 1970 supondrá el inicio de la cuestión de la actividad orientadora en este país, aunque sus funciones primeras serán desarrolladas de forma más concreta en sus decretos correspondientes, aún parece insuficiente y se hace necesario ampliar y mejorar la formulación y las implicaciones de ambos conceptos.

Posteriormente a la LGE, como precedente del desarrollo de la posterior reforma educativa de 1990 surge la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, Reguladora del Derecho a la Educación (LODE). En esta misma ley, respecto a la cuestión de la Acción Tutorial, destaca sobre todo el artículo dedicado al derecho que tienen los alumnos a disfrutar de la actividad orientadora (Tabla 3.5).

En el año 1990 surgiría una reforma educativa propulsada por la elaboración de la LODE, el Proyecto para la Reforma de la Enseñanza (1987) y el Libro Blanco para la Reforma Educativa (1989). Esta reforma fue la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) y será en esta ley donde se implantarán los avances más notorios del marco legislativo de la orientación educativa y, concretamente, de la Acción Tutorial. Anteriormente a la LOGSE, el Libro Blanco para la Reforma Educativa, en su capítulo XV, proponía una estructuración de la orientación en tres niveles (Tabla 3.4). Será concretamente en la Parte III del Proyecto para la Reforma de la Enseñanza: Propuesta de estructuración de niveles Educativos: Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, donde se encuadrará la intervención orientadora y tutorial.

Tabla 3.4

Niveles de intervención en modelo propuesto por el Libro Blanco para la Reforma Educativa

Nivel	Ámbito	Agente	Tipo de unidad
Acción Tutorial	Aula	Profesor- Tutor	De acción directa
Dpto. de Orientación	Centro	Orientador	Organizativa básica del centro
Equipos de apoyo y sector	Sector	Equipo de Sector	Del Sector

Es desde este modelo cuando por primera vez se da una respuesta institucional integral a orientación educativa, interviniendo desde los distintos entornos del alumno en un único sistema organizativo.

Con el nuevo modelo de orientación impulsado por la LOGSE la función tutorial inicia un nuevo periodo en el que la presencia de la figura del profesor-tutor, en coordinación con los otros

niveles, supone garantía de que la orientación se integre en el proceso educativo y deje de ser una actividad tangencial (Oliveros, 1996). En el documento La Orientación Educativa e Intervención Psicopedagógica (MEC, 1990) se concretan una serie de ámbitos que, por sí solos, reclaman la necesidad de la figura del tutor en el entramado educativo: adaptaciones curriculares, diversificación curricular, opcionalidad, detección de necesidades de apoyo, conocimiento de circunstancias de los alumnos, mediación familiar y entorno y coordinación del proceso evaluador (Santana, 2009).

Como sabemos, el desarrollo de una normativa general se continúa con una normativa específica que la concreta. En el caso de la Educación Infantil, tras la promulgación de la LOGSE, se desarrolló el Real Decreto 1330/1991, de 6 de septiembre, por el que se establecen los aspectos básicos del currículum de la Educación Infantil. En este Decreto, a pesar de ser difícil encontrar una referencia directa al concepto de Acción Tutorial en Educación Infantil, sí que podemos encontrar una referencias referidas a la importancia de la relación del profesor-tutor con las familias y de qué forma ésta puede comprender la mejora de la atención al desarrollo del alumno, siendo uno de los aspectos más relevantes en la cuestión de la tutoría en todos los ciclos educativos (Tabla 3.5).

Otro referente legislativo importante, a nivel de Acción Tutorial, en el período de la LOGSE es el Real Decreto 82/1996, de 26 enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil y de los Colegios de Educación Primaria, que por su contenido, será desarrollado en el capítulo dedicado a las funciones del tutor.

Posteriormente a la LOGSE, surgió la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE), que sin llegar a concretarse en las distintas Comunidades Autónomas, fue derogada posteriormente por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).

Cabe decir que tanto la LOCE como la LOE, añaden pocas innovaciones en el terreno legislativo respecto a los postulados de la LOGSE. En la propia LOE también encontramos referencias directas a la labor docente en el terreno de la Acción Tutorial y como novedad se

señala que la actividad tutorial puede ser incentivada profesionalmente y económicamente. En el capítulo dedicado al gobierno de los centros también se enmarca la Acción Tutorial como una parte esencial en la elaboración del proyecto educativo.

Respecto a la normativa que regula la Educación Infantil, actualmente encontramos el referente estatal en el Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil. En esta ley no se encuentra alguna referencia evidente a la función de la Acción Tutorial y el trabajo con familias apenas se contempla.

Focalizando en la Región de Murcia, el decreto que regula el segundo ciclo de educación infantil lo encontramos en el Decreto número 254/2008, de 1 de agosto, por el que se establece el currículo del Segundo Ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, dedicando todo un artículo al desarrollo de la tutoría.

Tabla 3.5 Referencias a la Acción Tutorial en distintas normativas

DOCUMENTO		Referencia a la Acción Tutorial y orientación
Ley General 14/1970, de Educación	Disposición 4 del artículo 9 del Título I	<i>La orientación educativa y profesional deberá constituir un servicio continuo a lo largo de todo el sistema educativo, atenderá a la capacidad, aptitud y vocación de los alumnos y facilitará su elección consciente y responsable.</i>
Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, Reguladora del Derecho a la Educación	Título preliminar. Artículo 4	<i>f) Se reconoce a los alumnos el derecho a recibir orientación escolar y profesional.</i>
	Título III. Artículo 45.2.	<i>f) Son competencias del claustro coordinar las funciones de orientación y tutoría.</i>
Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo	Artículo 2.3.	<i>El sistema educativo se desarrollará atendiendo a los siguientes principios: g. La atención psicopedagógica y la orientación educativa y profesional.</i>
	Título 4. Artículo 60	<i>1. La tutoría y orientación de los alumnos formará parte de la función docente. Corresponde a los centros educativos la coordinación de estas actividades. Cada grupo de alumnos tendrá un profesor tutor. 2. Las Administraciones educativas garantizarán la orientación académica, psicopedagógica y profesional de los alumnos, especialmente en lo que se refiere a las distintas opciones educativas y a la transición del sistema educativo al mundo laboral, prestando singular atención a la superación de hábitos sociales discriminatorios que condicionan el acceso a los diferentes estudios y profesiones. La coordinación de las actividades de orientación se llevará a cabo por profesionales con la debida preparación. Asimismo las Administraciones educativas garantizarán la relación entre estas actividades y las que desarrollen las Administraciones locales en este campo.</i>

DOCUMENTO		Referencia a la Acción Tutorial y orientación
Real Decreto 1330/1991, de 6 de septiembre, por el que se establecen los aspectos básicos del currículum de la Educación Infantil	Artículo 8.4.	<i>Los proyectos curriculares de Educación Infantil incluirán previsiones para la coordinación pedagógica con las familias, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 7, apartado 1, de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre.</i>
	Artículo 11.3.	<i>El proyecto curricular incluirá las previsiones necesarias para realizar la necesaria información periódica a las familias sobre el progreso de los niños y niñas.</i>
	ANEXO D.	<p>Organización en ciclos:</p> <p><i>La intervención pedagógica se sustenta en varias premisas. Por un lado, la individualidad y originalidad de cada niño. Por otro, la consideración de que todas las actividades que con él se realizan son educativas y deben ser coherentes con la estrategia educadora de la familia y con el trabajo coordinado de todos los que componen el equipo del Centro. En efecto, durante toda la etapa de Educación Infantil, pero muy especialmente en el primer ciclo, la función educativa del Centro debe estar en estrecha relación con la que ejerce la familia...</i></p>
	ANEXO E.	<p>Principios metodológicos de la etapa:</p> <p><i>... En los Centros de Educación Infantil se configura una comunidad educativa con mayor facilidad que en otro tipo de Centros. La Educación Infantil alcanza su pleno sentido en un marco de colaboración y coordinación entre los elementos que inciden en el proceso educativo de los niños y niñas: El equipo docente y las familias.</i></p> <p><i>... La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo del niño. En este sentido, el Centro de Educación Infantil comparte con la familia la labor educativa, completando y ampliando sus experiencias formativas. La eficacia de la Educación Infantil depende, en gran medida, de la unidad de criterios educativos en los distintos momentos de la vida del niño, en casa y en la escuela. Para que esto sea posible es necesaria la comunicación y coordinación entre educadores y padres.</i></p>

DOCUMENTO		Referencia a la Acción Tutorial y orientación
Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE)	Título I. Capítulo II. Artículo 18.6	<i>En el conjunto de la etapa, la Acción Tutorial orientará el proceso educativo individual y colectivo del alumnado.</i>
	Título I. Capítulo III. Artículo 26.5	<i>Corresponde a las Administraciones educativas promover las medidas necesarias para que la tutoría personal de los alumnos y la orientación educativa, psicopedagógica y profesional, constituyan un elemento fundamental en la ordenación de esta etapa.</i>
	Título III. Capítulo I. Artículo 91.1	<i>Las funciones del profesorado son, entre otras, las siguientes: c) La tutoría de los alumnos, la dirección y la orientación de su aprendizaje y el apoyo en su proceso educativo, en colaboración con las familias.</i>
	Título III. Capítulo IV. Artículo 105.2	Las Administraciones educativas, respecto al profesorado de los centros públicos, favorecerán: a) El reconocimiento de la función tutorial, mediante los oportunos incentivos profesionales y económicos.
	Título V. Capítulo II. Artículo 121.2	<i>Dicho proyecto, que deberá tener en cuenta las características del entorno social y cultural del centro, recogerá la forma de atención a la diversidad del alumnado y la Acción Tutorial,...</i>
Decreto 254/2008, de 1 de agosto, por el que se establece el currículo del Segundo Ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	Artículo 7	<p><i>1. El maestro tutor deberá ser la persona de referencia que ayude a establecer un vínculo afectivo entre el niño y el centro y resultará fundamental para favorecer su proceso de construcción personal.</i></p> <p><i>2. El maestro tutor deberá facilitar la integración el alumnado, conocer sus necesidades educativas, orientar su proceso de aprendizaje y mediar en la resolución de problemas. Asimismo, coordinará el proceso de seguimiento y evaluación, la acción educativa del resto de maestros que intervienen en la actividad pedagógica del grupo, propiciará la cooperación de los padres o tutores legales en la educación de los alumnos y les informará sobre la marcha del proceso educativo de sus hijos.</i></p>

Para finalizar este apartado, únicamente añadir que el desarrollo de la tutoría en primer ciclo de Educación Infantil, y en general el desarrollo del currículum en este periodo escolar, está aún por desarrollar y aún presenta muchas lagunas e interrogantes. Concretamente en la Región de Murcia no existe un decreto que lo regule, aunque sí para el segundo ciclo de Educación Infantil, como ha sido relatado anteriormente. Generalmente las Escuelas y Centros de Educación Infantil toman como referente la regulación del segundo ciclo de infantil para la elaboración de Proyectos Educativos y Programaciones Generales, adaptándolas a la realidad del primer ciclo de esta etapa educativa.

2.3. Funciones del Tutor en Educación

La estructura del sistema de orientación escolar de nuestro país delega en el maestro o profesor-tutor un rol esencial que determinará la calidad de la atención a la diversidad del alumnado de nuestros centros educativos, puesto que el aula se presenta como el escenario en el que el alumno desarrollará y/o reflejará las características que lo definen como individuo y discente. Desde este punto de vista, el tercer nivel de la orientación (de aula) propuesto por la LOGSE de 1990, será probablemente el nivel clave. Aun así, cada vez se considera más evidente que la acción de los tutores carecerá de sentido y funcionalidad si aparece de forma aislada y descoordinada, y desde este enfoque es importante que conozcan y trabajen de forma coordinada con el resto de agentes intervinientes (familias, compañeros, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica, asociaciones, centros de tratamiento,...). El educador/profesor tutor tendrá una labor muy importante en cuanto al niño con necesidades educativas especiales se refiere, ya que la escuela infantil y los CEIP se convertirán en contextos naturales para el desarrollo del niño, y desde esa perspectiva no podemos subestimar la necesidad de coordinación con los diversos servicios de Atención Temprana y aún menos la implicación y las funciones atribuidos a la Acción Tutorial. Desde esta perspectiva consideramos importante especificar cuáles serían las funciones del tutor en educación. .

Deteniéndonos en este aspecto relevante considerar quiénes son los agentes implicados en la Acción Tutorial en nuestro sistema educativo (Figura 3.3.). Según Álvarez y Bisquerra (1996) los principales agentes intervinientes en los procesos de tutoría se concretan en:

- Los profesores-tutores, como profesores que coordinan la Acción Tutorial de un grupo clase.
- El resto de profesores o equipo docente, en la medida en que intervienen en el grupo clase y comparten la Acción Tutorial con el tutor.
- El orientador, como profesional especializado en psicología y pedagogía que asesora, dinamiza, colabora y ayuda para que el tutor y el equipo docente puedan llevar a cabo la Acción Tutorial con eficacia.
- Los alumnos, como destinatarios de la intervención tutorial, pero también como partícipes activos de ella.
- Los padres, como responsables y copartícipes de la educación de sus hijos.

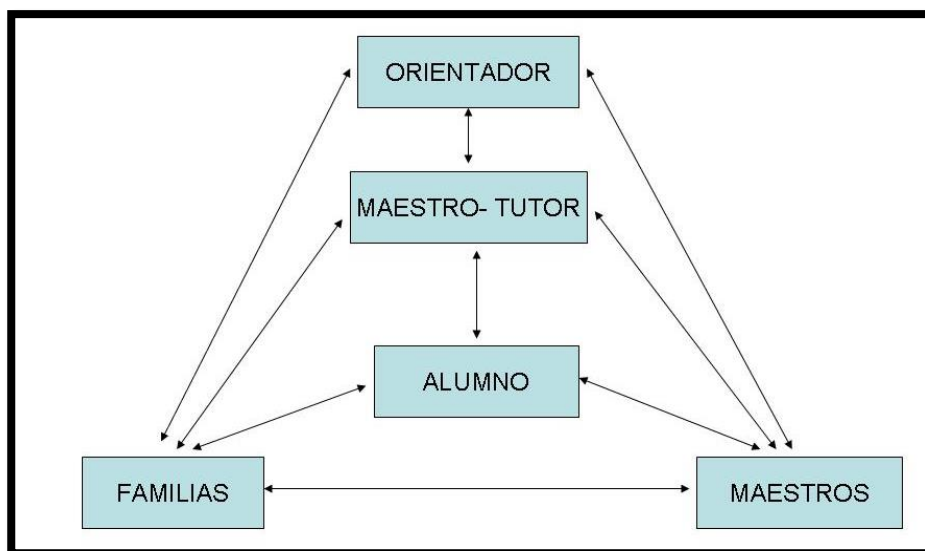


Figura 3.3. Relaciones en la Acción Tutorial. Fuente: Adaptado de Galve, J.L; & Ayala, C.L. (2002). *Orientación y Acción Tutorial: de la teoría a la práctica*. Madrid: CEPE

El referente legislativo que desarrolla con mayor amplitud las funciones del tutor es el Real Decreto 82/1996, de 26 enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Escuelas de Educación Infantil y de los Colegios de Educación Primaria, que aun siendo normativa desarrollada tras la promulgación e implantación de la LOGSE sigue siendo una ley aplicable al no haber sido derogada por otro tipo de decreto realizado tras la implantación de la LOE. De

manera más específica encontramos en este Real Decreto un capítulo dedicado en su totalidad a la Acción Tutorial y las funciones tutoriales en la Educación Infantil, del que extraemos algunos artículos por ser ilustrativos de la relevancia que concede a la figura y funciones del tutor.

Capítulo IV. Tutores

Artículo 45. Tutoría y designación de tutores.

1. *La tutoría y orientación de los alumnos formará parte de la función docente.*
2. *Cada grupo tendrá un maestro tutor que será designado por el director, a propuesta del jefe de estudios.*

Artículo 46. Funciones del tutor.

1. *Los maestros tutores ejercerán las siguientes funciones:*
 - a. *Participar en el desarrollo del plan de Acción Tutorial y en las actividades de orientación, bajo la coordinación del jefe de estudios. Para ello podrán contar con la colaboración del equipo de orientación educativa y psicopedagógica.*
 - b. *Coordinar el proceso de evaluación de los alumnos de su grupo y adoptar la decisión que proceda acerca de la promoción de los alumnos de un ciclo a otro, previa audiencia de sus padres o tutores legales.*
 - c. *Atender a las dificultades de aprendizaje de los alumnos, para proceder a la adecuación personal del currículo.*
 - d. *Facilitar la integración de los alumnos en el grupo y fomentar su participación en las actividades del centro.*
 - e. *Orientar y asesorar a los alumnos sobre sus posibilidades educativas.*
 - f. *Colaborar con el equipo de orientación educativa y psicopedagógica en los términos que establezca la jefatura de estudios.*
 - g. *Encauzar los problemas e inquietudes de los alumnos.*
 - h. *Informar a los padres, maestros y alumnos del grupo de todo aquello que les concierna en relación con las actividades docentes y el rendimiento académico.*
 - i. *Facilitar la cooperación educativa entre los maestros y los padres de los alumnos.*

j. Atender y cuidar, junto con el resto de los profesores del centro, a los alumnos en los periodos de recreo y en otras actividades no lectivas.

2. El jefe de estudios coordinará el trabajo de los tutores y mantendrá las reuniones periódicas necesarias para el buen funcionamiento de la Acción Tutorial.

La orientación educativa en la primera infancia posee características e identidad propia. Considerar que los objetivos que se plantean en la Acción Tutorial de otras etapas educativas posteriores encajan en esta etapa es un error, que no haría más que generar un proceso de orientación desvinculado del alumnado al que se dirige. Tenemos que considerar la situación de las familias y las características evolutivas del niño para realizar una Acción Tutorial acorde. Si la implicación con las familias tiene importancia en todo el sistema educativo, en esta etapa, al no ser obligatoria y por su carácter voluntario, se requerirá una atención especial. Desde todas estas razones parece obvio considerar que la Acción Tutorial en Educación Infantil deberá dar respuesta partiendo de sus propios objetivos. Los objetivos de la Acción Tutorial no aparecen desarrollados en el marco legislativo, aunque sí se encuentran algunas referencias de autores que los concretan (Castillo, Torres & Polanco, 2009):

- Facilitar la acogida e integración de los niños en su aula.
- Coordinar la información y la participación entre la escuela y la familia.
- Implicar a los padres en el desarrollo del aprendizaje y la evolución de sus hijos.
- Personalizar la enseñanza atendiendo a la diversidad del alumnado.
- Desarrollar actividades de participación, solidaridad, justicia, igualdad, cooperación y redes sociales en el aula y entorno.
- Fomentar el autoconocimiento y la autoaceptación de cada niño.
- Enseñar a respetar las diferencias de las personas de su escuela, familia y ámbito social.
- Desarrollar capacidades afectivas y conocer las pautas elementales de convivencia y relación social.
- Enseñar a querer, compartir, escuchar y dialogar.
- Promover hábitos de higiene, autocuidado y alimentación adecuados.

- Enseñar a pensar para facilitar las estrategias en la adquisición de hábitos.
- Seguir el proceso evolutivo del niño para detectar posibles dificultades de desarrollo.

Según Valdivia (2008) en la Acción Tutorial en Educación Infantil se considerará la intervención con los padres como un importante referente de calidad, resaltando la necesidad de las siguientes actuaciones:

- Implicación familiar en actividades de apoyo al aprendizaje. Sobre todo en casos de alumnos con necesidades educativas que requieran la puesta en marcha de programas de Atención Temprana.
- Necesidad de generar relaciones fluidas entre maestros-tutores y padres, mediante distintas estrategias de Acción Tutorial (reuniones, entrevistas, colaboraciones, etc.) sobre diferentes temas: desarrollo emocional, de hábitos, evolutivo, juego infantil y control de conductas.
- Necesidad de formación como madres y padres. Escuelas de Padres o Talleres de Formación para Padres.

Algunos autores (Galve & Ayala, 2002; MEC, 1990; Sánchez,1982) consideran que el maestro-tutor debe tener algunas características propias de carácter docente y personal para ejercer de forma adecuada el ejercicio de la tutoría: la necesidad de capacidades relacionadas con la interacción y empatía personal, habilidad para resolver conflictos, capacidad para personalizar los diferentes elementos del currículo, capacidad de integrar información de diferentes agentes relacionados con el niño, iniciativa para la formación personal, conocimiento de medidas de atención a la diversidad, conocimiento del desarrollo evolutivo de los alumnos, capacidad para el análisis de los procesos inherentes al aula y conocimiento de mecanismos para la prevención de dificultades de aprendizaje.

CAPÍTULO IV

LA FIGURA DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA EN ATENCIÓN TEMPRANA

Como hemos observado en el capítulo anterior, la importancia en el sistema educativo de una persona referente en el aula que, más allá de las cuestiones puramente instruccionales, responda hacia las distintas necesidades que pueda tener el alumno o su familia, nos hace también reflexionar sobre la necesidad de considerar esta figura en el ámbito de la Atención Temprana. Actualmente, en el ámbito de la Atención Temprana, con poco que se profundice en los nuevos postulados teóricos se puede apreciar una aproximación a las actuaciones de la Acción Tutorial en educación, aunque cabe decir que con matizaciones propias que, por otro lado, especifican lo que es la realidad de una disciplina cada vez más integrada en distintas realidades sociales. En el ámbito de la Atención Temprana esto significaría la necesidad de realizar un análisis fiel de las necesidades de la situación social y pedagógica del niño, así como el reconocimiento de las fortalezas y necesidades que se encuentran en su propio entorno (De Moor, Waesberghe, Hosman, Jaeken & Miedema, 1993). En acuerdo con estas necesidades nos desligamos progresivamente de alguna forma de un modelo ambulatorio, centrado en el tratamiento y con roles jerarquizados donde el terapeuta se manifiesta como principal agente de la toma de decisiones, dirigiéndonos hacia un modelo más psicopedagógico, como puede ser el modelo centrado en la familia, en el que el rango de fortalezas y deficiencias del niño son analizadas, al tiempo que se consideran todos los factores más relevantes de su entorno familiar y social (De Moor et al., 1993).

Hasta ahora, en esta tesis doctoral, se ha ido desarrollando la conceptualización de la Acción Tutorial en el sistema educativo, y concretamente con mayor énfasis en la etapa de Educación Infantil, pero nuestro objetivo será ir más allá, con objeto de identificar de qué forma se puede aproximar a las acciones que los profesionales de los CDIAT llevan a cabo en relación a las responsabilidades que se asumen con las familias y con el niño, allende de los aspectos puramente terapéuticos. Cabe señalar que la orientación educativa, y más concretamente la Acción Tutorial, se está extendiendo en los últimos años a múltiples entornos como la universidad, las organizaciones, la empresa, el ocio y el tiempo libre (Castillo, Torres & Polanco, 2009).

Al hablar de Atención Temprana y de la importancia que tiene la intervención en todos los contextos naturales del niño, estamos haciendo referencia a un modelo concreto: el modelo

ecológico- transaccional/ integral (FEAPS, 2001; GAT, 2000; Mendieta & García-Sánchez, 1998; Sameroff & Fiesse, 1990). La estructura de un modelo integral de actuación en Atención Temprana no supone la identificación de un programa de intervención concreto, sino supone una filosofía de trabajo (García-Sánchez, 2002). La formulación de un modelo integral de actuación en Atención Temprana debe apoyar toda su identidad sobre los diversos niveles de prevención: primaria (prevención); secundaria (detección) y terciaria (intervención). El desarrollo del modelo integral de actuación fundamenta la intervención del propio terapeuta en los distintos entornos del niño, entendiendo que el desarrollo se establece por medio de una continua interacción entre el niño, su familia y su entorno, por lo que la intervención deberá plantearse en todos los ambientes en los que el niño se desenvuelva.

Considerando la importancia de la intervención en los distintos entornos que circundan al niño, parece evidente que la familia va a asumir un importante papel. Pero más allá aparece una cuestión y es que, existe una importante tendencia en el terreno de la Atención Temprana: la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales en escuelas y centros de Educación Infantil. Muchos de los alumnos escolarizados en primer ciclo de Educación Infantil (0 a 3 años) son además usuarios de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, puesto que, como sabemos, los diferentes apoyos específicos que necesitan estos niños no se encuentran en los propios centros escolares sino que se ofertan fuera de ellos.

En el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) se dedica un apartado exclusivo a la importancia de los servicios educativos en niños que pueden manifestar necesidad de Atención Temprana considerando la relevancia de su escolarización bajo un carácter preventivo. A nivel de prevención primaria se resalta el carácter educativo, mediador y facilitador de aprendizajes escolares que ejerce la escolarización en Educación Infantil, considerada como un espacio privilegiado en el que realizar la tarea de prevención de posibles retrasos en el desarrollo así como compensación de otro tipo de carencias sociales. A nivel de prevención secundaria se estima la detección de posibles necesidades educativas especiales a través de la colaboración entre educadores y equipos psicopedagógicos, los cuales serán los responsables de determinar la naturaleza de dichas necesidades, considerar criterios de escolarización, posibles adaptaciones curriculares y ayudas técnicas. En el subapartado de prevención terciaria se define

la necesidad de escolarizar a los alumnos con necesidades educativas especiales bajo un contexto lo más normalizado posible considerando que, generalmente los niños usuarios de Atención Temprana, que se escolarizan en primer ciclo de Educación Infantil, lo hacen por recomendación de los correspondientes Equipos Psicopedagógicos y/o por los propios Centros de Atención Temprana, y que será el maestro-tutor, dentro de aula, el responsable de llevar a cabo las pertinentes modificaciones curriculares. Parece desde esta perspectiva que la calidad en el terreno de atención a la diversidad va a depender de forma significativa de las relaciones que mantengan los CDIAT con los Centros Educativos, y en el mismo Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000, p.37), en el nivel de prevención terciaria, se definen los siguientes objetivos en la relación entre ambos tipos de instituciones:

- a. Los profesionales de las escuelas infantiles y de los centros de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana, pueden colaborar en la elaboración de programas de intervención y en la delimitación de objetivos, materiales y procedimientos más adecuados en el proceso de enseñanza-aprendizaje.*
- b. Determinar las necesidades educativas de los niños entre 0 y 6 años, localizando y derivando los niños que presenten anomalías en su desarrollo, así como contribuir en la elaboración del curriculum de esta etapa.*
- c. Procurar una continuidad en la educación de los niños cubriendo todas sus necesidades desde el momento de su nacimiento y que a su vez sirva como enlace, preparación y refuerzo de su integración en la escuela infantil.*
- d. Coordinar y compartir la información sobre la situación del niño en el momento en el que éste ingresa en el sistema educativo.*
- e. Intercambiar la información sobre las actividades y comportamiento del niño durante su escolarización.*
- f. Prestar apoyo técnico a los programas de escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales.*
- g. Colaborar en la orientación a las familias, en su conocimiento y apoyo a sus necesidades.*

La determinación de personal educativo formado en criterios de calidad para la coordinación tanto en las escuelas infantiles como en los Centros de Atención Temprana va a ser esencial para el desarrollo de la atención de los niños con necesidades educativas especiales, ya que, tanto los tutores de los centros educativos como los profesionales de Atención Temprana se convertirán en personas claves en el desarrollo de competencias y capacidades de los adultos que se encuentran en el entorno natural del niño. En muchas ocasiones sucede que niños con necesidades educativas especiales, por las características del primer ciclo de Educación Infantil, son diagnosticados por los Equipos de Orientación Específicos en Atención Temprana, y son derivados para recibir tratamiento terapéutico previamente a la escolarización, por lo que el conocimiento del niño sucede previamente por el equipo de terapeutas antes que por el tutor del centro en el que se escolarizará y es, por tanto, considerablemente relevante que exista una adecuada transmisión de información (Figura 4.1.).

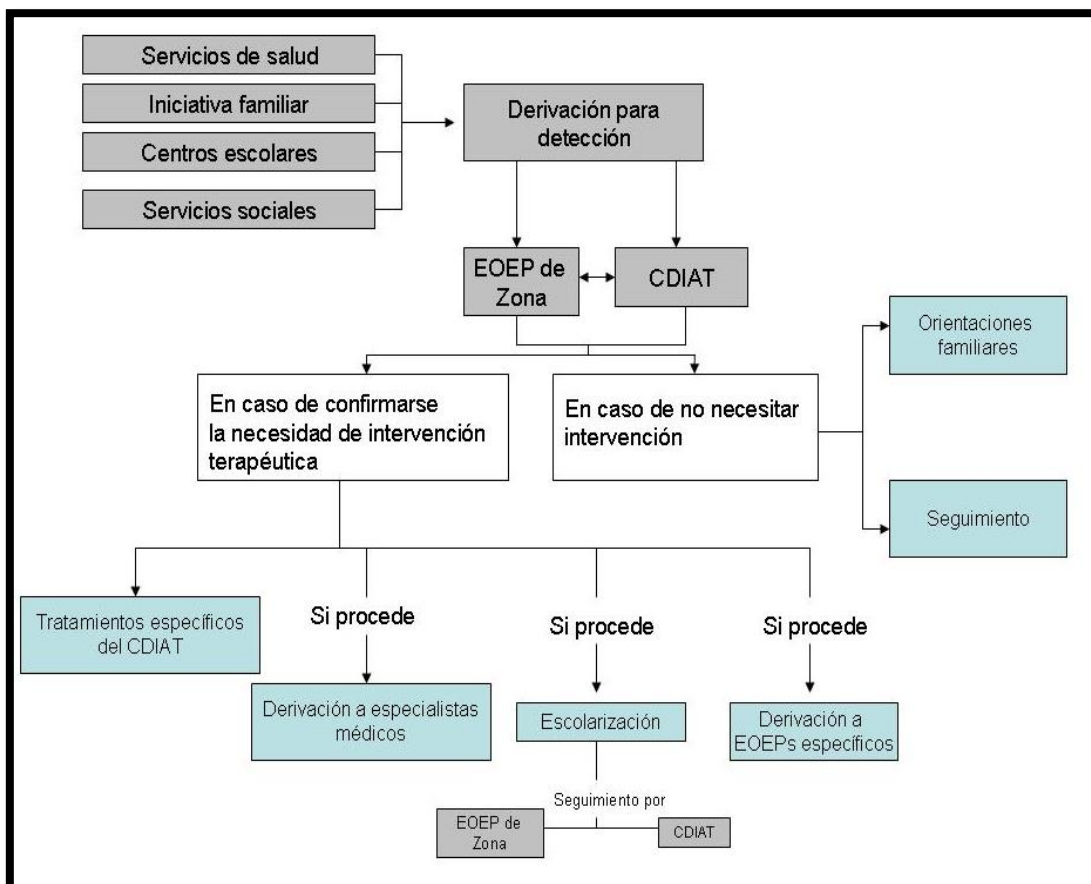


Figura 4.1. Proceso de detección e intervención en Atención Temprana.

Abordada la importancia del establecimiento de una comunicación continua y de calidad entre las familias, centros de Educación Infantil y profesionales de Atención Temprana surgen muchos interrogantes respecto al tipo y características de esa figura de los CDIAT que deberá ser la principal responsable de esos procesos relacionales que hemos ido comentando: ¿por qué ese profesional de Atención Temprana y no otro?, ¿qué funciones acometerá y para qué?, ¿cuáles serán los canales de comunicación con familias, los centros de Educación Infantil?, ¿con qué otros agentes de Atención Temprana deberá intervenir?, ¿qué perfil y competencias son las más adecuadas?, ¿qué objetivos deberá planificarse?... Estos son algunos de los interrogantes a los que intentaremos dar respuesta en esta tesis doctoral. Aunque cabe decir que son cuestiones bastante recientes en Atención Temprana, sí que han sido ya objeto de análisis por diferentes autores (Castellanos, García-Sánchez & Mendieta, 2000; Castellanos et al., 2003; Díez, 2008; Perpiñán, 2003).

El término terapeuta-tutor o responsable de caso aparece como representación de esa figura del CDIAT, surgida generalmente de la cotidianidad, que acometerá unas funciones y objetivos propios con la familia y otros entornos que se relacionan de alguna forma con el niño. Castellanos et al. (2003) plantearon los siguientes objetivos del terapeuta-tutor con las familias:

- 1) Ayudar a la familia para que puedan identificar y valorar los avances del niño, por pequeños que puedan parecer, y no se queden sólo con la percepción de sus limitaciones, ya que la evolución del niño con discapacidad no siempre va a cumplir con las expectativas o los deseos de la familia.
- 2) Conseguir que la familia se sienta protagonista de la intervención, así como principal motor del desarrollo de su hijo y competente para atender sus necesidades.
- 3) Disminuir la desorientación que sufre la familia en los temas relacionados con la discapacidad y la educación de su niño, respondiendo a sus dudas siempre que sea posible.
- 4) Reducir el nivel de estrés que pueda existir o que puede crear la situación que supone tener un niño con discapacidad y que la familia, como cliente de nuestro servicio,

valores positivamente los que se está haciendo por él y se sienta satisfecha por los servicios recibidos.

- 5) Potenciar un sentimiento de confianza y cierta complicidad en la interacción de la familia con el terapeuta-tutor y con el resto de los profesionales que atienden a su hijo.

Analizando esta figura referencial podemos dar respuesta a varias de las necesidades defendidas en el terreno de la orientación en Atención Temprana, tal y como se especifica en el documento *Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the Eurllyaid working party* (De Moor et al., 1993). En este documento, dedicado al establecimiento de líneas de desarrollo para una Atención Temprana de calidad, se detallan algunas ideas referenciales de las actuaciones de orientación y asesoramiento que los profesionales de la Atención Temprana debe atender:

- Ayudar en los procesos de reconocimiento y la aceptación de las dificultades del niño.
- Facilitar información a la familia sobre las necesidades del niño.
- Orientaciones a la familia que generen cambios en el sistema de rutinas.
- Fomentar en la familia sus sentimientos de competencia en relación a las dificultades de su hijo.
- Realizar actuaciones de orientación a las familias relativas a la visión de la discapacidad por los hermanos.
- Acompañar y orientar a la familia en momentos especialmente complicados de estrés que puedan ser derivados de las dificultades del niño.
- Intervenir con la familia extensa del niño para crear una red de apoyo familiar.

Cabe decir que en los CDIAT en los que existe la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso, esta función suele asumirla el profesional encargado de la Estimulación Sensoriomotriz por ser la modalidad de tratamiento más global. Las funciones del terapeuta-tutor no han sido definidas por marcos legislativos ni consensuadas por los diferentes centros en los que trabaja a nivel de Atención Temprana, es una función que queda a disposición de cada CDIAT y que, si es desarrollada, se hará generalmente de distinta forma o con diferentes funciones. En la

investigación educativa tampoco aparece ampliamente desarrollada, aunque algunos autores han comenzado a perfilar cuáles serían sus funciones (Castellanos et al., 2000):

- Coordinación de tratamientos.
- Información a la familia sobre los objetivos más inmediatos y a largo plazo a trabajar con el niño.
- Acompañamiento familiar en los diferentes periodos de intervención y ante nuevos cambios (adaptación al centro de tratamiento, escolarización,...).
- Consulta periódica sobre la evolución del niño a los distintos profesionales del CDIAT (fisioterapeuta, logopeda, psicomotricista, terapeuta ocupacional) para la toma de decisiones sobre pautas de intervención o sobre el inicio o finalización de tratamientos.
- Canalización de información sobre tratamientos específicos del niño para la elaboración de actuaciones unificadas.
- Evaluación sistemática y continua de las capacidades del niño para programación de objetivos.

Realizando un análisis comparativo de las funciones atribuidas al tutor de Educación Infantil respecto al ámbito de la Atención Temprana podemos encontrar la necesidad en ambos contextos de las siguientes actuaciones:

- Necesidad de evaluación del niño/alumno y su entorno familiar.
- Necesidad de información a las familias, resto de docentes o en el caso de CDIAT, resto de terapeutas, instituciones,...
- Necesidad de intervención para la prevención o mejora de las distintas dificultades que pueda presentar el niño/alumno.
- Necesidad de orientación para una respuesta integral que responda no sólo al contexto escolar o terapéutico, sino también familiar.
- Necesidad de seguimiento para la evaluación de las diferentes tomas de decisiones que surgen en su desarrollo.

Efectivamente, parece que en el contexto escolar queda claro que la figura del tutor será la principal responsable, aunque no la única, de que estas funciones se acometan pero, en el caso de los CDIAT, no parece suceder así; estos procesos se llevan a cabo, generalmente, de forma aislada por los distintos profesionales que atienden al niño (Figura 4.2.), sin la presencia de un claro referente profesional que los coordine, y desde esta reflexión consideramos la importancia de reconocer, en los centros de Atención Temprana, a esa figura.

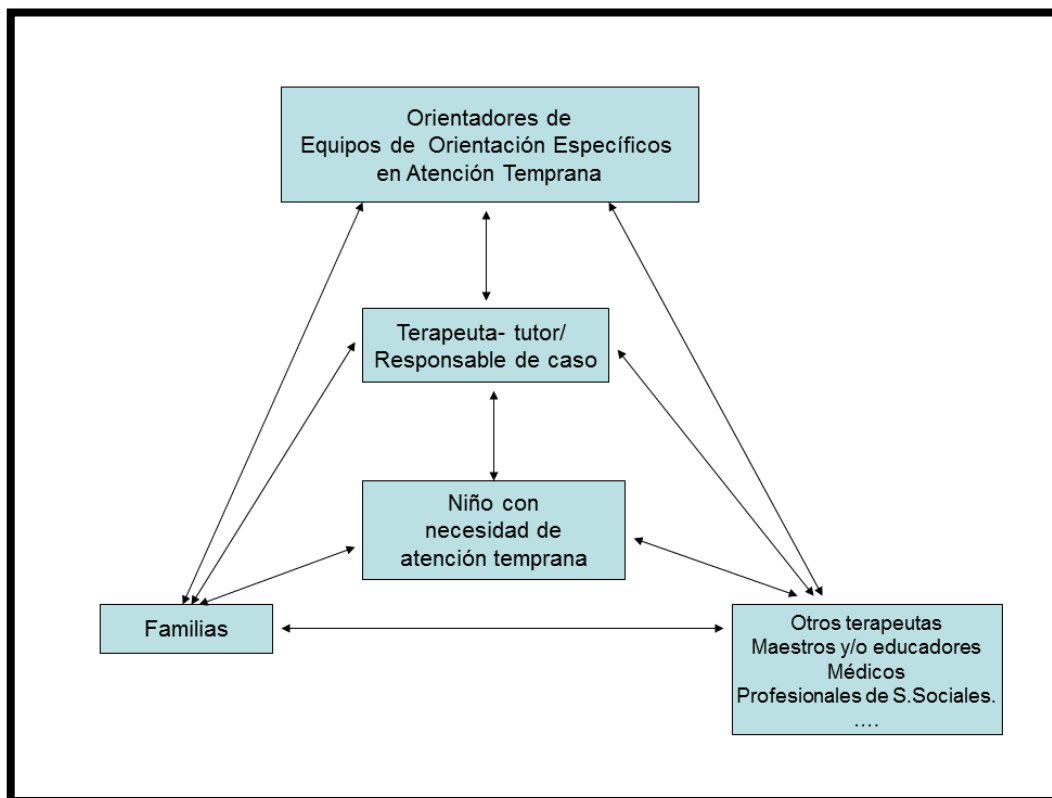


Figura 4.2. Modelo de coordinación en los CDIAT con otros agentes.

Como hemos ido desarrollando las relaciones tutoriales o actuaciones de orientación que ha de mantener el profesional de Atención Temprana abarcarán la intervención directa con el niño, con su familia, profesionales de su propio centro y profesionales de Escuelas Infantiles con los que tenga que establecer comunicación al ser también, dicha Escuela Infantil, un entorno natural del niño especialmente importante desde un punto de vista educativo, terapéutico y rehabilitador (García-Sánchez, 2002; Mendieta & García-Sánchez, 1998). En el contexto educativo, del mismo modo, el educador-tutor tendrá una inestimable responsabilidad y

conocimiento de las características del niño, por lo que una intervención de calidad en Atención Temprana requerirá con gran necesidad una comunicación fluida entre los profesionales de los CDIAT y los profesionales de educación, y principalmente con la figura del tutor, en el caso de que el niño estuviera escolarizado. El análisis de esa coordinación, sus puntos fuertes, percepciones, propuestas de mejora,... también es objetivo de esta tesis.

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

**Metodología:
Elaboración de los cuestionarios OCAT**

“Lo que caracteriza al hombre de ciencia no es la posesión del conocimiento o de verdades irrefutables, sino la búsqueda desinteresada e incesante de la verdad” (Karl Popper)

1. INTRODUCCIÓN

La mejora de una disciplina de cualquier ámbito siempre estará relacionada con los procesos de investigación que la subyazcan. La investigación, entendida como proceso, nos ayudará a entender y establecer contacto con las diversas realidades, nos permitirá conocerlas mejor y modificarlas en consideración a las necesidades del ser humano. Toda investigación nace de la curiosidad propia del ser humano, de un problema, de una pregunta, que precede a una recogida de datos (teóricos o empíricos) y su evaluación crítica para dar una respuesta, generalmente segura, a la pregunta inicial. El proceso de investigación se caracteriza por ser un proceso reflexivo y sistemático.

En mi propia experiencia formativa y profesional, como psicopedagogo especialista del ámbito de la Atención Temprana, me resulta interesante la cantidad de emociones cotidianas que fluyen entre los profesionales del ámbito, las familias y otras personas relacionadas con el niño con discapacidad. Desde estas experiencias se encuadra la curiosidad de indagar un poco más en esas actuaciones de orientación que los profesionales de Atención Temprana realizan, muchas veces no tan reguladas desde sus propios centros de trabajo, sino basadas en el conocimiento del niño y de la familia. Este estudio lo podemos encuadrar dentro de los estudios referidos a la calidad y buen funcionamiento de los servicios de Atención Temprana en nuestro país, no tan referido a aspectos terapéuticos sino más bien a la atención dedicada a la familia y a la coordinación con otras instituciones.

Un importante referente en el que se enmarca este estudio es el anteriormente mencionado Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000). Este documento incentivará que muchos expertos en la materia se dediquen a investigar sobre los procesos que subyacen un mejor planteamiento de la Atención Temprana en criterio de su calidad.

...De nuevo aquí, debe ser el propio desarrollo de la investigación el que permita, como ya se va haciendo, ir acotando marcos o modelos teóricos que nos guíen hacia una intervención temprana cada vez más efectiva y de mayor calidad (LBAT, 2000, p.83).

Otro no menos importante referente que se ha establecido como pilar de las investigaciones dedicadas a la calidad de la Atención Temprana es el documento de Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana (GAT, 2005). Uno de los aspectos más interesantes de estas recomendaciones técnicas es la dedicación que hace a la importancia de la familia en el ámbito de la Atención Temprana, considerando su implicación activa como un criterio imprescindible en relación a la determinación de un sistema de calidad.

El modelo actual de Atención Temprana es un modelo centrado en la familia, en proporcionar apoyos para que pueda ejercer sus funciones parentales sin que ello implique merma de su libertad para elegir y participar en la vida educativa, laboral o comunitaria....La expresión de la satisfacción de las familias es básica para establecer una cultura de calidad (GAT, 2005, p.32).

La importancia de la participación familiar en Atención Temprana es prácticamente una evidencia, y aunque tradicionalmente esa participación ha surgido en el carácter organizativo de los Centros de Atención Temprana, actualmente se da mayor importancia a su propio rol como agente activo en la atención al niño con discapacidad (Tamariz, 2004).

Un estudio significativo en relación a la atención de la familia en Atención Temprana especificaba ocho preguntas guía que nos servirían para determinar el efecto potencial de la Atención Temprana en las familias (Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker, Wagner, 1998):

- 1) ¿La familia considera la Atención Temprana como apropiada para marcar diferencias en la vida de su hijo?
- 2) ¿Considera la familia la Atención Temprana como apropiada para marcar diferencias en la vida de la familia?
- 3) ¿Tiene la familia una visión positiva de los profesionales y del servicio de Atención Temprana?
- 4) ¿La Atención Temprana ayuda a que las familias adquieran competencias para ayudar a su hijo a crecer y a aprender?
- 5) ¿La Atención Temprana implementa a la familia en sus competencias para trabajar con los profesionales?
- 6) ¿La Atención Temprana asiste a la familia en el desarrollo de un sistema familiar sólido?
- 7) ¿La Atención Temprana implementa en la familia una visión optimista del futuro?
- 8) ¿La Atención Temprana ayuda en la percepción de la familia respecto a su calidad de vida?

Otros postulados y estudios más recientes hacen referencia al carácter significativo que surge de la necesidad de una atención adecuada a las familias para el establecimiento de una Atención Temprana de calidad en cualquier país. Un estudio ilustrativo en este sentido es aplicado en la Asociación ASTRAPACE de Murcia mediante un cuestionario destinado a medir la importancia que el cliente familia otorga a los distintos aspectos que influyen sobre la satisfacción de la misma en relación con algunos aspectos relativos a la actuaciones llevadas a cabo en este CDIAT (García-Sánchez, Mirete, Marín & Romero, 2008). Los estudios evidenciaron un claro interés de las familias por la coordinación entre los servicios de Atención Temprana con instituciones educativas (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica y Centros

Educativos), aunque las familias no otorgaron esa misma importancia en relación a la coordinación con servicios de tipo médico- sanitario.

2. OBJETIVOS

Como es habitual en la investigación social, se necesitarán una serie de objetivos que guíen el desarrollo de la investigación, uno de carácter más general en el que serán comprendidos los aspectos más globales a los que se quiere dar respuesta, así como una serie de objetivos más específicos que enmarquen tareas más concretas de la propia investigación.

Objetivo general:

Identificar las actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación acometidas por los profesionales de los Centros de Atención Temprana con las familias con niños usuarios de Atención Temprana, así como con otros profesionales implicados, desde la perspectiva de las familias y de los propios profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana.

Objetivos específicos:

1. Explorar las experiencias y percepciones de distintos agentes (familias de niños que reciben tratamiento en Atención Temprana, profesionales de CDIAT y educadores de Escuelas Infantiles) en relación a la actuación de orientación de los distintos profesionales de la disciplina.
2. Diseñar instrumentos específicos para el estudio de las actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación en Atención Temprana y analizar su validez y fiabilidad.

3. Analizar cómo los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana articulan el ejercicio del asesoramiento sobre los distintos agentes, así como las relaciones de coordinación de los profesionales de los CDIAT con otros agentes implicados del ámbito educativo y sanitario, desde la perspectiva de las familias y los propios profesionales.

4. Analizar la existencia de diferencias en la percepción de las familias sobre el asesoramiento y coordinación de los profesionales de CDIAT, atendiendo a variables sociodemográficas/socofamiliares (ocupación, nivel de estudios, tipo de tratamiento, edad del niño,...).

5. Analizar la existencia de diferencias en la percepción de los profesionales sobre el asesoramiento a las familias y coordinación con otros agentes, atendiendo a variables tales como (género, perfil profesional, tipo de CDIAT, años de experiencia,...).

6. Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la orientación que los profesionales de Atención Temprana realizan.

7. Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la coordinación que estos mismos profesionales realizan con instituciones educativas.

8. Determinar la existencia de perfiles de familias en cuanto a su percepción del asesoramiento y coordinación de los profesionales de los CDIAT.

3. MÉTODO

En este estudio se ha optado por realizar una doble metodología de investigación (Figura 5.1.). Una primera fase de tipo cualitativa en la que han sido realizados tres grupos focales (familias, profesionales de CDIAT y profesionales de Escuelas Infantiles). Con esta metodología de investigación se quiere conocer las impresiones y opiniones directas de una pequeña muestra del colectivo que formará parte de este estudio. Una primera aproximación a las realidades manifestadas en los mismos grupos focales repercutirá en la segunda fase de esta investigación: el diseño, la elaboración y aplicación de cuestionarios. Esta segunda fase tendrá como objeto analizar las realidades manifestadas en los grupos focales ampliando a un mayor conjunto poblacional.

Optar por un doble diseño metodológico en la presente investigación nos permitirá partir desde las realidades, experiencias y opiniones más próximas con objeto de generar instrumentos válidos y fiables para analizarlas en distintas realidades, por lo que en este estudio ambas fases de investigación son indisociables ya que los resultados de una de ellas repercutirán en el desarrollo de la siguiente fase.

La metodología cualitativa es, por la naturaleza del campo de estudio de las Ciencias Sociales, un enfoque que ha gozado cada vez de una mayor aceptación en el plano científico, y como tal, cada vez más recurrido en la investigación de fenómenos sociales (Figura 5.3.).



Figura 5.3. Fases de la metodología cualitativa.: Adaptado de Latorre, A., Rincón, D. & Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.

El enfoque de investigación de la metodología cualitativa se caracterizaría por ser holístico en el sentido de que estudia la realidad desde el enfoque global, inductivo ya que las categorías, patrones e interpretaciones se construyen a partir de la información obtenida, ideográfico ya que se orienta a comprender e interpretar lo singular de determinados fenómenos sociales (Latorre et al., 2003).

Por otro lado, es importante aclarar que las distintas metodologías adoptadas para este estudio pueden dar respuesta o relacionarse con uno o más objetivos de investigación. Por la complejidad de esta investigación en cuanto a las diferentes metodologías empleadas es importante anticipar que, para que sea más comprensible la lectura y no perder la relación entre cada una de las fases de investigación, los objetivos uno y dos, al estar directamente relacionados con los procesos de diseño y construcción de los cuestionarios OCAT, se encontrarán descritos detalladamente (incluidos sus resultados) a continuación, en el presente capítulo, en los apartados de grupos focales (objetivo uno), análisis de expertos (objetivo dos) y estudio piloto (objetivo dos), mientras que los resultados del resto de objetivos (objetivos tercero al octavo) aparecerán específicamente en el Capítulo de Resultados de esta tesis (Figura 5.2.).

En la segunda fase del estudio, el uso de la metodología descriptiva pretende principalmente describir hechos, situaciones, elementos o características de forma sistemática para definir un sujeto, población o tema de interés de la forma más objetiva y comprobable que se pueda (Latorre, Rincón y Arnal, 2003). Esta metodología es probablemente una de las más utilizadas en ciencias sociales y en educación.

Estos métodos son interesantes para analizar el estado en cuestión de cualquier temática, facilitando la identificación de sus factores más destacados sobre los que debemos focalizar nuestra investigación. Estos procesos nos van a permitir poder comparar, clasificar y analizar datos.

Dado que la realidad objeto de estudio serán las percepciones de las actuaciones de orientación de los profesionales de Atención Temprana sobre los distintos agentes que intervienen en esta disciplina, el contexto al que nos acercaremos es un contexto natural, en el que los fenómenos ya se están produciendo y sobre los que el investigador no tendrá control. En esta línea, nos encontramos ante una investigación que se enmarca en la metodología no experimental o ex-post-facto. Dentro de ella, se trataría de un método descriptivo. Existe coincidencia entre la comunidad investigadora en afirmar que este método es útil para describir un fenómeno dado, analizar su estructura y explorar las asociaciones relativamente estables de las características que lo definen, sobre la base de una observación sistemática del mismo (Latorre et al., 2003).

Entre las distintas herramientas de investigación existentes dentro de la metodología no experimental hemos hecho uso de la investigación por encuesta. La investigación tipo encuesta es muy utilizada en el ámbito socioeducativo por la facilidad y el carácter directo de esta metodología. La metodología tipo encuesta nos permitirá realizar preguntas directas a una muestra específicamente seleccionada con el fin de describir y explorar algunos elementos relacionados con el problema de investigación definido por el investigador.

En nuestro estudio tipo encuesta, se diseñarán varios instrumentos *ad hoc* dirigidos a conocer cómo se desarrollan por parte de los profesionales de Atención Temprana las actuaciones de orientación a las familias y la coordinación con los profesionales de otros ámbitos. Estos instrumentos se describen detalla y exhaustivamente en los apartados posteriores.

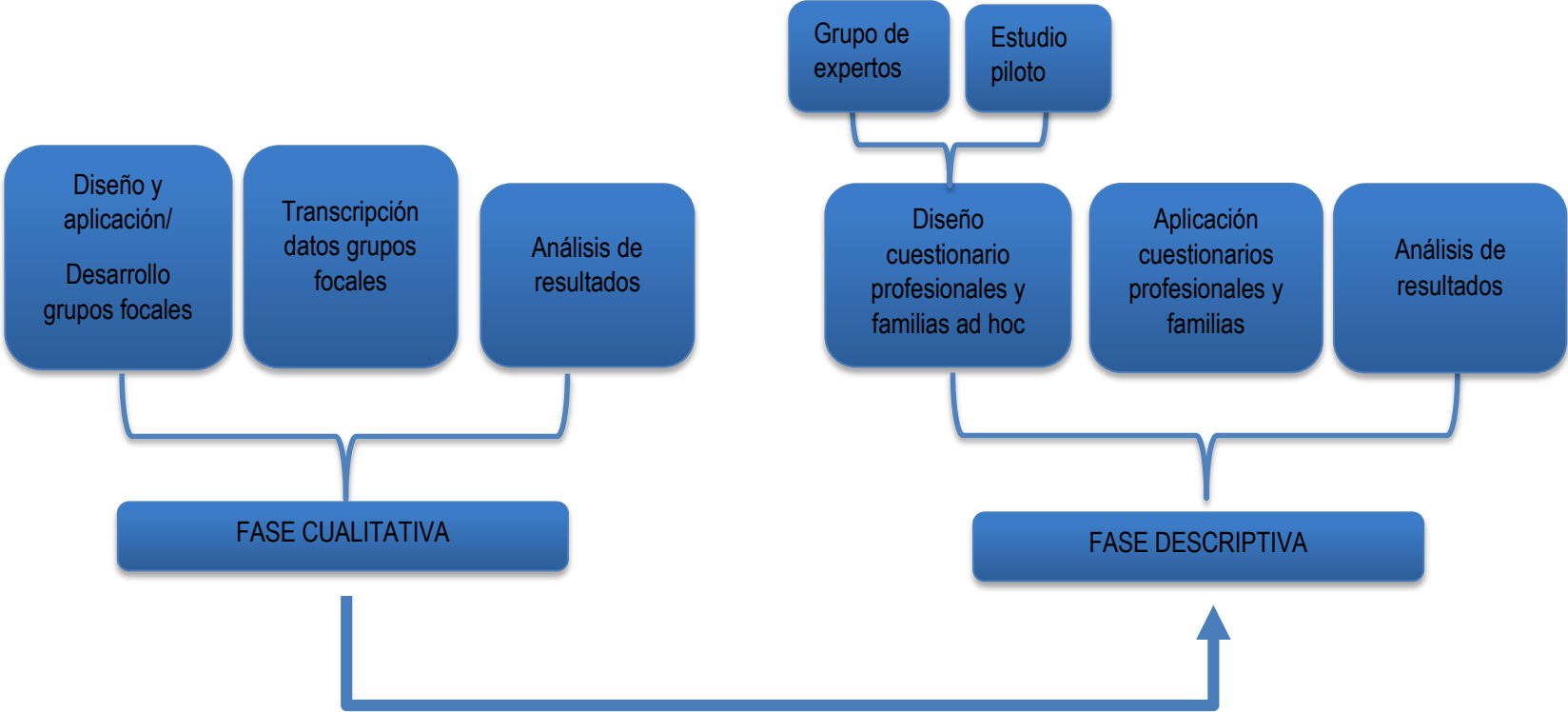


Figura 5.1. Organigramma del diseño metodológico de la investigación.

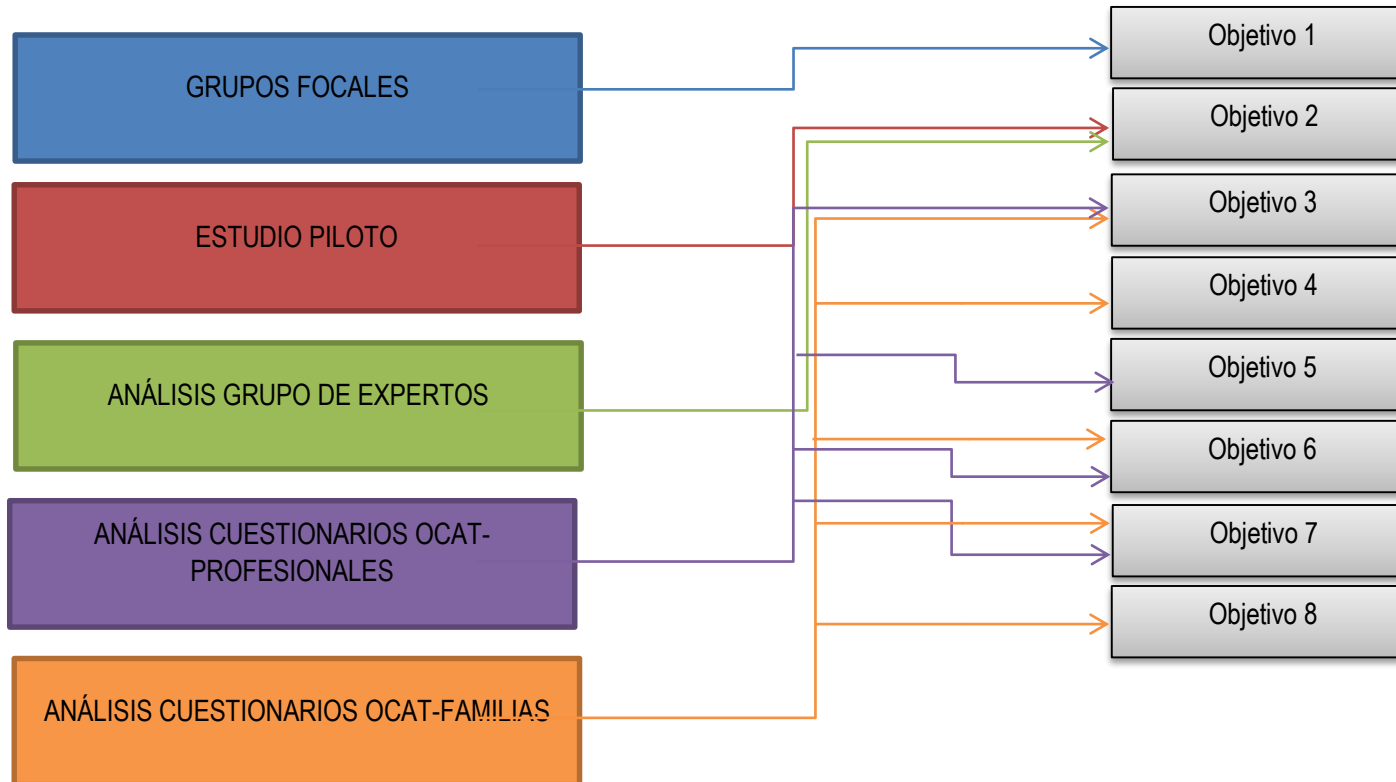


Figura 5.2. Relación entre fases de la investigación con objetivos.

4. GRUPOS FOCALES

Objetivo relacionado:

1) Explorar las experiencias y percepciones de distintos agentes (familias de niños que reciben tratamiento en Atención Temprana, profesionales de CDIAT y educadores de Escuelas Infantiles) en relación a la actuación de orientación de los distintos profesionales de la disciplina.

4.1. Metodología

Los grupos focales surgen, dentro de los métodos de investigación en ciencias sociales y sanitarias, como un instrumento que permite investigar un tópico determinado durante un tiempo definido, atendiendo a una producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos (Gil-Flores, 1992), supervisado y orientado de forma no directiva por los propios investigadores. Hemos seleccionado esta metodología considerando el valor que poseen las técnicas de investigación de carácter cualitativo en cuanto al registro de opiniones espontáneas, sensaciones y percepciones que puedan manifestar un grupo de sujetos cuando se encuentran en situación de discusión con otros sujetos con los que comparten ciertas características que los homogeneizan. Como se ha comentado previamente, el uso de la metodología de grupos focales nos permitirá realizar inferencias sobre percepciones, opiniones y experiencias de los participantes con el fin de poder proceder al diseño de la fase cuantitativa del estudio, y más específicamente al diseño de los cuestionarios. El uso de esta técnica de investigación nos permitirá acercarnos a la realidad en las actividades de asesoramiento y coordinación de familias, profesionales de CDIAT y profesionales de centros educativos, partir de sus aportaciones más cercanas para poder generar otros instrumentos de carácter cuantitativo que serán aplicados a una muestra más amplia.

4.1.1. Participantes

Los participantes en esta fase de la investigación incluyen a profesionales de CDIAT, profesionales de escuelas infantiles y familias de niños que reciben tratamiento en distintos centros de Atención Temprana, de la Región de Murcia. Toda la muestra participante se compone de 32 personas. A continuación realizamos una explicación detallada de la composición de cada uno de los grupos focales realizados.

Grupo 1) Profesionales de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Región de Murcia. Los criterios de inclusión para la formación de estos grupos fueron:

- a) profesionales de Atención Temprana con varios años de experiencia;
- b) que realicen programas de seguimiento en centros escolares;
- c) que debido a su perfil profesional estén en contacto con las familias de los niños que asisten a tratamiento.

El grupo estuvo formado por 9 profesionales del ámbito de la Atención Temprana, distribuidos en función del centro/institución en la que desarrollan su labor, tal y como aparece en la Tabla 5.1

Tabla 5.1
Profesionales de CDIAT participantes

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	<i>n</i>	POBLACIÓN ATENDIDA
Asociación para el Tratamiento de Personas con Parálisis Cerebral y Patologías Afines (ASTRAPACE)	2	Genérica
Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana municipal de Cieza	1	Genérica
Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana municipal de Lorca	1	Genérica
Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana municipal de Mazarrón	1	Genérica

Asociación de Padres de Niños con Deficiencias Auditivas (APANDA)	1	Personas con afeción auditiva
Asociación para personas con Síndrome de Down (ASSIDO)	1	S.Down
Asociación Tutelar de la Persona con Discapacidad (ASTUS)	1	Genérica
Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana municipal de Fortuna	1	Genérica

Grupo 2) Profesionales de distintas Escuelas Infantiles y Centros de Atención a la Infancia de la Región de Murcia. Los criterios de inclusión para este grupo fueron:

- profesionales de Escuelas Infantiles que hayan tenido alumnado que reciba o haya recibido tratamiento de Atención Temprana;
- que ejercen o hayan ejercido de tutores de un aula.

Este grupo se compuso de 11 profesionales del ámbito educativo, que desempeñaban su labor profesional en los centros que se detallan en la Tabla 5.2

Tabla 5.2
Profesionales de Escuelas Infantiles participantes

CENTRO EDUCATIVO	<i>n</i>	TITULARIDAD
Escuela Infantil Municipal Virgen de la Consolación	1	Pública
Escuela Infantil Municipal La Inmaculada	1	Pública
Escuela Infantil "Colorines"	2	Privada
Escuela Infantil Torreagüera	1	Privada
Centro de Educación Infantil Beniaján	1	Pública
Escuela Infantil Guadalupe	1	Pública
Escuela Murciana de Primera Infancia	3	Privada
Escuela Infantil Compasitos	1	Privada

Grupo 3) Familias de niños que reciben Atención Temprana en la Región de Murcia. Las familias fueron propuestas por los mismos centros de Atención Temprana, considerando que éstos tienen mayor conocimiento de las mismas y por lo tanto se podrían adecuar mejor a los

criterios de inclusión en el grupo focal. Los criterios para la formación de este grupo de participantes fueron:

- a) familias de niños que estén actualmente recibiendo tratamientos en CDIAT;
- b) que hayan estado o que estén escolarizados en centros educativos;
- c) que comprendan y hablen sin dificultad el castellano.

La muestra total fue de 8 familias (14 personas) cuyos hijos recibían tratamiento en los siguientes CDIAT: Asociación para el Tratamiento de Personas con Parálisis Cerebral y Patologías Afines (ASTRAPACE) (n=9); Asociación de Padres y Niños con Problemas de Audición y Lenguaje (ASPANPAL) (n=3) y Asociación para personas con Síndrome de Down (ASSIDO) (n=2).

4.1.2. Procedimiento

El proceso de selección y composición (Figura 5.4.) de los tres grupos focales fue diferente en atención al rol que desempeñan los tres tipos de perfiles que los componen: profesionales de CDIAT; educadores de centros escolares y familias de niños que reciben tratamiento en CDIAT.

- a) Respecto al grupo focal de profesionales de CDIAT:** se realizó un contacto telefónico previo con diversos profesionales del sector de la Atención Temprana en la Región de Murcia, facilitando información general sobre nuestros objetivos de investigación y sobre la metodología de grupos focales. Posteriormente, se facilitó una carta de invitación (Anexo 1) a una muestra previa de participantes que se manifestaron interesados en la participación en los grupos, y en la que se incluían aspectos referidos a la investigación y aspectos organizativos de la metodología (horario, tiempo máximo, lugar de realización,...). Por último, se realizó una segunda llamada como recordatorio y confirmación de asistentes.
- b) Respecto al grupo de profesionales de Escuelas Infantiles:** se realizó un contacto telefónico con profesionales de CDIAT que atienden, en sus programas de seguimiento, escuelas infantiles de la Región de Murcia, para realizar un muestreo

previo de educadores, que fueran posibles candidatos a participar en los grupos focales, atendiendo a los criterios de inclusión descritos en el apartado anterior referido a participantes. Una vez realizado el muestreo previo se realizó un contacto telefónico con los interesados explicitando los objetivos generales de investigación y la metodología que emplearíamos. Se envió una carta de invitación (Anexo 1) con información similar a la explicada en el grupo focal de profesionales de CDIAT. Finalmente, se realizó un segundo contacto telefónico para la confirmación de asistencia y solución de posibles dudas.

- c) **Respecto al grupo de familias de niños que reciben tratamientos en CDIAT:** se realizó un contacto telefónico con profesionales de CDIAT de la Región de Murcia con el objetivo de que nos facilitaran información sobre familias que pudieran estar interesadas en participar en los grupos. Tras haber dado las familias previo consentimiento para el contacto se realizó un primer y segundo contacto telefónico, con los mismos objetivos que los grupos anteriores, además del envío de una carta personalizada (Anexo 1) a cada familia participante.

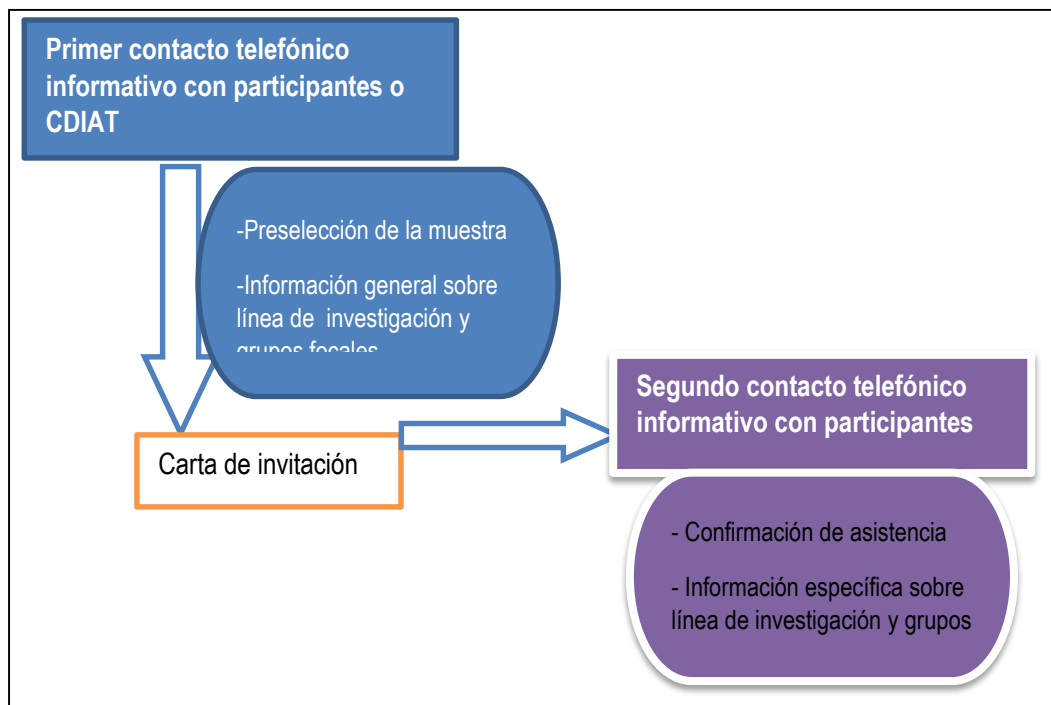


Figura 5.4. Fases preparatorias de grupos focales.

Los distintos grupos focales fueron realizados entre los meses de marzo y abril del año 2011. Todos los grupos fueron reunidos, de forma diferenciada, en un seminario del área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia. La duración máxima de cada uno de los tres grupos fue de dos horas y media.

Previamente a la puesta en práctica de los grupos focales se elaboraron tres documentos distintos en los que recogían distintas preguntas-guía (Anexo 2) relacionadas con la orientación y asesoramiento a familias tanto por parte de los profesionales de la Atención Temprana como de Escuelas Infantiles, que el moderador tenía como referente para llevar el hilo conductor de la sesión.

Cada uno de los grupos focales fue registrado a través de dos grabadoras de audio, con el previo consentimiento de los participantes, además del registro por escrito que fue realizado por la figura de un “secretario” que acompañaba en las sesiones al moderador. Las sesiones se iniciaban con una introducción, expuesta por el moderador de los grupos, en las que se explicaban, brevemente, los aspectos más relevantes de la investigación. Posteriormente, todos los participantes realizaban una presentación explicitando el CDIAT de procedencia, en el caso del grupo focal de profesionales de Atención Temprana y el de padres; y la Escuela Infantil de procedencia, en el caso del grupo de educadores.

4.2. Análisis de datos

La tarea de análisis de la información obtenida en los grupos focales se dividió en las siguientes fases:

- a) Transcripción de las grabaciones: de forma estructurada, se realizaron distintas transcripciones de la información registrada mediante las grabaciones a material escrito para facilitar lo que posteriormente sería la categorización de elementos.

- b) Categorización: una vez realizada la transcripción de los tres grupos focales, se reestructuró la información obtenida en categorías referidas a los objetivos de investigación. Cabe decir que dichas categorías se formaron a partir de un enfoque de carácter abierto e inductivo surgiendo éstas de un proceso no preestablecido, como consecuencia del propio proceso de codificación.
- c) Revisión del proceso de categorización: para la revisión del proceso de categorización se realizó una valoración por un grupo de 8 expertos, relacionados con el ámbito de la Atención Temprana (4 participantes) y los métodos de investigación (4 participantes del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia). Para el contacto con los participantes, se envió un documento escrito en forma de carta de invitación al grupo de revisión. Seguidamente, fueron enviados a los participantes los objetivos de revisión en vistas a que pudiesen hacer un análisis previo a la reunión posterior. Finalmente se llevó a cabo la reunión de evaluación de expertos, en la que se concluyó la adecuación de la categorización inicial realizada.

4.2. Resultados

4.2.1. Grupo Focal de Profesionales de los Centros De Desarrollo Infantil y Atención Temprana

Las categorías surgidas en el análisis del grupo focal de profesionales de Atención Temprana fueron las siguientes: A) Aplicación del término de Acción Tutorial en Atención Temprana; B) Funciones de la Acción Tutorial y Tutoría en Atención Temprana; C) Perfiles profesionales en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana respecto la tutoría; D) Seguimiento de pautas/orientaciones por las familias; E) Seguimiento de pautas/ orientaciones por profesionales de centros educativos; F) Iniciativa en la coordinación interinstitucional (con Centros Educativos, EOEP generales y específicos y otras instituciones).

A continuación, pasamos a detallar las frecuencias y porcentajes de respuesta de los participantes para cada una de las categorías y subcategorías definidas, así como referencias textuales a algunas de las intervenciones de los participantes en el grupo focal que ilustran cada una de las categorías o subcategorías correspondientes.

A) Aplicación del concepto de Acción Tutorial en Atención Temprana

El concepto Acción Tutorial se está extendiendo a otros ámbitos (empresas, sector sanitario,...) distintos de su origen educativo. La puesta a debate de este término suponía que los participantes dialogaran, bajo su experiencia en el terreno profesional de la Atención Temprana, si era un término al uso o con fundamento en este ámbito (Tabla 5.3).

Realizando una división por porcentajes respecto a las intervenciones realizadas por los componentes del grupo focal en referencia a la aplicabilidad del término se obtuvieron los siguientes resultados: un 43% de las intervenciones anotaban que el término Acción Tutorial o Tutoría formaba parte o podría formar parte de la intervención que los profesionales de la Atención Temprana realizan con familias y niños usuarios: *“Nosotros usamos Tutoría, no como Acción Tutorial, para definir el sistema de reuniones con padres, asignando a los padres un profesional determinado para dar información a un profesional de referencia”*; y en cambio un 57% de las intervenciones se situaban en el terreno opuesto, concretando que el término Acción Tutorial era perteneciente al ámbito educativo y, que por la idiosincrasia propia de la Atención Temprana, no podía ser adoptado como tal: *“No es un concepto que tengamos al uso, es un concepto más educativo y funciona más en nuestros centros de referencia a nivel de educación”*. En una síntesis final, los componentes del grupo resumieron que los términos Tutoría y Acción Tutorial pueden de alguna manera trasladarse al terreno de la Atención Temprana, pero siempre bajo la inclusión de matizaciones propias que la distinguirían en muchos aspectos del concepto tradicional aplicado en el contexto educativo.

Tabla 5.3
Acción Tutorial en Atención Temprana

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
A.1. Aplicabilidad del término “Acción Tutorial o Tutoría” en el ámbito de Atención Temprana	10	43
A.2. Rechazo del término “Acción Tutorial” en el ámbito de Atención Temprana	13	57

B) Funciones de la Acción Tutorial y Tutoría en Atención Temprana

En esta categoría se agruparon las actuaciones relacionadas con la Acción Tutorial eran realizadas por los profesionales de la Atención Temprana (Tabla 5.4) que formaban parte del grupo focal. Esta categoría se dividió en las siguientes subcategorías; B.1. Intervención con la familia; B.2. Coordinación con el resto de profesionales del CDIAT; B.3. Coordinación con Centros Educativos; y B.4. Coordinación con EOEP.

En lo referido a intervención con familias se estima un 43% de todas las menciones de esta categoría. Los profesionales de la Atención Temprana participantes en el grupo focal contemplan la Acción Tutorial, dentro de su ámbito, como una intervención dirigida principalmente a las familias en el sentido de ser acompañantes, guías o referentes en determinados aspectos, no siendo vistas estas actuaciones de Acción Tutorial como proyectadas hacia el usuario principal de intervención: *“Una de esas funciones de ese tutor sería detectar si esa familia necesita un apoyo emocional más específico y encaminarlo hacia allá”*; o bien, ser una figura encargada de mediar en el traspaso de información de otros profesionales que trabajan con el niño, *“Si un niño tiene fisioterapia, o estimulación general hemos tenido que aclararnos para ver qué hablamos con la familia, qué hace cada una. El profesional de referencia (responsable) dice a la familia qué estamos haciendo pero luego cada terapeuta tiene que decirle cómo”*.

Un 9% de las intervenciones de esta categoría se refirieron a que una de las funciones de la tutoría suponía coordinar a los distintos profesionales que pueden atender a un mismo usuario de Atención Temprana: *“En general hay una persona de referencia que coordina al resto”*.

Por otro lado, la coordinación con instituciones educativas supone dentro de esta categoría, un 21% referido a función de la Acción Tutorial con profesionales de centros educativos; y un 25 % en referencia a la Acción Tutorial como función de coordinación con profesionales de Equipos de Orientación. De tal modo, se entiende que la Acción Tutorial supone en amplio grado la coordinación de los profesionales de los CDIAT con otros profesionales que atienden al niño usuario de Atención Temprana:

“Por eso entiendo que, en relación a las escuelas infantiles, nuestra perspectiva es trasladar a la escuela, y trasladar de la escuela a nuestro trabajo. Nuestra función sería facilitar que dentro de las actividades del aula podamos incluir actividades para los niños. Asesoramos a ese educador para que pueda aprovechar al máximo lo que hace en la escuela”

“Nosotros tenemos reuniones a tres bandas, con los equipos de Atención Temprana, y educadores,... a una hora, y posteriormente tenemos una reunión con las familias, juntos se transmite la información a la familia, así sí que resulta muy útil”

Tabla 5.4
Funciones de la Acción Tutorial en Atención Temprana

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
B.1. Intervención con la familia	14	43
B.2. Coordinación con el resto de profesionales del CDIAT	3	9
B.3. Coordinación con centros educativos infantiles	7	21
B.4. Coordinación con profesionales de EOEP	8	25

C) Perfiles profesionales en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana respecto la tutoría

Esta categoría (Tabla 5.5) se fundamenta en el análisis de si bajo la cotidianidad de la Atención Temprana existe una labor de tutoría concentrada en un profesional determinado con unas características concretas (perfil profesional, posibilidad de contacto con las familias, formación específica,...); o si, en cambio, es una labor más bien realizada por todos o cualquier miembro del equipo de terapeutas, independientemente de rol que asuma respecto al tratamiento del niño. Los componentes del grupo focal hicieron referencia a la determinación de un perfil profesional concreto o un responsable determinado en un 40% con aportaciones como: *“El referente es una persona tutora, y coincide con ser la persona que más tiempo lo toca. Al principio sí que le mandamos los horarios en una carta con la referencia del tutor tal... que casi siempre suele coincidir con la persona con quien más se relaciona”*. Mientras, un 60% de las intervenciones se dirigían a entender la Acción Tutorial o Tutoría como una responsabilidad de todo el equipo de terapeutas que puedan atender a un niño y a su familia, haciendo referencia a: *“Cuando hablo de tutoría, se refiere a cualquier profesional que está con el niño, por lo que ya no tiene la exclusividad una persona siempre que no tengan un solo tratamiento.”*

Tabla 5.5
Profesionales de Atención Temprana para la tutoría

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
C.1. Realizada por el profesional de referencia/ responsable de caso/ coordinador de caso	9	40
C.2. Realizada por todos o cualquier miembro del equipo de terapeutas del CDIAT	13	60

D) Seguimiento de pautas/ orientaciones por las familias

En esta categoría se analizan algunos elementos referidos al seguimiento y asesoramiento de las familias con niños usuarios de Atención Temprana siendo ésta dividida en dos subcategorías: D.1. Estrategias para conseguir facilitar el seguimiento de pautas y/u orientaciones; D.2. Recursos para informar / asesorar / orientar a las familias.

Tal y como podemos apreciar en la Tabla 5.6, respecto a la primera subcategoría, estrategias para facilitar el seguimiento de pautas y/u orientaciones, un 25% de las intervenciones de los miembros del grupo focal enfatizaban en la importancia del consenso de pautas con las familias, para de esta manera facilitar una mejor adherencia a las mismas: *“Yo creo que cuando esas orientaciones o pautas siendo consensuadas con las familias es más fácil que las sigan, es decir, si nosotros no consensuamos tienes que hacer esto, esto y esto... seguramente te dirán que sí y después no”*. En esta misma subcategoría también los participantes hicieron referencia a la importancia de la cotidianidad en la comunicación con esas familias: *“La visión de acercarnos a la realidad de su casa, de su funcionamiento, de sus dificultades en la casa... y en base a eso ir dándoles ideas de los objetivos que nosotros queremos trabajar, pero primero sondear las realidades del día a día, de su ritmo de vida, de sus rutinas, ... en base a esa realidad si ir aplicando las orientaciones, ahí nos ponemos un poquito más fácil el seguirlos”*; así como la importancia de la dosificación y continuidad en la transmisión de pautas: *‘Aquello que mejor funciona es el poco a poco, la continuidad. Poquito, en muchas dosis, porque si transmites mucha información eso se ha perdido por el camino,...’*.

En la segunda subcategoría, referida a recursos para informar / asesorar / orientar a las familias, cabe destacar que los participantes consideraban que el modelado es un buen recurso para el asesoramiento de pautas familiares, siendo el porcentaje de intervenciones de un 26%, destacando la idoneidad del mismo: *“Viendo el modelaje, cuando los metes en la sesión, indicando por qué haces las cosas, qué quieres conseguir,... es más claro”*. Un 26% de las intervenciones se dirigían al uso del traslado de información y pautas a las familias tanto por vía verbal como escrita. En menor porcentaje aparecieron anotaciones referidas al uso de elementos audiovisuales y el acompañamiento a casa.

Tabla 5.6
Seguimiento de orientaciones por las familias

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
D.1. Estrategias para conseguir facilitar el seguimiento de pautas y/u orientaciones (consenso con familia, comunicación cotidiana,...)	5	40

D.2. Recursos para informar / asesorar / orientar a las familias (verbal, escrita, modelado, medios audiovisuales,...)	10	60
--	----	----

E) Seguimiento de pautas/ orientaciones por profesionales de centros educativos

En esta categoría se analizan los procesos de seguimiento y asesoramiento de los profesionales de los centros de Atención Temprana a profesionales de centros educativos. Las percepciones del grupo participante se centraban en la misma idea relativa a que los profesionales de los centros educativos, sobre todo de escuelas infantiles, sí que llevan a cabo las orientaciones que les son propuestas, pero simultáneamente, estos mismos manifiestan las dificultades del tiempo necesario de dedicación ante esas tareas, lo que apreciamos en comentarios como: *"Nosotros sí que sabemos que hay un seguimiento de las orientaciones porque está dentro de un plan de coordinación en el que hay unas reuniones periódicas con esos tutores, suelen ser dos, tres,.. y siempre está abierta la vía telefónica"*.

"Desde fuera, que es desde donde yo percibo, a mí me transmiten "no tengo tiempo de hacer lo que me decís".

F. Iniciativa en la coordinación interinstitucional (con Centros Educativos; EOEP generales y específicos; y otras instituciones)

En esta categoría se analiza desde qué institución suele surgir con mayor frecuencia la necesidad de coordinación. En esta categoría, los participantes del grupo focal, concretaban que principalmente esa demanda de coordinación surgía desde la iniciativa de los profesionales que trabajan en los Centros de Atención Temprana, lo que concentra el 66% de las aportaciones sobre esta categoría; aunque algunos participantes del grupo también anotaron la iniciativa por parte de algunos profesionales de otros ámbitos, aunque siempre en menor frecuencia (33%) (Tabla 5.7).

Tabla 5.7
Iniciativa en la coordinación interinstitucional

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
F.1. Por parte de los profesionales de los CDIAT	4	66
F.2. Por parte de los profesionales de Centros Educativos Infantiles	2	33

4.2.2. Grupo Focal de familias con niños usuarios de profesionales de Atención Temprana

Las categorías surgidas en el análisis del grupo focal de profesionales de escuelas infantiles fueron las siguientes: A) Papel del educador infantil en la coordinación con otros agentes de Atención Temprana; B) Dificultades respecto a la coordinación y traspaso de información a agentes externos; C) Vías de comunicación con servicios de orientación y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana-

A continuación, pasamos a detallar las frecuencias y porcentajes de respuesta de los participantes para cada una de las categorías y subcategorías definidas, así como referencias textuales a algunas de las intervenciones de los participantes en el grupo focal que ilustran cada una de las categorías o subcategorías correspondientes.

A) Papel del educador infantil en la coordinación con otros agentes de Atención Temprana

Esta categoría tiene como objetivo el estudio de papel del educador infantil tutor en relación a su responsabilidad en la coordinación con otros agentes que intervienen en el alumno usuario de Atención Temprana (Tabla 5.8). Esta categoría se ha subdividido en las siguientes subcategorías: A.1) Detección de necesidades; A.2.) Intermediación; A.3.) Consenso.

Respecto a la primera subcategoría, detección de necesidades, un 43% de las intervenciones por parte de los educadores participantes en este grupo focal, consideraron la importancia del papel del educador- tutor respecto a los primeros pasos en el diagnóstico de

necesidad de Atención Temprana en sus alumnos: *' estas cosas que estamos hablando de hacer una tutoría que presente ciertos problemas, dificultades o problemas de desarrollo, un poco raro... así que nosotros vamos detectando e intervienen otros profesionales que son del equipo de orientación, médicos, pediatras'*.

En relación a la segunda subcategoría, intermediación, se analiza la función de los educadores de escuelas infantiles como enlace entre familia y otros agentes especializados de Atención Temprana. Un 53% de las intervenciones de los participantes hacía referencia a esta categoría como un tarea bastante asimilada a la figura del tutor en educación: *"yo por mi experiencia, nosotros hacemos un poco de mediadores muchas veces entre los equipos de orientación y las familias", "...muchas veces tenemos que "torear" a las familias para que eso no se tome como un menosprecio al niño y a la familia, para que se acepte de la forma más grata posible"*.

La tercera subcategoría, consenso, hace alusión a la importancia del papel de tutor respecto la relación con las familias en las posibles tomas de decisiones. Esta subcategoría, a diferencia de las anteriores, fue mencionada en menor porcentaje, con comentarios como; *"pero nosotros, yo por lo menos, cada día estoy más convencido de que al ser niños tan pequeños no podemos tomar decisiones por nuestra cuenta, el mundo de la relación con los padres debe ser continua y la toma de decisiones con los niños tan pequeños debe ser una puesta en común con los padres"*.

Tabla 5.8
Papel del educador infantil en la coordinación

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
A.1. Detección de necesidades	14	43
A.2. Intermediación	17	53
A.3. Consenso	1	4

B) Dificultades respecto a la coordinación y traspaso de información a agentes externos

En esta categoría se recogen aquellos elementos referidos a posibles dificultades que encuentran en su trabajo los educadores de las escuelas infantiles en consideración a la comunicación con otros agentes de Atención Temprana (Tabla 5.9). Esta categoría se fragmenta en las subcategorías sucesivas: B.1.) Necesidad de coordinación y búsqueda de consenso; B.2.) Criterios de derivación/protocolos; B.3.) Necesidad de continuidad (mejora en la frecuencia, recursos y tiempo); B.4.) Conocimiento del niño usuario de Atención Temprana.

La primera subcategoría, necesidad de coordinación y búsqueda de consenso, se refiere a la relevancia de una adecuada coherencia en los criterios metodológicos a seguir entre los profesionales de la Atención Temprana y los educadores de centros educativos. Esta subcategoría representa el 44% de las intervenciones de esta categoría.

“A mí por ejemplo es súper teórico, me cuentan todo lo que hace en la asociación, allí dice esta palabra, ha empezado a subir las escaleras....pero no me dicen qué hacer, eso ya soy yo el que busco la mejor forma de educar”.

La siguiente subcategoría es la referente a criterios de derivación y protocolos, la cual refleja un 22% de la discusión de esta categoría. En esta subcategoría se discute sobre la necesidad de mejora en cuanto a la posible derivación de niños por parte de los profesionales de centros educativos a los servicios de Atención Temprana: *“Hoy intervienen, por lo menos en los centros que yo participo, que hay orientadores, que hay además otro equipo de profesionales, entonces sí que hay que actualizar y ponernos un poco de acuerdo en todos estos protocolos”*

En la tercera subcategoría, necesidad de continuidad, se expresa la necesidad de mejorar respecto a la frecuencia en el asesoramiento de profesionales de la Atención Temprana a profesionales del ámbito educativo. Concretamente, el grupo de participantes manifestó la mejora respecto a una mayor asiduidad de visitas de los profesionales de los CDIAT a las escuelas infantiles, así como las dificultades que se encuentran en esos mismos centros por la disposición del personal educativo. Esta subcategoría representa un 27% de las intervenciones expresadas por los participantes en esta categoría. Algunas de las ideas que la reflejan son:

“Habiendo recursos personales y apoyos se puede hacer fenomenal, y es que te puedes reunir las veces que sea necesario. Ahora como llegue un día en el que hayan bajas..”

“Con respecto a las asociaciones, yo ahí tengo bastantes quejas. Las asociaciones muchas veces, bueno por su dificultad no van al centro, a lo mejor una vez al mes, la relación con ellos debería ser más continua”

En menor grado aparece la subcategoría conocimiento del niño, que expresa la importancia de que los profesionales de los CDIAT que hagan seguimiento de un alumno usuario de Atención Temprana, sean aquellos que trabajen de forma directa con el mismo: *“Muchas veces tienes que ser tú la que muevas el motor y la verdad que yo nunca he tenido problemas, lo que sí veo es que en alguna asociación a lo mejor no va la persona con la que está trabajando el niño, ahí yo creo que se pueden perder cosas, porque cuando tú trabajas con un niño hay percepciones, hay un lenguaje. Si es una persona que no trabaja con el niño, se pierde esa sutileza y entonces no se puede mejorar”.*

Tabla 5.9
Dificultades en la coordinación

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
B.1. Necesidad de coordinación y búsqueda de consenso	8	44
B.2. Criterios de derivación/protocolos	4	22
B.3. Necesidad de continuidad (mejora en la frecuencia, recursos y tiempo)	5	27
B.4. Conocimiento del niño usuario de Atención Temprana.	1	7

C) Vías de comunicación con servicios de orientación y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana

En esta categoría se analizan las formas de comunicación que presentan los profesionales de centros educativos con los servicios de Atención Temprana (Tabla 5.10), así como posibles propuestas de mejora aportadas por los mismos participantes del grupo focal. De tal modo, esta categoría se subdivide en: C.1.) Tipos de comunicación y C.2.) Propuestas de mejora para la comunicación con servicios de orientación y CDIAT.

En la segunda subcategoría se consideran las propuestas de mejora para la comunicación de los profesionales de la educación con servicios técnicos de orientación y Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, la cual supone un 66% de las intervenciones del grupo participante respecto a esta categoría. Esta misma subcategoría ha sido dividida en distintos tópicos que los educadores manifestaron: evitar demoras en el intercambio de información; organización de tiempos; importancia de la observación en el aula; y propuestas para la coordinación y consenso con agentes de Atención Temprana.

En el primer tópico de esta subcategoría, evitar demoras en intercambio de información, los educadores realizaron distintas intervenciones, que supusieron el 50% de esta subcategoría, referidas a la mejora respecto a la anticipación de tiempos en el traslado de información por parte de los profesionales de Atención Temprana a los profesionales del ámbito escolar. *“ Yo creo que eso sí se debería marcar como protocolo, porque así te evitarían muchos de los problemas que estamos diciendo, es decir, el obligar a que los equipos de Atención Temprana ya sepan con que tutor van a estar, es tener una reunión con ellos, incluso antes de conocer al niño”*. Por otro lado, otro tópico al que dieron bastante relevancia respecto a propuestas de mejora era el de la optimización respecto la organización de tiempos, con 41 % de las intervenciones: *“El tiempo de reunión, dejar ese tiempo para que el educador pueda comunicarse con la asociación, unas horas en las que un apoyo se haga cargo del grupo y que entonces esa persona pueda emplear el tiempo que necesite”*. Un tercer tópico que se reseñó en esta subcategoría, aunque con menor porcentaje que los anteriores, hacía mención a la importancia de la observación en el aula por parte de los profesionales de Atención Temprana: *“Unos días para estar con los niños y otros*

para estar con los profes, y además la visita al centro que no nos pille en el aula, vale, vamos a tener media hora de observación en el aula para que el profesional que viene pueda verlo, pero vamos a tener también nuestra hora o nuestras dos horas fuera del aula nosotros porque obviamente tampoco hablamos igual con ellos estando con 20 niños alrededor, que estando sentados en una mesa, oye esto y lo otro. Porque hay falta de tiempo por todos sitios”

Tabla 5.10
Vías de comunicación entre servicios

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
C.1. Tipos de comunicación	6	33
C.2. Propuestas de mejora para la comunicación con servicios de orientación y CDIAT	12	66

5.2.3. Grupo Focal de familias con niños usuarios de Atención Temprana

Las categorías surgidas en el análisis del grupo focal de familias con niños usuarios de Atención Temprana fueron las siguientes: A) Profesional de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana con el que principalmente se comunican las familias; B) Finalidad de la interacción que se produce con los profesionales de la Atención Temprana; C) Frecuencia de información a familias por profesionales de CDIAT; D) Herramientas para la transmisión de la información de los profesionales de los CDIAT a familias; y E) Percepción de la coordinación interinstitucional (profesionales de centros educativos, CDIAT y EOEP).

A) Profesional de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana con el que principalmente se comunican las familias

La primera categoría, profesional del CDIAT con el que principalmente se comunican las familias, especifica con qué perfil especialista (Tabla 5.11) suelen tener mayor relación los componentes de este grupo focal en el trabajo cotidiano con sus hijos. A nivel general, los participantes del grupo, especificaron una mayor asiduidad en el trato con el perfil profesional de logopedia, un 50% de las intervenciones: *“Principalmente la logopeda la que nos lo dice todo, a la hora de quitarle el chupete, el pañal, es ella la que nos va animando. Nos dice todo, de cómo*

está trabajando,...”; aunque también los participantes manifestaron la importancia de otros perfiles como la coordinadora de caso: *“Con la coordinadora. Mi hijo va a estimulación y a fisioterapia, ... y entonces con ellas es el que te lo doy y me lo llevo, y ya con la coordinadora de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) es la que nos da toda clase de información, esas cosas de ir al neurólogo, ... la buscaba llorando, vamos, con la coordinadora”*; además de otros perfiles como el fisioterapeuta (12,5% de los comentarios de los participantes). Cabe señalar, que esta categoría está condicionada por la tipología de los CDIAT a los que acuden las familias, y no se pueden considerar estas intervenciones como una representación significativa de los perfiles con los que principalmente se comunican las familias en Atención Temprana.

Tabla 5.11

Profesional de CDIAT con el que se comunican las familias

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
A.1. Coordinador/a	2	25
A.2. Logopeda	4	50
A.3. Estimulador/a	1	12
A.4. Fisioterapeuta	1	12

B) Finalidad de la interacción que se produce con los profesionales de la Atención Temprana

La segunda categoría, finalidad de la interacción que se produce con los profesionales de Atención Temprana (Tabla 5.12), se establece para agrupar todos aquellos comentarios relacionados con el objetivo de esa comunicación que se produce con las familias de niños usuarios de Atención Temprana. La primera subcategoría, transmitir información, que supone un 60% de las intervenciones de esta categoría, hace referencia a la comunicación entre profesionales y familias con el objetivo de facilitar información de distinto contenido (evolución del niño, pautas a seguir, escolarización,...): *‘En (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) es verdad, cada una da su parte, porque es la coordinadora la que nos informa cuando va a la escuela infantil, y luego cada una de su parte’*. La segunda subcategoría, dar ánimo y apoyo a familias, considera la intervención de los profesionales de Atención Temprana en momentos difíciles para

el sistema familiar: *“Con la coordinadora. Mi hijo va a estimulación y a fisioterapia... y entonces con ellas es el que te lo doy y me lo llevo, y ya con la coordinadora de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) es la que nos da toda clase de información, esas cosas de ir al neurólogo,... la buscaba llorando,... vamos, con la coordinadora”.*

Tabla 5.12
Finalidad de la interacción con los profesionales

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
B.1. Transmitir información	3	60
B.2. Dar ánimo/apoyo	2	40

C) Frecuencia de información a familias por los profesionales de CDIAT

La tercera categoría, frecuencia de información a familias por profesionales de la Atención Temprana, tiene como objetivo analizar la periodicidad en el traslado de información a familias sobre distintos aspectos. En este caso, de acuerdo con lo recogido en la Tabla 5.13, el mayor porcentaje de intervenciones del grupo participante (41%), hacía mención a traslados de información de forma trimestral: *“Cada tres meses nos reunimos, y en la escuela infantil también. Cada tres meses nos reunimos Atención Temprana, la coordinadora de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN), la educadora y yo. Cada tres meses”.* Un 25% de las intervenciones hacía referencia a un traslado de información mensual: *“Cada mes o por ahí, con las profesoras incluidas, venían las profesoras de la guardería, la chica de Atención Temprana e incluso la coordinadora de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) y hacían reuniones en la misma guardería”.* Un 16% de las intervenciones manifestaban una cotidianidad diaria en el traslado de información: *“Nosotras en (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) con notitas, mediante un cuaderno de trabajo”.* En menor porcentaje que las anteriores aparecieron un traslado de información semanal y semestral.

Tabla 5.13
Frecuencia de la información

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
C.1. Trimestral	5	41
C.2. Semanal	1	8
C.3. Mensual	3	25
C.4. A diario	2	16
C.5. Semestral	1	8

D) Herramientas para la transmisión de la información de los profesionales de los CDIAT a familias

La cuarta categoría, medios para la transmisión de la información (Tabla 5.14) de los profesionales de los CDIAT a familias, tiene como objetivo analizar los métodos más comunes utilizados por los profesionales de los CDIAT para orientar o informar a las familias, así como indagar sobre propuestas de mejora por parte de las familias. Esta categoría se subdivide en las siguientes subcategorías: D.1) Información escrita; D.2.) Modelado; D.3.) Video; D.4) Cabinas y D.5) Horario y tiempo específico para tutorías.

Respecto a la primera subcategoría, información escrita, un 27% de las intervenciones de los participantes señalaron la trasmisión de información mediante informes, notas o diarios realizados por los profesionales de los CDIAT: *“nos informa con bastantes informes, con todo, la evolución, las metas que se ponen,... por ejemplo, ahora gatea,... nos informan muchísimo, muy detalladamente, el trato... no sólo se preocupan de los niños sino también de los padres...”*

El modelado, segunda subcategoría, como estrategia para la transmisión de información y pautas por parte de los profesionales fue expresada, como la subcategoría anterior, en un 27 % de las intervenciones de los participantes: *“Vimos muy positivo el hecho de entrar, nos sirve un poco de adoctrinamiento para hacer los mismos ejercicios en la casa. También depende de los profesionales. Hay profesionales que la figura de que esté el padre o la madre están más tensos, otros les da igual que estén o no estén... Nosotros hemos valorado mucho, en un*

momento determinado sí que hablamos con la directora del centro porque había un profesional que sí que tenía algunas reticencias, se solventó”.

En relación a la subcategoría, horario y tiempo específico para tutorías, los componentes del grupo manifestaron la necesidad de propuestas de mejora en esa línea, al no ser estas, según los participantes, contemplado de un modo sistemático. El porcentaje de intervenciones en relación a esta subcategoría fue del 22% en relación a la categoría. Algunas manifestaciones de los participantes fueron las siguientes:

“Yo les daría más recursos, para que cuando acabe con mi hijo tenga un tiempo para estar conmigo, no venga detrás otro niño. Con un horario y unas tutorías”

“En (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) te aportan el informe, no hay horario de tutorías, a no ser que quizá lo pidas”

“A nosotros esas tutorías se hacen a última hora y quitándose tiempo ellos”

Las otras subcategorías, con menor porcentaje de intervenciones, hacían mención al uso de elementos tecnológicos como la grabación en video de las sesiones para el asesoramiento de las familias (5%): *“De mi hijo me han enseñado algún video de psicomotricidad”*; y el uso de cabinas (11%), por parte de uno de los CDIAT, desde donde las familias podían ver el trabajo de los profesionales con sus hijos, sin que éstos condicionasen la sesión de tratamiento: *“A mí me gusta mucho el tema de las cabinas de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN). Eso no existe en el resto de los centros”*

Tabla 5.14
Herramientas para la comunicación

SUBCATEGORIAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
D.1. Escrita	5	27
D.2. Modelado	5	27
D.3. Video	1	5
D.4. Cabinas	2	11

D.5. Horario/tiempo específico para tutorías	4	22
--	---	----

E) Percepción de la coordinación interinstitucional (profesionales de centros educativos, CDIAT y EOEP).

La última categoría de este grupo focal tratar de analizar la impresión de las familias de niños que reciben tratamiento de Atención Temprana respecto a la coordinación de los CDIAT, EOEP y Centros Educativos a los que asiste. Respecto a esta categoría, la cual no contiene subcategorías, los participantes manifestaron en general una percepción positiva en relación a la coordinación entre las distintas instituciones, pero cabe destacar algunas expresiones que hacían mención a una lucha de competencias percibida entre los profesionales de CDIAT y EOEP.

“Cada mes o por ahí, con las profesoras incluidas, venían las profesoras de la guardería, la chica de Atención Temprana e incluso la coordinadora de (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) y hacían reuniones en la misma guardería”

“... Yo busco lo que digan, hacia donde me decanten para cubrir las necesidades de mi hijo,... pero a la hora de la verdad que se le entreguen esos apoyos,... Yo vi, un... deja que yo me encargue, que ya se han encargado ellos bastante, si yo creo que (NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN) puede seguir supervisando. Observo una pequeña guerra entre instituciones de Atención Temprana”

5. GRUPO DE EXPERTOS

Objetivo relacionado:

2) Diseñar instrumentos específicos para el estudio de las actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación y analizar su validez y fiabilidad.

5.1. Metodología

Como ha sido relatado en el marco teórico, el cambio de horizonte en Atención Temprana ha justificado la necesidad de este estudio, y desde esta necesidad hemos considerado el diseño de dos instrumentos para valorar las relaciones existentes entre los distintos agentes de esta disciplina (padres, terapeutas, educadores...), desde la perspectiva de los propios agentes implicados. Ambos instrumentos de investigación nacerán desde las percepciones obtenidas en los grupos focales realizados.

La elaboración de instrumentos para investigación en ciencias sociales requiere de diversos análisis de procesos fiabilidad, objetividad, validez que den rigurosidad a los mismos garantizando su calidad.

En este apartado se describirán los distintos pasos realizados en el diseño y validación de los Cuestionarios sobre Orientación y Coordinación en Atención Temprana (OCAT), incluyendo la construcción de los cuestionarios, validez de contenido a través de juicio de expertos y fiabilidad a través del estudio piloto.

5.1.1. Participantes

Para la validación de los cuestionarios se contactó con distintos profesionales del ámbito de la Atención Temprana. Se contó con la colaboración de 10 profesionales (8 mujeres y 2 hombres) que tuvieron que valorar las versiones previas de los cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales de Atención Temprana. En lo que se refiere a los profesionales

participantes en el grupo de expertos, principalmente son personas ligadas a tareas de investigación en la Universidad de Murcia y otros de ellos profesionales de CDIAT, todos ellos con formación y conocimiento específico en el ámbito de la Atención Temprana.

5.1.2. Procedimiento

Respecto a los profesionales-expertos participantes, el primer contacto se realizó mediante vía telefónica, con exposición de los objetivos del estudio y la metodología a aplicar para la valoración de los cuestionarios. Se remitió también una carta de invitación, con las instrucciones secuenciadas (Anexo 3). Los expertos debían realizar un análisis tanto del cuestionario dirigido a familias como del cuestionario destinado a profesionales. Para ello se facilitaron vía email ambos cuestionarios diseñados exclusivamente para el juicio de expertos, en los que se encontraban instrucciones para la realización de su análisis. Los expertos debían valorar cuantitativamente la representatividad (RE) y claridad (CL) de cada uno de los ítems, con una escala Likert graduada en: 1) Nada; 2) Poco; 3) Bastante, 4) Mucho. Tras cada bloque de contenido también se invitó a los expertos a realizar propuestas cualitativas de cada uno de los ítems, si lo deseaban.

Ejemplo de ítem para valoración de expertos:

					CL	RE
	Nada	Poco	Bastante	Mucho		
1) Los terapeutas que trabajan con mi hijo tienen un tiempo específico para hablar conmigo.	1	2	3	4	4	3

5.2. Análisis de datos

En el siguiente apartado se recogen las distintas medias y desviaciones típicas en cuanto a claridad y representatividad de cada uno de los ítems de ambos cuestionarios según las distintas consideraciones de los expertos participantes determinadas con el programa SPSS v.15. (Statistical Package for the Social Sciences).

5.2.1. Análisis de resultados del cuestionario OCAT-Profesionales

En relación a la variable claridad (Tabla 5.15 y Figura 5.5) fueron revisados todos los ítems, a excepción de los ítems 26,27 y 28 por su carácter dicotómico, del cuestionario de OCAT-Profesionales que puntuasen tras el juicio de expertos igual o por debajo de una puntuación media de 3.75. De tal modo fueron considerados los ítems: 7, 8, 14, 15, 33, 35, 36, 44, 51 y 55 para la revisión, realizándose modificaciones y supresiones de algunos de estos ítems (Tabla 5.16).

Tabla 5.15

Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales

ITEMS	<i>n</i>	MÍNIMO	MÁXIMO	<i>M</i>	<i>DT</i>
P1CL	9	4	4	4.00	.000
P2CL	9	4	4	4.00	.000
P3CL	9	3	4	3.89	.333
P4CL	10	3	4	3.90	.316
P5CL	10	4	4	4.00	.000
P6CL	10	3	4	3.90	.316
P7CL	10	1	4	3.70	.949
P8CL	10	1	4	3.50	.972
P9CL	9	4	4	4.00	.000
P10CL	10	4	4	4.00	.000
P11CL	10	3	4	3.90	.316
P12CL	10	4	4	4.00	.000
P13CL	10	4	4	4.00	.000
P14CL	10	1	4	3.60	.966
P15CL	10	1	4	3.00	.943
P16CL	10	4	4	4.00	.000
P17CL	10	2	4	3.70	.675
P18CL	10	4	4	4.00	.000
P19CL	10	4	4	4.00	.000
P20CL	10	3	4	3.90	.316
P21CL	10	4	4	4.00	.000
P22CL	10	3	4	3.70	.422
P23CL	10	3	4	3.70	.422
P24CL	10	2	4	3.70	.632
P25CL	10	3	4	3.70	.422
P29CL	10	4	4	4.00	.000
P30CL	9	4	4	4.00	.000
P31CL	9	4	4	4.00	.000
P32CL	9	4	4	4.00	.000

P33CL	9	2	4	3.70	.667
P34CL	9	4	4	4.00	.000
P35CL	9	2	4	3.70	.667
P36CL	9	2	4	3.70	.667
P37CL	9	4	4	4.00	.000
P38CL	10	3	4	3.90	.316
P39CL	10	3	4	3.90	.316
P40CL	10	3	4	3.90	.316
P41CL	9	4	4	4.00	.000
P42CL	9	4	4	4.00	.000
P43CL	9	3	4	3.89	.333
P44CL	9	2	4	3.56	.726
P45CL	9	3	4	3.89	.333
P46CL	9	4	4	4.00	.000
P47CL	9	4	4	4.00	.000
P48CL	9	3	4	3.89	.333
P49CL	10	3	4	3.90	.316
P50CL	10	3	4	3.90	.316
P51CL	10	2	4	3.70	.632
P52CL	10	4	4	4.00	.000
P53CL	9	4	4	4.00	.000
P54CL	9	3	4	3.89	.333
P55CL	9	2	4	3.67	.707
P56CL	9	4	4	4.00	.000

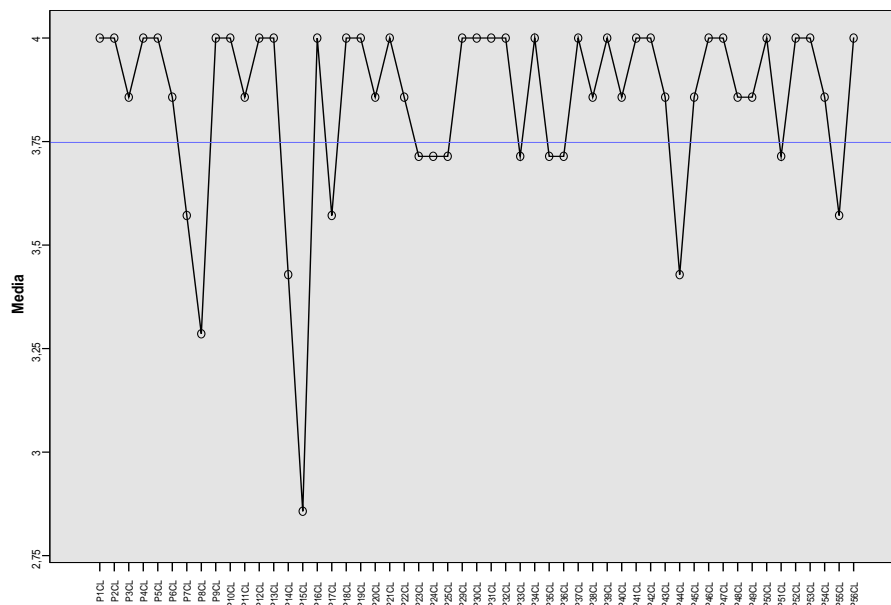


Figura 5.5. Medias sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales según grupo de expertos.

Tabla 5.16

Ítems para revisión por criterio de claridad en OCAT-Profesionales

Ítems para análisis por claridad media inferior a 3,75 (OCAT-PROFESIONALES)

- 7) Oriento a las familias sobre el desarrollo personal y social de su hijo
 8) Fomento en las familias la valoración de los avances positivos de su hijo
 14) Asesoró a las familias sobre aspectos que repercuten en su estilo educativo (normas, límites de conducta,...)
 15) Asesoró a las familias sobre cómo intercambiar los distintos roles familiares
 33) Respondo a las inquietudes que los educadores de Escuelas Infantiles me plantean sobre el niño con discapacidad
 35) Me coordino con los orientadores de los EOEP que atienden a las Escuelas Infantiles públicas.
 36) El tiempo que dispongo para coordinarme con los orientadores de los EOEP implicados en la etapa es suficiente
 44) Respondo a las inquietudes que los maestros del Centro Escolar me plantean sobre el niño con discapacidad
 51) Recibo devolución de los resultados de la coordinación que el responsable de la función realiza con los Centros Escolares y EOEP implicados
 55) Se llevan a cabo esfuerzos de coordinación con recursos sanitarios para facilitar la detección y derivación de nuevos casos.

Del mismo modo, respecto a la variable representatividad (Tabla 5.17 y Gráfico 5.6.) fueron revisados todos los ítems, a excepción de los ítems 26,27 y 28 por su carácter dicotómico, del cuestionario de OCAT-Profesionales que puntuasen tras el juicio de expertos igual o por debajo de una puntuación media de 3.75. Los siguientes ítems fueron considerados para modificación o supresión (Tabla 4.18): 1, 7, 15, 17, 25, 43, 45, 48, 52, 53, 55 y 56.

Tabla 5.17

Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales

ITEMS	n	MÍNIMO	MÁXIMO	M	DT
P1RE	9	1	4	3.67	1.000
P2RE	9	4	4	4.00	.000
P3RE	9	4	4	4.00	.000
P4RE	10	4	4	4.00	.000
P5RE	10	4	4	4.00	.000
P6RE	10	4	4	4.00	.000
P7RE	10	1	4	3.70	.949
P8RE	10	4	4	4.00	.000

P9RE	9	4	4	4.00	.000
P10RE	10	3	4	3.90	.316
P11RE	10	4	4	4.00	.000
P12RE	10	4	4	4.00	.000
P13RE	10	4	4	4.00	.000
P14RE	10	3	4	3.90	.316
P15RE	10	1	4	3.60	.966
P16RE	10	4	4	4.00	.000
P17RE	10	1	4	3.70	.949
P18RE	10	4	4	4.00	.000
P19RE	10	4	4	4.00	.000
P20RE	10	4	4	4.00	.000
P21RE	10	4	4	4.00	.000
P22RE	10	4	4	4.00	.000
P23RE	10	4	4	4.00	.000
P24RE	10	4	4	4.00	.000
P25RE	10	1	4	3.70	.949
P29RE	10	4	4	4.00	.000
P30RE	9	4	4	4.00	.000
P31RE	9	4	4	4.00	.000
P32RE	9	2	4	3.78	.667
P33RE	9	4	4	4.00	.000
P34RE	9	4	4	4.00	.000
P35RE	9	4	4	4.00	.000
P36RE	9	4	4	4.00	.000
P37RE	9	4	4	4.00	.000
P38RE	10	4	4	4.00	.000
P39RE	10	4	4	4.00	.000
P40RE	10	4	4	4.00	.000
P41RE	9	4	4	4.00	.000
P42RE	9	4	4	4.00	.000
P43RE	9	1	4	3.67	1.000
P44RE	9	4	4	4.00	.000
P45RE	9	1	4	3.67	1.000
P46RE	9	4	4	4.00	.000
P47RE	9	4	4	4.00	.000
P48RE	9	1	4	3.67	1.000
P49RE	10	4	4	4.00	.000
P50RE	10	4	4	4.00	.000
P51RE	10	3	4	3.90	.316
P52RE	10	1	4	3.70	.949
P53RE	9	1	4	3.67	1.000
P54RE	9	4	4	4.00	.000
P55RE	9	1	4	3.67	1.000
P56RE	9	1	4	3.67	1.000

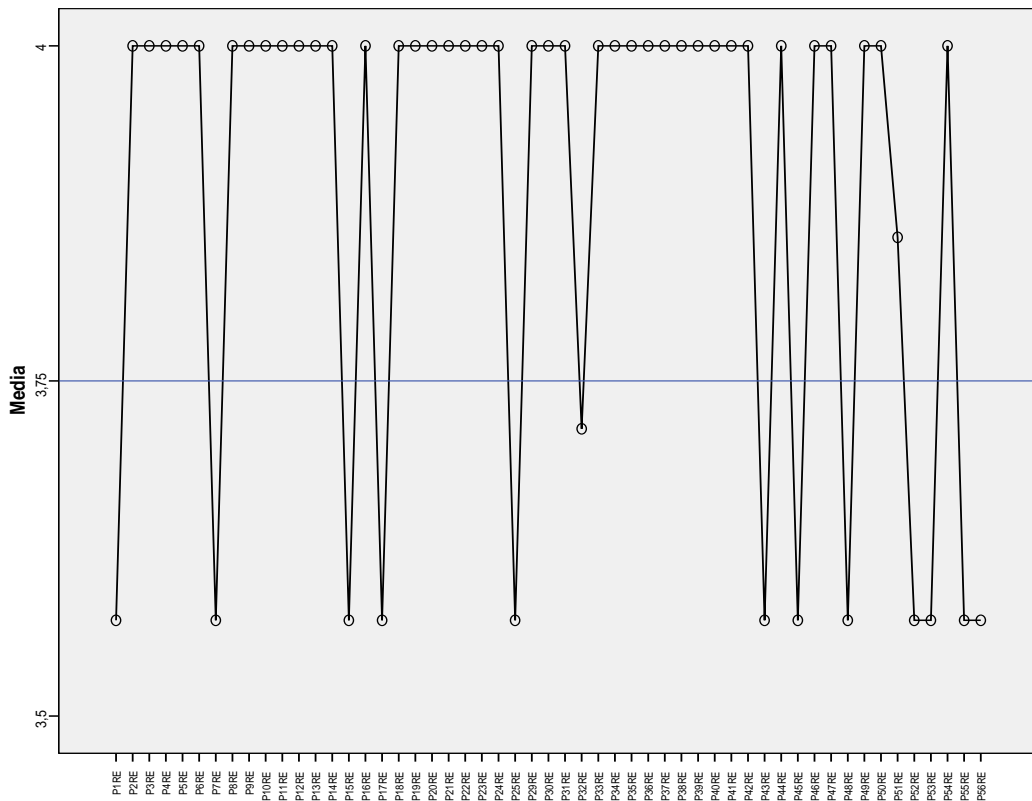


Figura 5.6. Medias sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales según grupo de expertos.

Tabla 5.18

Ítems para revisión por criterio de representatividad en OCAT-Profesionales

Ítems para análisis por representatividad media inferior a 3,75 (OCAT- PROF.)

- 1) En mi horario de trabajo hay un tiempo específicamente planificado para comunicarme con las familias
- 7) Oriento a las familias sobre el desarrollo personal y social de su hijo
- 15) Asesoro a las familias sobre cómo intercambiar los distintos roles familiares
- 17) Abordo con las familias la obtención de posibles becas o ayudas
- 25) En mi interacción con la familia me preocupa aumentar sus competencias para educar al niño y favorecer su desarrollo evolutivo
- 43) Informo sobre características relacionadas con la discapacidad del niño a los maestros del Centro Escolar
- 45) Ofrezco/Explico pautas de intervención con el niño con discapacidad a los maestros del Centro Escolar
- 48) Me preocupo por detectar si los maestros del Centro Escolar siguen mis orientaciones
- 52) Mi CDIAT mantiene comunicación con profesionales del ámbito médico-sanitario (pediatría, neuropediatría, psicología clínica,...)
- 53) El tiempo disponible para la coordinación con profesionales sanitarios es suficiente

55) Se llevan a cabo esfuerzos de coordinación con recursos sanitarios para facilitar la detección y derivación de nuevos casos.

56) Se realiza devolución de información a los recursos sanitarios sobre los casos que han derivado al CDIAT

Tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems se procedió a la supresión y modificación de los mismos atendiendo tanto a los aspectos cuantitativos como a las proposiciones de modificación que los mismos expertos realizaban de forma cualitativa (Tabla 5.19).

Tabla 5.19

Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Profesionales

Revisión Cuestionario AOCAT. Versión para profesionales		
Ítems modificados	Ítems eliminados	Ítems añadidos
17	5	0

La versión final del cuestionario OCAT-Profesionales se puede consultar completa en el Anexo 4.

5.2.1. Análisis de resultados del cuestionario OCAT-Familias

En consideración a la variable claridad (Tabla 5.20. y Figura 5.7.) fueron revisados todos los ítems del cuestionario de OCAT- Familias que puntuasen tras el juicio de expertos igual o por debajo de una puntuación media de 3,75. De tal modo, fueron considerados los ítems: 2, 3,4, 8, 9, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27 y 30 para revisión, realizándose modificaciones y supresiones de algunos de estos ítems (Tabla 5.21).

Tabla 5.20

Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos

ITEMS	n	MÍNIMO	MÁXIMO	M	DT
F1CL	10	3	4	3.90	.316
F2CL	10	2	4	3.70	.632
P3CL	10	3	4	3.70	.483

F4CL	10	3	4	3.70	.422
F5CL	10	3	4	3.90	.316
F6CL	10	3	4	3.90	.316
F7CL	10	3	4	3.90	.316
F8CL	10	1	4	3.60	.966
F9CL	10	3	4	3.70	.483
F10CL	10	4	4	4.00	.000
F11CL	10	3	4	3.80	.422
F12CL	10	3	4	3.90	.316
F13CL	10	3	4	3.70	.483
F14CL	10	2	4	3.70	.675
F15CL	10	1	4	2.80	1.135
F16CL	9	4	4	4.00	.000
F17CL	9	4	4	4.00	.000
F18CL	9	4	4	4.00	.000
F19CL	9	1	4	3.67	1.000
F20CL	9	1	4	3.22	.972
F21CL	9	1	4	3.67	1.000
F22CL	10	3	4	3.70	.483
F23CL	10	4	4	4.00	.000
F24CL	10	2	4	3.60	.699
F25CL	10	3	4	3.90	.316
F26CL	10	2	4	3.70	.675
F27CL	10	3	4	3.60	.516
F28CL	10	4	4	4.00	.000
F30CL	9	3	4	3.75	.441
F31CL	9	3	4	3.89	.333
F32CL	9	4	4	4.00	.000
N válido (según lista)	8				

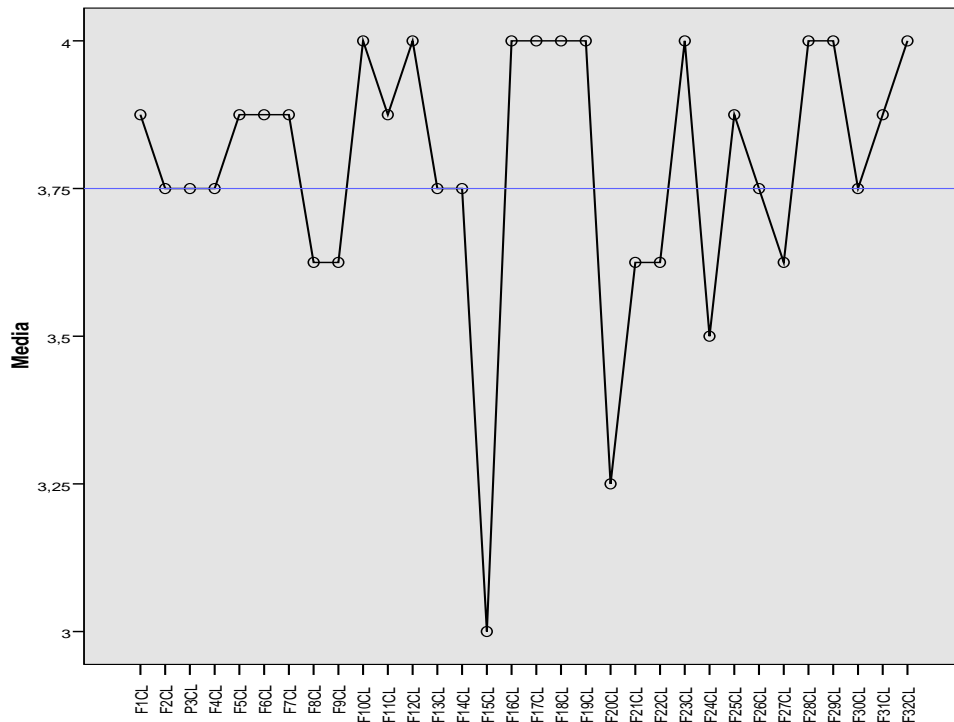


Figura 5.7. Medias sobre claridad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.

Tabla 5.21

Ítems para revisión por criterio de claridad en OCAT-Familias

Ítems para análisis por claridad media inferior a 3,75 (OCAT- FAMILIAS)

- 2) En el Centro de Atención Temprana mi hijo tiene un tutor o terapeuta responsable de su caso
- 3) El tiempo que tienen para comunicarse conmigo es suficiente
- 4) Cualquier profesional habla conmigo cuando yo lo pido
- 8) Me informan sobre el desarrollo personal y social de mi hijo
- 9) Fomentan que valore los pequeños avances y logros de mi hijo
- 13) Me orientan sobre cómo abordar la discapacidad de mi hijo con otros familiares no nucleares (abuelos, tíos,...)
- 14) Me asesoran sobre aspectos que repercuten en mi estilo educativo (normas, límites de conducta,...)
- 15) Me asesoran sobre cómo intercambiar los distintos roles familiares
- 19) Nos informan sobre los avances del niño/a
- 20) Los objetivos a conseguir son consensuados con la familia
- 21) Los profesionales tienen en cuenta las necesidades de la familia en su intervención
- 22) Se preocupan por detectar si ponemos en práctica las orientaciones o consejos que nos dan

-
- 24) Atienden nuestras inquietudes
- 26) Los profesionales del CDIAT y Educadores de Escuelas Infantiles consensuan objetivos a conseguir con el niño/a.
- 27) Los Profesionales del CDIAT asesoran a los Profesionales de la Escuela Infantil para promover la mejor integración del niño/a en su aula
- 30) Los profesionales del CDIAT y Maestros del Centro Educativo consensuan objetivos a conseguir con el niño/a.
-

Respecto a la variable representatividad (Tabla 5.22 y Figura 5.8.) fueron revisados todos los ítems del cuestionario de OCAT- Familias que puntuasen tras el juicio de expertos igual o por debajo de una puntuación media de 3,75. Los siguientes ítems fueron considerados para modificación o supresión (Tabla 5.23): 4,6, 8, 15, 29, 31 y 32.

Tabla 5.22

Estadísticos descriptivos. Puntuaciones sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos

ITEMS	n	MÍNIMO	MÁXIMO	M	DT
F1RE	10	4	4	4.00	.000
F2RE	10	4	4	4.00	.000
F3RE	10	4	4	4.00	.000
F4RE	10	1	4	3.50	1.080
F5RE	10	3	4	3.90	.316
F6RE	9	2	4	3.70	.667
F7RE	10	4	4	4.00	.000
F8RE	10	1	4	3.70	.949
F9RE	10	4	4	4.00	.000
F10RE	10	4	4	4.00	.000
F11RE	10	4	4	4.00	.000
F12RE	10	4	4	4.00	.000
F13RE	10	4	4	4.00	.000
F14RE	10	3	4	3.90	.316
F15RE	10	1	4	3.40	1.075
F16RE	9	4	4	4.00	.000
F17RE	9	3	4	3.89	.333
F18RE	9	3	4	3.89	.333
F19RE	9	1	4	3.67	1.000
F20RE	9	4	4	4.00	.000
F21RE	9	4	4	4.00	.000
F22RE	10	4	4	4.00	.000
F23RE	10	4	4	4.00	.000
F24RE	10	3	4	3.80	.422
F25RE	10	4	4	4.00	.000
F26RE	9	4	4	4.00	.000

F27RE	9	4	4	4.00	.000
F28RE	9	4	4	4.00	.000
F29CL	9	4	4	4.00	.000
F29RE	9	1	4	3.67	1.000
F30RE	9	3	4	3.89	.333
F31RE	9	1	4	3.67	1.000
F32RE	9	1	4	3.67	1.000
N válido (según lista)	7				

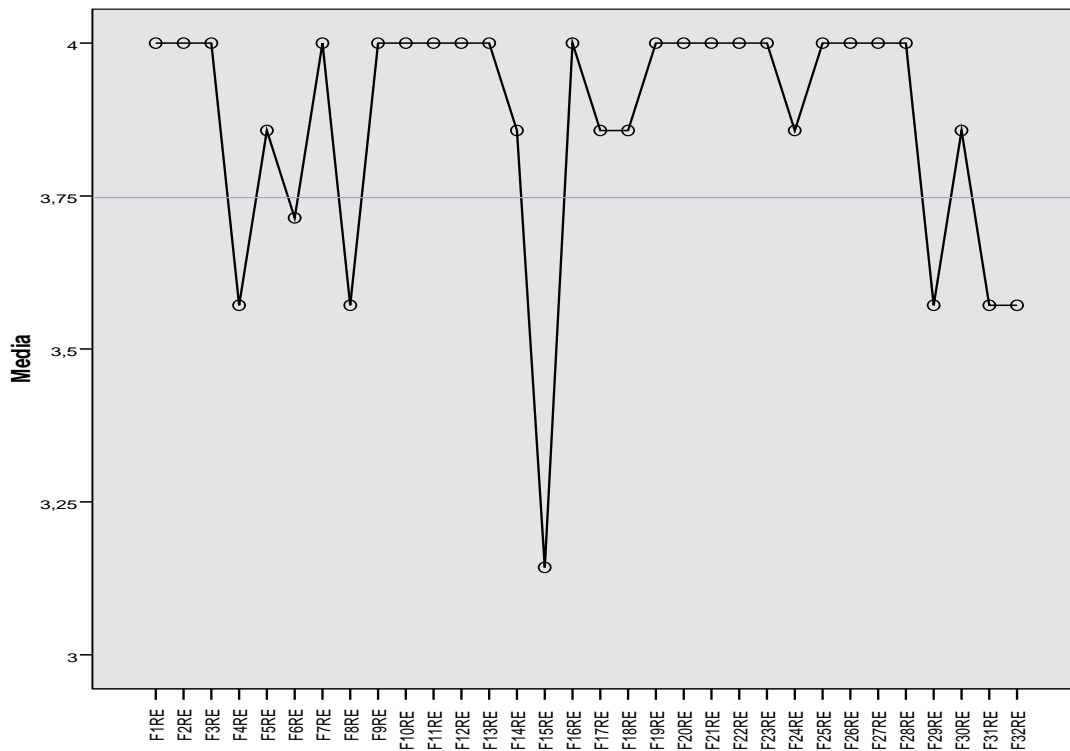


Figura 5.8. Medias sobre representatividad de los ítems del cuestionario OCAT-Familias según grupo de expertos.

Tabla 5.23

Ítems para revisión por criterio de representatividad en OCAT-Familias

Ítems para análisis por representatividad media inferior a 3,75 (OCAT- FAMILIAS)
4) Cualquier profesional habla conmigo cuando yo lo pido
6) Cualquier profesional del Centro me cita para hablar conmigo cuando lo cree necesario
8) Me informan sobre el desarrollo personal y social de mi hijo
15) Me asesoran sobre cómo intercambiar los distintos roles familiares
29) Me convocan a reuniones con profesionales del CDIAT y los Maestros para hablar de la situación del niño en el Colegio
31) Los Profesionales del CDIAT asesoran a los Maestros del Centro Educativo para promover la mejor integración del niño/a en su aula
32) Existe una adecuada coordinación entre los profesionales de los Equipos de Orientación y los Profesionales del CDIAT

Considerando las puntuaciones medias en los aspectos de representatividad y claridad de los ítems del cuestionario OCAT- Familias según las distintas valoraciones de los expertos, así como considerando las distintas aportaciones cualitativas relatadas por los mismos, se reestructuraron distintos ítems con modificaciones, supresiones y adiciones (Tabla 5.24).

Tabla 5.24

Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del cuestionario OCAT- Familias

Revisión Cuestionario AOCAT. Versión para familias		
Ítems modificados	Ítems eliminados	Ítems añadidos
15	4	2

La versión final del cuestionario OCAT-Familias se puede consultar completa en el Anexo 4.

6. ESTUDIO PILOTO

Objetivo relacionado:

2) Diseñar instrumentos específicos para el estudio de las actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación de Atención Temprana y analizar su validez y fiabilidad.

Una vez realizadas las modificaciones pertinentes en ambos cuestionarios tras el análisis de expertos, se consideró la necesidad de realizar un estudio piloto. Una prueba piloto nos permitirá conocer cómo funcionará el instrumento de investigación en una aplicación de ámbito mayor, y debería incluir las siguientes cuestiones (Martínez Arias, 1995; Moser & Kalton, 1979):

- Estudiar la idoneidad de la técnica de recogida de datos y del cuestionario.
- Probar la eficacia de la organización del trabajo de campo.
- Estimar el costo probable y la duración.

6.1. Metodología

6.1.1. Participantes

Para el estudio piloto se seleccionó una muestra limitada de familias y profesionales procedentes de dos Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) de la provincia de Málaga, con el objetivo de no condicionar lo que supondría la muestra total participante de estudio.

La muestra participante ($n=20$) en el estudio piloto del cuestionario OCAT-Profesionales (Tabla 5.25), se caracterizaba por ser casi por estar, en mayoría, compuesta por mujeres (95% total de la muestra), con perfiles profesionales principalmente de psicología/pedagogía, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, en su mayoría con estudios de especialización en

Atención Temprana (70 %), y con una media de experiencia laboral de 6 años en este campo (con los porcentajes situados principalmente entre los 0 y 10 años de experiencia).

Tabla 5.25

Datos sociodemográficos de los profesionales participantes

Perfil profesional		
	f	%
Psicología/Pedagogía	5	25.0
Terapia Ocupacional	4	20.0
Logopeda	5	25.0
Trabajador social	1	5.0
Fisioterapeuta	3	15.0
Maestra de Educación Infantil	2	10.0
Total	20	100.0
Género		
	f	%
Mujer	19	95.0
Varón	1	5.0
Total	20	100.0
Estudios de especialización en Atención Temprana		
	f	%
Si	14	70.0
No	6	30.0
Total	20	100.0
Años de experiencia en Atención Temprana		
	f	%
De 0 a 5 años	10	50.0
De 6 a 10 años	8	40.0
De 11 a 15 años	1	5.0
De 16 a 20 años	1	5.0
Total	20	100.0

El perfil tipo del encuestado ($N=53$) en el estudio piloto del cuestionario OCAT- Familias se caracterizaba (Tabla 5.26) por ser principalmente madres (75.5 %), con una edad media de 38 años (Tabla 5.27), en su mayor parte con estudios universitarios (37.7 %) que trabajan fuera del domicilio familiar (47 %).

Tabla 5.26
 Datos sociodemográficos de las familias participantes

Parentesco con el niño		
	f	%
Padre	10	18.9
Madre	40	75.5
Otros	3	5.7
Total	53	100.0
Nivel de estudios del padre		
	f	%
No completó estudios obligatorios	3	5.7
Estudios primarios	9	17.0
Secundaria.ESO.FP	10	18.9
Bachillerato/FP superior	11	20.8
Universitarios	17	32.1
Total	50	94.3
Ocupación del padre		
	f	%
Labores domesticas	1	1.9
En paro	5	9.4
Trabaja en casa	1	1.9
Trabaja fuera de casa	42	79.2
Total	49	92.5
Nivel de estudios de la madre		
	f	%
Estudios primarios	7	13.2
Secundaria.ESO.FP	13	24.5
Bachillerato/FP superior	11	20.8
Universitarios	20	37.7
Total	51	96.2
Ocupación de la madre		
	f	%
Labores domesticas	15	28.3
En paro	5	9.4
Trabaja en casa	1	1.9
Trabaja fuera de casa	25	47.2
Total	46	86.8

Tabla 5.27
 Edad de la persona que contesta a OCAT- Familias

Edad de la persona que contesta				
	Mínimo	Máximo	M	DT
Edad de la persona	27	62	38.40	5.768

El perfil tipo de las familias participantes en el estudio piloto (Tabla 5.28), está compuesto de uno (20.8%) o dos hijos (39.6%), que recibe tratamientos de Atención Temprana principalmente de Estimulación General (32.6%), y/o logopedia (29.3%), y/o fisioterapia (19.6%), que están o han estado escolarizados en Escuelas Infantiles o Guarderías (84.9%), y que están escolarizados en Centros de Educación Infantil y Primaria (62.3%).

Tabla 5.28
Datos sociodemográficos de composición familiar

Tratamientos de Atención Temprana que recibe		
	f	%
Estimulación	30	32.6%
Fisioterapia	18	19.6%
Logopedia	27	29.3%
Terapia Ocupacional	11	12.0%
Psicomotricidad	6	6.5%
Total	92	100.0%
Número de hijos		
	f	%
1	11	20.8
2	21	39.6
3	7	13.2
4	3	5.7
5	1	1.9
Total	43	81.1
Escolarizado en Escuela Infantil		
	f	%
Si	45	84.9
No	6	11.3
Escolarizado en CEIP		
	f	%
Si	33	62.3
No	14	26.4

6.1.2. Procedimiento

Para realizar la aplicación del cuestionario en la prueba piloto, se contactó vía email con dos Centros de Atención Temprana y Desarrollo Infantil de la provincia de Málaga: Les fue enviada una carta vía email con la presentación de la investigación, el procedimiento a seguir en la aplicación de los cuestionarios y las fechas aproximadas para el reenvío.

Los directores de los centros se encargaron en distribuir la información a los profesionales de sus centros así como facilitarles los cuestionarios a las familias. Una vez completados los cuestionarios ellos mismos se ocuparon, vía postal, de remitir los cuestionarios al grupo de investigación.

6.1.3. Análisis de datos

A) Prueba de consistencia interna

En cualquier investigación, la capacidad que tenga un instrumento de recolectar datos depende de dos atributos: la validez y la fiabilidad. Uno de los objetivos que nos planteamos al realizar el estudio piloto es poder realizar pruebas de consistencia interna determinar si los cuestionarios OCAT eran fiables y válidos estadísticamente.

El análisis de consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera que midan el mismo atributo o campo de contenido (Ledesma, Molina & Valero, 2002). En relación a los análisis de consistencia o fiabilidad utilizaremos la técnica estadística del coeficiente Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951). El coeficiente alfa de Cronbach puede tomar valores entre 0 y 1, donde 0 significa fiabilidad nula y 1 representa fiabilidad total. Esta técnica supone que los ítems están correlacionados positivamente unos con otros pues miden en cierto grado una entidad en común.

En la evaluación de los coeficientes de alfa de Cronbach que hace De Vellis (2003) considera la fiabilidad de un cuestionario muy buena si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre .80 y .90, respetable entre .70 y .80, mínimamente aceptable entre .65 y .70, indeseable entre .60 y .65 e inaceptable si es menor de .60.

a.1.) Consistencia interna OCAT- FAMILIAS

En primer lugar se describirán los análisis de fiabilidad (Tabla 5.29) del cuestionario OCAT- FAMILIAS.

Tabla 5.29

Resumen del procesamiento de los casos OCAT- Familias

		<i>n</i>	%
Casos	Válidos	48	90.6
	Excluidos(a)	5	9.4
	Total	53	100.0

Se ha obtenido un coeficiente Alfa de Cronbach de .919, por lo que siguiendo la clasificación de coeficientes de De Vellis, podemos especificar que el cuestionario OCAT- Familia posee un grado muy bueno o muy elevado de fiabilidad. Cabe anotar que para la realización de este análisis de elementos han sido desconsiderados los ítems relativos a coordinación.

a.2) Consistencia interna OCAT-PROFESIONALES

Del mismo modo también se han realizado los análisis relativos a la fiabilidad del cuestionario OCAT-Profesionales (Tabla 5.30).

Tabla 5.30

Resumen del procesamiento de los casos OCAT-Profesionales

		<i>n</i>	%
Casos	Válidos	14	70.0
	Excluidos(a)	6	30.0
	Total	20	100.0

En el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach se ha obtenido una puntuación de .855, lo cual, siguiendo como en el caso anterior, la categorización elaborada por De Vellis, podemos afirmar que el cuestionario OCAT-Profesionales tiene una consistencia interna muy buena.

7. METODOLOGÍA: CUESTIONARIOS OCAT

En esta fase central de la investigación se ha optado por un estudio no experimental descriptivo, tipo encuesta. En este momento, presentamos detalladamente los participantes, instrumento, procedimiento y análisis de datos realizado en la fase de Cuestionarios OCAT.

7.1 Participantes

Seguidamente se presentan los datos relativos a la muestra participante en los cuestionarios definitivos OCAT- Familias. Los datos proporcionados pertenecen a distintas familias que tienen niños usuarios en CDIAT tanto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha. Preservando el valor de confidencialidad se ha decidido no declarar la procedencia exacta de los cuestionarios.

Se decidió realizar esta investigación en estas comunidades autónomas por los siguientes motivos:

1. Obtener una muestra considerable de participantes.
2. Ambas comunidades autónomas comparten un modelo parecido de Atención Temprana, en cuanto a su funcionamiento, perfiles profesionales y dependencia administrativa.
3. La cercanía territorial también facilitaba que si fuera precisa la participación del investigador en algún momento determinado de la investigación, fuera más sencillo el desplazamiento.

7.1.1. Participantes OCAT-FAMILIAS

Un mayor porcentaje de los cuestionarios (53%) proceden de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, un 34% proceden de la Región de Murcia, y en un 11.9% no ha sido posible identificar la procedencia de los mismos. No obstante, los datos relativos a la procedencia del cuestionario no tienen realmente un valor significativo en los objetivos de esta investigación, por lo que estos datos tienen un carácter puramente descriptivo (Tabla 5.31). Hemos recibido un total de 571 cuestionarios OCAT- Familias, lo que supondrá la muestra de nuestra investigación.

Tabla 5.31
Procedencia cuestionarios

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Desconocido	68	11.9
	Región de Murcia	196	34.3
	Junta de Castilla la Mancha	307	53.8
	Total	571	100.0

Un dato interesante que queríamos recopilar era el relativo a sí la persona que respondía al cuestionario era o no la habitual que llevaba al niño al CDIAT. Este dato es importante para nosotros ya que muchas de las preguntas del cuestionario OCAT-Familias focaliza en aspectos relativos al trato diario con el terapeuta, lo cual un número muy alto de personas que contestasen y no fueran las que llevaran habitualmente al niño a tratamiento podrían haber condicionado la representatividad de los datos. Como era de esperar, la mayor parte de los participantes eran personas que llevan habitualmente al niño a tratamiento (94.2%) (Tabla 5.32)

Tabla 5.32
¿Es quién lleva al niño al CDIAT?

		<i>F</i>	<i>%</i>
Válidos	Si	538	94.2
	No	22	3.9
	Total	560	98.1
Perdidos	Sistema	11	1.9
Total		571	100.0

La mayor parte de las personas que contestaron al cuestionario OCAT- Familias solían ser las madres de los niños que reciben tratamientos en los CDIAT (80.4%), mientras que

únicamente un 16.1% era la figura del padre la persona que contestaba al cuestionario, y en un menor porcentaje aparecerían otras personas relacionadas con el niño (abuelos, cuidadores, hermanos, tíos...), suponiendo un 3.2% de la muestra (Tabla 5.33).

Tabla 5.33
Parentesco con el niño

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Padre	92	16.1
	Madre	459	80.4
	Otros	18	3.2
	Total	569	99.6
Perdidos	Sistema	2	.4
Total		571	100.0

En mayores porcentajes (Tabla 5.34) los niños que recibían tratamiento en el CDIAT eran hijos únicos (44.2%) o bien tenían un hermano (43.4%). Un 8.9% tenían un segundo hermano.

Tabla 5.34
Número de hijos

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	1	258	45.2
	2	248	43.4
	3	51	8.9
	4	7	1.2
	5	3	.5
	6	2	.4
	8	1	.2
	Total	570	99.8
	Perdidos	Sistema	1
Total		571	100.0

Para la obtención del siguiente dato descriptivo (Tabla 5.35) hemos seleccionado únicamente las familias que tienen más de un hijo. Es interesante subrayar en relación a la composición familiar que el hijo usuario de Atención Temprana es en un mayor porcentaje el segundo hijo de la familia (61.7%) y en un menor porcentaje (24.0%) es el primer hijo. En un porcentaje también importante (10.7%) encontramos familias en las que el tercer hijo es usuario de Atención Temprana.

Tabla 5.35
Lugar en el número de hijos

		<i>f</i>	%
Válidos	1º	72	24.0
	2º	185	61.7
	3º	32	10.7
	4º	5	1.7
	5º	4	1.3
	6º	1	.3
	8º	1	.3
	Total	300	100.0
Perdidos	Sistema	12	
Total		312	

En un principio la información relativa a la edad de la persona (Tabla 5.36) que respondía al cuestionario se recogía de forma que ésta escribía su directamente su edad, pero para mejor uso de estos datos se ha considerado agrupar por intervalos mediante la función de SPSS: /Transformar/ Agrupación visual. Los mayores porcentajes de personas que han cumplimentado el cuestionario OCAT- Familias se sitúan en edades comprendidas entre los 36 y 45 años (53.1%) y en edades comprendidas entre 26 y 35 años (38.1%).

Tabla 5.36
Edad de la persona que contesta

		<i>f</i>	%
Válidos	De 15 a 25 años	18	3.4
	De 26 a 35 años	203	38.1
	De 36 a 45 años	283	53.1
	De 46 a 55 años	20	3.8
	Superior a 56 años	9	1.7
	Total	533	100.0
Perdidos	Sistema	38	
Total		571	

Los datos que se presentan a continuación (Tabla 5.37) son los relativos al tipo de tratamientos que reciben los niños en los CDIAT, cabe destacar que un niño usuario de Atención Temprana puede tener uno o más tratamientos.

Tabla 5.37
Tratamientos recibidos en el CDIAT (variable agrupada)

		<i>n</i>	%
Tratamientos que recibe(a)	Estimulación	356	62.8%
	Fisioterapia	223	39.3%
	Logopedia	354	62.4%
	Terapia Ocupacional	13	2.3%
	Psicomotricidad	109	19.2%
	Otros	12	2.1%
Total		1067	188.2%

Para esta investigación (Tabla 5.38) era importante conocer el número de niños no escolarizados, que están o fueron escolarizados en Escuelas o Centros de Educación Infantil (1^{er} ciclo) o bien en Centros de Educación Infantil y Primaria (2^o ciclo). En el momento de diseminación de cuestionarios estaban escolarizados en CEIP 251 casos además cabe decir que 202 de estos casos estuvieron previamente escolarizados de en Escuelas o Centros de Educación Infantil. Un ligeramente mayor número de niños menores de 3 años no están escolarizados en primer ciclo de Educación Infantil ($n=151$) respecto a aquellos que sí que lo están ($n=137$).

Tabla 5.38
Situación escolar

	Escolarizado en Escuela Infantil	Escolarizado en CEIP	No escolarizado
Válidos	137	251	151
Perdidos	42		

En relación a la variable estudios del padre del niño que recibe tratamientos en CDIAT, excluyendo los padres sin estudios obligatorios (2.6% de la muestra), los porcentajes son bastante homogéneos en cuanto a formación (Tabla 5.39).

Tabla 5.39
Nivel de estudios del padre

		<i>f</i>	%
Válidos	No completó estudios obligatorios	15	2.6
	Estudios primarios	151	26.4
	E. Secundaria, ESO,FP medio	123	21.5
	Bachillerato/FP superior	110	19.3

	Universitarios	113	19.8
	Total	512	89.7
Perdidos	Sistema	59	10.3
Total		571	100.0

Y en cuanto a los estudios de la madre encontramos datos similares (Tabla 5.40), destacando por una lado como en el caso de los padres un bajo porcentaje de personas sin estudios obligatorios (2.3% de la muestra), y por otro lado, aunque también se observa una homogeneidad en los porcentajes, sí que existe un mayor porcentaje de madres con estudios universitarios (31.3%) frente a la muestra de padres (19.8%).

Tabla 5.40
Nivel de estudios de la madre

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	No completó estudios obligatorios	13	2.3
	Estudios primarios	99	17.3
	Secundaria,ESO,FP medio	115	20.1
	Bachillerato/FP superior	131	22.9
	Universitarios	179	31.3
	Total	537	94.0
Perdidos	Sistema	34	6.0
Total		571	100.0

Otro dato interesante es el relativo al tipo de ocupación de la persona que contesta. En el caso de la figura del padre, un 74.4% está actualmente en situación activa a nivel laboral, frente a un 13.1% que están en situación de desempleo (Tabla 5.41).

Tabla 5.41
Ocupación del padre

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Trabaja	425	74.4
	Jubilado	6	1.1
	En paro	75	13.1
	Estudiante	6	1.1
	Total	512	89.7
Perdidos	Sistema	59	10.3
Total		571	100.0

En cambio, como podemos apreciar en la tabla 5.42, cuando se habla del perfil de la figura de la madre en el aspecto laboral se observa una mayor porcentaje de desempleo (43.1%) respecto a la figura del padre, aun cuando ésta, como hemos visto en datos anteriores, poseen en mayor porcentaje estudios superiores.

Tabla 5.42
Ocupación de la madre

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Trabaja	253	44.3
	Jubilado	5	.9
	En paro	246	43.1
	Estudiante	18	3.2
	Total	522	91.4
Perdidos	Sistema	49	8.6
Total		571	100.0

Como podemos observar en la siguiente tabla 5.43 predominan sustancialmente las familias en las que trabajan ambos progenitores y aquellas en las que únicamente trabaja el padre, respecto a aquellas en las que únicamente trabaja la madre o bien ambos progenitores desempleados.

Tabla 5.43
Situación laboral de la familia (padre y madre)

	Trabajan ambos	Trabaja sólo el padre	Trabaja sólo la madre	Desempleados ambos
Frecuencias	195	187	31	34

7.1.2. Participantes OCAT-PROFESIONALES

A continuación se presentarán los datos relacionados con la muestra participante del cuestionario OCAT-Profesionales.

Un mayor porcentaje de los cuestionarios (55%) proceden de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, un 33% proceden de la Región de Murcia, y en un 11.6% no ha sido posible identificar la procedencia de los mismos. No obstante, los datos relativos a la procedencia del

cuestionario no tienen realmente un valor significativo en los objetivos de esta investigación, por lo que estos datos tienen un carácter puramente descriptivo (Tabla 5.44). Hemos recibido un total de 216 cuestionarios OCAT-Profesionales, lo que supondrá la muestra de nuestra investigación-

Tabla 5.44
Región de procedencia

	<i>f</i>	<i>%</i>
Desconocido	25	11.6
CCAA de Murcia	72	33.3
CCAA de Castilla la Mancha	119	55.1
Total	216	100.0

La procedencia de los cuestionarios OCAT-Profesionales, en cuanto a la dependencia administrativa de los CDIAT (Tabla 5.45) participantes era principalmente de centros dependientes o formados como asociación de familias (50.9%), los centros totalmente de dependencia municipal suponían el 27.3% de la muestra participante, mientras que los centros de carácter totalmente privado suponían el 6%.

Tabla 5.45
Dependencia del CDIAT

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Privado	15	6.9
	Municipal	59	27.3
	Dependiente de asociaciones de padres	110	50.9
	Otros	13	6.0
	Total	197	91.2
Perdidos	Sistema	19	8.8
Total		216	100.0

La mayor parte de las personas que contestaron al cuestionario OCAT-Profesionales solían ser mujeres (89.4%), mientras que únicamente un 8.8% eran profesionales varones (Tabla 5.46).

Tabla 5.46
Género de la persona que contesta

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	Mujer	193	89.4
	Varón	19	8.8
	Total	212	98.1

Perdidos	Sistema	4	1.9
Total		216	100.0

En relación a los años de experiencia de los profesionales participantes como terapeutas en Atención Temprana (Tabla 5.47), los mayores porcentajes se concentran en profesionales de 6 a 10 años (31%), de 0 a 5 años (27.8%) y de 11 a 15 años de experiencia (15.3%).

Tabla 5.47
Años de experiencia en el CDIAT

		<i>f</i>	<i>%</i>
Válidos	De 0 a 5 años	60	27.8
	De 6 a 10 años	67	31.0
	De 11 a 15 años	33	15.3
	De 16 a 20 años	21	9.7
	De 21 a 25 años	14	6.5
	26 años o más	11	5.1
	Total	206	95.4
Perdidos	Sistema	10	4.6
Total		216	100.0

En la siguiente variable (Perfil profesional) se ha realizado una agrupación de variable por respuesta múltiple considerando que un mismo profesional puede tener asignadas varias funciones en un mismo CDIAT. Como podemos observar en la tabla 5.48, la mayor parte de los porcentajes se sitúan en los perfiles de logopedia (33%), estimulación general (29.7%), psicología/ pedagogía (25%) y profesionales del ámbito fisioterapéutico (21.2%).

Tabla 5.48
Perfil profesional (agrupada)

		<i>n</i>	<i>%</i>
Perfil profesional	Psicología/Pedagogía	54	25.5%
AGR(a)	Terapia Ocupacional	1	.5%
	Logopeda	70	33.0%
	Estimulación general	63	29.7%
	Cargos de Gestión	14	6.6%
	Trabajador social	4	1.9%
	Fisioterapeuta	45	21.2%
	Psicomotricidad	21	9.9%
Total		272	128.3%

Por último, se presenta la variable dicotómica de estudios de especialización en Atención Temprana. Cabe añadir que esta variable dicotómica se acompañaba de un apartado en el que el profesional hacía una descripción de los estudios de especialización. Como podemos apreciar en la Tabla 5.49, un amplio porcentaje de los profesionales que han respondido al cuestionario poseen algún tipo de especialización formativa en Atención Temprana, como pueden ser másteres, cursos, seminarios,... (74.5%) frente a un menor porcentaje que no posee ningún estudio especializado (23.1%).

Tabla 5.49
Estudios de especialización en Atención Temprana

		<i>f</i>	%
Válidos	Si	161	74.5
	No	50	23.1
	Total	211	97.7
Perdidos	Sistema	5	2.3
Total		216	100.0

7.2. Instrumento

Tal y como se ha ido comentando anteriormente, los instrumentos diseñados *ad hoc* para este estudio, fruto de las fases iniciales de la investigación (grupos focales, juicio de expertos y estudio piloto), han sido dos cuestionarios, uno dirigido a las familias con niños que reciben atención en CDIAT (OCAT-Familias), y otro destinado a los profesionales de Atención Temprana que desarrollan su labor profesional en estos centros (OCAT-Profesionales). A continuación vamos a describir detalladamente la estructura de cada uno de estos instrumentos, así como sus respectivos indicadores de calidad (fiabilidad y validez).

El cuestionario OCAT-Familias, en su versión final, ha sido compuesto por 23 ítems, divididos en dos dimensiones principales (20 ítems relacionados con la orientación de los profesionales de los CDIAT a las familias y 3 ítems sobre percepciones que las familias tienen sobre la coordinación que los profesionales de los CDIAT mantienen con otros servicios). Las afirmaciones se plantean para ser contestadas en una escala tipo Likert con una graduación de:

1- nada, 2- poco, 3- bastante y 4- totalmente (Tabla 5.50). Las variables sociodemográficas que fueron seleccionadas para la versión definitiva del cuestionario fueron las siguientes:

- *Parentesco con el niño*: se pregunta específicamente la relación familiar con el niño con las categorías: 1) padre, 2) madre, 3) otros.
- *Número de hermanos*: se pregunta específicamente por el número de hijos en la familia como variable numérica.
- *Edad de la persona que responde al cuestionario*: se pregunta específicamente por la edad de la persona que rellena el cuestionario como con las siguientes categorías: 1) de 15 a 24 años; 2) de 25 a 34 años; 3) de 35 a 44 años; 4) de 45 a 54 años; 5) mayor de 55 años.
- *Tiempo de tratamiento en Atención Temprana*: se pregunta específicamente por el tiempo que el niño lleva recibiendo tratamientos en el CDIAT como variable con las siguientes categorías: a) menos de un año; b) entre 1 y 3 años; c) entre 4 y 6 años; d) más de 6 años.
- *¿Está escolarizado?*: se pregunta específicamente el nivel en el que está escolarizado el niño, en el caso de que lo estuviera, concretando las siguientes categorías: a) escolarizado en escuela infantil o guardería; b) escolarizado en Centro de Educación Infantil y Primaria; c) no escolarizado.
- *Nivel de estudios del padre*: se pregunta específicamente por el tipo de estudios que tiene el padre con las siguientes categorías: a) no completó estudios obligatorios; b) estudios primarios; c) Secundaria, ESO, FP básica; d) Bachillerato, FP superior; e) universitarios.
- *Nivel de estudios del madre*: se pregunta específicamente por el tipo de estudios que tiene la madre con las siguientes categorías: a) no completó estudios obligatorios; b) estudios primarios; c) Secundaria, ESO, FP básica; d) Bachillerato, FP superior; e) universitarios.
- *Situación laboral del padre*: se pregunta específicamente por la ocupación del padre con las siguientes categorías: a) trabaja; b) jubilado; c) en paro; d) estudiante.
- *Situación laboral de la madre*: se pregunta específicamente por la ocupación de la madre con las siguientes categorías: a) trabaja; b) jubilado; c) en paro; d) estudiante.

Tabla 5.50
Ítems del OCAT- Familias

Dimensión	Ítems
Actuaciones de orientación por los profesionales del CDIAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los terapeutas que trabajan con el niño/a tienen un tiempo específico para hablar con usted. 2. En el Centro de Atención Temprana tiene un tutor o profesional responsable del caso del niño/a. 3. Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted. 4. Cualquier profesional del Centro de Atención Temprana le cita para hablar con usted cuando lo cree necesario. 5. El tutor o profesional del Centro de Atención Temprana responsable del niño/a en el Centro le cita para hablar con usted cuando lo cree necesario. 6. Puede hablar con cualquier profesional del Centro de Atención Temprana cuando lo necesite. 7. Escuchan las diferentes inquietudes que usted se plantea. 8. Fomentan que valore los pequeños avances y logros del niño/a. 9. Le explican las características o dificultades del niño/a. 10. Le apoyan en situaciones de estrés relacionadas con las dificultades del niño/a. 11. Le asesoran sobre los posibles problemas futuros que pueden conllevar las dificultades del niño/a. 12. Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño/a con sus hermanos (en el caso de tener hermanos) y otros familiares (tíos, abuelos..). 13. Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar (normas, límites de conducta,...). 14. Le informan sobre los avances del niño/a. 15. Le asesoran en la obtención de posibles becas o ayudas 16. Le informan sobre otras instituciones o servicios relacionados con las dificultades del niño/a. 17. Le facilitan información sobre aspectos relativos a la escolarización del niño/a. 18. Las necesidades de su familia son tenidas en cuenta en la intervención con el niño/a y la planificación de objetivos a conseguir. 19. Los profesionales de Atención Temprana se preocupan por detectar si ponen en práctica las orientaciones o consejos que les dan. 20. Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño/a.
Coordinación de los profesionales del CDIAT con otros agentes	<ol style="list-style-type: none"> 21. Le convocan a reuniones con profesionales del Centro de Atención Temprana y profesionales de la Escuela Infantil o Colegio para hablar de la situación del niño/a. 22. Cree que los profesionales del Centro de Atención Temprana se coordinan con los Educadores de Escuelas Infantiles o Colegio. 23. Cree que los profesionales del Centro de Atención Temprana se coordinan con los profesionales de Equipos de Orientación

El cuestionario OCAT-Profesionales, en su versión final, se compuso de 45 ítems, divididos, en tres bloques principales (6 ítems referidos a la organización del CDIAT, 17 ítems referidos a las actuaciones de orientación de los profesionales del CDIAT y 13 ítems referidos a la coordinación con otros agentes). Del mismo modo que el cuestionario OCAT- Familias, las cuestiones se plantean para responder en una escala tipo Likert con una graduación de: 1- nada, 2- poco, 3- bastante y 4- totalmente (Tabla 5.51). Las variables sociodemográficas seleccionadas para el cuestionario OCAT-Profesionales fueron:

- *Género*: se pregunta por el género de la persona que responde al cuestionario : 1) mujer, 2) hombre
- *Años de experiencia profesional en Atención Temprana*: en el cuestionario la persona escribía el número de años de experiencia laboral en Atención Temprana, para posteriormente realizarse distintas categorías 1) de 0 a 5 años; 2) de 6 a 10 años; 3) de 11 a 15 años; 4) de 16 a 20 años; 5) de 21 a 25 años y 6) 26 o más años.
- *Perfil profesional en Atención Temprana*: se pregunta específicamente por el perfil profesional de la persona que contesta el cuestionario. Para poder realizar este análisis se han agrupado las actividades profesionales en dos ámbitos: ámbito sanitario (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional) y ámbito socioeducativo (psicología/pedagogía, trabajador social y psicomotricista).
- *Dependencia del CDIAT* se pregunta el tipo de gestión o dependencia del CDIAT especificando las siguientes categorías: a) Municipal/ Ayuntamiento, b) Dependiente de asociaciones de padres, c) Privado.
- *Estudios de especialización en Atención Temprana*: se pregunta si el profesional posee algún tipo de formación específica en Atención Temprana, y posteriormente que la describa.
- *Presencia de personal específico para la coordinación con escuelas infantiles, CEIP y otras instituciones*: previamente al inicio del bloque dedicado a coordinación se pregunta específicamente sobre la existencia o inexistencia de profesionales específicos en el CDIAT para la coordinación con otras instituciones.

Tabla 5.51
Ítems del cuestionario OCAT-Profesionales

Dimensión	Ítems
Organización del CDIAT	1. Su horario de trabajo incluye un tiempo para comunicarse con las familias 2. Su horario de trabajo incluye un tiempo para la coordinación con otros profesionales del CDIAT 3. En su CDIAT, para cada usuario existe la figura del terapeuta- tutor y/o responsable de caso 21. Existe en su centro la figura/función del coordinador de Escuelas Infantiles y Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) implicados en ese recurso educativo 22. Existe en su centro la figura/función del coordinador con Centros de Educación Infantil y Primaria, y EOEP implicados en la etapa educativa 23. Existe en su centro la figura/función del coordinador con profesionales del ámbito social y/o sanitario
Actuaciones de orientación de los profesionales del CDIAT con otros agentes	4. Dispone de tiempo para comunicarse con las familias 5. La comunicación con las familias se suele producir por iniciativa suya (del profesional) 6. La comunicación con las familias se suele producir por iniciativa de las familias 7. Fomenta en las familias la valoración de los avances del niño/a 8. Explica a las familias las características o dificultades del niño/a 9. Comenta a las familias los posibles problemas futuros que pueden conllevar las dificultades del niño/a 10. Informa a las familias sobre los avances del niño/a 11. Apoya a las familias en situaciones de estrés relacionadas con las dificultades del niño/a 12. Orienta a las familias sobre cómo abordar las dificultades con los hermanos del niño/a y con otros familiares (abuelos, tíos,...) 13. Asesora a las familias sobre aspectos relativos a su forma de educar que repercuten en el niño/a (normas, límites de conducta,...) 14. Facilita a las familias información sobre aspectos relativos a la escolarización de su hijo 15. Informa a las familias sobre la obtención de posibles becas o ayudas 16. Informa a las familias sobre otras instituciones o servicios relacionados con las dificultades del niño/a 17. Considera las necesidades de las familias en la planificación de objetivos y en la intervención con el niño/a 18. Escucha las diferentes inquietudes que le plantean las familias 19. Se preocupa por detectar si las familias ponen en práctica sus orientaciones y/o consejos
	24. Se presenta al niño/a a los profesionales de la escuela infantil en la que se matricula 25. Se dispone de tiempo para coordinarse con los profesionales de las Escuelas Infantiles 26. Se informa sobre los avances del niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles 27. Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de Escuelas Infantiles

<p>Coordinación de los profesionales del CDIAT con otros agentes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 28. Se informa sobre las características relacionadas con las dificultades del niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles 29. Se escuchan las inquietudes que los profesionales de Escuelas Infantiles le plantean sobre las dificultades del niño/a 30. Se ofrecen/explican pautas de intervención con el niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles 31. Se preocupa por detectar si los profesionales de las Escuelas Infantiles ponen en práctica sus orientaciones 32. Se coordina con los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) que atienden a las Escuelas Infantiles 33. Se presenta al niño/a a los profesionales del centro escolar en el que se matricula 34. Se dispone de tiempo para coordinarse con los profesionales del centro escolar 35. Se informa sobre los avances del niño/a a los profesionales de los centros escolares 36. Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de centros escolares 37. Se informa sobre las características relacionadas con las dificultades del niño/a a los profesionales del centro escolar 38. Se escuchan las inquietudes que los profesionales del centro escolar le plantean sobre las dificultades del niño/a 39. Se Ofrecen/Explican pautas de intervención con el niño con dificultades a los profesionales del centro escolar 40. Se preocupa por detectar si los profesionales del centro escolar siguen sus orientaciones 41. Se coordina con los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica 42. Su CDIAT mantiene comunicación con profesionales del ámbito médico-sanitario (pediatría, neuropsiquiatría, psicología clínica,...) 43. Se lleva a cabo un intercambio de información sobre casos concretos con los profesionales del ámbito sanitario 44. Se llevan a cabo esfuerzos de coordinación con recursos sanitarios para facilitar la detección y derivación de nuevos casos 45. Se realiza devolución de información a los recursos sanitarios sobre los casos que han sido derivados al CDIAT
--	--

7.2.1 Criterios de calidad de los instrumentos: fiabilidad y validez

Objetivo relacionado:

- 2) Elaborar y analizar la validez de instrumentos específicos para el estudio de las actuaciones

Para conocer el grado de fiabilidad de los cuestionarios OCAT, se ha calculado el coeficiente Alfa de Cronbach. La fiabilidad fue obtenida para los cuestionarios en su conjunto en todas las dimensiones que los componen (Anexo 6). Ambos cuestionarios obtuvieron índices de fiabilidad muy altos, si atendemos a la clasificación establecida por De Vellis (2003) (Tabla 5.52).

Tabla 5.52
Coefficientes de fiabilidad alfa de Cronbach

	<i>α de Cronbach</i>	<i>n</i>
OCAT-FAMILIAS	.930	21
OCAT-PROFESIONALES	.929	39

A) CUESTIONARIO OCAT-FAMILIAS

En primer lugar, es necesario realizar el contraste en el modelo factorial. Mediante el test KMO (Kayser, Meyer y Olkin) relacionaremos los coeficientes de correlación entre las variables (Tabla 5.53). Al haber obtenido un valor de 0.929, podemos afirmar que la proporción de la varianza que tienen las variables es alta por lo que el test KMO en este sentido es muy bueno. En el mismo sentido, mediante la prueba de esfericidad de Bartlett evaluaremos la aplicabilidad del análisis factorial y, al haber obtenido una puntuación significativa ($p = .000$), se puede deducir que el modelo es significativo (es posible rechazar la Hipótesis Nula) cuando se realiza el análisis factorial.

Tabla 5.53
KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.929
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4532.607
	gl	210
	Sig.	.000

Realizando el análisis de varianza (Tabla 5.54) del cuestionario OCAT- Familias, mediante el método de extracción de análisis de componentes principales, podemos observar que un porcentaje significativo de la varianza total explicada se puede concentrar en tres componentes (60.87 % del porcentaje total acumulado).

Tabla 5.54
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9.84	46.86	46.86	9.84	46.86	46.86	6.62	31.54	31.54
2	1.65	7.86	54.72	1.65	7.867	54.72	3.65	17.41	48.96
3	1.21	6.14	60.87	1.29	6.149	60.87	2.50	11.91	60.87

En nuestro análisis seleccionaremos aquellas variables que tengan un valor superior a .400 como se puede observar en la matriz de componentes rotados (Tabla 5.55). Tras el análisis, podemos deducir una agrupación de variables en tres dimensiones:

- 1) **Dimensión A:** Referida a componentes relacionados con el asesoramiento que reciben los familiares de niños usuarios de Atención Temprana en relación a aspectos relacionados con el propio niño o con el sistema familiar, o bien con la relación cotidiana con los propios terapeutas.
- 2) **Dimensión B:** Relacionada principalmente con la información que el profesional de Atención Temprana facilita a la familia sobre otros servicios o ayudas externas al CDIAT.
- 3) **Dimensión C:** Referida a la percepción que tienen las familias sobre la coordinación que mantienen los profesionales del CDIAT con otros servicios o instituciones relacionados con su hijo.

Tabla 5.55
Matriz de componentes rotados

	Componentes		
	1	2	3
IT 7) Escuchan las inquietudes que se plantea	.804	.023	.119
IT9) Le explican las características del niño	.782	.220	.135
IT 14) Le informan sobre avances del niño	.739	.149	.184
IT 8) Fomentan que valore pequeños avances	.726	.158	.216
IT 20) Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	.702	.399	.163

IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés	.692	.385	.183
IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	.668	.385	.212
IT 5) El tutor del CDIAT le cita	.654	.143	.279
IT 18) Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación	.641	.387	.172
IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros	.622	.536	.106
IT 4) Puede hablar con cualquier profesional del CDIAT	.613	.167	.043
IT 12) Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	.568	.545	.103
IT 3) Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted	.539	.149	.315
IT 4) Cualquier profesional del CDIAT le cita si lo ve necesario	.422	.376	.191
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	.223	.802	.145
IT 17) Le facilitan información sobre escolarización	.229	.740	.172
IT 15) Le Informan sobre becas y ayudas	.028	.723	.291
IT 13) Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar	.460	.562	.149
IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	.248	.181	.817
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan	.306	.237	.775
IT 21) Le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP	.116	.202	.770

B) CUESTIONARIO OCAT-PROFESIONALES

En el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) se obtuvo un valor de 0.849 (Tabla 5.56), que se puede afirmar que la proporción de la varianza que tienen las variables es alta por lo que el test KMO en este sentido es muy bueno. En el estudio de la aplicabilidad de análisis factorial, mediante la prueba de esfericidad de Bartlett (Tabla 5.56) se obtuvo una puntuación significativa (.000), deduciéndose que el modelo es significativo (es posible rechazar la Hipótesis Nula) cuando se realiza el análisis factorial.

Tabla 5.56
KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.849
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3400.567
	gl	741
	Sig.	.000

Realizando el análisis de varianza (Tabla 5.57) del cuestionario OCAT-Profesionales, podemos observar que un porcentaje significativo de la varianza total explicada se puede concentrar en tres componentes (**60.28 %** del porcentaje total acumulado).

Tabla 5.57
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	12.07	30.97	30.97	12.0	30.97	30.97	8.89	22.81	22.81
2	3.64	9.34	40.31	3.64	9.34	40.31	3.77	9.68	32.49
3	2.64	6.76	47.08	2.64	6.76	47.08	3.54	9.08	41.57
4	1.97	5.06	52.15	1.97	5.06	52.15	2.91	7.47	49.05
5	1.72	4.41	56.56	1.72	4.41	56.56	2.53	6.49	55.54
6	1.45	3.72	60.28	1.45	3.72	60.28	1.84	4.74	60.28

Al igual que en el cuestionario OCAT- Familias se presenta la Rotación Factorial (Tabla 5.58) han sido seleccionadas las variables con valores iguales o superiores a 0.400. Del análisis factorial se extraen seis factores según mediante el proceso de componentes rotados:

- 1) **Dimensión A (Factor 1 y Factor 5):** relacionados principalmente con aspectos relativos a la coordinación que mantienen los profesionales de los CDIAT con los profesionales y entornos de tipo escolar (Escuelas Infantiles y CEIP), así como otras actuaciones relativas a la presentación del niño a estas instituciones.
- 2) **Dimensión B (Factores 2, 3 y 6):** relacionados con los patrones de comunicación, asesoramiento y orientaciones que los profesionales de los CDIAT realizan con las familias de niños usuarios de Atención Temprana.
- 3) **Dimensión C (Factor 4):** referido a la comunicación que mantienen los profesionales de los CDIAT con profesionales e instituciones de tipo sanitario.

Tabla 5.58
Matriz de componentes rotados

	1	2	3	4	5	6
IT 38	.820	.174	.074	.085	.047	-.076
IT39	.804	.132	.070	.150	.076	-.026
IT 36	.802	.043	.103	-.016	.011	.009
IT 37	.783	.081	.146	.181	.132	.110
IT 40	.743	.092	.137	-.119	.038	-.135
IT 30	.730	.162	.189	.156	.128	.022
IT 28	.726	.119	.245	.184	.227	.025
IT 29	.726	.201	.058	.073	.129	.002
IT 27	.690	.142	.153	.024	.208	-.003
IT 35	.679	.132	.131	.024	.312	.110

IT 32	.671	.066	-.152	.129	-.159	.278
IT 41	.670	.147	-.090	.217	-.153	.312
IT 26	.656	.162	.137	.012	.452	.129
IT 31	.653	.127	.190	.068	.244	-.202
IT 34	.584	-.036	.032	.068	.544	.307
IT 33	.528	-.088	.278	.098	.466	-.291
IT 14	.099	.758	.103	-.133	.183	.129
IT 16	.090	.740	-.001	-.023	.224	.176
IT 15	.096	.721	-.050	.164	.188	.191
IT 12	.170	.661	.243	.048	.054	-.095
IT 13	.101	.620	.100	-.034	.062	.027
IT 11	.190	.517	.382	.281	.034	-.071
IT 17	.259	.513	.292	.144	-.032	-.161
IT 18	.324	.447	.265	.110	-.033	-.125
IT 8	.148	.098	.710	.144	-.140	.201
IT 10	.171	.083	.707	.068	-.014	.094
IT 7	.104	.263	.648	.092	.052	-.018
IT 9	-.019	-.043	.614	-.036	.092	.352
IT 20	.168	.271	.516	.200	.085	-.159
IT 19	.336	.259	.395	.148	-.010	.023
IT 43	.136	-.015	.128	.854	.110	.068
IT 42	.062	-.058	.132	.846	.076	.105
IT 45	.061	.108	.166	.731	.107	.035
IT 44	.205	.114	.011	.668	-.096	.079
IT 25	.471	-.006	.010	.025	.634	.308
IT 4	.108	.358	.090	.164	.632	.209
IT 24	.436	-.057	.147	.128	.578	-.214
IT 1	-.049	-.357	.076	.055	-.576	.036
IT 2	-.047	-.173	.085	-.027	-.468	.052

7.3. Procedimiento

Una vez elaborados los cuestionarios OCAT, para poder realizar la aplicación de los mismos, se llevaron a cabo distintas fases.

En una primera fase se realizó un contacto vía email con los posibles centros participantes de la Comunidad Autónoma de Murcia y de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha ($n=43$). Cabe decir que, por el número tan grande de centros participantes y por el carácter anónimo del estudio, nos fue imposible determinar a cuántos profesionales y familias les iba a ser aplicado el cuestionario (tamaño de la muestra invitada).

En una segunda fase, se remitió a cada CDIAT una carta certificada con los cuestionarios OCAT-Profesionales y OCAT-Familias, así como, una carta de agradecimiento, instrucciones de

aplicación y datos de contacto para posibles dudas (Anexo 7). También se notificó a los CDIAT un periodo límite aproximado para la devolución de los mismos, el cual fue de un mes y medio.

En la tercera fase, los CDIAT remitieron los cuestionarios vía correo a los datos postales detallados en las instrucciones de aplicación que se les facilitó. Conforme llegaban los sobres con los cuestionarios se iba realizando un registro para un posible contacto con aquellos que hubieran tenido algún problema en el envío de los mismos.

7.4. Análisis de datos

El análisis de los resultados se realizó mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 15. Para la obtención de los resultados, se realizó un estudio de parámetros descriptivos característicos (media, desviación típica, mínimo, máximo, frecuencias y porcentajes). Para comprobar la fiabilidad de los instrumentos utilizamos el coeficiente de relación Alfa de Cronbach. Además, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del análisis de componentes principales y con método de rotación Varimax con Kaiser, para establecer la validez de constructo de los instrumentos. Ambos indicadores de calidad se han presentado en el apartado de Instrumento.

Asimismo, se indican los resultados correspondientes al análisis inferencial. En relación a éstos, en ningún caso se cumplen las condiciones de normalidad y homocedasticidad para poder aplicar la estadística paramétrica (Pardo & Ruiz, 2005), ya que, respectivamente, las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Levene arrojan valores de significación inferiores a .05 ($p < .05$). Por lo tanto, la comprobación de la posible existencia de diferencias significativas se ha realizado mediante la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal Wallis (pruebas de estadística no paramétrica).

7.4.1. Pruebas de homocedasticidad

Para poder decidir si en la investigación podríamos hacer uso o no de técnicas de estadística paramétrica se procedió a realizar análisis de homocedasticidad. Los análisis de homocedasticidad o de igualdad de varianzas nos permitirá reconocer si los grupos analizados

poseen o no la misma varianza, y por lo tanto asumir o no la hipótesis nula (en la que se considera que los grupos no son diferentes). En segundo lugar, realizamos el procedimiento estadístico de análisis de varianza mediante la prueba Kolmogorov- Smirnov.

En relación al cuestionario OCAT- Familias, al obtener un valor significativo ($p \leq .005$) en todas las variables se rechaza la hipótesis nula (no podemos afirmar que la muestra se ajusta a una distribución normal de la población) por lo que haremos uso de estadística no paramétrica en el análisis de datos (Anexo 6).

Del mismo modo, al obtener un valor significativo ($p \leq .005$) en casi todas las variables analizadas del cuestionario OCAT-Profesionales se rechaza la hipótesis nula (Anexo 6).

CAPÍTULO VI

Resultados

1. Objetivo 3

Objetivos relacionados:

3) Analizar cómo los distintos Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana articulan el ejercicio del asesoramiento sobre los distintos agentes, así como las relaciones de coordinación de los profesionales de los CDIAT con otros agentes implicados del ámbito educativo y sanitario, desde la perspectiva de las familias y los propios profesionales.

1.1. Cuestionario OCAT-Familias

En este apartado se presentan los datos relacionados con el análisis descriptivo de todos los ítems del cuestionario OCAT- Familias. En el análisis descriptivo se obtuvieron resultados, en general, bastante positivos en cuanto a la percepción que las familias tienen sobre el asesoramiento y coordinación que mantienen los profesionales de los CDIAT con las familias y con otros profesionales relacionados (Tabla 6.1).

Tabla 6.1
Estadísticos descriptivos OCAT-Familias

	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DT</i>
IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas	561	1	4	3.37	.776
IT 2) Existe un tutor o profesional de caso	560	1	4	3.70	.651
IT 3) Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted	562	1	4	3.51	.710
IT 4) Cualquier profesional del CDIAT le cita si lo ve necesario	563	1	4	3.52	.788
IT 5) El tutor del CDIAT le cita	558	1	4	3.66	.645
IT 6) Puede hablar con cualquier profesional del CDIAT	568	1	4	3.74	.512
IT 7) Escuchan las inquietudes que se plantea	568	1	4	3.82	.411
IT 8) Fomentan que valore pequeños avances	567	2	4	3.80	.420
IT 9) Le explican las características del niño	565	1	4	3.76	.498
IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés	565	1	4	3.61	.623
IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros	562	1	4	3.43	.783
IT 12) Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	548	1	4	3.44	.763
IT 13) Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar	559	1	4	3.46	.734
IT 14) Le informan sobre avances del niño	571	1	4	3.74	.527
IT 15) Le informan sobre becas y ayudas	542	1	4	3.01	1.076
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	550	1	4	3.09	.994
IT 17) Le facilitan información sobre escolarización	545	1	4	3.34	.904
IT 18) Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación	560	1	4	3.53	.654
IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	565	1	4	3.54	.628

IT 20) Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	570	1	4	3.61	.652
IT 21) Le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP	421	1	4	2.75	1.158
IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	425	1	4	3.25	.920
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan	420	1	4	3.30	.858
N válido (según lista)	341				

Como se ha comentado, en general, la percepción de los padres es bastante positiva, aunque a nivel de puntuaciones medias existen una serie de ítems que obtienen medias inferiores (Figura 6.1.). Los ítems que obtuvieron medias inferiores son:

- Ítem 21 ($M=2.75$, $DT=1.158$): referido a la incidencia de reuniones que los profesionales de Atención Temprana realizan conjuntamente con los educadores o maestros de centros educativos con las familias, siendo el único ítem que obtiene una media situada entre las categorías *Poco* (2) y *Bastante* (3). Gráficamente, apreciamos en la Figura 6.1. que la puntuación media de este ítem es la más baja de todas las cuestiones planteadas.
- Ítem 15 ($M=3.01$, $DT=1.076$): relacionado con la información sobre las ayudas externas (becas, subsidios, etc.) que pueden recibir las familias con niños usuarios de Atención Temprana.
- Ítem 16 ($M=3.09$, $DT=.994$): referido a la información sobre otras instituciones (asociaciones, federaciones, servicios sociales, etc.) que los profesionales de Atención Temprana facilitan a las familias.

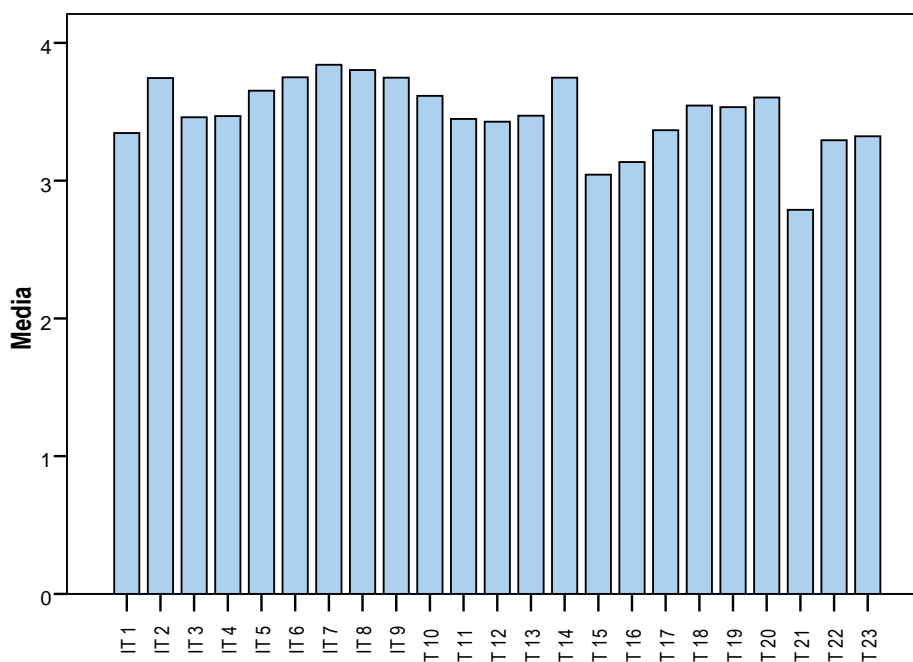


Figura 6.1. Medias OCAT-Familias.

A continuación, presentamos la Tabla 6.2 en la que se puede observar estadísticos descriptivos en las dimensiones de asesoramiento y coordinación del cuestionario OCAT-Familias. La media de los ítems referidos a asesoramiento ($M=3.50$, $DT=.49$) es superior a aquellos referidos a coordinación en los que se observa del mismo modo una mayor desviación típica ($M=3.1052$; $DT=.850055$). Es decir, las familias perciben de manera más positiva el asesoramiento en general recibido por parte de los profesionales del CDIAT que la coordinación que estos profesionales mantienen entre sí y con otros agentes.

Tabla 6.2

Estadísticos descriptivos de dimensiones de asesoramiento y coordinación en OCAT-Familias

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DT</i>
Asesoramiento	571	1.40	4.00	3.5071	.49471
Coordinación educ.	434	1.00	4.00	3.1052	.85055
N válido (según lista)	434				

1.2. Cuestionario OCAT-Profesionales

En el análisis descriptivo se obtuvieron resultados fueron bastante variables en los ítems analizados en el cuestionario OCAT-Profesionales, sobre todo en contraste con la homogeneidad de resultados del cuestionario OCAT- Familias (Tabla 6.4). También cabe decir, que en el cuestionario OCAT-Profesionales, se establecieron una serie de ítems de tipo dicotómico relativos a la organización del CDIAT en relación a la atención a las familias y la coordinación con otros profesionales (Tabla 6.3).

Tabla 6.3
Variables dicotómicas en OCAT-Profesionales

Variables		f	%
1) Tiempo en horario para comunicarse con las familias	Si	173	80.1
	No	37	17.1
	Total	210	97.2
	Perdidos	6	2.8
2) Tiempo en horario para coordinarse con otros profesionales del CDIAT	Si	193	89.4
	No	20	9.3
	Total	213	98.6
	Perdidos	3	1.4
3) ¿Existe la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso?	Si	175	81.8
	No	39	18.1
	Total	214	99.1
	Perdidos	2	.9
21) ¿Existe la figura del coordinador de Escuelas Infantiles?	Si	101	48.8
	No	93	43.1
	Total	194	89.8
	Perdidos	22	10.2
22) ¿Existe la figura del coordinador con CEIP y EOEP?	Si	118	54.6
	No	71	32.9
	Total	189	87.5
	Perdidos	27	12.5

23) ¿Existe la figura del coordinador con ámbito social y sanitario?	Si	112	51.9
	No	71	32.9
	Total	183	84.7
	Perdidos	33	15.3

Los resultados obtenidos de frecuencias y porcentajes en las variables dicotómicas muestran que un gran porcentaje de profesionales de los CDIAT (80.1%) especifican que en sus centros de trabajo existe un horario específico para hablar con las familias, además de un tiempo específico considerado en la organización para poder comunicarse con otros profesionales del CDIAT (89.4%). También los profesionales de los CDIAT, en su mayoría, expresan que en sus CDIAT existe la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso (81.8%). Por otro lado, en cuanto las variables referidas a presencia de figuras específicas para la coordinación con Escuelas Infantiles, EOEP, CEIP y profesionales del ámbito sanitario y social, los datos expresan que aproximadamente en la mitad de los casos datos analizados existen estas figuras.

Tabla 6.4
Estadísticos descriptivos OCAT-Profesionales

	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DT</i>
IT 4) Dispone de tiempo para comunicarse con las familias	209	1	4	2.87	.839
IT 5) Comunicación por iniciativa suya	214	1	4	3.12	.438
IT 6) Comunicación por iniciativa de las familias	210	2	4	2.70	.594
IT 7) Fomenta valoración de los avances del niño	213	1	4	3.55	.552
IT 8) Explica dificultades del niño	214	1	4	3.51	.587
IT 9) Comenta los posibles problemas futuros del niño	214	1	4	2.88	.766
IT 10) Informa sobre los avances	214	2	4	3.65	.516
IT 11) Apoya en situaciones de estrés	214	2	4	3.32	.616
IT 12) Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares	215	1	4	2.82	.742
IT 13) Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar	214	2	4	3.09	.706
IT 14) Informa sobre escolarización	214	1	4	2.92	.905
IT 15) Informa sobre becas y ayudas	211	1	4	2.29	.956
IT 16) Informa sobre instituciones o servicios	211	1	4	2.68	.856
IT 17) Considera las necesidades a la familia en los objetivos	213	2	4	3.28	.654
IT 18) Escucha sus inquietudes	215	2	4	3.63	.502
IT 19) Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones	214	2	4	3.26	.577
IT 20) Trabaja con las familias el desarrollo de sus competencias	214	1	4	3.07	.692
IT 24) Se presenta al niño a los profesionales de las E.I	189	1	4	2.58	1.047
IT 25) Se dispone de tiempo para comunicarse con los profesionales de E.I	198	1	4	2.74	.760
IT 26) Se informa de los avances del niño a profesionales de E.I.	196	2	4	2.90	.706
IT 27) Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de E.I	195	1	4	2.86	.696
IT 28) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de E.I.	197	2	4	3.20	.675
IT 29) Se escuchan las inquietudes de los profesionales de E.I.	198	1	4	3.22	.675
IT 30) Se ofrecen pautas de intervención a profesionales de E.I.	197	2	4	3.18	.695

IT 31) Detecta si los profesionales de las Eis ponen en práctica orientaciones	197	1	4	2.70	.733
IT 32) Se coordina con profesionales de EOEP que atiende E.I.	194	1	4	2.89	.941
IT 33) Se presenta el niño a los profesionales del CEIP	193	1	4	2.78	1.038
IT 34) Se dispone de tiempo para comunicarse con profesionales de CEIP	196	1	4	2.84	.774
IT 35) Se informa sobre los avances del niño a profesionales de CEIP	194	1	4	2.89	.787
IT 36) Se consensuan objetivos a conseguir con profesionales de CEIP	195	1	4	2.86	.725
IT 37) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de CEIP	195	1	4	3.17	.686
IT 38) Escucha inquietudes de profesionales del Centro Escolar	193	1	4	3.20	.733
IT 39) Ofrece pautas de intervención con el niño al Centro Escolar	195	1	4	3.08	.725
IT 40) Detecta si los profesionales del CEIP ponen en práctica sus orientaciones	193	1	4	2.60	.785
IT 41) Se coordina con profesionales de los EOEP que atienden a los CEIP	193	1	4	2.96	.871
IT 42) Su CDIAT se comunica con profesionales sanitarios	193	1	4	2.78	.741
IT 43) Se intercambia información sobre casos con profesionales sanitarios	193	1	4	2.75	.831
IT 44) Hay coordinación con recursos sanitarios	193	1	4	2.88	.842
IT 45) Hay devolución de información a sanitarios sobre niños del CDIAT	192	1	4	2.79	.857
N válido (según lista)	150				

Los resultados determinan que La mitad de las afirmaciones (23 ítems) presentan una media situada entre los valores 2 y 3 (Poco y Bastante), por lo que se evidencia diversidad de percepciones entre los profesionales (Figura 6.2.). Algunos de los ítems que destacan por presentar puntuaciones inferiores al resto serían los siguientes:

- Ítem 6 ($M=2.70$, $DT=.594$): referido a la iniciativa que presentan las familias a la hora de hablar o comunicarse con los terapeutas.
- Ítem 15 ($M=2.29$, $DT=.956$): relacionado con la información sobre las ayudas externas (becas, subsidios, etc) que pueden recibir las familias con niños usuarios de Atención Temprana.
- Ítem 16 ($M=2.68$, $DT=.856$): referido a la información sobre otras instituciones (asociaciones, federaciones, servicios sociales, etc) que los profesionales de Atención Temprana facilitan a las familias.
- Ítem 24 ($M=2.58$, $DT=1.047$): relacionado con la presentación al equipo de educadores, por parte de los profesionales de Atención Temprana, del caso del niño una vez que se escolariza en escuelas o centros de Educación Infantil

- Ítem 25 ($M=2.74$, $DT=.760$): referido al tiempo que disponen los profesionales de Atención Temprana para comunicarse con profesionales de Escuelas Infantiles
- Ítem 40 ($M=2.60$, $DT=.785$): relacionado con el seguimiento que hacen los profesionales de Atención Temprana de las orientaciones que facilitan a maestros de Centros de Educación Infantil y Primaria.

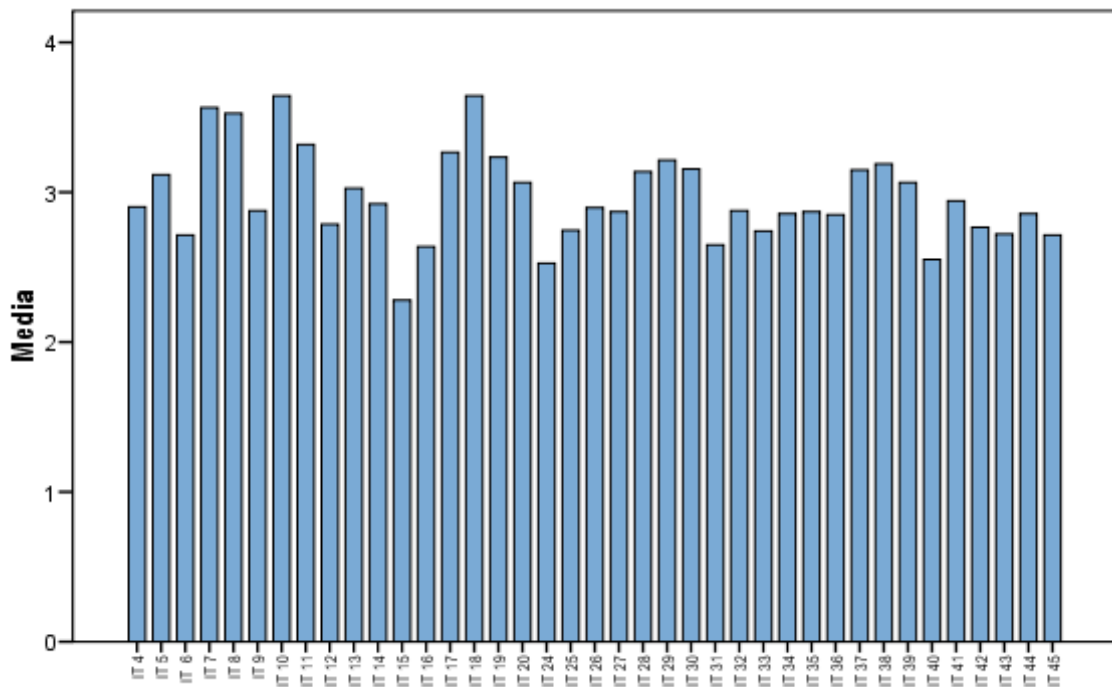


Figura 6.2.. Medias OCAT-Profesionales.

Seguidamente, se presenta la tabla 6.5, en la que se pueden encontrar los distintos estadísticos descriptivos derivados de las distintas dimensiones del cuestionario OCAT-Profesionales en cuanto a asesoramiento a familias y coordinación con servicios educativos y sanitarios.

Desde la perspectiva de los profesionales de los CDIAT participantes, la valoración de sus propias actuaciones de asesoramiento ($M=3.12$, $DT=.42$) a las familias resulta positiva (rodeando la opción “bastante”).

En relación a la dimensión coordinación, la valoración media más elevada se presenta en las relaciones de coordinación que se establecen con CEIP ($M=2.94$), mientras que la coordinación con servicios sanitarios obtiene la puntuación media más baja ($M=2.82$).

Tabla 6.5

Estadísticos descriptivos de dimensiones de asesoramiento y coordinación en OCAT-Profesionales

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DT</i>
Asesoramiento a fam.	216	2.00	4.00	3.1283	.42146
Coord. Esc. Infantiles	198	1.56	4.00	2.9245	.55392
Coord. CEIP	197	1.22	4.00	2.9409	.59863
Coord. EOEP	189	1.00	4.00	2.9153	.84314
Coord. Prof Sanitarios	187	1.20	4.00	2.8214	.62076
N válido (según lista)	197				

2. Objetivo 4

Objetivos relacionados:

4) Analizar la existencia de diferencias en la percepción de las familias sobre el asesoramiento y coordinación de los profesionales de CDIAT, atendiendo a variables sociodemográficas (ocupación, nivel de estudios, tipo de tratamiento, edad del niño...).

2.1. Contraste de medias para k muestras independientes en OCAT-Familias

Tal y como hemos adelantado en el apartado de análisis de datos, en la exploración de diferencias significativas en el cuestionario OCAT-Familias se decidió hacer uso de la técnica de estadística no paramétrica (Prueba para K muestras independientes o Prueba H de Kruskal-Wallis). Mediante esta prueba H de Kruskal- Wallis se podrá decidir si puede aceptarse la hipótesis de que k muestras independientes proceden de poblaciones idénticas con la misma mediana. Una vez encontradas las diferencias significativas en las variables exploradas ($p \leq .05$) se procederá al procedimiento estadístico de prueba para dos variables independientes (U Mann Whitney), analizando cada categoría con el resto de categorías de las variables con diferencias significativas encontradas.

En la tabla 6.6 que se presentan a continuación se encontrarán los estudios realizados de todas estas variables en relación a los distintos ítems o variables dependientes del cuestionario. Han sido subrayados aquellos ítems en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6.6
Pruebas H de Kruskal-Wallis de variables independientes

Variable independiente: parentesco con el niño																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	.504	1.500	1.986	1.627	1.895	.811	1.191	.363	.034	.170	.441	.676	.566	.013	4.838	.921	.742	1.610	.149	1.334	2.964	3.183	2.596
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. Asint	.777	.472	.371	.443	.388	.667	.551	.834	.983	.919	.802	.713	.753	.994	.089	.631	.690	.447	.928	.513	.227	.204	.273
Variable independiente: número de hermanos																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	6.686	5.725	6.705	5.752	9.232	9.556	3.241	9.113	4.037	13.08	8.496	9.466	6.725	2.441	3.594	7.251	5.981	5.279	9.522	7.869	6.415	8.735	5.253
gl	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Sig. Asint	.351	.455	.349	.452	.161	.145	.778	.167	.672	.042	.204	.149	.347	.875	.731	.298	.425	.509	.146	.248	.378	.189	.512
Variable independiente: edad de la persona que responde al cuestionario																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	5.006	.615	7.294	1.846	1.698	1.586	3.995	10.33	6.445	6.986	8.036	5.940	3.725	4.414	3.464	2.015	8.140	8.410	10.70	4.160	3.658	4.839	5.949
gl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Sig. Asint	.287	.961	.121	.764	.791	.811	.407	.035	.168	.137	.090	.204	.444	.353	.483	.733	.087	.078	.030	.385	.454	.304	.203

Variable independiente: tiempo de tratamiento en Atención Temprana

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	
Chi-cuadrado	11.84	1.321	6.261	4.732	.349	10.64	11.66	1.060	6.551	11.39	8.549	4.555	6.526	4.666	2.197	2.107	1.616	6.212	12.55	7.413	.038	9.763	9.287	
gl	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Sig. Asint	.008	.724	.100	.193	.951	.014	.009	.787	.088	.010	.036	.207	.089	.198	.533	.551	.656	.102	.006	.060	.998	.021	.026	

Variable independiente: escolarización

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	
Chi-cuadrado	11.57	4.893	5.641	3.513	2.587	1.020	1.351	1.535	8.241	3.710	4.426	2.021	1.060	3.193	2.412	2.431	.639	4.340	10.47	5.129	.670	2.139	7.782	
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. Asint	.003	.087	.060	.173	.274	.600	.509	.464	.016	.156	.109	.364	.589	.203	.299	.297	.727	.114	.005	.077	.715	.343	.020	

Variable independiente: nivel de estudios del padre

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	
Chi-cuadrado	8.643	7.275	7.868	1.066	8.928	4.470	2.456	4.072	9.099	2.398	12.82	12.41	2.687	5.292	12.55	15.00	7.029	6.911	4.458	4.508	5.959	9.733	6.293	
gl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Sig. Asint	.071	.122	.097	.900	.063	.346	.652	.396	.059	.663	.012	.015	.612	.259	.014	.005	.134	.141	.347	.342	.202	.045	.178	

Variable independiente: nivel de estudios de la madre																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	10.214	9.740	5.512	6.171	8.839	3.576	5.963	4.558	3.525	5.098	9.099	9.007	9.298	6.838	9.654	15.49	15.04	9.846	2.923	3.168	11.74	7.843	10.21
gl	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Sig. Asint	.037	.045	.239	.187	.065	.466	.202	.336	.474	.277	.059	.061	.054	.145	.047	.004	.005	.043	.571	.530	.019	.097	.037

Variable independiente: situación laboral del padre																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	5.488	4.849	5.813	2.894	8.081	2.201	2.716	5.512	3.503	3.968	6.346	9.089	6.248	3.264	12.52	5.488	4.849	5.813	2.894	8.081	2.201	2.716	5.512
gl	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Sig. Asint	.139	.183	.121	.408	.044	.532	.438	.138	.320	.265	.096	.028	.100	.353	.006	.139	.183	.121	.408	.044	.532	.438	.138

Variable independiente: situación laboral de la madre																							
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23
Chi-cuadrado	2.330	2.953	.956	.840	5.734	2.041	.717	2.339	1.369	1.323	1.411	.414	2.330	2.953	.956	.840	5.734	2.041	.717	2.339	1.369	1.323	1.411
gl	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Sig. Asint	.507	.399	.812	.840	.125	.564	.869	.505	.713	.724	.703	.937	.507	.399	.812	.840	.125	.564	.869	.505	.713	.724	.703

2.2. Contraste de medias para dos muestras independientes en OCAT-Familias

En relación a la variable *número de hijos* (Tabla 6.7) únicamente se encontraron diferencias significativas en aquellas familias que tenían dos hijos respecto a aquellas que tenían cuatro hijos en el ítem referido a *Le apoyan en situaciones de estrés* ($p=.039$), con mayor rango promedio en aquellas familias que tenían cuatro hijos (Rango promedio= 175.00) respecto a las que tenían dos (Rango promedio=125.63).

Tabla 6.7

Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del número de hijos. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Número de hijos	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés	2	246	125.63	30906.00	.039
	4	7	175.00	1225.00	
	Total	253			

También fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas en la variable sociodemográfica: *edad de la persona que responde al cuestionario* (Tabla 6.8). En los ítems: *fomentan que valore los pequeños avances* ($p=.018$) y *los profesionales de Atención Temprana se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos* ($p=.010$) las personas con edades comprendidas entre los 26 y 35 años respondieron de forma más positiva que aquellas que tenían entre 36 y 45 años.

Tabla 6.8

Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función de la edad de la persona. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Edad de la persona	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 8) Fomentan que valore pequeños avances	De 26 a 35 años	201	254.14	51081.50	.018
	De 36 a 45 años	282	233.35	65804.50	
	Total	483			
IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	De 26 a 35 años	201	257.42	51741.50	.010
	De 36 a 45 años	280	229.21	64179.50	
	Total	481			

Observamos diferencias estadísticamente significativas en la variable independiente *Tiempo de tratamiento en Atención Temprana* (Tabla 6.9) en relación a siete de los ítems analizados. En todos estos ítems se observa que las familias con niños que llevan menos de un año de tratamiento en Atención Temprana valoran de forma más positiva algunas actuaciones de orientación y la coordinación que realizan los profesionales respecto a familias que tienen mayor experiencia en Atención Temprana: *Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas* ($p=.16$ y $p=.003$), *escuchan las inquietudes que se plantea* ($p=.001$), *le apoyan en situaciones de estrés* ($p=.001$), *le asesoran sobre problemas futuros* ($p=.009$ y $p=.038$), *se preocupan por detectar si pone en práctica los consejos* ($p=.002$ y $p=.018$), *los profesionales de CDIAT y los educadores/maestros se coordinan* ($p=.007$) y *los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan* ($p=.021$). También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la percepción de las familias que llevan entre uno y tres años en Atención Temprana respecto a las familias que llevan entre cuatro y seis años en cuanto a la coordinación que los profesionales de los CDIAT establecen con educadores/maestros, siendo más positiva en aquellos que tienen menor trayectoria en Atención Temprana ($p=.025$).

Tabla 6.9

Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del tiempo en tratamiento de Atención Temprana. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Tiempo en tratamiento de Atención Temp.	N	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas	Menos de un año	189	250.30	47307.50	.016
	Entre 1 y 3 años	278	222.92	61970.50	
	Total	467			
	Menos de un año	189	118.07	22314.50	.003
	Entre 4 y 6 años	36	86.40	3110.50	
	Total	225			
IT 7) Escuchan las inquietudes que se plantea	Menos de un año	190	253.90	48241.00	.001
	Entre 1 y 3 años	284	226.53	64334.00	
	Total	476			
IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés	Menos de un año	191	257.53	49187.50	.001
	Entre 1 y 3 años	281	222.21	62440.50	
	Total	472			
IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros	Menos de un año	188	253.58	47672.50	.009
	Entre 1 y 3 años	283	224.32	63483.50	
	Total	471			
	Menos de un año	188	114.73	21570.00	.038
	Entre 4 y 6 años	34	93.62	3183.00	
	Total	222			

IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	Menos de un año	189	257.01	48575.00	.002
	Entre 1 y 3 años	283	222.80	63053.00	
	Total	472			
	Menos de un año	189	116.12	21946.50	.018
	Entre 4 y 6 años	35	92.96	3253.50	
	Total	224			
IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	Menos de un año	121	83.31	10081.00	.007
	Entre 4 y 6 años	35	61.86	2165.00	
	Total	156			
	Entre 1 y 3 años	220	131.79	28993.50	.025
	Entre 4 y 6 años	35	104.19	3646.50	
	Total	255			
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan	Menos de un año	123	82.96	10203.50	.021
	Entre 4 y 6 años	34	64.69	2199.50	
	Total	157			

Fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas en la variable independiente *escolarización* (Tabla 6.10) en relación a cuatro de los ítems analizados. En los ítems con diferencias estadísticamente significativas: *tiempo en horario para comunicarse con terapeutas* ($p=.002$) y *le explican las características del niño* ($p=.005$), las familias que no tenían a su hijo escolarizado realizan una valoración más positiva que aquellas que tiene a su hijo escolarizado en escuela infantil. Del mismo modo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems: *tiempo en horario para comunicarse con terapeutas* ($p=.003$), *los profesionales de Atención Temprana se preocupan por detectar si se ponen en práctica consejos* ($p=.001$) y *los profesionales de los CDIAT y los profesionales de los EOEP se coordinan* ($p=.008$), de nuevo, con una mejor valoración de las familias que no tienen a su hijo escolarizado respecto a aquellas que tienen escolarizado a su hijo en un CEIP.

Tabla 6.10

Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de la escolarización del niño. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Escolarización	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas	Escolarizado en Escuela Infantil	134	128.37	17201.50	.002
	No escolarizado	150	155.12	23268.50	
	Total	284			
	Escolarizado en CEIP	246	186.70	45927.00	.003
	No escolarizado	150	217.86	32679.00	

	Total	396			
IT 9) Le explican las características del niño	Escolarizado en Escuela Infantil	137	133.71	18318.00	.005
	No escolarizado	150	153.40	23010.00	
	Total	287			
IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si se ponen en práctica consejos	Escolarizado en CEIP	247	186.45	46052.00	.001
	No escolarizado	150	219.67	32951.00	
	Total	397			
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP de coordinan	Escolarizado en CEIP	243	138.09	33556.50	.008
	No escolarizado	42	171.39	7198.50	
	Total	285			

En la variable *nivel de estudios del padre* (Tabla 6.11) se encontraron distintas diferencias estadísticamente significativas relacionadas con las siguientes variables: *le asesoran sobre problemas futuros*, *le explican las características del niño*, *le informan sobre becas y ayudas*, *le informan sobre instituciones o servicios* y *los profesionales del CDIAT y los maestros/educadores se coordinan*. En todas las variables descritas, en las familias en las que el padre no tiene estudios obligatorios, se manifiesta una opinión más positiva de las mismas respecto a otros padres con otros niveles de estudios. Específicamente también se manifiestan diferencias estadísticamente significativas en las variables *le asesoran sobre problemas futuros* ($p=.037$), *le explican las características del niño* ($p=.011$) y *le informan sobre becas y ayudas* ($p=.002$), en las cuales las familias en las que el padre que tiene estudios primarios se manifiesta una opinión más positiva de las mismas respecto a aquellas familias con padres con niveles de estudios universitarios.

Tabla 6.11
Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de estudios del padre. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Nivel de estudios del padre	n	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
	No completó estudios obligatorios	14	106.21	1487.00	.018
	Estudios primarios	149	79.72	11879.00	
	Total	163			
	No completó estudios obligatorios	14	88.18	1234.50	.023
	Secundaria, ESO	123	66.82	8218.50	
	Total	137			
	No completó estudios obligatorios	14	81.64	1143.00	

IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros	Bachillerato/FP superior	106	57.71	6117.00	.006
	Total	120			
	No completó estudios obligatorios	14	87.75	1228.50	.003
	Universitarios	111	59.88	6646.50	
	Total	125			
	Estudios primarios	149	137.99	20560.00	
IT 12) Le explican las características del niño	Universitarios	111	120.45	13370.00	.037
	Total	260			
	No completó estudios obligatorios	14	88.50	1239.00	.023
	Secundaria,ESO	122	66.20	8077.00	
	Total	136			
	No completó estudios obligatorios	14	79.36	1111.00	.019
IT 15) Le informan sobre becas y ayudas	Bachillerato/FP superior	107	58.60	6270.00	
	Total	121			
	No completó estudios obligatorios	14	81.57	1142.00	.010
	Universitarios	107	58.31	6239.00	
	Total	121			
	Estudios primarios	145	135.35	19625.50	
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Universitarios	107	114.51	12252.50	.011
	Total	252			
	No completó estudios obligatorios	14	101.25	1417.50	.022
	Estudios primarios	140	75.13	10517.50	
	Total	154			
	No completó estudios obligatorios	14	93.46	1308.50	.004
IT 15) Le informan sobre becas y ayudas	Secundaria,ESO,	119	63.89	7602.50	
	Total	133			
	No completó estudios obligatorios	14	77.82	1089.50	.013
	Bachillerato/FP superior	102	55.85	5696.50	
	Total	116			
	No completó estudios obligatorios	14	89.18	1248.50	.002
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Universitarios	111	59.70	6626.50	
	Total	125			
	No completó estudios obligatorios	15	109.53	1643.00	.005
	Estudios primarios	145	77.50	11237.00	
	Total	160			
	No completó estudios obligatorios	15	96.50	1447.50	.002
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Secundaria,ESO	121	65.03	7868.50	
	Total	136			
	No completó estudios obligatorios	15	85.13	1277.00	.001
	Bachillerato/FP superior	104	56.38	5863.00	
	Total	119			
	No completó estudios obligatorios	15	92.67	1390.00	.000
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Universitarios	109	58.35	6360.00	
	Total	124			

	Estudios primarios	145	134.96	19569.50	
	Universitarios	109	117.57	12815.50	.047
	Total	254			
IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	No completó estudios obligatorios	9	82.00	738.00	.049
	Estudios primarios	114	60.42	6888.00	
	Total	123			
	No completó estudios obligatorios	9	65.17	586.50	.042
	Secundaria, ESO	88	47.35	4166.50	
	Total	97			
	No completó estudios obligatorios	9	62.89	566.00	.008
	Bachillerato/FP superior	77	41.23	3175.00	
	Total	86			
	No completó estudios obligatorios	9	70.67	636.00	.014
	Universitarios	90	47.93	4314.00	
	Total	99			

En la variable *nivel de estudios de la madre* (Tabla 6.12) se encontraron distintas diferencias estadísticamente significativas relacionadas con las siguientes variables: *tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas, existe un tutor o profesional de caso, le informan sobre becas y ayudas, le informan sobre instituciones o servicios, los profesionales del CDIAT y los maestros/educadores se coordinan, las necesidades de la familia son tenidas en cuenta en la planificación de objetivos, le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o del CEIP y los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan*. En la variable *tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas* las familias en las que las madres no tienen estudios obligatorios respondieron de forma menos positiva que aquellas en las que la madre tenía estudios secundarios ($p=.025$), al igual que en la variable *le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP*, en la que las familias en las que la madre no tenía estudios respondieron de forma menos positiva que aquellas familias en las que las madres tenían estudios primarios ($p=.021$). En las familias en las que la madre tiene únicamente estudios primarios existe también una tendencia a responder positivamente respecto a familias en las que la madre presenta otros niveles educativos, específicamente, en las variables *le informan sobre instituciones o servicios, los profesionales del CDIAT y los maestros/educadores se coordinan, las necesidades de la familia son tenidas en cuenta en la planificación de objetivos, le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o del CEIP y los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan*. Del mismo modo también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables

tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas ($p=.012$), existe un tutor o profesional de caso ($p=.003$), en las familias en las que la madre tenía estudios secundarios presentaban una valoración más positiva respecto a aquellas con madres con niveles universitarios.

Tabla 6.12
Percepción de las familias de la orientación y coordinación en función del nivel de estudios de la madre. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Nivel de estudios de la madre	N	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas	No completó estudios obligatorios	13	44.65	580.50	.025
	Secundaria,ESO	113	65.67	7420.50	
	Total	126			
	Secundaria,ESO	113	160.06	18087.00	.012
Universitarios	178	137.07	24399.00		
Total	291				
IT 2) Existe un tutor o profesional de caso	Secundaria,ESO	115	159.27	18315.50	.003
	Universitarios	176	137.33	24170.50	
	Total	291			
IT 15) Le informan sobre becas y ayudas	Estudios primarios	95	151.23	14366.50	.002
	Universitarios	169	121.97	20613.50	
	Total	264			
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Estudios primarios	97	154.66	15002.50	.008
	Universitarios	171	123.06	21043.50	
	Total	268			
IT 17) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	Estudios primarios	94	111.44	10475.00	.027
	Secundaria,ESO	111	95.86	10640.00	
	Total	205			
	Estudios primarios	94	119.65	11247.00	.016
Bachillerato/FP superior	124	101.81	12624.00		
Total	218				
IT 17) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	Estudios primarios	94	154.71	14543.00	.000
	Universitarios	170	120.22	20437.00	
	Total	86			
IT 18) Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación	Estudios primarios	98	122.92	12046.00	.018
	Bachillerato/FP superior	127	105.35	13379.00	
	Total	225			
	Estudios primarios	98	150.68	14767.00	.022
Universitarios	177	130.98	23183.00		
Total	275				
IT 21) Le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP	No completó estudios obligatorios	9	24.22	218.00	.021
	Estudios primarios	69	41.49	2863.00	
	Total	78			
	Estudios primarios	69	120.93	8344.00	.025
Universitarios	137	94.72	12977.00		
Total	206				
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan	Estudios primarios	71	91.79	6517.00	.014
	Bachillerato/FP superior	93	75.41	7013.00	
	Total	164			
	Estudios primarios	71	122.06	8666.50	.001
Universitarios	136	94.57	12861.50		
Total	207				

Finalizando este apartado, también especificar que en la variable *ocupación del padre* (Tabla 6.13) se encontraron distintas diferencias estadísticamente significativas. Específicamente se puede observar que, en las familias en la que el padre actualmente está en situación de paro presentan una valoración más positiva que aquellas en las que el padre está en situación activa, en las siguientes variables: *el tutor del CDIAT le cita* ($p=.017$), *le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares* ($p=.029$), *le informan sobre ayudas y becas* ($p=.001$) y *le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño* ($p=.017$). También se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable *le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares* ($p=.033$) en las que las familias en las que el padre estaba jubilado presentaba una mejor valoración respecto a aquellas familias en las que el padre trabajaba.

Tabla 6.13
Análisis de 2 muestras independientes (*ocupación del padre*)

VARIABLES DEPENDIENTES	Ocupación del padre	n	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 5) El tutor del CDIAT le cita	Trabaja	416	240.42	100014.00	.017
	En paro	74	274.07	20281.00	
	Total	490			
IT 12) Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	Trabaja	408	206.14	84105.00	.033
	Jubilado	6	300.00	1800.00	
	Total	414			
IT 15) Le informan sobre ayudas y becas	Trabaja	408	236.27	96398.50	.029
	En paro	74	270.33	20004.50	
	Total	482			
IT 15) Le informan sobre ayudas y becas	Trabaja	403	230.03	92700.50	.001
	En paro	72	282.63	20349.50	
	Total	475			
IT 20) Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	Trabaja	425	245.18	104200.50	.017
	En paro	75	280.66	21049.50	
	Total	500			

3. Objetivo 5

Objetivos relacionados:

5) Analizar la existencia de diferencias en la percepción de los profesionales sobre el asesoramiento a las familias y coordinación con otros agentes, atendiendo a variables tales género, perfil profesional, tipo de CDIAT, años de experiencia,...

3.1. Contraste de medias para k muestras independientes en OCAT-Profesionales

En la exploración de diferencias significativas en el cuestionario OCAT-Profesionales se decidió también realizar uso de estadística no paramétrica (Prueba para K muestras independientes). Y específicamente con la Prueba H de Kruskal-Wallis. Del mismo modo que en el cuestionario de familias una vez encontradas las diferencias significativas en las variables exploradas ($p \leq .05$) se procederá al procedimiento estadístico de prueba para dos variables independientes.

En la tabla 6.14 que se presentan a continuación se encontraran los estudios realizados de todas estas variables en relación a los distintos ítems o variables dependientes del cuestionario. Han sido subrayados aquellos ítems en los que se han encontrado diferencias significativas.

Tablas 6.14
Pruebas H de Kruskal-Wallis de variables independientes

Variable independiente: género																							
	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29
Chi-cuadrado	.155	.052	.256	1.155	.018	.077	.589	.000	.224	.010	1.267	.425	.130	.218	.343	.581	.011	1.086	4.319	.007	.082	1.049	.647
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Asint	.694	.820	.613	.283	.893	.782	.443	.996	.636	.919	.260	.515	.719	.641	.558	.446	.916	.297	.038	.934	.774	.306	.421

	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 44	Ítem 45
Chi-cuadrado	.037	.503	.772	.294	.481	.161	.114	.071	.645	.113	.180	.079	.199	.287	.102	.384
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Asint	.847	.478	.380	.588	.488	.689	.736	.791	.422	.737	.671	.779	.655	.592	.749	.535

Variable independiente: tipo/dependencia del CDIAT																								
	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29	
Chi-cuadrado	3.60	2.296	4.165	8.430	4.920	1.243	4.524	.943	.363	5.162	3.399	6.696	5.208	1.695	.585	3.898	2.872	10.12	2.364	.109	1.915	1.132	.980	
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. Asint	.165	.317	.125	.015	.085	.537	.104	.624	.834	.076	.183	.035	.074	.428	.746	.142	.238	.006	.307	.947	.384	.568	.613	

	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 44	Ítem 45
Chi-cuadrado	1.071	2.121	.799	11.00	2.752	.577	1.127	.532	1.173	2.122	.863	5.568	4.662	4.638	2.685	2.318
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. Asint	.585	.346	.671	.004	.253	.749	.569	.766	.556	.346	.649	.062	.097	.098	.261	.314

Variable independiente: perfil profesional																							
	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29
Chi-cuadrado	1.19	.758	.012	.169	4.98	8.854	7.075	.105	5.012	18.34	22.91	14.46	4.228	.006	.824	6.067	2.634	1.132	2.033	2.356	.334	.189	.010
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Asint	.275	.384	.914	.681	.026	.003	.008	.746	.025	.000	.000	.000	.040	.938	.364	.014	.105	.287	.154	.125	.564	.663	.920

	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 44	Ítem 45
Chi-cuadrado	.055	.060	.008	.254	1.832	1.447	.216	.002	.302	.615	.369	.172	1.026	2.190	.118	1.771
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. Asint	.814	.807	.928	.614	.176	.229	.642	.965	.583	.433	.543	.679	.311	.139	.731	.183

Variable independiente: años de experiencia en Atención Temprana

	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29
Chi-cuadrado	7.370	3.931	1.428	5.978	6.491	2.860	12.56	2.536	6.133	4.606	9.023	6.227	9.889	2.031	7.576	4.451	6.221	3.847	4.018	2.476	2.390	5.472	7.072
gl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sig. Asint	.195	.559	.921	.308	.261	.721	.028	.771	.293	.466	.108	.285	.078	.845	.181	.486	.285	.572	.547	.780	.793	.361	.215

	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 44	Ítem 45
Chi-cuadrado	2.909	7.841	6.900	9.926	4.837	8.202	6.193	5.860	5.803	3.555	5.343	5.232	3.216	.533	12.26	10.57
gl	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Sig. Asint	.714	.165	.228	.077	.436	.145	.288	.320	.326	.615	.376	.388	.667	.991	.031	.060

3.2. Contraste de medias para dos muestras independientes en OCAT-Profesionales

Respecto a las diferencias en la percepción de los profesionales de CDIAT sobre la orientación y coordinación, presentamos a continuación las diferencias existentes con respecto al género de dichos profesionales participantes.

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.15, existen diferencias estadísticamente significativas en función del género del profesional, a favor de las mujeres, únicamente en el ítem *Se dispone de tiempo para comunicarse con los profesionales de E.I.* . Es decir, las profesionales mujeres perciben en mayor medida que se dispone de tiempo suficiente para comunicarse con los profesionales de E.I., que los profesionales varones.

Tabla 6.15

Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del género. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Género	n	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 25) Se dispone de tiempo para comunicarse con los profesionales de E.I	Mujer	176	99.99	17597.50	.038
	Varón	18	73.19	1317.50	
	Total	194			

Podemos apreciar diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los profesionales según el tipo de CDIAT de procedencia en cuatro de los ítems estudiados. En tres de ellos, las diferencias se sitúan a favor de los profesionales de centros municipales frente a los dependientes de asociaciones de familias: *Fomenta la valoración de los avances del niño* ($p=.004$); *Informa sobre becas y ayudas* ($p=.045$); *Se presenta al niño a los profesionales del CEIP* ($p=.007$). También se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los profesionales de centros municipales respecto a los de centros privados/concertados, presentando una valoración más positiva los primeros, en los ítems: *Informa sobre becas y ayudas* ($p=.023$) y *Se presenta al niño a los profesionales de las E.I.* ($p=.039$). Además, la Tabla 6.16 muestra las diferencias existentes entre la percepción de los profesionales de centros dependientes de asociaciones y los pertenecientes a centros privados/concertados, que aparecen en los ítems: *Se presenta al niño a los profesionales de las E.I.* ($p=.003$) y *Se presenta*

al niño a los profesionales del CEIP ($p=.019$), siendo en ambos casos la percepción de los profesionales de centros de asociaciones más elevada que las de profesionales de centros privados/concertados.

Tabla 6.16

Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del tipo de CDIAT. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Tipo de CDIAT	n	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)	
IT 7) Fomenta valoración de los avances del niño	Municipal	59	97.94	5778.50	.004	
	Dependiente de asociación de padres	110	78.06	8586.50		
	Total	169				
IT 15) Informa sobre becas y ayudas	Municipal	59	93.09	5492.50	.045	
	Dependiente de asociación de padres	107	78.21	8368.50		
	Total	166				
	Municipal	59	39.60	2336.50		.023
Privado	14	26.04	364.50			
IT 24) Se presenta al niño a los profesionales de las E.I	Total	73			.039	
	Municipal	45	30.64	1379.00		
	Privado	11	19.73	217.00		
	Total	56				
	Dependiente de asociación de padres	103	60.38	6219.50		.003
Privado	11	30.50	335.50			
Total	114					
IT 33) Se presenta el niño a los profesionales del CEIP	Municipal	48	62.23	2987.00	.007	
	Dependiente de asociación de padres	102	81.75	8338.00		
	Total	150				
	Dependiente de asociación de padres	102	59.26	6045.00		.019
	Privado	11	36.00	396.00		
	Total	113				

Recordemos que en la variable perfil profesional distinguíamos dos categorías, por un lado, profesionales con un perfil profesional del ámbito sanitario (logopedas, fisioterapeutas) y, por otro, aquellos que presentan un perfil profesional ligado al ámbito socioeducativo (psicopedagogía, psicología, psicomotricistas). Tal y como podemos apreciar en la Tabla 6.17, podríamos diferenciar un grupo de ítems en los que la valoración de los profesionales del ámbito sanitario es significativamente mayor que la de los profesionales del ámbito socioeducativo, presentando diferencias en este sentido, los siguientes ítems: *Explica dificultades del niño* ($p=.026$), *Comenta los posibles problemas futuros del niño* ($p=.003$), *Informa sobre los avances* ($p=.008$), *Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones* ($p=.014$). Mientras,

encontramos una percepción significativamente superior de los profesionales del ámbito socioeducativo respecto de los del ámbito sanitario, en los siguientes ítems: *Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares* ($p=.025$), *Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar* ($p<.000$), *Informa sobre escolarización* ($p<.000$), *Informa sobre becas y ayudas* ($p<.000$), *Informa sobre instituciones o servicios* ($p=.040$).

Tabla 6.17

Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función del perfil profesional. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Perfil profesional	n	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 8) Explica dificultades del niño	Ámbito sanitario	114	112.39	12813.00	.026
	Ámbito socioeducativo	95	96.13	9132.00	
	Total	209			
IT 9) Comenta los posibles problemas futuros del niño	Ámbito sanitario	115	115.47	13279.50	.003
	Ámbito socioeducativo	94	92.19	8665.50	
	Total	209			
IT 10) Informa sobre los avances	Ámbito sanitario	115	113.26	13025.00	.008
	Ámbito socioeducativo	94	94.89	8920.00	
	Total	209			
IT 12) Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares	Ámbito sanitario	115	97.58	11221.50	.025
	Ámbito socioeducativo	95	115.09	10933.50	
	Total	210			
IT 13) Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar	Ámbito sanitario	114	89.97	10257.00	.000
	Ámbito socioeducativo	95	123.03	11688.00	
	Total	209			
IT 14) Informa sobre escolarización	Ámbito sanitario	114	87.62	9989.00	.000
	Ámbito socioeducativo	95	125.85	11956.00	
	Total	209			
IT 15) Informa sobre becas y ayudas	Ámbito sanitario	112	89.81	10059.00	.000
	Ámbito socioeducativo	94	119.81	11262.00	
	Total	206			
IT 16) Informa sobre instituciones o servicios	Ámbito sanitario	112	89.81	10059.00	.040
	Ámbito socioeducativo	94	119.81	11262.00	
	Total	206			
IT 19) Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones	Ámbito sanitario	115	113.03	12998.00	.014
	Ámbito socioeducativo	94	95.18	8947.00	
	Total	209			

Tal y como podemos observar en la Tabla 6.18, se aprecia una tendencia estadísticamente significativa a valorar más positivamente en dos ítems, a favor siempre de los profesionales con menor experiencia frente a los de mayor número de años de experiencia profesional. En concreto, las diferencias se presentan en el ítem *Informa sobre los avances*, entre los profesionales más noveles que llevan de 0 a 5 años frente a los de 15 a 20 años ($p=.003$), entre los de 6 a 10 años de experiencia y los que tienen entre 15 y 20 años ($p=.049$) y entre los de 11

a 15 años y los de 15 a 20 años ($p=.005$). Siguiendo el sentido de estas diferencias, encontramos que en el ítem Hay coordinación con recursos sanitarios, los profesionales de mayor número de años de experiencia presentan una valoración significativamente inferior que los profesionales con un menor número de años de experiencia; en concreto, apreciamos diferencias estadísticamente significativas en este ítem entre los profesionales de 6 a 10 años y los de 21 a 25 años ($p=.033$), entre los de 11 a 15 años y los de 15 a 20 años ($p=.034$) y entre los de 11 a 15 años y los de 21 a 25 años de experiencia profesional ($p=.001$).

Tabla 6.18

Percepción de los profesionales de la orientación y coordinación en función de los años de experiencia en CDIAT. Prueba para 2 muestras independientes

VARIABLES DEPENDIENTES	Años de experiencia en el CDIAT	<i>n</i>	Rango promedio	Suma de rangos	Sign.asintót. (bilateral)
IT 10) Informa sobre los avances	De 0 a 5 años	60	44.18	2651.00	.003
	De 15 a 20 años	20	29.45	589.00	
	Total	80			
	De 6 a 10 años	67	46.51	3116.00	.049
	De 15 a 20 años	20	35.60	712.00	
	Total	87			
IT 44) Hay coordinación con recursos sanitarios	De 11 a 15 años	32	30.42	973.50	.005
	De 15 a 20 años	20	20.23	404.50	
	Total	52			
	De 6 a 10 años	64	41.30	2643.50	.033
	De 21 a 25 años	13	27.65	359.50	
	Total	77			
IT 44) Hay coordinación con recursos sanitarios	De 11 a 15 años	31	27.31	846.50	.034
	De 15 a 20 años	17	19.38	329.50	
	Total	48			
	De 11 a 15 años	31	26.10	809.00	.001
	De 21 a 25 años	13	13.92	181.00	
	Total	44			

4. Objetivo 6

Objetivos relacionados:

6) Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la orientación que los profesionales de Atención Temprana realizan.

En este apartado se realizarán los análisis de los ítems referidos al asesoramiento y seguimiento que los profesionales de los CDIAT realizan con las familias, comparándose la percepción de éstas con las mismas percepciones de los profesionales (Tabla 6.19).

Tabla 6.19

Estadísticos descriptivos, en cuanto a ítems de asesoramiento, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales

	Perfil de la persona que contesta	n	M	DT
Tiempo en horario para la comunicación familia- terapeuta	Familia	561	3.37	.776
	Profesional	209	2.87	.839
Se fomenta que se valoren pequeños avances del niño	Familia	567	3.80	.420
	Profesional	213	3.55	.552
Se explican las características del niño	Familia	565	3.76	.498
	Profesional	214	3.51	.587
Se asesora sobre problemas futuros del niño	Familia	562	3.43	.783
	Profesional	214	2.88	.766
Se informa sobre avances del niño	Familia	571	3.74	.527
	Profesional	214	3.65	.516
Se apoya a la familia en situaciones de estrés	Familia	565	3.61	.623
	Profesional	214	3.32	.616
Se orienta sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	Familia	548	3.44	.763
	Profesional	215	2.82	.742
Se asesora sobre aspectos relacionados con la forma de educar	Familia	559	3.46	.734
	Profesional	214	3.09	.706
Se facilita información sobre escolarización	Familia	545	3.34	.904
	Profesional	214	2.92	.905
Se informa sobre becas y ayudas	Familia	542	3.01	1.076
	Profesional	211	2.29	.956
Se informa sobre instituciones o servicios relacionados	Familia	550	3.09	.994

	Profesional	211	2.68	.856
Las necesidades de la familia son tenidas en cuenta en la planificación	Familia	560	3.53	.654
	Profesional	213	3.28	.654
Se escuchan las inquietudes de la familia	Familia	568	3.82	.411
	Profesional	215	3.63	.502
Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	Familia	565	3.54	.628
	Profesional	214	3.26	.577
Se ayuda a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	Familia	570	3.61	.652
	Profesional	214	3.07	.692

Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) en todos los ítems explorados (Tabla 6.20). Se puede observar que las familias, en las cuestiones referidas al asesoramiento que reciben de los profesionales de los CDIAT presentan una mejor valoración en comparación con los profesionales que dan tratamiento a sus hijos (Figura 6.3).

Tabla 6.20

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias, en cuanto a asesoramiento, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales

	Perfil de la persona que contesta	n	Rango promedio	Sig. Asintót. (bilateral)
Tiempo en horario para la comunicación familia- terapeuta	Familia	561	420.20	.000
	Profesional	209	292.34	
Se fomenta que se valoren pequeños avances del niño	Familia	567	415.39	.000
	Profesional	213	324.25	
Se explican las características del niño	Familia	565	414.26	.000
	Profesional	214	325.94	
Se asesora sobre problemas futuros del niño	Familia	562	430.32	.000
	Profesional	214	278.67	
Se informa sobre avances del niño	Familia	571	403.71	.004
	Profesional	214	364.42	
Se apoya a la familia en situaciones de estrés	Familia	565	418.02	.000
	Profesional	214	316.02	
Se orienta sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	Familia	548	429.98	.000
	Profesional	215	261.99	
Se asesora sobre aspectos relacionados con la forma de educar	Familia	559	418.68	.000
	Profesional	214	304.25	
Se facilita información sobre escolarización	Familia	545	409.73	.000

Se Informa sobre becas y ayudas	Profesional	214	394.29	
	Familia	542	416.61	.000
Se informa sobre instituciones o servicios relacionados	Profesional	211	275.24	
	Familia	550	409.46	.000
Las necesidades de la familia son tenidas en cuenta en la planificación	Profesional	211	306.82	
	Familia	560	410.67	.000
Se escuchan las inquietudes de la familia	Profesional	213	324.76	
	Familia	568	412.36	.000
Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	Profesional	215	339.06	
	Familia	565	418.36	.000
Se ayuda a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	Profesional	214	315.13	
	Familia	570	437.17	.000

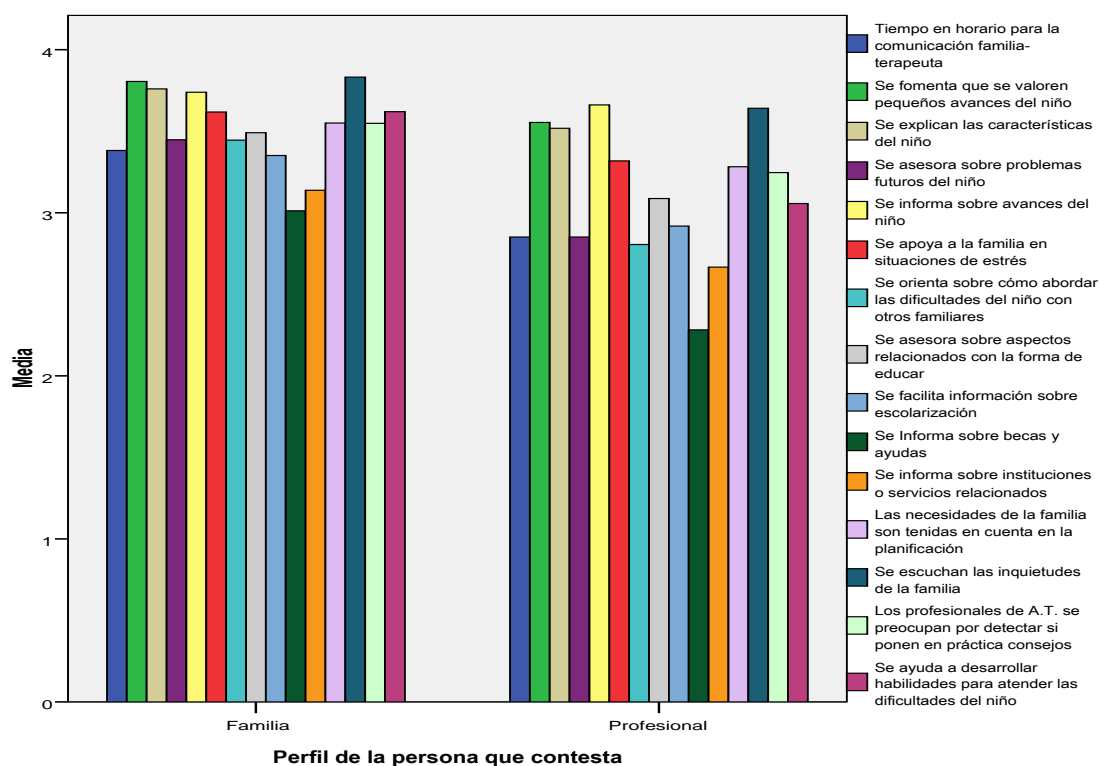


Figura 6.3. Gráfico de contraste de media por ítems de asesoramiento en OCAT-Familias y OCAT-Profesionales.

5. Objetivo 7

Objetivos relacionados:

7) Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la coordinación que estos mismos profesionales realizan con instituciones educativas.

Seguidamente, se presentan los resultados relacionados con la percepción que manifiestan los profesionales de los CDIAT y las familias (Tabla 6.22) respecto la coordinación que se mantienen con distintas instituciones educativas (Escuelas Infantiles, Centros de Educación Infantil y Primaria, y Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica).

Tabla 6.21

Estadísticos descriptivos, en cuanto a coordinación, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales

	Perfil de la persona que contesta	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Coordinación con Escuelas Infantiles	Familia	421	2.7506	1.15760
	Profesional	198	2.9245	.55392
Coordinación con CEIP	Familia	425	3.2541	.91959
	Profesional	197	2.9409	.59863
Coordinación con EOEP	Familia	420	3.3000	.85765
	Profesional	198	2.9329	.55030

En los resultados obtenidos (Tabla 6.22), mediante la prueba de Kruskal-Wallis, se manifiestan diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) en la percepción que tienen los profesionales de CDIAT y las familias con la coordinación con CEIP ($p = .000$) y EOEP ($p = .000$), pero no respecto a la coordinación que se realiza con Escuelas Infantiles ($p = .831$).

Tabla 6.22

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias, en cuanto a coordinación, en cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales

	Perfil de la persona que contesta	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	Sig. Asintót. (bilateral)
Coordinación con Escuelas Infantiles	Familia	421	308.97	.831
	Profesional	198	312.20	
Coordinación con CEIP	Familia	425	343.24	.000
	Profesional	197	243.02	
Coordinación con EOEP	Familia	420	346.58	.000
	Profesional	198	230.85	

6. Objetivo 8

Objetivos relacionados:

8) Determinar la existencia de perfiles de familias en cuanto a su percepción del asesoramiento y coordinación de los profesionales de los CDIAT.

Los resultados (Tabla 6.23 y 6.24) muestran dos perfiles de familias en función de su valoración del asesoramiento que reciben de los profesionales de los CDIAT, así como de su opinión respecto a la coordinación de dichos profesionales con otros agentes educativos. En ambos perfiles se agrupa el 61.6% de las familias participantes ($n=571$).

Tabla 6.23
Distribución de conglomerados en OCAT- Familias

		<i>n</i>	% de combinados	% del total
Conglomerado	1	197	56.0	34.5
	2	155	44.0	27.1
	Combinados	352	100.0	61.6
Casos excluidos		219		38.4
Total		571		100

Tabla 6.24
Media y desviación típica en conglomerados en dimensiones: asesoramiento y coordinación, en OCAT-Familias

		Asesoramiento		Coordinación	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Conglomerado	1	3.5722	.46129	3.2572	.77178
	2	3.3803	.51736	2.8538	.90440
	Combinados	3.4877	.49534	3.0795	.85540

En la Tabla 6.24 apreciamos los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) que presentan cada uno de los conglomerados o clúster obtenidos, así como la media global de todas las familias consideradas en la constitución de ambos grupos. En general, observando la fila de Combinados los resultados evidencian que la media del Asesoramiento del profesional de Atención Temprana percibida por las familias es elevada ($M=3.48$ sobre 4; $DT=.49$), mientras que la media obtenida en la dimensión Coordinación es media-alta ($M=3.07$; $DT=0.85$).

A continuación, la Tabla 6.25 recoge las frecuencias y porcentajes de cada una de las categorías de las cuatro variables cualitativas consideradas para la constitución de los conglomerados, Estudios del padre, Estudios de la madre, Ocupación del padre y Ocupación de la madre.

Tabla 6.25
Descriptivos de las variables categóricas de las familias por conglomerados. Frecuencias y porcentajes

CONGLOMERADOS POR SITUACIÓN LABORAL											
		Trabaja		Jubilado		En paro		Estudiante			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
OCUPACIÓN DEL PADRE											
Conglomerado	1	147	49.5	3	100	46	97.9	1	20		
	2	150	50.5	0	0	1	2.1	4	80		
	Combinados	297	100	3	100	47	100	5	100		
OCUPACIÓN DE LA MADRE											
Conglomerado	1	82	44.3	1	100	111	70.3	3	37.5		
	2	103	55.7	0	0	47	29.7	5	62.5		
	Combinados	185	100	1	100	158	100	8	100		
CONGLOMERADOS POR NIVEL DE ESTUDIOS											
		No completó estudios obligatorios		Estudios primarios		Secundaria.ESO.		Bachillerato/FP superior		Universitarios	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
NIVEL DE ESTUDIOS DEL PADRE											
Conglomerado	1	7	77.8	104	100	69	84.1	14	20.6	3	3.4
	2	2	22.2	0	0	13	15.9	54	79.4	86	96.6
	Combinados	9	100	104	100	82	100	68	100	89	100
NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE											
Conglomerado	1	3	60	56	96.6	64	84.2	45	51.7	29	23
	2	2	40	2	3.4	12	15.8	42	48.3	97	77
	Combinados	5	100	58	100	76	100	87	100	126	100

Al detenernos en el perfil A (conglomerado 1), se encontrarían las familias (padres y madres) que valoran más positivamente el asesoramiento recibido por los profesionales del CDIAT ($M=3.57$; $DT=.46$), así como presentan una media más elevada respecto a su opinión sobre la coordinación establecida entre estos profesionales y los agentes educativos y sociosanitarios implicados en la atención al niño ($M=3.25$; $DT=.77$). En la figura 6.5. se observa

la relevancia significativa en este tipo de variables (valores críticos de t de Student de -2.26 y 2.26). Las familias que se agrupan en este conglomerado se caracterizan por una situación laboral no activa (jubilados o en desempleo) y por poseer nivel de estudios primarios o de secundaria obligatoria en el caso del padre y el mismo nivel de estudios básicos completado con el Bachillerato en el caso de la madre (Tabla 6.25, Figura 6.4. y Figura 6.5.).

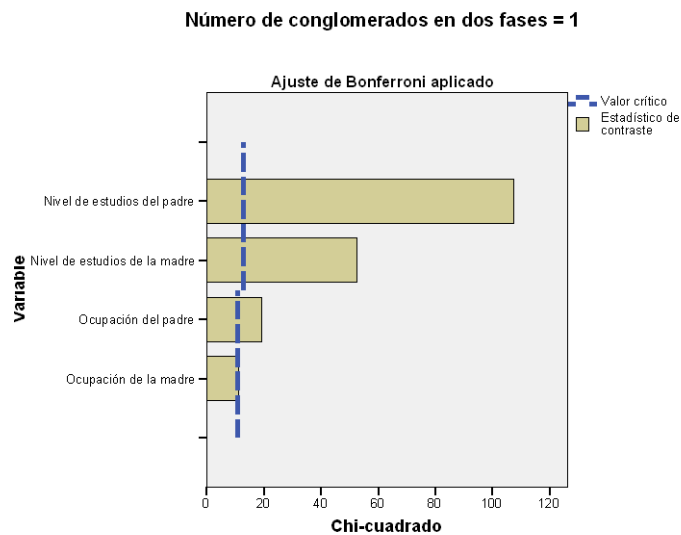


Figura 6.4. Importancia de las variables categóricas en el perfil 1 de familias (Valor Chicuadrado: 10.86).

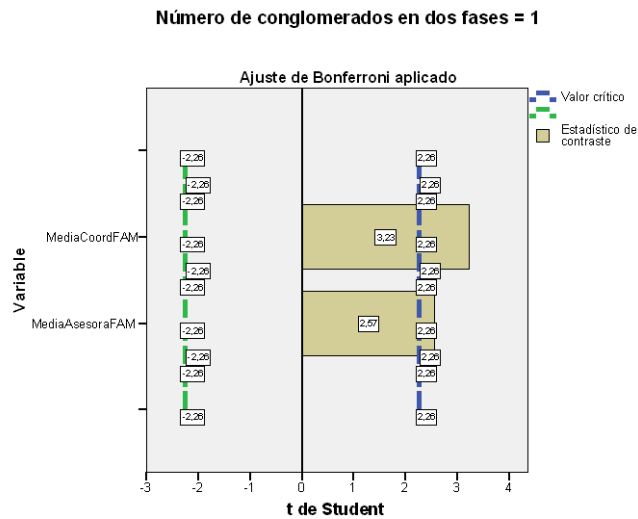


Figura 6.5. Importancia de las variables numéricas en el perfil1 de familias.

Mientras, en el perfil B (conglomerado 2), se situarían las familias que presentan una valoración más baja de ambas dimensiones: $M=3.38$ ($DT=.51$) en su consideración del asesoramiento recibido por parte de los profesionales de Atención Temprana y $M=2.85$ ($DT=.90$) respecto de la opinión sobre la coordinación de estos profesionales con otros servicios y agentes socioeducativos y sanitarios. En la figura 6.7. se observa la relevancia significativa en este tipo de variables (valores críticos de t de Student de -2.26 y 2.26). Este segundo grupo de familias se caracteriza por encontrarse mayoritariamente en situación activa laboral o en formación. Además, se trata de padres y madres que presentan un nivel de estudios situado principalmente en estudios de Bachillerato o niveles universitarios (Tabla 6.25, Figura 6.6. y Figura 6.7.).

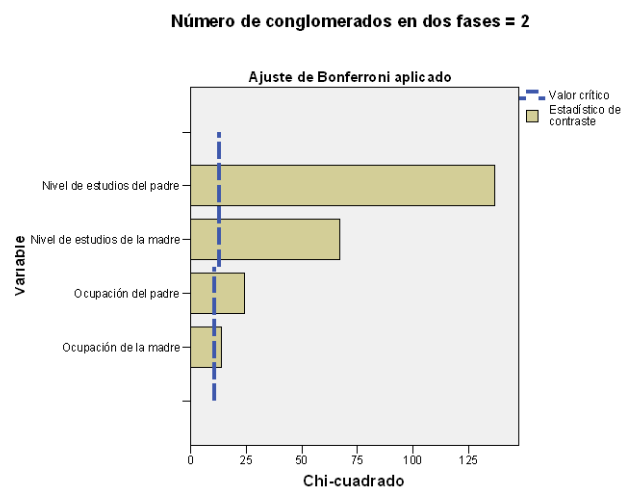


Figura 6.6. Importancia de las variables categóricas en el perfil 2 de familias (Valor Chicuadrado: 12.76).

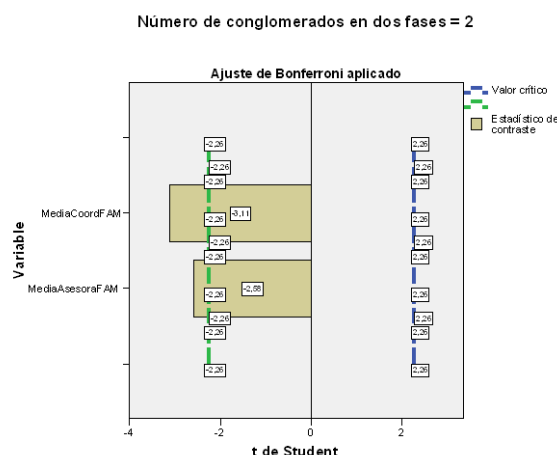


Figura 6.7. Importancia de las variables numéricas en el perfil 2 de familias.

CAPÍTULO VII

Discusión y conclusiones

En este capítulo de la tesis doctoral se presentará la interpretación de los resultados obtenidos en la investigación. La presente investigación se ha realizado principalmente con el objetivo de identificar aquellas actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación que los profesionales de Atención Temprana realizan con las familias de niños usuarios de los CDIAT, y con otros profesionales implicados de diversos ámbitos. El diseño, elaboración, diseminación y análisis de las herramientas de investigación OCAT (Profesionales y Familias) ha sido uno de los componentes principales de la misma.

Debido a la diversidad metodológica y a la complejidad del estudio realizado, cabe decir que no es fácil elaborar unas conclusiones finales que recojan todos los procesos llevados a cabo, por lo que en este apartado serán reflejados aquellos aspectos más significativos de la investigación. Del mismo modo, la escasez de estudios similares dificulta el contraste de resultados con otras investigaciones afines en lo que a actuaciones de orientación de los profesionales de los CDIAT se refiere.

La discusión y conclusiones se realizará atendiendo a cada uno de los objetivos planteados en esta investigación. Tras este apartado, finalizaremos el capítulo con la reflexión sobre aquellas cuestiones que suponen puntos débiles o limitaciones de la investigación, así como planteando nuevos horizontes y retos que se perfilan como prospectiva de trabajo en esta línea de estudio.

1. Discusión y Conclusiones

1.1. Objetivo 1

1. Explorar las experiencias y percepciones de distintos agentes (familias de niños que reciben tratamiento en Atención Temprana, profesionales de CDIAT y educadores de Escuelas Infantiles) en relación a la actuación de orientación de los distintos profesionales de la disciplina.

El uso de grupos focales en esta investigación ha supuesto un aspecto fundamental en el desarrollo de la misma, estableciéndose como objetivo partir de las experiencias más cercanas para diseñar dos instrumentos de recogida de información de carácter más cuantitativo. Introducir una metodología cualitativa de investigación, como son los grupos focales, nos ha permitido enriquecer nuestra investigación considerando de una forma más directa a los protagonistas de la misma (profesionales de CDIAT, profesionales de Escuelas Infantiles y Familias). Distintos autores (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009; Mayan, 2001) consideran que los grupos focales pueden ser usados en combinación con otros métodos de investigación y nuestra experiencia en esta investigación responde plenamente, de manera muy satisfactoria, a este planteamiento. Otras experiencias de uso de esta técnica de grupos focas dentro de nuestro grupo de investigación y dentro del campo de la Atención Temprana nos reafirman en su utilidad para acercarnos al conocimiento de la realidad de temáticas poco estudiadas en la disciplina o que incluyen conceptualizaciones que resultan novedosas para sus protagonistas en nuestro entorno (Escorcia, 2014; Escorcia, García-Sánchez, Sánchez-López & Hernández-Pérez, 2015).

Las conclusiones más significativas de los grupos focales se pueden sintetizar en las siguientes:

A) Actuaciones de orientación por los profesionales de los CDIAT

Nuestro principal objetivo al plantear el debate del término Acción Tutorial aplicado en Atención Temprana era conocer las impresiones de los propios profesionales de CDIAT sobre

este término, sobre su posible aplicación al ámbito de la Atención Temprana. El término Acción Tutorial en educación engloba una serie de funciones que un profesional del ámbito educativo mantiene con su alumno y con la familia. En los nuevos marcos ecológicos de la Atención Temprana, como puede ser el Modelo Centrado en Familia, la orientación se convierte en una herramienta indispensable para la labor del profesional de Atención Temprana (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007).

Según las opiniones del propio grupo de profesionales de CDIAT, el término Acción Tutorial no es considerado del todo aplicable a la Atención Temprana, aunque existen actuaciones de orientación o asesoramiento, que los profesionales de la Atención Temprana realizan de forma cotidiana con las familias, que suelen ir más allá de los aspectos puramente terapéuticos. Por otro lado, los profesionales de la Atención Temprana consideran que todo proceso de asesoramiento u orientación cercano a la Acción Tutorial dentro de su ámbito, debe dirigirse principalmente a la actuación directa con las familias, en el sentido de tomar referencia como acompañantes del proceso de toma de decisiones, detección de necesidades y de apoyo emocional, igualmente determinan la importancia de ese “profesional guía” para coordinar e informar al resto de profesionales de Atención Temprana y otros agentes educativos que pudieran intervenir con el niño y la familia. Del mismo modo, el grupo focal de profesionales de Escuelas Infantiles manifestaba su importancia en cuanto su responsabilidad sobre el niño ante la detección de necesidades y mediación entre servicios dentro de sus propias funciones como tutores de aula, aunque a diferencia del grupo focal de profesionales de Atención Temprana, los profesionales de Escuelas Infantiles siempre se referían más a su actuación en relación al niño que a la familia.

El grupo focal de profesionales de CDIAT también resaltó que las actuaciones de orientación a las familias podrían ser llevadas a cabo por cualquier profesional, y que únicamente para actuaciones muy concretas era necesario el asesoramiento de perfiles profesionales específicos. En este sentido, la calidad de la intervención del profesional con la familia puede sostenerse en la base de la comunicación, el afecto y el aprendizaje social que se cimienta en las relaciones cotidianas (Velligan et al., 2007). Del mismo modo, el grupo focal de familias resaltaba la necesidad de tener un profesional de referencia en el CDIAT en el que pudieran

expresar no sólo las dudas relativas a los aspectos terapéuticos sino también expresar necesidades, abordar el estrés, o plantear distintos interrogantes relativos al desarrollo de su hijo. Estas opiniones expresadas por la familia coinciden con las propuestas que encontramos en la literatura nacional sobre la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso y sus funciones (Castellanos et al., 2003; GAT, 2000, 2005). Por su parte, a nivel internacional, ya hace años que la European Association on Early Childhood Intervention planteaba la necesidad de que los profesionales de Atención Temprana poseyeran experiencia en la orientación a los padres, para facilitarles consejo, instrucción y asesoramiento (De Moor et al., 1993).

El grupo focal de profesionales de los CDIAT también hacían mención a que para una mejor orientación a las familias era necesario consensuar con ellas estrategias y objetivos, y que en este sentido la calidad y el impacto de las orientaciones siempre sería mayor. Esta idea coincide con planteamientos de distintos autores (Diez, 2008; Fuertes & Palmero, 1995; Mas & Giné, 2010) que consideran que los profesionales difícilmente pueden sustituir a las familias y que en todo caso siempre hay que tener en cuenta sus fortalezas e incorporarlas para hacer un ejercicio de una Atención Temprana de calidad. Yendo aún más lejos, cabría indicar que esa idea de consensuar con las familias las estrategias a utilizar y objetivos a conseguir es la base de la intervención desde un modelo de Atención Temprana centrada en la familia, que utiliza esas claves para conseguir la motivación e implicación de la familia en la intervención a realizar (Dunst et al., 2007; García-Sánchez et al, 2014; Trivette & Dunst, 2000). Si bien es cierto que la intención de buscar ese consenso puede que no siempre sea acompañada de una adecuada implementación de prácticas participativas que realmente den ocasión a esos consensos y no a una mera transmisión de ideas desde el profesional “experto” a la familia que se deja llevar y a la que no se le obliga a explorar sus propias competencias (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez, 2014; García-Sánchez et al., 2014).

Otro de los aspectos significativos surgidos tanto en los grupos focales de familias y de profesionales de Atención Temprana es el relacionado con la vía de transmisión de orientaciones e información a las familias. En ambos grupos coincidieron en la necesidad de una información escrita periódica a la familia, aunque es significativo que del mismo modo coincidieron opiniones que establecían técnicas como el modelaje como las más apropiadas para conseguir un

asesoramiento de calidad a las familias. Autores como Bailey & Powell (2005) especifican también la necesidad del “empoderamiento” de las familias en los procesos de Atención Temprana, no sólo en lo que supone el aprendizaje de pautas de intervención terapéutica, sino más allá, desarrollar en las familias la capacidad para la toma de decisiones. Mientras que los postulados más actuales apuestan por el desarrollo de relaciones de estrecha colaboración en equipo entre los padres, los profesionales del centro de Atención Temprana e incluso otros profesionales del ámbito sanitario o educativo (Raver & Childress, 2015).

En síntesis, a partir de lo expuesto, concluimos que muchas de las funciones del ámbito de la Acción Tutorial, tal y como se entiende en el contexto educativo, son aplicadas en el campo de la Atención Temprana, aunque se materializan y se tienen interiorizadas como actuaciones generales de orientación, asesoramiento y acompañamiento que desarrollan los profesionales de los CDIAT.

B) Coordinación de los profesionales de Atención Temprana con otros agentes

Las propuestas actuales de intervención en Atención Temprana focalizan la necesidad de potenciar el trabajo con los cuidadores principales del entorno natural del niño (Guralnick, 2011; Rantala, Uotinen, & McWilliam, 2009) y de tal manera, la coordinación de los profesionales de Atención Temprana con otros servicios, como los servicios educativos tendrá una especial importancia. Incluso también en textos que claramente defienden una intervención ambulatoria encontramos la propuesta de una coordinación de los profesionales del CDIAT con otros recursos sociales, sanitarios y educativos (Millá, 2005). En este sentido, la Escuela Infantil posee un carácter educativo que dará al niño la posibilidad de aprendizajes surgidos de su propia espontaneidad, de sus centros de interés y de la imitación de iguales, por tanto, conseguir que el niño con necesidades de Atención Temprana se favorezca de la riqueza de este entorno requerirá también de la competencia y coordinación de los profesionales que lo atiendan (Perpiñán, 2009).

Cabe decir que aunque en todos los grupos focales se discutió sobre los aspectos relativos a la coordinación interprofesional, fue en el grupo focal de profesionales de Escuelas Infantiles en el que en mayor medida se abordó este tópico.

El grupo focal de profesionales de Escuelas Infantiles también remarcó la necesidad de una mejora en cuanto a la forma en la que los profesionales del CDIAT les informan del niño y les transmiten orientaciones. Consideran que la información que se les transmite del niño al escolarizarse suele producirse una vez ya se encuentra en el centro educativo, por lo que se hace difícil adelantarse a las necesidades que este pueda tener en el aula o bien adaptarse a las necesidades de la misma familia. Esta necesidad manifestada por los educadores infantiles de anticipar la información sobre el niño, previo a su escolarización, es una de las conclusiones del estudio realizado por García-Sánchez et al. (2012). Ahora bien, estos autores en sus conclusiones, elaboradas en colaboración directa con los responsables de un programa de coordinación del CDIAT con las Escuelas Infantiles, apuntan a que la no transmisión de información con antelación a la llegada del niño al centro educativo es premeditada dentro del programa evaluado. Y ello es así ya que experiencias previas dentro del mismo programa de coordinación apuntaban incluso a que anticipar información llegaba a ser contraproducente por la generación de expectativas negativas hacia el niño.

En el grupo de familias con niños usuarios de Atención Temprana éstas manifestaron que la percepción que tenían de la coordinación entre profesionales de Escuelas Infantiles y profesionales de CDIAT era adecuada, coincidiendo con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Marco, Gómez-Pérez, Sánchez-López & García-Sánchez (2014). Otro aspecto significativo que las familias aportaron es que en ocasiones observan una dificultad en cuanto a competencias que tienen los profesionales de los CDIAT y los profesionales de los EOEP de Atención Temprana haciendo que a veces la información que se le transmite se repita por distintos profesionales.

Como conclusión en este punto, podemos añadir que desde la perspectiva de todos los colectivos participantes en los grupos focales se evidencia la existencia de mecanismos adecuados de coordinación, aunque también se insiste en la necesidad de mejorar algunos

aspectos de dicha coordinación. Entre estos aspectos de mejora se menciona, sobre todo por los profesionales, el incremento de la frecuencia de la coordinación, algo que podría en realidad estar ocultando una demanda de más ayuda o medios por parte de estos profesionales.

1.2. Objetivo 2

2. Diseñar instrumentos específicos para el estudio de las actuaciones de orientación, acompañamiento, asesoramiento y coordinación en Atención Temprana y analizar su validez y fiabilidad.

La investigación ha permitido diseñar instrumentos de recogida de información sobre la temática objeto de estudio que presentan indicadores de calidad elevados, tal y como confirman los resultados de fiabilidad y validez de contenido y de constructo detallados en el capítulo anterior. La elaboración de los cuestionarios OCAT-Familias y OCAT-Profesionales se ha desarrollado a través de distintas fases desde los primeros bocetos hasta las versiones definitivas de ambos. Para ello hemos seguido una metodología y unas estrategias que ya hemos utilizado con éxito anteriormente en nuestro grupo de investigación para la elaboración de otros instrumentos de opinión diseñados para otros objetivos (Mirete, García-Sánchez & Hernández-Pina, 2015), e incluso instrumentos también específicos para el campo de la Atención Temprana como el Cuestionario de Estilos de Interacción entre padres y profesionales en Atención Temprana (Escorcía et al., 2015).

El desarrollo de una valoración por juicio de expertos nos permitió, tanto por el análisis cuantitativo de los ítems en cuanto a claridad y representatividad de los mismos, como por las aportaciones cualitativas que los propios expertos nos propusieron, construir unos cuestionarios contrastados con profesionales del ámbito universitario y profesionales de amplia experiencia en el ámbito de la Atención Temprana. Este procedimiento de actuación a la hora de diseñar el instrumento nos permitió enriquecer su calidad, bajo nuestro punto de vista, tanto en cuanto a su diseño como en lo que respecta a su contenido, centrándolo en el ámbito de estudio que nos interesaba. Tras la aplicación del juicio de expertos se procedió a la modificación, supresión e inserción de algunos ítems de los cuestionarios, aunque cabe decir que la mayor parte de los

ítems eran considerados por los expertos como muy buenos en cuanto a claridad y representatividad.

Del mismo modo, la aplicación del estudio piloto nos permitió realizar un primer análisis de fiabilidad de los instrumentos de investigación previamente al diseño definitivo de los cuestionarios OCAT. En los análisis de alpha de Cronbach se obtuvieron índices muy altos de fiabilidad, lo cual significaba que los cuestionarios OCAT tendrían una buena consistencia interna.

Posteriormente, también realizaríamos los pertinentes análisis factoriales de los cuestionarios OCAT con objeto de determinar la varianza explicada por los ítems de ambos instrumentos. Los resultados especificaban que el 60.87% de la varianza explicada en el cuestionario OCAT-Familias podría ser agrupada en tres dimensiones principales, mientras que en el cuestionario OCAT-Profesionales el 60.28% de la varianza explicada podría ser agrupada también en tres dimensiones.

Todos estos indicadores de calidad han permitido que los instrumentos elaborados se hayan diseñado siguiendo los procedimientos sistemáticos que garantizan la disponibilidad final de unos instrumentos potentes y fiables para el acercamiento científico al conocimiento de la realidad que nos interesaba conocer y estudiar.

En la actualidad estamos viviendo un momento histórico en la Atención Temprana de nuestro país, en el que cada vez se va evidenciando más la necesidad de articular cambios que lleven a una mayor implicación de las familias en los servicios y, sobre todo, a una mayor dedicación del profesional a la orientación y trabajo con esa familia, como agente fundamental e imprescindible que es en el desarrollo del niño (García-Sánchez et al., 2014; GAT, 2011; Giné, Gràcia-García, Vilaseca & Balcells, 2009; Giné, Gràcia-García, Vilaseca & García-Díez, 2006; Gútiérrez, 2010; Perpiñán, 2009; Pretis, 2010; Soriano, 2000; Soriano & Kyriazopoulou, 2010), así como con otros agentes del entorno natural del niño como son los profesionales del ámbito de la Educación Infantil (García-Sánchez et al. 2012). Y en ese marco, instrumentos como los que en nuestro trabajo hemos desarrollado, creemos que pueden contribuir, ya sea a modo de

autoevaluación profesional e individualizada, o dentro de estudios anónimos más globalizados, al análisis de las fortalezas y debilidades de los servicios. A partir de ese tipo de análisis, y una vez contrastadas opiniones de profesionales y cuidadores principales, estaremos en mejores condiciones para planificar y desarrollar las oportunas propuestas de mejora.

1.3. Objetivo 3

3. Analizar cómo los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana articulan el ejercicio del asesoramiento sobre los distintos agentes, así como las relaciones de coordinación de los profesionales de los CDIAT con otros agentes implicados del ámbito educativo y sanitario, desde la perspectiva de las familias y los propios profesionales.

La valoración global que hacen las familias con niños que son atendidos en Atención Temprana tanto de la orientación que reciben de los profesionales de la disciplina, como su percepción sobre la coordinación de estos profesionales con otros agentes socioeducativos, es bastante positiva, situándose entre las categorías o etiquetas verbales de bastante y totalmente. Su percepción de la dimensión de orientación es más elevada que la de coordinación, lo que evidenciaría la necesidad de incorporar mejoras en esta segunda dimensión, en lo que respecta a la percepción de la coordinación realizada desde la perspectiva de las familias, coincidiendo con las conclusiones que avanzábamos en el objetivo uno, al referirnos a los grupos focales. La mejor valoración de la primera dimensión por parte de las familias, podría tener relación con la mayor cercanía o implicación directa de la familia en las tareas de orientación, asesoramiento y acompañamiento de los profesionales, mientras que en el caso de la dimensión coordinación, a las familias se les pregunta por aspectos de los que puede que no tengan suficiente información o en los que la propia familia no se vea directamente implicada. No obstante, también cabría la posibilidad de que el equipo profesional del CDIAT se plantease, como opción de mejora, analizar si están dando a las familias suficiente información para que éstas puedan valorar los esfuerzos de coordinación que ellos hacen con otros profesionales que atienden al niño, es decir, si las labores de coordinación que los profesionales realizan a diario se muestran con claridad y visibilidad a las familias usuarias de Atención Temprana. Conclusiones similares se han

alcanzado en estudios que han pedido a los diferentes agentes implicados (profesionales de Atención Temprana, orientadores de Equipos Educativos, maestros de Educación Infantil y las propias familias) que valorasen el programa concreto de coordinación en el que estaban participando entre el CDIAT y los recursos de Educación Infantil (García-Sánchez et al., 2012).

En relación a la percepción de la orientación y coordinación desde la perspectiva de los profesionales de CDIAT, su valoración es elevada en la dimensión orientación (se sitúa rondando la etiqueta verbal de Bastante). Respecto a las variables relacionadas con coordinación con escuelas infantiles, profesionales de EOEP, centros de Educación Infantil y Primaria y profesionales del ámbito sanitario, las puntuaciones medias de las dimensiones manifiestan una positiva valoración de esa coordinación en relación a los distintos servicios, aunque valoran ligeramente inferior la coordinación con servicios y profesionales sanitarios respecto a aquellos del ámbito educativo. Seguramente este último resultado refleja la realidad de una menor coordinación con los servicios sanitarios, que quizá responda a una menor necesidad de esa coordinación. Es fácil pensar que el CDIAT, en su programa de intervención, esté más interesado en la coordinación con los servicios educativos que también intervienen con el niño, que con los servicios sanitarios que se centran más en el diagnóstico médico de la problemática y el tratamiento farmacológico del niño en el caso de que hayan complicaciones derivadas del estado de salud.

En síntesis, podemos concluir que tanto la dimensión orientación como la dimensión coordinación con otros profesionales son valoradas positivamente por familias y profesionales, precisando mejoras por parte de los CDIAT en lo que se refiere a dar visibilidad a las familias de las actuaciones de coordinación realizadas cotidianamente en los centros, así como a aumentar, en la medida de lo posible la coordinación con los servicios o profesionales del ámbito sanitario.

1.4. Objetivo 4

4. Analizar la existencia de diferencias en la percepción de las familias sobre el asesoramiento y coordinación de los profesionales de CDIAT, atendiendo a variables sociodemográficas/sociofamiliares (ocupación, nivel de estudios, tipo de tratamiento, edad del niño,...).

Uno de los objetivos planteados en esta investigación era el análisis de cómo pueden influir en las percepciones manifestadas las distintas realidades sociales que podrían encontrarse en las familias que tienen niños usuarios de Atención Temprana. Seguidamente serán descritos los aspectos más relevantes encontrados en los análisis del cuestionario OCAT-Familias.

Entre los aspectos más destacables en el análisis del cuestionario OCAT-Familias, encontramos que las familias con menor trayectoria en Atención Temprana (menos de un año de tratamiento) tenían una valoración significativamente más positiva en algunos ítems del cuestionario respecto a aquellas con mayor trayectoria, tanto en lo que se refiere a ítems relacionados con orientación como con coordinación. Probablemente este resultado pueda estar relacionado con el hecho ampliamente discutido en la literatura (De Marle & Le Roux, 2001; Mendieta, 2005; Perpiñán, 2009) de que, en las primeras etapas de afrontamiento de la discapacidad del niño, las familias pueden encontrarse en momentos de mayor desorientación e inseguridad. Es posible que en esos momentos de crisis la intervención de los profesionales de Atención Temprana pueda ser más apreciada al sentirse en algún sentido arrojados por esos mismos profesionales. Por otro lado, las familias con mayor trayectoria en Atención Temprana, quizás sean más capaces de dilucidar nuevas necesidades que en momentos más cercanos a las primeras noticias sobre la discapacidad de su hijo no fueron planteados, ya que en esos momentos iniciales primaba la necesidad de poner en marcha los mecanismos necesarios para la estimulación de su hijo, la necesidad de tener respuestas y la asimilación de la discapacidad.

Con respecto a esta conclusión, futuras investigaciones podrían plantearse indagar si las familias con más veteranía en Atención Temprana han observado diferencias en la coordinación establecida entre el CDIAT y los recursos educativos y sanitarios a lo largo de su vinculación con

el servicio. O por lo menos en la información que como padres han recibido con respecto a esa coordinación. A nadie se le escapa que los últimos años de crisis económico-social que hemos vivido en nuestro país ha afectado de manera importante a la calidad de los servicios disponibles en el mundo de la discapacidad. En este sentido, es fácil imaginar que en la organización de los servicios de Atención Temprana se hayan realizado esfuerzos por no disminuir el tiempo dedicado a intervención, a costa quizá de reducir el tiempo de coordinación o de transmisión de información a las familias. Este tipo de resultados ha sido encontrado en otros trabajos realizados en nuestro grupo de investigación (Sánchez-Velasco, García-Sánchez, Sánchez-López, Mendieta & Carrión, 2014).

Otro de los aspectos a destacar, entre las diferencias encontradas en los ítems del cuestionario OCAT-Familias, se encuentra en la valoración más positiva que hacen las familias que no tienen a su hijo escolarizado respecto a aquellas que sí lo tienen. Algunas diferencias encontradas específicamente en los ítems referidos a la orientación recibida señalan que las familias en las que los niños no están escolarizados valoran de forma más positiva el tiempo para comunicarse con los terapeutas de Atención Temprana, respecto a aquellas familias que tenían hijos escolarizados en escuelas infantiles y CEIP. Faltaría por analizar, quizás en futuras investigaciones, si estas diferencias encontradas están relacionadas con que las familias de niños escolarizados tienen nuevas experiencias de orientaciones recibidas desde el entorno escolar, lo que les permite ser más críticas; o simplemente es un efecto más asociado a la propia evolución del adulto que responde al cuestionario en su aceptación de la discapacidad, como ya discutíamos con respecto al resultado anterior. Al fin y al cabo, las familias con niños escolarizados suelen ser las familias con mayor trayectoria en Atención Temprana.

También es de destacar, las diferencias encontradas en diversos ítems respecto a la percepción de la orientación y coordinación de los profesionales de los CDIAT, en relación a los niveles de estudios del padre y de la madre. A nivel global se puede observar que las familias compuestas por padres y madres con niveles educativos inferiores (sin estudios obligatorios o con únicamente estudios primarios) suelen contestar de forma más positiva que aquellas familias en las que los padres y madres tienen estudios superiores (universitarios, formación profesional).

Es probable que esta situación se deba a que los padres y madres con niveles formativos superiores sean más exigentes y críticos con las actuaciones que los profesionales de Atención Temprana realizan, siendo más capaces de identificar necesidades o de proponer mejoras.

1.5. Objetivo 5

5. Analizar la existencia de diferencias en la percepción de los profesionales sobre el asesoramiento a las familias y coordinación con otros agentes, atendiendo a variables tales como (género, perfil profesional, tipo de CDIAT, años de experiencia,...).

Al igual que planteábamos las diferencias en la percepción de las familias respecto a la coordinación y orientación por parte de los profesionales de los CDIAT, a continuación discutiremos las diferencias más relevantes encontradas en las valoraciones que realizan los profesionales de Atención Temprana en distintos ítems del cuestionario OCAT-Profesionales en función de distintas variables independientes.

Entre las diferencias estadísticamente significativas encontradas en la variable independiente *dependencia de la gestión del CDIAT*, el aspecto más importante a destacar sería que en aquellos CDIAT cuya dependencia es de asociaciones de padres y de dependencia municipal los profesionales manifiestan una valoración más positiva en cuanto a la coordinación que pueden mantener tanto con escuelas infantiles como con CEIP, respecto a la valoración que realizan los profesionales de CDIAT de carácter privado. En nuestra opinión, esta situación podría estar relacionada con las dificultades que pueden surgir desde las administraciones públicas para establecer pautas para la coordinación con instituciones de carácter privado. Por supuesto otra posibilidad sería que la gestión privada podría decidir invertir menos tiempo de los profesionales a esfuerzos de coordinación que no están directamente financiados en las subvenciones y conciertos que sufragan los servicios dispensados. En cualquier caso, solo futuras investigaciones podrían recabar los datos necesarios para dilucidar estas posibles alternativas en la explicación del resultado observado en nuestro trabajo, el cual además debe ser interpretado con cautela ya que solo 15 centros de nuestra muestra se identificaron como de gestión privada.

Otro aspecto interesante derivado del análisis de resultados del cuestionario, es que los profesionales del ámbito socioeducativo (especialistas de la psicopedagogía, psicología, pedagogía, psicomotricistas, trabajadores sociales), en contraste con los profesionales del ámbito sanitario (fisioterapeutas, logopedas) valoran de forma más positiva algunas de sus actuaciones de orientación a las familias. Estas diferencias pueden relacionarse con cuestiones de tipo curricular, ya que en la formación dedicada a ciencias sociales y ciencias de la educación suelen estar más integrados contenidos curriculares relacionados con relaciones interpersonales, aspectos emocionales... Pero la realidad que acontece en los CDIAT, tal como se hizo notar en los grupos focales de familias y profesionales de Atención Temprana, subraya que la cotidianidad de las relaciones que mantienen las mismas familias con los profesionales no comprende de perfiles específicos a la hora de preguntar por cuestiones diarias que influyen en el bienestar familiar y en las emociones asociadas a la discapacidad de sus hijos. Desde esta perspectiva, las diferencias encontradas entre las percepciones de unos perfiles profesionales y otros, nos invitan a plantear la necesidad de introducir en los planes de estudios, al menos de los estudios de Master de formación especializada en Atención Temprana, contenidos centrados en las labores de orientación y acción tutorial con las familias y otros agentes educativos que deben realizar todos los profesionales del ámbito de la Atención Temprana. Más aún si tenemos en cuenta la demanda, ya señalada, de ir acercando los servicios a un modelo más centrado en la familia, en el que la orientación y la acción tutorial, dirigida al desarrollo de competencias propias en la familia del niño con discapacidad, son elementos imprescindibles (García-Sánchez et al., 2014; Giné et al., 2009; Gútiérrez, 2010; Perpiñán, 2009; Pretis, 2010; Soriano, 2000; Soriano & Kyriazopoulou, 2010).

Por último, en este apartado comentar que se aprecia una tendencia estadísticamente significativa a valorar más positivamente en dos ítems, a favor siempre de los profesionales con menor experiencia frente a los de mayor número de años de experiencia profesional. Específicamente, los profesionales con menos años de experiencia valoran de forma más positiva la coordinación con recursos sanitarios. Probablemente los profesionales con mayor experiencia en Atención Temprana, debido a su mayor trayectoria en el ámbito profesional, tengan mayor visión de las posibles necesidades de coordinación que puedan existir con los

profesionales sanitarios o sean más conscientes de las dificultades para conseguirla. En estudios previos hemos encontrado que los profesionales noveles en Atención Temprana puntúan de forma estadísticamente diferente que sus compañeros más veteranos en diversas escalas de satisfacción laboral (Marco et al., 2014), lo que nos hace pensar que esta variable relacionada con la mayor o menor veteranía en el puesto laboral puede estar mediando significativamente en las percepciones de diferentes facetas del desempeño profesional.

1.6. Objetivo 6

6. Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la orientación que los profesionales de Atención Temprana realizan.

Distintos autores (Bayley & Bruder, 2005; Cañadas, 2012; Escorcía, 2014) determinaban, en sus estudios relacionados sobre la calidad de los servicios de Atención Temprana, que las familias suelen puntuar alto (rodeando la opción bastante) en cuanto a las actuaciones que se llevan a cabo en los CDIAT, siendo estas opiniones, en muchas ocasiones, poco realistas. Según McWilliam (1995), las familias pueden sentirse en deuda con los profesionales y servicios de Atención Temprana y pueden mostrarse reacios a opinar de forma negativa ante cualquier estudio que pueda poner en duda o dañar la imagen del CDIAT. En nuestra investigación estos supuestos también parece que se confirman y es que, en todos los ítems relacionados con la dimensión orientación, al comparar los resultados entre el cuestionario OCAT-Profesionales y OCAT-Familias (11 ítems), los profesionales son significativamente más críticos con sus propias actuaciones respecto a las valoraciones que realizan las propias familias.

Entre los ítems en los que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, nos resulta interesante que el ítem: *se asesora sobre problemas futuros del niño*, fue de los que obtuvieron una valoración más baja en relación a las percepciones de los profesionales de los CDIAT. Bajo nuestro punto de vista, informar con antelación a la familia sobre las posibles dificultades que pueda tener su hijo, siempre y cuando se explique de la forma apropiada, puede tener un efecto positivo en la preparación psicológica para afrontar progresivamente la

discapacidad, evitando que recurran a obtener información poco fiable o poco contrastada por otros medios (internet, personas no especializadas,...). Puede que, en sus respuestas, algunos de los profesionales de la Atención Temprana estén señalando que no anticipan todas las posibles dificultades del niño a las familias, debido a que la evolución del niño y las posibilidades plásticas del cerebro infantil dejan abiertas muchas puertas y siempre es comprometido hacer pronósticos a edades tempranas en muchas discapacidades. Otra opción es pensar que algunos profesionales esquiven la tarea de dar esa información por inseguridades surgidas de no tener una formación especializada relacionada con la comunicación de temas difíciles. Aunque esta segunda opción no pueda ser confirmada en nuestros datos, por lo que consideramos imprescindible facilitar a los profesionales de Atención Temprana una formación (en su periodo de formación inicial, especializada o continua) que pueda dotarlos de competencias para la asertividad en la comunicación y la comprensión de las fases de la asunción de la discapacidad en el sistema familiar.

Otro de los aspectos que nos ha llamado la atención en cuanto a las diferencias de percepción encontradas entre las familias y profesionales hace referencia a las tareas relativas a información de recursos (*informa sobre otras instituciones, informa sobre becas y ayudas*). Cabe añadir que, la percepción de estas variables por parte de las familias, puede estar condicionada ya que en tareas de información pueden tener influencia otras instituciones (profesionales de EOEPs, profesionales de centros educativos,...). De cualquier modo, las medias obtenidas en las percepciones de los profesionales en los ítems de información sobre recursos aparecerían como las más bajas de los once ítems estudiados. Probablemente esta situación sea debida a que este tipo de tareas tan específicas pueden ser vistas como más propias de perfiles profesionales concretos del CDIAT (psicopedagogos, pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales) y por lo tanto, otros profesionales, como puedan ser los del ámbito sanitario o en general los profesionales de intervención directa cuando en el centro existe la figura de un terapeuta-tutor o responsable de caso, no consideran que tengan que asumirlas entre sus funciones (Castellanos et al., 2003; García-Sánchez, 2002).

Por último, destacar las diferencias en la percepción que tienen las familias y los profesionales sobre el tiempo que se dispone para la comunicación con las familias. Se observa

que las familias manifiestan una mejor valoración sobre el tiempo que se dispone para hablar con el terapeuta en contraste con la opinión de los profesionales del CDIAT. En otros estudios, como el realizado por Andrés (2011), los mismos profesionales de los CDIAT señalaban como prioridad, en un 60.24%, la necesidad de flexibilizar los horarios del centro para poder comunicarse con las familias haciendo necesaria una mejor organización de los centros.

1.7. Objetivo 7

7. Comprobar la existencia de diferencias entre familias y profesionales de los CDIAT con respecto a su percepción de la coordinación que estos mismos profesionales realizan con instituciones educativas.

Del mismo modo que en el apartado anterior hemos descrito las diferencias percibidas respecto a las actuaciones de orientación entre profesionales de los CDIAT y familias, seguidamente serán descritas las diferencias entre ambos agentes referidas a coordinación.

En nuestros análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción que manifestaban los profesionales de CDIAT y las familias respecto a la coordinación que se mantiene con CEIP y EOEP, pero no se manifestaban diferencias en relación a la coordinación que se mantiene con escuelas infantiles.

Las familias valoran de manera más positiva la coordinación que los profesionales de los CDIAT mantienen con CEIP y EOEP en relación a las percepciones manifestadas por los profesionales, que parecen ser más críticos con las posibles necesidades de coordinación. Por otro lado, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la percepción que las familias y los profesionales tienen sobre la coordinación con escuelas infantiles, pero cabe destacar que las familias presentan una valoración menos positiva de esa coordinación respecto a la que se establece con CEIP y EOEP.

También consideramos importante señalar que, aunque la media de los resultados relativos a coordinación según las familias suele ser positiva (suele rodear la etiqueta verbal de

bastante), la desviación típica encontrada, en contraste con las puntuaciones de los profesionales de CDIAT, es bastante más alta en la coordinación con escuelas infantiles, CEIP y EOEP.

Estudios como el realizado por Marco et al. (2014) respecto a la coordinación que mantenía un CDIAT con centros escolares, específicamente con el nivel de segundo ciclo de Educación Infantil, concretaba también una valoración alta de las familias de esa coordinación.

En cualquier caso, a la hora de valorar estas percepciones hemos de tener en cuenta que la información que los dos colectivos informantes tienen sobre la coordinación real realizada puede ser muy distinta. Algunos profesionales pueden estar contestando a partir de un conocimiento más directo de la coordinación real realizada, ya que hasta pueden haber sido protagonistas de ella. Por el contrario, algunas familias puede que estén contestando solo en base a la información que se les ha transmitido de la coordinación realizada, mientras que otras sí pueden haber experimentado directamente los beneficios de la coordinación entre profesionales en torno a su niño. Estas diferentes realidades pueden estar influyendo de forma importante en las respuestas a los ítems, por lo que futuras investigaciones deberán intentar delimitar y clarificar las diferentes posibilidades.

1.8. Objetivo 8

8. Determinar la existencia de perfiles de familias en cuanto a su percepción del asesoramiento y coordinación de los profesionales de los CDIAT.

Para explorar la existencia de perfiles tipo en las respuestas que daban las familias, en el cuestionario OCAT-Familias, realizamos un análisis de clúster o conglomerados.

En los resultados obtuvimos dos perfiles en cuanto a la tendencia de respuesta de las familias. En uno de los perfiles se situarían las familias en las que los progenitores se encuentran en situación de desempleo o jubilación, presentan nivel de estudios primarios o de secundaria obligatoria en el caso del padre y el mismo nivel de estudios básicos, completado con el

Bachillerato, en el caso de la madre. Un segundo perfil se compondría de progenitores en situación laboral activa o en formación, con niveles educativos situados entre Bachillerato o universitarios.

Los resultados indicaban que el primer perfil de familias, aquellas con niveles formativos más bajos y en situación de inactividad laboral, valoraba de forma más positiva las dimensiones de orientación y coordinación, en contraste con el segundo perfil de familias. Estos resultados coinciden con los encontrados en el objetivo 4, en el que también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en diversos ítems del cuestionario OCAT-Familias, atendiendo a variables independientes como el nivel formativo y la situación laboral. De nuevo, consideramos que esta situación puede deberse a que las familias con menores niveles de formación sean menos críticas en cuanto a las actuaciones de los profesionales de Atención Temprana, en relación con aquellas con niveles formativos superiores.

No obstante, también podríamos argumentar que quizá las familias en las que los progenitores se encuentran en situación de desempleo o jubilación dispongan de mayor tiempo para comunicarse con los profesionales de los CDIATs respecto a aquellas familias en las que los progenitores se encuentran en situación laboral activa o en formación. Aunque no parece muy probable que esta posibilidad pueda ser muy real ya que la mayor o menor dedicación de tiempo a la comunicación entre profesional y familia en Atención Temprana suele estar condicionada mucho más por la disponibilidad de tiempo del profesional que de la familia.

En cualquiera de los casos, el resultado encontrado en nuestra investigación invita a que las variables sociodemográficas implicadas sean tenidas en cuenta en futuras investigaciones ya que parece que pueden influir de forma determinante en la percepción que poseen las familias de los servicios recibidos.

2. Limitaciones de la investigación y líneas futuras de trabajo

En este apartado reflexionamos sobre las propuestas de mejora que se derivan de una minuciosa evaluación del proceso de investigación desarrollado, así como nos planteamos interrogantes que surgen a partir de este estudio y que pueden ser objeto de futuras líneas de investigación en el ámbito de la orientación y coordinación en Atención Temprana.

Una de las primeras limitaciones del estudio podría residir en que no se ha realizado un análisis y discusión de los resultados alcanzados por ítems concretos. Dada la cantidad de información aportada por los cuestionarios, hemos optado por una presentación de resultados centrada fundamentalmente en el análisis de las dimensiones encontradas en el instrumento. Esta información obviamente es importante para delimitar necesidades generales y propuestas de mejora en la organización y coordinación de los servicios. No obstante, el análisis pormenorizado de los resultados de algunos de los ítems, especialmente si los cruzamos con algunas variables del perfil profesional o de las características del centro, aún puede permitirnos una mayor concreción a la hora de plantear propuestas específicas de mejora.

En segundo lugar, en nuestro cuestionario OCAT en su versión para profesionales incluimos unas primeras preguntas dicotómicas para determinar si el profesional que respondía disponía de tiempo para comunicarse con la familias y con otros profesionales del CDIAT y si en su centro existía la figura de terapeuta-tutor o responsable de caso. Al observar los resultados de estos ítems encontramos que solo el 17.1% de los profesionales planteaban no tener tiempo en horario para comunicación con las familias, y un porcentaje aún menor, del 9.3%, no tenían tiempo específico en horario para coordinación con sus compañeros del CDIAT. Por el contrario, el 81% de los profesionales encuestados expresaron que en su CDIAT existía la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso. Dados estos resultados y la escasa representatividad en nuestra muestra de profesionales sin tiempo específico para esas tareas de comunicación, en la que se daría la orientación familiar, y dada la alta frecuencia de la presencia de la figura del terapeuta-tutor o responsable de caso en los equipos de los profesionales encuestados, decidimos no utilizar estas variables en los análisis a realizar. Futuros análisis que podamos

realizar con la base de datos conseguida para esta investigación podrán tener en cuenta esta variable o simplemente eliminar de determinados análisis los datos de estos cuestionarios específicos, por si la falta de disponibilidad de esos tiempos o figura profesional pueda estar afectando a los resultados encontrados.

En tercer lugar, cabe también comentar que hubiéramos preferido poder personalizar la aplicación de los cuestionarios OCAT, lo cual no ha sido posible debido a que, al presentar una muestra tan grande en dos comunidades autónomas como son Castilla La Mancha y Murcia, hemos tenido que renunciar a una supervisión más directa durante la aplicación de los mismos. Esta situación, entre otros aspectos, ha influido en que la devolución de los cuestionarios ya cumplimentados se haya extendido temporalmente, siendo necesario un período más amplio del inicialmente previsto para esta fase de recogida de datos. No obstante, siempre se ha intentado facilitar mecanismos telemáticos para poder solventar todas las posibles dudas o necesidades que pudieran surgir en el proceso.

En cuarto lugar, la redacción de los ítems de los cuestionarios ha sido pensada atendiendo a las prácticas que se consideran habituales o, al menos, actualmente recomendadas dentro de un modelo de Atención Temprana ambulatoria. Dado que la evidencia empírica apoya de forma clara la necesidad de hacer una transición de este modelo hacia uno centrado en la familia, otras investigaciones podrán plantear los cambios necesarios en la redacción de estos ítems o a través de la inclusión de otros más específicos, para poder detectar la evolución del cambio en los servicios que ya se ha iniciado con iniciativas como la emprendida por FEAPS Confederación en su proyecto sectorial “La Atención Temprana que queremos” insertado a su vez en su proyecto general de “Transformación para la Calidad de Vida”.

Como suele ocurrir en los trabajos de investigación, los resultados que hemos alcanzado nos han generado nuevas dudas que solo futuras investigaciones podrán ayudar a esclarecer. Por ejemplo, futuras investigaciones deberán entrar a delimitar las diferencias en organización que pueden existir en diferentes servicios. Solo así se podrá interpretar en su justa medida algunas de las diferencias encontradas entre las percepciones de los profesionales y de las

familias sobre la misma realidad. Por ejemplo, en la transmisión de información sobre diferentes aspectos relacionados con la intervención o con posibles necesidades del niño y la familia, las familias puntúan muy por encima de los profesionales. Es posible que este resultado esté mediatizado por una organización en la que algunos profesionales concretos se encargan de esa transmisión de información. El resultado es que efectivamente la familia recibe la información pero no todos los profesionales van a contestar que transmiten esa información.

Nuestro resultados hacen ver que los dos agentes informantes catalogan con etiquetas verbales de Bastante o Totalmente aspectos que pueden ser considerados claves para el éxito de la Atención Temprana en el apoyo del desarrollo del niño. Nos referimos a ítems como los relativos a si los profesionales se preocupan por detectar si las familias ponen en práctica los consejos y orientaciones que se les facilitan o si se les ayuda a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño. Ambos aspectos son claves para competenciar a las familias y que éstas puedan estructurar entornos naturales verdaderamente competentes para apoyar el desarrollo del niño. Ahora bien, la amplia literatura existente sobre las prácticas de Atención Temprana centradas en la familia hacen ver que aunque esta intención esté el éxito final depende mucho de la forma en que se lleve a la práctica. Por lo tanto futuras investigaciones deben incidir en analizar cómo efectivamente se están haciendo estas prácticas para poder plantear posibles mejoras en su desarrollo.

Por último, en relación al análisis de la coordinación de los profesionales de CDIAT con otros agentes, algunas de las limitaciones que hemos tenido en el estudio han sido las relativas a la participación que han tenido profesionales del ámbito educativo y sanitario. El mayor protagonismo de profesionales del ámbito educativo tuvo lugar en la realización de los grupos focales de profesionales de escuelas infantiles. Aunque en un principio nuestros primeros diseños incluían la elaboración de un cuestionario destinado a profesionales de escuelas infantiles, por la magnitud que estaba tomando el diseño de investigación (tres grupos focales y dos cuestionarios específicos) tuvimos que considerar la elaboración de este cuestionario probablemente para futuras investigaciones. Del mismo modo, existen otros profesionales del sector educativo que nos hubiera gustado incluir (profesionales de EOEP, maestros de CEIP, maestros especialistas...). Por otro lado, en nuestro estudio también hemos querido incluir la

coordinación que los profesionales de los CDIAT mantienen con profesionales del ámbito sanitario. Bajo nuestro punto de vista, esta parte del estudio ha sido superficial, tanto por la escasa presencia de ítems dedicados al estudio de la coordinación con los profesionales de este ámbito, como por la falta de protagonismo de esos profesionales en las muestras de nuestro estudio. Aunque es de señalar que este no ha sido el objetivo de nuestra investigación, si consideramos que pueda serlo en futuros trabajos más específicos ya que la figura del profesional médico o sanitario también resulta importante en el mundo del niño de la discapacidad y su familia. Por otro lado, este inicio podría invitarnos a hacer estudios más específicos, contando incluso con la participación de profesionales del ámbito sanitario.

REFERENCIAS

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana. Progresos y Desarrollo 2005-2010*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea

Alonso, M.J. (2008). *Los derechos del niño con discapacidad en España*. Madrid: CINCA.

Allen, D.A. & Stefanowski, S. (1987). Are we professionalizing parents? Weighing the benefits and pitfalls. *Mental retardation*, 25(3), 133-139.

Alliston, L. (2007). *Principles and practices in early intervention: A literature review for the Ministry of Education*. Wellington: Reseach New Zealand.

Álvarez, M. & Bisquerra, R. (1996). *Manual de Orientación y Tutoría*. Barcelona: Walters Kluwer.

American Occupational Therapy Association (2014). *OTA practice advisory on the primary provider approach in early intervention*. Recuperado de <http://www.ota.org/-/media/Corporate/Files/Practice/Children/AOTA-Advisory-on-Primary-Provider-in-EI.pdf>

American Speech – Language – Hearing Association (2008). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Position statement*. Recuperado de www.asha.org/policy/PS2008-00291

Anastasiow, N.J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp.196-216). New York: Cambridgte University Press.

- Andrés, C. (2011). *La Atención a la familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y Centros de Atención Temprana.* (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Andrews, J.R., Andrews, M.A. & Shearer, W.M. (1989). A family-based systemic model for speech-language services. *Seminars in Speech and Language*, 7(4), 359-365.
- Appleton, P. & Michom, P. (1991). Models of parent partnership and child development centres. *Child: Care, Health and Development*, 17, 27-38.
- Aranda, R. & Andrés, C. (2004). La organización de la atención temprana en la Educación Infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246.
- Arnáiz, P. (1996). Las Escuelas son para todos. *Siglo Cero*, 27(2), 25-34.
- Arnáiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos.* Málaga: Aljibe.
- Arnáiz, P. & Isús, S. (1995). *La tutoría, organización y tareas.* Barcelona: Editorial Graó, Colección Biblioteca de aula.
- Artigas-Pallarés, J. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista neurología*, 44, 31-34. Recuperado de <http://www.clinei.uy/atencionprecozenneurodesarrollo.pdf>.
- Bailey, D.B. & Bruder, M.B. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education. Issues and considerations. Demonstrating results for infants, toddlers and preschoolers with disabilities and their families.* California: Early Childhood Outcomes Center.

- Bailey, D.B. & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M.J. Guralnick (Ed.), *A Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Bailey, D.B., McWilliam, R.A., Darkes K.A., Hebbeler, K., Simeonsson, R.J., Spiker, D. & Wagner, M. (1998). Families outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. *Exceptional Children*, 64, 313- 328.
- Belda, J.C. & Casbas, M. I. (2013). Saber lo que no hay que hacer en Atención Temprana. *Desenvolupament Infantil I Atenció Precoç*, 34, 1-8.
- Berk, L.E. (1991). *Child development* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Bronfenbrenner, U. (1975). Is early intervention effective?. In M. Guttentag & E. Struening (Eds.), *Handbook of evaluation research (vol.2)* (pp. 519- 603). Sage, Newbury Park, CA.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brotherson, M. & Goldstein, B. (1992). Time as resource and constraint for Parents of Young Children with Disabilities: Implications for Early Intervention Services. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12, 508-527.
- Bruder, M.B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topic In Early Childhood Special Education*, 11(4), 112-124.
- Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 1(002), 1-16.

- Cabrera, M.C. & Sánchez-Palacios, C. (1987) (6ª ed.). *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI de España editores.
- Cañadas, M. (2012). La familia, principal protagonista en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Edetania*, 41, 129-141.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.
- Casas, C. (2000). Generalidades, historia clínica, exploración neurológica y pruebas complementarias. En VV.AA (Coords.), *Neurología pediátrica* (pp. 1-20). Madrid: Ergon.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F.A. & Mendieta, P. (2000). La estimulación sensoriomotriz desde el modelo integral de intervención en Atención Temprana. *Siglo Cero*, 31, 5-13.
- Castellanos, P., Gómez, L., Rico-Mira, M.A., Mendieta, P. & García-Sánchez, F.A. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidades de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34(207), 5-18.
- Castellanos, P., Mendieta, P., Rico, M.D. & García-Sánchez, F.A. (2008). La coordinación con Escuelas Infantiles desde el Centro de Atención Temprana ASTRAPACE (pp. 437-445). En FEAPS (Coords.), *Cada persona un compromiso. Buenas prácticas de calidad FEAPS (IV)* (pp. 437-445). Madrid: FEAPS.
- Castillo, A., Torres, J.A. & Polanco, L. (2009). *Tutoría en la enseñanza, la universidad y la empresa, formación y práctica*. UNED: Pearson educación.

- Coll, C., Martín, E., Mauri, T., Miras, M., Onrubia, J., Solé, I., & Zabala, A. (1999). *El constructivismo en el aula*. Barcelona: Graó.
- Cristóbal, C., Fornós, A., Giné, C., Mas, J. & Pegenaute, F. (Coords.) (2010). *La Atención Temprana. Un compromiso con la infancia y las familias*. Madrid: UOC.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cuervo, A. & Ávila, A.M. (2010). Neuropsicología infantil del desarrollo: detección e intervención de trastornos en la infancia. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*, 3(2), 59-68.
- De Francisco, M.J. (2005). Bases pedagógicas de la atención temprana: la atención a la primera infancia desde un contexto educativo; diseño curricular de la Educación Infantil. La escuela infantil. En Gutiérrez, P. (Coord.), *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp.189-205). Madrid: Editorial Complutense.
- De Linares, C. & Rodríguez, T. (2004). Bases de la intervención familiar en Atención Temprana. En J. Pérez-López & A.G. Brito de la Nuez (Coords.). *Manual de Atención Temprana*. (pp.333-351). Madrid: Pirámide.
- De Marle, D. J., & Le Roux, P. (2001). The life cycle and disability: experiences of discontinuity in child and family development. *Journal of Loss & Trauma*, 6, 29–43.
- De Moor, J.M.H., Waesberghe, B.T.M., Hosman, J.B.L., Jaeken, D. & Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the Eurlayid working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23-31.

- De Vellis, R.F. (2003). *Scale Development: Theory and applications*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Diez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 97, 46-55. Recuperado de <http://www.downcantabria.com/revistapdf/97/46-55.pdf>
- Division for Early Childhood (2014, April). *DEC recommended practices in Early Intervention / Early Childhood Special Education*. Council for Exceptional Children. Division for Early Childhood. Recuperado de <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- Dunst, C.J. (1985) Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C.J., Bruder, M.B., Trivette, C.M., Raab, M. & McLean, M. (2001). Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers. *Young Exceptional Children*, 4, 18–25.
- Dunst, C.J., Johanson, C., Trivette, C.M. & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115–126.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of familycentered helpgiving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370–378.
- Egido, I. (1995). La Educación Infantil en los países de nuestro entorno. *Revista Complutense de Educación*, 6(1), 31-47. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED9595120031A/17694>

- Escobar, J. & Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- Escorcia, C.T. (2014). *Estilos y estrategias de interacción en Atención Temprana desde la perspectiva de padres y profesionales* (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.
- Escorcia, C. T., García-Sánchez, F.A., Sánchez-López, M. C. & Hernández-Pérez, E. (2015). Cuestionario de Estilos de Interacción entre padres y profesionales en Atención Temprana: validez de contenido. *Anales de Psicología*, 31(2), en prensa.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3),136–143. Doi:10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Eurydice (2012). *Key Data on Education in Europe*. Bruselas: Comisión Europea.
- FEAPS (2001). *Manual de Buenas Prácticas en Apoyo a Familias*. FEAPS: Madrid.
- Femenías, M. & Sánchez, J.M. (2003). Satisfacción familiar, bienestar psicológico y ansiedad en parejas con niños con necesidades educativas especiales. *Siglo Cero*, 34, 204, 19-28.
- Fernández, P. (1991). *La función tutorial*. Madrid: Castalia – MEC.
- Fuertes, J. & Palmero, P. (1995). Intervención Temprana. En M.A. Verdugo (Dir.) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicológicas y rehabilitadoras* (pp. 925-967). Madrid: Siglo XXI
- Freixa-Neilla, M. (1991). *Familia y deficiencia mental. Realidad, necesidades y recursos de los hermanos* (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Barcelona. Barcelona.

- Freixa-Neilla, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú.
- Galve, J.L. & Ayala, C.L. (2002). *Orientación y acción tutorial: de la teoría a la práctica*. Madrid: CEPE.
- García, A. & Sánchez, C. (2006). La participación de los padres en los documentos institucionales de los centros educativos. En C. Sánchez (Coord.), *Participación de las familias en la vida escolar: acciones y estrategias* (pp. 149-180). Madrid: Ministerio de Educación.
- García-Bacete, F.J., García-Castellar, R. & Doménech, F. (2005). Características, dificultades y necesidades formativas de los profesores tutores de Educación Infantil y Primaria en los centros escolares de la provincia de Castellón. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 16(2), 2º semestre, 199-224.
- García-Sánchez, F.A. (2001). Acerca del Libro Blanco de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 3(2), 91-94.
- García-Sánchez, F.A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*, 54, 39-51.
- García-Sánchez, F.A. (2003, Noviembre). Universalización de la Prevención Primaria del desarrollo infantil a través de programas psicoeducativos y sanitarios. *En la XIII Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Discapacidad*. Genysis-Real Patronato sobre Discapacidad, Madrid.
- García-Sánchez, F.A. (2014). Atención Temprana: enfoque centrado en la familia. En AELFA (Ed.) *XXIX Congreso AELFA. Logopedia: evolución, transformación y futuro* (pp. 286-302). Madrid: AELFA.

- García-Sánchez, F.A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M.C., Orcajada, N. & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6-24. Recuperado de http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/546-.html
- García-Sánchez, F. A., Mirete, A., Marín, C. & Romero, L. (2008). Satisfacción del cliente familia en Atención Temprana: valoración de la importancia que otorgan a distintos aspectos del servicio. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 227(39), 55-74.
- García-Sánchez, F.A., Sánchez-López, M.C., Escorcía, C.T. & Castellanos, P. (2012). Valoración de la coordinación entre Atención Temprana y Educación Infantil por Educadores de Escuelas Infantiles. *Edetania. Estudios y propuestas socio-educativas*, 41, 145-161.
- García-Sánchez, F.A., Escorcía, C., Orcajada, N & Sánchez-López, M.C. (2015). Atención Temprana y el entorno natural en Educación Infantil. *Audición y Lenguaje*, 111, 4-13.
- GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2011). *La realidad de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

- Gil-Flores, J. (1992). La investigación mediante grupos de discusiones en un contexto multicultural. *X Congreso Nacional de Pedagogía*, Vol. 2, 724-725.
- Ginarte, Y. (2007). La neuroplasticidad como base biológica de la rehabilitación cognitiva. *Geroinfo*, 1(2), 1-14.
- Giné, C. (2000). Las necesidades de la familia a lo largo del ciclo vital. En M.A. Verdugo (Ed.). *Colección FEAPS* (pp.8-28). Madrid: FEAPS.
- Giné, C., Gràcia-García, M., Vilaseca, R., & García-Díez, M. T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia Y Aprendizaje*, 29(3), 297–313.
- Giné, C., Gràcia-García, M., Vilaseca, R., & Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 65(23,2), 95–113.
- Gomariz, M.A., Parra,J., García-Sanz,M.P., Hernández-Prados,M.A. y Pérez-Cobacho,J. (2008). *La comunicación entre la familia y el centro educativo*. Murcia: Consejo Escolar de la Región de Murcia. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.
- González Mas, R. (1978). *Estimulación sensoriomotriz precoz*. San Sebastián: SIIS.
- Guevara, Y. & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1050. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/33643>
- Guralnick, M.J. (2011). Why early intervention Works. A systems perspective. *Infant and Young Children*, 24, 6-28.

- Gútiéz, P. (Coord.) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0-6)*. Madrid: Editorial Complutense.
- Gútiéz, P. (2010). Early Childhood Intervention in Spain: standard needs and changes. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 2(2), 136-148.
- Gútiéz, P., Sáenz-Rico, B. & Valle, M. (1993) Proyecto de atención temprana para niños de alto riesgo biológico-ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*; 4(2); 113-129. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED9393220113A/17913>
- Grunewald, M. & Hall, E.C. (1979). *L'information des parents: L'enfant que vous avez...* Medicine et Higiene: Geneve.
- Hegarty, S (2008). Investigación sobre Educación Especial en Europa. *Revista de Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2), 191-199.
- Lahey, B (1999). *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw Hill.
- Latorre, A., Rincón, D. & Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- Lázaro, A. & Asensi, J. (1987). *Manual de orientación escolar y tutoría*. Madrid: Narcea.
- Ledesma, R., Molina, G. & Valero, P. (2002). Internal consistency analysis by means of Cronbach' alpha: A computer program based on dynamic graphics. *Psico-USF*, 7(2), 143-152. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v7n2/v7n2a03.pdf>
- Leal, L. (2008). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: FEAPS, Cuadernos de Buenas Prácticas.

- Lesthaeghe, R. (2010). The Unfolding Story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, 36(2), 211-251.
- Levin, H.S. & Grafman, J. (2000). *Cerebral reorganization of function after brain damage*. Oxford: Oxford University Press.
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación (LGE). (BOE núm. 187, de 6 de Agosto de 1970).
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). (BOE núm. 103, de 30 de abril de 1982).
- Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM núm.99, de 2 de mayo de 2003).
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación (LODE). (BOE núm.159, de 4 de julio de 1985).
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). (BOE núm. 238, de 4 de octubre de 1990).
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE). (BOE núm.307, de 24 de diciembre de 2002).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). (BOE núm..106, de 4 de mayo de 2006).
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). (BOE núm.295, de 10 de diciembre de 2013).

- Litchfield, R. & MacDougall, C. (2002). Professional issues for physiotherapists in family-centered and community-based settings. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48, 105-112.
- Luria, A.R. (1974). *Fundamentos de la Neuropsicología*. Barcelona: Fontanella.
- Maganto, J., Etxebarria, J. & Porcel, A. (2010). La corresponsabilidad entre los miembros de la familia, como factor de conciliación. *Educatio Siglo XXI*, 1, 69-84.
- Marco, M., Gómez-Pérez, L., Sánchez-López, M.C. & García-Sánchez, F.A. (2014).. En A.B. Mirete & M. Sánchez-Martín (Coords.). *Investigaciones en Educación Infantil para la mejora educativa* (pp. 143-151). Murcia: EDITUM.
- Marco, M., Gómez-Pérez, M.L., Sánchez-López, M.C., & Sánchez-Velasco, C. (2014). Satisfacción laboral en Atención Temprana según los años de experiencia profesional del cliente interno. En M.P. García-Sanz & L. Belmonte (Eds.), *Retos educativos actuales en la formación del profesorado* (pp. 203–221). Murcia: EDITUM.
- Martínez-Arias, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Alto, R. Martínez-Arias, J. Pascual & G. Vallejo (Coords.), *Métodos de investigación en Psicología* (pp. 385- 431). Madrid: Síntesis.
- Mas, J. & Giné, C. (2010). La familia con un hijo con dificultades o trastornos en el desarrollo. En A.C. Cristóbal, A. Fornós, C. Giné, J. Mas & F. Pegenaute (Coords.), *La atención temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias* (pp.23.35). Barcelona: UOC.
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos*. México: Qual Institute Press.

- Maykut, P. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research-A philosophic and practical guide*. London: FalmerPress.
- McWilliam, R.A. (2010). *Routines-based Early Intervention*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- Millá, M.G. (2005). Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. En M.G. Millá & F. Mulas (Coords.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, Diagnóstico e Intervención* (pp. 311-328). Valencia: Promolibro.
- Mirete, A.B., García-Sánchez, F.A. & Hernández-Pina, F. (2015). Cuestionario para el estudio de la actitud, el conocimiento y el uso de TIC (ACUTIC) en Educación Superior. Estudio de fiabilidad y validez. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado (RIFOP)*, 83(29.2).
- MEC (1989). *Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo*. Madrid: Servicio de Publicaciones.
- MEC (1990). *La orientación educativa y la intervención psicopedagógica*. Madrid: Servicio de Publicaciones.
- MECD (2014). *Datos y cifras. Curso escolar 2013-14*. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Mendieta, P. & García-Sánchez, F. A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29(4), 11-22.
- Mendieta, P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. En M. G. Millá & F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 789–803). Valencia: Promolibro.

- Moser, C.A. & Kalton, G. (1979). *Survey methods in social investigation*. London: Heinemann.
- Muñoz-Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*,5(2), 147-163.
- National Association for the Education of Young Children. (2009). Standards for Early Childhood Professional Preparation. Recuperado de <http://www.naeyc.org/files/naeyc/file/positions/ProfPrepStandards09.pdf>
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. En J. P. Shonkoff & D. A. Phillips (Eds.), *Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Nelson, C. A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. En J.P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention, 2ª Ed.* (pp. 204-230). New York: Cambridge University Press.
- OCDE (2001). *Niños pequeños, grandes desafíos. La educación y el cuidado de la infancia temprana*. Paris: OCDE.
- Odom, S. L. & Kaiser, A. P. (1997). Prevention and early intervention during early childhood: theoretical and empirical bases for practice. En W. E. MacLean, Jr. (Ed.), *Ellis'*

- Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research* (pp. 137-172). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Oliveros, L. (1996). La tutoría en la actual reforma del sistema educativo. *Revista Complutense de Educación*, 7(1), 13-28.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la Infancia y la Adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Otal, M.P. (2001). Atención Temprana y orientación educativa. *Flumen: Revista de la Escuela de Magisterio de Huesca*, 6, 101-118.
- Pardo, A. & Ruiz, M.A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pegenaute, F. (2001). Reflexiones sobre el Libro Blanco. *Revista de Atención Temprana*, 3(2), 89-90.
- Perera, J. (2011). Atención temprana, definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 111, 140-152.
- Pérez-López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la Atención Temprana. En J. Pérez López & A. Brito de la Nuez (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 22-47). Madrid: Pirámide.

- Perpiñán, S. (2003). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de Atención Temprana: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6(1), 11-17.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Perpiñán, S. (2013). *La salud emocional en la infancia. Componentes y estrategias de actuación en la escuela*. Madrid: Narcea
- Pina, J. (2007). Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Ponte, J. (2003). Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos Sociosanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* (56).
- Ponte, J. (Coord.) (2004). *Guía de estándares de Calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.
- Ponte, J. (2012). *Atención temprana y dependencia. Estudio preliminar*. GAT-AGAT.
- Pretis, M. (2010). *Early Childhood intervention across Europe. Towards standars, shared resources and national changes*. Ankara, Turquía: Manfred Pretis.
- Rains, G.D. (2003). *Principios de Neuropsicología Humana*. México DF: McGrawHill/ Interamericana.
- Ramos, I. & Márquez, A. (2001). El pediatra y la atención integral al niño con deficiencias físicas y psíquicas. *Pediatría. Integral*, 6(2), 137-151.

- Rantala, A., Uotinen, S. & McWilliam, R.A. (2009). Providing early intervention within natural environments. *Infant and Young Children*, 22, 119-131.
- Raver, S.A. & Childress, D.C. (2015). Collaboration and teamwork with families and professionals. En S.A. Raver & D.C. Childress (Eds.), *Family-Centered Early Intervention* (pp. 31-52). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. & Evans, J. (1998). Family-centered service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1-20.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental system: Context and evolution. En W. Kessen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. I. History, theories, and methods* (pp. 238-294). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A.J. (1987). The social context of development. En N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics* (pp. 273-291). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality. En F. Horowitz (Ed.) *Review of Child Development Research*, 4 (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. En S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.

- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. En J. P., Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.136-159). New York: Cambridge University Press.
- Sánchez, S. (1982). El profesor tutor en la Orientación Escolar. *Revista de Educación*, 270, 83-96.
- Sánchez Asín, A. (1993). *Necesidades educativas e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Ed. PPU.
- Sánchez-Velasco, C., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Mendieta, P. & Carrión, N. (2014, Septiembre). *Evolución de la satisfacción de las familias en un centro de Atención Temprana*. En XVII Jornadas Regionales de Atención Temprana. ATEMP: Águilas (Murcia).
- Santana, L.E. (2003). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica. Cambian los tiempos, cambian las responsabilidades profesionales*. Madrid: Pirámide.
- Santana, L.E (2009) (3ª ed.). *La orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Madrid: Pirámide.
- Sarto, P. (2001, Febrero). *Familia y discapacidad*. Ponencia presentada en el III Curso Extraordinario de la Universidad de Salamanca: La Atención a la Diversidad en Sistema Educativo. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Salamanca.
- Seguí, J.D., Ortiz-Tallo, M., & de Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24, 100- 105.

- Serrano, A.M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua rele e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto editora.
- Soriano, V. (2000). *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad.
- Soriano, V. & Kyriazopoulou, M. (2010). *Atención Temprana. Progresos y desarrollo 2005-2010*. Middelfart: Agencia Europea para el desarrollo de la Educación Especial.
- Tamariz, J. (2004). Calidad FEAPS. En F. Cánovas y B. Pardavilla (Coords.). *La gestión de la calidad en los servicios sociales*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/calidad_calidad.pdf
- Tierney, A. L. & Nelson-III, C. A. (2009). Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three, November*, 9–13.
- Trivette, C.M. & Dunst, C.J. (2000). Recommended practices in family-based practices. In S. Sandall, M. McLean & B. J. Smith (Eds.), *DEC Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education* (pp. 39–46). Longmont, CO: Sopris West.
- Turnbull, H.R., Turnbull, A.P. & Wheat M.J. (1982). Assumptions about parental participation: A legislative history. *Exceptional Education Quaterly*, 1-8.
- Vélaz de Medrano, C. (1998). *Orientación e intervención psicopedagógica: concepto, modelos, programas y evaluación*. Málaga: Aljibe.

- Velligan, D., Wang, M., Diamond, P., Glahn, D., Castillo, D., Scott, B., Francis, F., Ereshefsky, L. & Miller, A. (2007). Relationships among subjective and objective measures of Adherence to Oral Antipsychotic Medications. *Psychiatric Services*, 58(9), 1187-1192.
- Verdugo, M.A. (2000). Familia y calidad de vida. En M.A. Verdugo (Ed.), *Familias y discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion_tex6.htm
- Vignolo, J. & Vacarezza, M. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 23(1), 11-14.
- Villanueva, S. (1991). Atención temprana. En J. Flórez & M.V. Troncoso (Coords.), *Síndrome de Down y educación* (pp. 71-80). Salvat Masson, Fundación Síndrome de Down.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Watts-Pappas, N. & McLeod, S. (2009). *Working with families in speech-language pathology*. San Diego: Plural publishing.
- World Health Organization (2012). *Early Childhood Development and Disability: a discussion paper*. Geneva: WHO
- World Health Organization & UNICEF (2012). *Early Childhood Development and Disability: a discussion paper*. Malta: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE CARTA DE INVITACIÓN A GRUPOS FOCALES



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Estimado Familia/ Profesional:

Nuestro Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad, dentro de su línea de trabajo en Atención Temprana, ha iniciado un proyecto de investigación financiado dentro del Plan Nacional de I+D+I del Ministerio de Ciencia e Innovación, a cargo del Programa Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica.

Uno de los primeros pasos que vamos a dar es reunir a un reducido grupo de profesionales de Escuelas Infantiles de nuestra Región de Murcia, seleccionados en función de su conocida trayectoria e implicación en este campo de trabajo, con el fin de sondear su opinión sobre los temas que nos interesan y que hacen referencia al desarrollo de actividades de orientación y tutoría con las familias de los niños atendidos y con otros profesionales que trabajan también con estos niños.

Entre este grupo seleccionado de profesionales/familias, esperamos poder contar con tu presencia. Por ello, te invitamos al Seminario de Trabajo (sesión única):

Fecha:

Hora de inicio: 17:30h (duración estimada: menos de 3 horas)

Lugar: Seminario "Norberto Navarro", 1ª Planta, Facultad de Educación

Campus de Espinardo (se adjunta plano de situación)

Esperando poder contar contigo para esta ilusionante tarea, queremos agradecerte de antemano tu colaboración

Fdo. Francisco Alberto García Sánchez

Catedrático de Biopatología de la Discapacidad
y necesidades de Atención Temprana



<http://www.um.es/qdiversidad>

ANEXO 2

PREGUNTAS GUÍA EN GRUPOS FOCALES

PREGUNTAS GUÍA PARA GRUPO FOCAL: PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

1) HABLA MODERADOR:

La razón de este grupo focal surge como parte de un proyecto de investigación de la Universidad de Murcia en el que queremos realizar una valoración del nivel de comunicación entre las profesionales de Centros de Atención Temprana, profesionales de Escuelas Infantiles y familias con niños que reciben o han recibido Atención Temprana, en la Región de Murcia. Os garantizamos que la grabación sonora que estamos realizando es únicamente de carácter interno y que lo que se desarrolle en el Grupo Focal no se transmitirá a ninguna otra institución que no sea el grupo de investigación responsable. La finalidad de este Grupo Focal es conocer vuestras impresiones, y tras el análisis de las mismas realizar un cuestionario que será aplicado a otras personas relacionadas con la Atención Temprana. Nuestro objetivo último será, estimando la importancia en la calidad de la Atención Temprana, realizar un documento guía para la mejora de los procesos comunicativos entre las familias y profesionales.

2) PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES Y SUS INSTITUCIONES (**atención: es importante que digan en voz alta, y claramente, el nombre del participante, la institución de procedencia y su carácter (privada, pública,...)**).

PREGUNTAS GUÍA:

- 1) ¿Qué conocéis del concepto de acción tutorial? (**esta pregunta nos sirve para tocar superficialmente el término, no se trata de profundizar**)
- 2) Aparte de las funciones terapéuticas, ¿qué funciones profesionales consideráis necesarias para la intervención integral del niño/a con necesidad de Atención Temprana? (**esta pregunta nos sirve para analizar, posteriormente, si los profesionales de Atención Temprana ejercen funciones similares a los maestros tutores**)
- 3) ¿Qué tipo de actuaciones de seguimiento e intervención realizáis con vuestros usuarios, sus familias, y en su caso, escuelas?
- 4) ¿En qué modo se produce vuestro intercambio de información con familias y profesionales de centros educativos?
- 5) ¿Cómo mejoraríais ese intercambio de información?
- 6) ¿Cómo consideráis que debe organizarse vuestro centro para poder realizar un asesoramiento a familias y escuelas infantiles con la mayor calidad posible? (**esta pregunta se destina al análisis del mejor modelo institucional para las actuaciones de orientación y seguimiento**)
- 7) ¿Qué tipo de perfil profesional consideráis más adecuado para el asesoramiento y orientación de familias y profesionales de escuelas infantiles? ¿y qué características profesionales y personales consideráis que debe poseer?
- 8) ¿Cómo valoráis, de forma general, el nivel de implicación de las familias respecto a los distintos consejos, orientaciones,...?
- 9) ¿Cómo valoráis, de forma general, el nivel de implicación de los profesionales de escuelas infantiles respecto a los distintos consejos, orientaciones,...?

PREGUNTAS GUÍA PARA GRUPO FOCAL: FAMILIAS DE ATENCIÓN TEMPRANA

1) HABLA MODERADOR:

La razón de este grupo focal surge como parte de un proyecto de investigación de la Universidad de Murcia en el que queremos realizar una valoración del nivel de comunicación entre las profesionales de Centros de Atención Temprana, profesionales de Escuelas Infantiles y familias con niños que reciben o han recibido Atención Temprana, en la Región de Murcia. Os garantizamos que la grabación sonora que estamos realizando es únicamente de carácter interno y que lo que se desarrolle en el Grupo Focal no se transmitirá a ninguna otra institución que no sea el grupo de investigación responsable. La finalidad de este Grupo Focal es conocer vuestras impresiones, y tras el análisis de las mismas realizar un cuestionario que será aplicado a otras personas relacionadas con la Atención Temprana. Nuestro objetivo último será, estimando la importancia en la calidad de la Atención Temprana, realizar un documento guía para la mejora de los procesos comunicativos entre las familias y profesionales.

2) PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES Y SUS INSTITUCIONES (**atención: es importante que digan en voz alta, y claramente, el nombre del participante y la institución de procedencia**).

PREGUNTAS GUÍA:

- 1) ¿Quién es el profesional del Centro de Atención Temprana con el que generalmente mantenéis mayor contacto? (**con esta pregunta queremos determinar que profesional de atención temprana, atendiendo a los distintos tipos de instituciones participantes, es el que generalmente ejerce más tareas de orientación a las familias**).
- 2) ¿Con qué frecuencia recibís información y asesoramiento de los distintos profesionales que atienden a tu hijo/a en el Centro de Atención Temprana?
- 3) ¿Qué tipo de cualidades, profesionales y personales, consideráis necesarias en el profesional de Atención Temprana que te transmite información del desarrollo de tu hijo/a?
- 4) ¿Qué tipo de problemas detectáis a la hora de comunicaros con los profesionales de atención temprana que trabajan con tu hijo/a? (**referido a la persona, situaciones,...**).
- 5) ¿En qué modo os facilitan, los profesionales de Atención Temprana que atienden a tu hijo/a, la distintas informaciones (tipo consejos para casa, desarrollo de las sesiones, mejoras o retrocesos,...)? (**se trata de analizar qué tipo de materiales, en qué lugar, de qué manera,..**).
- 6) ¿Cómo os gustaría que se os facilitara esa información de la que hemos hablado en la pregunta anterior?
- 7) En el caso de hijos escolarizados, ¿cómo consideráis el nivel de comunicación entre el centro educativo y el centro de atención temprana? (**con esta pregunta queremos conocer si las familias identifican la posible relación entre los profesionales del centro educativo (educadores, orientadores, equipo directivo,...) y el centro de atención temprana; y cómo valoran esta relación**).

PREGUNTAS GUÍA PARA GRUPO FOCAL: PROFESIONALES DE ESCUELAS INFANTILES

1) HABLA MODERADOR:

La razón de este grupo focal surge como parte de un proyecto de investigación de la Universidad de Murcia en el que queremos realizar una valoración del nivel de comunicación entre las profesionales de Centros de Atención Temprana, profesionales de Escuelas Infantiles y familias con niños que reciben o han recibido Atención Temprana, en la Región de Murcia. Os garantizamos que la grabación sonora que estamos realizando es únicamente de carácter interno y que lo que se desarrolle en el Grupo Focal no se transmitirá a ninguna otra institución que no sea el grupo de investigación responsable. La finalidad de este Grupo Focal es conocer vuestras impresiones, y tras el análisis de las mismas realizar un cuestionario que será aplicado a otras personas relacionadas con la Atención Temprana. Nuestro objetivo último será, estimando la importancia en la calidad de la Atención Temprana, realizar un documento guía para la mejora de los procesos comunicativos entre las familias y profesionales.

2) PRESENTACIÓN DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES Y SUS INSTITUCIONES (**atención: es importante que digan en voz alta, y claramente, el nombre del participante, la institución de procedencia y su carácter (privada, pública,...)**).

PREGUNTAS GUÍA:

- 1) ¿Con qué frecuencia os coordináis o reunís con los profesionales de los Centros de Atención Temprana que atienden a vuestros alumnos?
- 2) ¿Qué tipo de cualidades, profesionales y personales, consideráis necesarias en el profesional de Atención Temprana que te transmite información del desarrollo de tu alumno/a?
- 3) ¿Qué tipo de consejos, por parte del profesional de Atención Temprana, consideráis más importantes para vuestro trabajo en la escuela infantil?
- 4) ¿Qué tipo de problemas detectáis a la hora de comunicaros con los profesionales de Atención Temprana?
- 5) ¿En qué modo os facilitan, los profesionales de Atención Temprana que atienden a tu alumno/a, la distintas informaciones (tipo consejos para el aula, desarrollo de las sesiones, mejoras o retrocesos,...)? (**se trata de analizar qué tipo de materiales, en qué lugar, de qué manera...**).
- 6) ¿Cómo os gustaría que se os facilitara esa información de la que hemos hablado en la pregunta anterior?
- 7) ¿Qué podrían hacer los profesionales de Atención Temprana para mejorar la calidad de los seguimientos que realizan en las escuelas infantiles?
- 8) ¿Qué tipo de discapacidad os plantea mayores necesidades de orientación y asesoramiento por los profesionales de Atención Temprana?

ANEXO 3

INSTRUCCIONES PARA VALORACIÓN DE EXPERTOS



**Instrumento para la revisión y validación del
Cuestionario sobre Asesoramiento, Orientación y Coordinación en Atención
Temprana (AOCAT). Versión para familias.**

Estimado Compañero/a:

Estamos elaborando un instrumento con el fin de valorar las relaciones que se establecen entre los distintos agentes de la Atención Temprana, concretamente entre las familias, los profesionales de CDIATs y de Escuelas Infantiles. Este instrumento será utilizado para la elaboración de una tesis doctoral, enmarcada en un proyecto I+D que tiene como nombre *“Análisis, diseño, implementación y evaluación de propuestas de mejora para el ejercicio de la acción tutorial en Atención Temprana”*.

En este cuestionario, dirigido a familias, nuestro objetivo es analizar las relaciones que se establecen entre éstas y los profesionales de la atención temprana, así como la percepción que tienen sobre la calidad de la coordinación entre los profesionales de los CDIATs y otras instituciones relacionadas (escuelas infantiles, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica,...).

Para la validación de este instrumento solicitamos tu colaboración como experto.

El AOCAT (versión para familias) se compone de 32 ítems divididos en tres bloques: 1) Organización del CDIAT; 2) Asesoramiento a las familias por profesionales del CDIAT y 3) Coordinación de los profesionales del CDIAT con otros agentes de Atención Temprana. En cada pregunta del cuestionario queremos que las familias respondan en base a dos consideraciones:

- 1) Lo que perciben que se hace...
- 2) Lo que consideran que sería deseable que se hiciese...

Cada aspecto es valorado con una escala tipo Likert con la siguiente gradación: **1) Nada; 2) Poco; 3) Bastante; 4) Mucho.**

Te pedimos que contestes a las dos columnas finales de cada pregunta que hacen referencia a la claridad y representatividad de cada ítem:

El grado de claridad (CL): se refiere a la valoración de la exposición del ítem considerando su clara interpretación, su lenguaje ajustado a los conocimientos de las familias, su redacción comprensible, posibles errores gramaticales...

El grado de representatividad (RP): se refiere a la valoración del contenido del ítem. Fundamentalmente te preguntamos si consideras que el ítem es significativo para los objetivos de investigación o bien si consideras que duplica el contenido de otro ítem.

Tu tarea, como experto, consiste en valorar cada grado de claridad y representatividad con las siguientes puntuaciones: 1) Nada, 2) Poco; 3) Bastante; 4) Mucho.

Por ejemplo:

	Se hace...				Sería deseable...				CL	RE
	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Nada	Poco	Bastante	Mucho	4	3
1) Los terapeutas que trabajan con mi hijo tienen un tiempo específico para hablar conmigo.	1	2	3	4	1	2	3	4	4	3

Claridad del ítem

Puntuación del ítem

Representatividad del ítem

Del mismo modo al final de cada bloque encontrarás una tabla por si deseas realizar sugerencias relativas a los ítems.

Muchas gracias por tu tiempo dedicado.

ANEXO 4

CUESTIONARIOS OCAT



CUESTIONARIO SOBRE ORIENTACIÓN Y COORDINACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA (OCAT-Familias)

Versión para la familia

El cuestionario debe ser **CUMPLIMENTADO POR LA PERSONA QUE CON MAYOR FRECUENCIA LLEVA EL NIÑO AL CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO INFANTIL**

El objetivo de este cuestionario es analizar las relaciones que establecen los profesionales de Atención Temprana con las familias y otros agentes implicados a la hora de realizar labores de asesoramiento, orientación y coordinación.

Le pedimos, por favor, que **responda con sinceridad y responsabilidad** a las preguntas.

Este cuestionario es anónimo, quedando asegurada la confidencialidad de sus respuestas.

Datos generales de la familia y del niño (Marque con una X donde corresponda)

A. ¿Qué parentesco tiene usted con el niño/a?

Padre Madre Otros: _____

B. Número de hijos/as: _____

C. Lugar que ocupa: _____

D. Edad de la persona que responde a este cuestionario: _____

E. ¿Qué tipo de tratamientos recibe actualmente el niño/a? (puede marcar más de una opción).

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estimulación | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Psicomotricidad |
| <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |



F. Fecha de nacimiento del niño/a: _____

G. Fecha aproximada en la que comenzó los tratamientos de Atención Temprana: _____

H. ¿Está o ha estado escolarizado/a en Escuela Infantil o Guardería?: Si No

I. ¿Está o ha estado escolarizado/a en Colegio? Si No

J. ¿Es usted quién lleva habitualmente al niño al Centro de Atención Temprana?: Si No

Por favor, señale cuál es el nivel de estudios y la ocupación del padre y/o madre marcando con una X en la casilla que corresponda	Padre	Madre
K. Nivel de estudios		
No completó estudios obligatorios		
Estudios Primarios		
Secundaria, ESO, Formación Profesional de Grado Medio		
Bachillerato y Formación Profesional de Grado Superior		
Estudios universitarios		
L. Ocupación de los padres		
En paro		
Trabaja		
Jubilado		
Estudiante		



INSTRUCCIONES

Seguidamente, encontrará una serie de afirmaciones relativas al Centro de Atención Temprana y a los profesionales que atienden al niño/a

Usted tiene que valorar su grado de acuerdo con cada afirmación marcando uno de los siguientes valores:

1. Nada 2. Poco 3. Bastante 4. Totalmente

Por ejemplo: Ítem 0. *Los profesionales del Centro de Atención Temprana atienden nuestras inquietudes...*

Si usted valora con 4 este ítem, significa que está totalmente de acuerdo con esta afirmación

Si usted valora con 1 este ítem, significa que está nada de acuerdo con esta afirmación

	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
1. Los terapeutas que trabajan con el niño/a tienen un tiempo específico para hablar con usted	1	2	3	4
2. En el Centro de Atención Temprana tiene un tutor o profesional responsable del caso del niño/a	1	2	3	4
3. Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted	1	2	3	4
4. Cualquier profesional del Centro de Atención Temprana le cita para hablar con usted cuando lo cree necesario	1	2	3	4
5. El tutor o profesional del Centro de Atención Temprana responsable del niño/a en el Centro le cita para hablar con usted cuando lo cree necesario	1	2	3	4
6. Puede hablar con cualquier profesional del Centro de Atención Temprana cuando lo necesite	1	2	3	4
7. Escuchan las diferentes inquietudes que usted se plantea	1	2	3	4
8. Fomentan que valore los pequeños avances y logros del niño/a	1	2	3	4
9. Le explican las características o dificultades del niño/a	1	2	3	4
10. Le apoyan en situaciones de estrés relacionadas con las dificultades del niño/a	1	2	3	4
11. Le asesoran sobre los posibles problemas futuros que pueden conllevar las dificultades del niño/a	1	2	3	4
12. Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño/a con sus hermanos (en el caso de tener hermanos) y otros familiares (tíos, abuelos..)	1	2	3	4
13. Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar (normas, límites de conducta,...)	1	2	3	4
14. Le informan sobre los avances del niño/a	1	2	3	4



15. Le asesoran en la obtención de posibles becas o ayudas	1	2	3	4
16. Le informan sobre otras instituciones o servicios relacionados con las dificultades del niño/a	1	2	3	4
17. Le facilitan información sobre aspectos relativos a la escolarización del niño/a	1	2	3	4
18. Las necesidades de su familia son tenidas en cuenta en la intervención con el niño/a y la planificación de objetivos a conseguir	1	2	3	4
19. Los profesionales de Atención Temprana se preocupan por detectar si ponen en práctica las orientaciones o consejos que les dan	1	2	3	4
20. Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño/a	1	2	3	4

Responda este bloque considerando si su hijo está actualmente escolarizado en Escuela Infantil o Centro de Educación Infantil y Primaria (Colegio)				
	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
21. Le convocan a reuniones con profesionales del Centro de Atención Temprana y profesionales de la Escuela Infantil o Colegio para hablar de la situación del niño/a	1	2	3	4
22. Cree que los profesionales del Centro de Atención Temprana se coordinan con los Educadores de Escuelas Infantiles o Colegio	1	2	3	4
23. Cree que los profesionales del Centro de Atención Temprana se coordinan con los profesionales de Equipos de Orientación	1	2	3	4

Escriba aquí cualquier observación o consideración que desee hacer sobre el cuestionario:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



CUESTIONARIO SOBRE ORIENTACIÓN Y COORDINACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA (OCAT-Profesionales)

Versión para profesionales

El objetivo de este cuestionario es analizar las relaciones que establecen los profesionales de Atención Temprana con las familias y otros agentes implicados.

Le pedimos, por favor, que **responda con sinceridad y responsabilidad** a las diferentes preguntas que encuentre.

Este cuestionario es anónimo, quedando asegurada la confidencialidad de sus respuestas.

Lea detenidamente las instrucciones antes de responder cada bloque

Datos generales del profesional (Marque con una X donde corresponda)

A. Género

- Mujer Varón

B. ¿Cuántos años de experiencia profesional tiene en Atención Temprana?: _____

C. ¿Qué labor profesional desarrolla en el CDIAT? (puede marcar más de una opción).

- Psicología/Pedagogía Terapia ocupacional Logopeda Estimulación
 Cargos de gestión Trabajador social Fisioterapia Psicomotricidad

Otros : _____

D. El CDIAT donde trabaja es de gestión...

- Municipal/Ayuntamiento Dependiente de asociaciones de padres Privado

E. ¿Ha realizado estudios de especialización en Atención Temprana?

Si En caso afirmativo, describa qué estudios: _____

No



INSTRUCCIONES

Seguidamente, encontrará una serie de afirmaciones relativas a la coordinación y su estilo en el asesoramiento a familias y a otros profesionales del ámbito.

Usted tiene que valorar su grado de acuerdo con cada afirmación marcando uno de los siguientes valores:

1. Nada 2. Poco 3. Bastante 4. Totalmente

Por ejemplo: Ítem 0. *Oriento a las familias sobre aspectos del desarrollo personal y social de su hijo...*

Si usted valora con 4 este ítem, significa que está totalmente de acuerdo con esta afirmación

Si usted valora con 1 este ítem, significa que está nada de acuerdo con esta afirmación

1. Su horario de trabajo incluye un tiempo para comunicarse con las familias	SI	NO
2. Su horario de trabajo incluye un tiempo para la coordinación con otros profesionales del CDIAT	SI	NO
3. En su CDIAT, para cada usuario existe la figura del terapeuta- tutor y/o responsable de caso	SI	NO

	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
4. Dispone de tiempo para comunicarse con las familias	1	2	3	4
5. La comunicación con las familias se suele producir por iniciativa suya (del profesional)	1	2	3	4
6. La comunicación con las familias se suele producir por iniciativa de las familias	1	2	3	4
7. Fomenta en las familias la valoración de los avances del niño/a	1	2	3	4
8. Explica a las familias las características o dificultades del niño/a	1	2	3	4
9. Comenta a las familias los posibles problemas futuros que pueden conllevar las dificultades del niño/a	1	2	3	4
10. Informa a las familias sobre los avances del niño/a	1	2	3	4
11. Apoya a las familias en situaciones de estrés relacionadas con las dificultades del niño/a	1	2	3	4
12. Orienta a las familias sobre cómo abordar las dificultades con los hermanos del niño/a y con otros familiares (abuelos, tíos,...)	1	2	3	4
13. Asesora a las familias sobre aspectos relativos a su forma de educar que repercuten en el niño/a (normas, límites de conducta,...)	1	2	3	4
14. Facilita a las familias información sobre aspectos relativos a la escolarización de su hijo	1	2	3	4



15. Informa a las familias sobre la obtención de posibles becas o ayudas	1	2	3	4
16. Informa a las familias sobre otras instituciones o servicios relacionados con las dificultades del niño/a	1	2	3	4
17. Considera las necesidades de las familias en la planificación de objetivos y en la intervención con el niño/a	1	2	3	4
18. Escucha las diferentes inquietudes que le plantean las familias	1	2	3	4
19. Se preocupa por detectar si las familias ponen en práctica sus orientaciones y/o consejos	1	2	3	4
20. Trabaja con las familias el desarrollo de sus competencias para la atención y manejo de las dificultades del niño/a	1	2	3	4

			Si existe la figura o función ¿tiene usted ese cometido?	
	SI	NO	SI	NO
21. Existe en su centro la figura/función del coordinador de Escuelas Infantiles y Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) implicados en ese recurso educativo	SI	NO	SI	NO
22. Existe en su centro la figura/función del coordinador con Centros de Educación Infantil y Primaria, y EOEP implicados en la etapa educativa	SI	NO	SI	NO
23. Existe en su centro la figura/función del coordinador con profesionales del ámbito social y/o sanitario	SI	NO	SI	NO

Respecto a la coordinación con Escuelas Infantiles...				
	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
24. Se presenta al niño/a a los profesionales de la escuela infantil en la que se matricula	1	2	3	4
25. Se dispone de tiempo para coordinarse con los profesionales de las Escuelas Infantiles	1	2	3	4
26. Se informa sobre los avances del niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles	1	2	3	4
27. Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de Escuelas Infantiles	1	2	3	4
28. Se informa sobre las características relacionadas con las dificultades del niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles	1	2	3	4



29. Se escuchan las inquietudes que los profesionales de Escuelas Infantiles le plantean sobre las dificultades del niño/a	1	2	3	4
30. Se ofrecen/explican pautas de intervención con el niño/a a los profesionales de las Escuelas Infantiles	1	2	3	4
31. Se preocupa por detectar si los profesionales de las Escuelas Infantiles ponen en práctica sus orientaciones	1	2	3	4
32. Se coordina con los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) que atienden a las Escuelas Infantiles	1	2	3	4

Respecto a la coordinación con Maestro de Centros de Educación Infantil y Primaria (Colegios)...				
	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
33. Se presenta al niño/a a los profesionales del centro escolar en el que se matricula	1	2	3	4
34. Se dispone de tiempo para coordinarse con los profesionales del centro escolar	1	2	3	4
35. Se informa sobre los avances del niño/a a los profesionales de los centros escolares	1	2	3	4
36. Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de centros escolares	1	2	3	4
37. Se informa sobre las características relacionadas con las dificultades del niño/a a los profesionales del centro escolar	1	2	3	4
38. Se escuchan las inquietudes que los profesionales del centro escolar le plantean sobre las dificultades del niño/a	1	2	3	4
39. Se Ofrecen/Explican pautas de intervención con el niño con dificultades a los profesionales del centro escolar	1	2	3	4
40. Se preocupa por detectar si los profesionales del centro escolar siguen sus orientaciones	1	2	3	4
41. Se coordina con los profesionales de los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica	1	2	3	4

Respecto a la coordinación con profesionales del ámbito sanitario...				
	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
42. Su CDIAT mantiene comunicación con profesionales del ámbito médico-sanitario (pediatría, neuropediatría, psicología clínica,...)	1	2	3	4



43. Se lleva a cabo un intercambio de información sobre casos concretos con los profesionales del ámbito sanitario	1	2	3	4
44. Se llevan a cabo esfuerzos de coordinación con recursos sanitarios para facilitar la detección y derivación de nuevos casos	1	2	3	4
45. Se realiza devolución de información a los recursos sanitarios sobre los casos que han sido derivados al CDIAT	1	2	3	4

Escriba aquí cualquier observación o consideración que desee hacer sobre el cuestionario:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN OCAT
FAMILIAS Y PROFESIONALES

Tablas de frecuencias (OCAT-FAMILIAS)

IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	9	1,6	1,6	1,6
	Poco	76	13,3	13,5	15,2
	Bastante	173	30,3	30,8	46,0
	Totalmente	303	53,1	54,0	100,0
	Total	561	98,2	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,8		
Total		571	100,0		

IT 2) Existe un tutor o profesional de caso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	14	2,5	2,5	2,5
	Poco	18	3,2	3,2	5,7
	Bastante	89	15,6	15,9	21,6
	Totalmente	439	76,9	78,4	100,0
	Total	560	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	11	1,9		
Total		571	100,0		

IT 3) Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,4	,4	,4
	Poco	65	11,4	11,6	11,9
	Bastante	138	24,2	24,6	36,5
	Totalmente	357	62,5	63,5	100,0
	Total	562	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	9	1,6		
Total		571	100,0		

IT 4) Cualquier profesional del CDIAT le cita si lo ve necesario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	21	3,7	3,7	3,7
	Poco	41	7,2	7,3	11,0
	Bastante	127	22,2	22,6	33,6
	Totalmente	374	65,5	66,4	100,0
	Total	563	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	8	1,4		
Total		571	100,0		

IT 5) El tutor del CDIAT le cita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	9	1,6	1,6	1,6
	Poco	26	4,6	4,7	6,3
	Bastante	113	19,8	20,3	26,5
	Totalmente	410	71,8	73,5	100,0
	Total	558	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	13	2,3		
Total		571	100,0		

IT 6) Puede hablar con cualquier profesional del CDIAT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	3	,5	,5	,5
	Poco	10	1,8	1,8	2,3
	Bastante	121	21,2	21,3	23,6
	Totalmente	434	76,0	76,4	100,0
	Total	568	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,5		
Total		571	100,0		

IT 7) Escuchan las inquietudes que se plantea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,2	,2	,2
	Poco	3	,5	,5	,7
	Bastante	93	16,3	16,4	17,1
	Totalmente	471	82,5	82,9	100,0
	Total	568	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,5		
Total		571	100,0		

IT 8) Fomentan que valore pequeños avances

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	5	,9	,9	,9
	Bastante	102	17,9	18,0	18,9
	Totalmente	460	80,6	81,1	100,0
	Total	567	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,7		
Total		571	100,0		

IT 9) Le explican las características del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,4	,4	,4
	Poco	12	2,1	2,1	2,5
	Bastante	107	18,7	18,9	21,4
	Totalmente	444	77,8	78,6	100,0
	Total	565	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,1		
Total		571	100,0		

IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	9	1,6	1,6	1,6
	Poco	15	2,6	2,7	4,2
	Bastante	166	29,1	29,4	33,6
	Totalmente	375	65,7	66,4	100,0
	Total	565	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,1		
Total		571	100,0		

IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	15	2,6	2,7	2,7
	Poco	58	10,2	10,3	13,0
	Bastante	160	28,0	28,5	41,5
	Totalmente	329	57,6	58,5	100,0
	Total	562	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	9	1,6		
Total		571	100,0		

IT 12) Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	14	2,5	2,6	2,6
	Poco	50	8,8	9,1	11,7
	Bastante	167	29,2	30,5	42,2
	Totalmente	317	55,5	57,8	100,0
	Total	548	96,0	100,0	
Perdidos	Sistema	23	4,0		
Total		571	100,0		

IT 13) Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	13	2,3	2,3	2,3
	Poco	42	7,4	7,5	9,8
	Bastante	178	31,2	31,8	41,7
	Totalmente	326	57,1	58,3	100,0
	Total	559	97,9	100,0	
Perdidos	Sistema	12	2,1		
Total		571	100,0		

IT 14) Le informan sobre avances del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,4	,4	,4
	Poco	18	3,2	3,2	3,5
	Bastante	108	18,9	18,9	22,4
	Totalmente	443	77,6	77,6	100,0
	Total	571	100,0	100,0	

IT 15) Le Informan sobre becas y ayudas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	70	12,3	12,9	12,9
	Poco	100	17,5	18,5	31,4
	Bastante	125	21,9	23,1	54,4
	Totalmente	247	43,3	45,6	100,0
	Total	542	94,9	100,0	
Perdidos	Sistema	29	5,1		
Total		571	100,0		

IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	55	9,6	10,0	10,0
	Poco	83	14,5	15,1	25,1
	Bastante	168	29,4	30,5	55,6
	Totalmente	244	42,7	44,4	100,0
	Total	550	96,3	100,0	
Perdidos	Sistema	21	3,7		
Total		571	100,0		

IT 17) Le facilitan información sobre escolarización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	32	5,6	5,9	5,9
	Poco	65	11,4	11,9	17,8
	Bastante	133	23,3	24,4	42,2
	Totalmente	315	55,2	57,8	100,0
	Total	545	95,4	100,0	
Perdidos	Sistema	26	4,6		
Total		571	100,0		

IT 18) Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	6	1,1	1,1	1,1
	Poco	32	5,6	5,7	6,8
	Bastante	180	31,5	32,1	38,9
	Totalmente	342	59,9	61,1	100,0
	Total	560	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	11	1,9		
Total		571	100,0		

IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	5	,9	,9	,9
	Poco	26	4,6	4,6	5,5
	Bastante	194	34,0	34,3	39,8
	Totalmente	340	59,5	60,2	100,0
	Total	565	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	6	1,1		
Total		571	100,0		

IT 20) Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	8	1,4	1,4	1,4
	Poco	29	5,1	5,1	6,5
	Bastante	142	24,9	24,9	31,4
	Totalmente	391	68,5	68,6	100,0
	Total	570	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		571	100,0		

IT 21) Le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	88	15,4	20,9	20,9
	Poco	83	14,5	19,7	40,6
	Bastante	96	16,8	22,8	63,4
	Totalmente	154	27,0	36,6	100,0
	Total	421	73,7	100,0	
Perdidos	Sistema	150	26,3		
Total		571	100,0		

IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	23	4,0	5,4	5,4
	Poco	70	12,3	16,5	21,9
	Bastante	108	18,9	25,4	47,3
	Totalmente	224	39,2	52,7	100,0
	Total	425	74,4	100,0	
Perdidos	Sistema	146	25,6		
Total		571	100,0		

IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	16	2,8	3,8	3,8
	Poco	62	10,9	14,8	18,6
	Bastante	122	21,4	29,0	47,6
	Totalmente	220	38,5	52,4	100,0
	Total	420	73,6	100,0	
Perdidos	Sistema	151	26,4		
Total		571	100,0		

Tablas de frecuencias (OCAT-Profesionales)

IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con las familias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	173	80,1	82,4	82,4
	No	37	17,1	17,6	100,0
	Total	210	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	6	2,8		
Total		216	100,0		

IT 2) Tiempo en horario para coordinación con otros profesionales del CDIAT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	193	89,4	90,6	90,6
	No	20	9,3	9,4	100,0
	Total	213	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,4		
Total		216	100,0		

IT 3) ¿Existe la figura del terapeuta tutor o responsable de caso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	175	81,0	81,8	81,8
	No	39	18,1	18,2	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 4) Dispone de tiempo para comunicarse con las familias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	4	1,9	1,9	1,9
	Poco	77	35,6	36,8	38,8
	Bastante	71	32,9	34,0	72,7
	Totalmente	57	26,4	27,3	100,0
	Total	209	96,8	100,0	
Perdidos	Sistema	7	3,2		
Total		216	100,0		

IT 5) Comunicación por iniciativa suya

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,5	,5	,5
	Poco	6	2,8	2,8	3,3
	Bastante	173	80,1	80,8	84,1
	Totalmente	34	15,7	15,9	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 6) Comunicación por iniciativa de las familias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	77	35,6	36,7	36,7
	Bastante	118	54,6	56,2	92,9
	Totalmente	15	6,9	7,1	100,0
	Total	210	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	6	2,8		
Total		216	100,0		

IT 7) Fomenta valoración de los avances del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,5	,5	,5
	Poco	3	1,4	1,4	1,9
	Bastante	86	39,8	40,4	42,3
	Totalmente	123	56,9	57,7	100,0
	Total	213	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,4		
Total		216	100,0		

IT 8) Explica dificultades del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,5	,5	,5
	Poco	7	3,2	3,3	3,7
	Bastante	87	40,3	40,7	44,4
	Totalmente	119	55,1	55,6	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 9) Comenta los posibles problemas futuros del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	3	1,4	1,4	1,4
	Poco	68	31,5	31,8	33,2
	Bastante	95	44,0	44,4	77,6
	Totalmente	48	22,2	22,4	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 10) Informa sobre los avances

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	4	1,9	1,9	1,9
	Bastante	67	31,0	31,3	33,2
	Totalmente	143	66,2	66,8	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 11) Apoya en situaciones de estrés

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	17	7,9	7,9	7,9
	Bastante	111	51,4	51,9	59,8
	Totalmente	86	39,8	40,2	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 12) Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,9	,9	,9
	Poco	76	35,2	35,3	36,3
	Bastante	96	44,4	44,7	80,9
	Totalmente	41	19,0	19,1	100,0
	Total	215	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		216	100,0		

IT 13) Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	44	20,4	20,6	20,6
	Bastante	106	49,1	49,5	70,1
	Totalmente	64	29,6	29,9	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 14) Informa sobre escolarización

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	13	6,0	6,1	6,1
	Poco	58	26,9	27,1	33,2
	Bastante	77	35,6	36,0	69,2
	Totalmente	66	30,6	30,8	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 15) Informa sobre becas y ayudas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	44	20,4	20,9	20,9
	Poco	91	42,1	43,1	64,0
	Bastante	46	21,3	21,8	85,8
	Totalmente	30	13,9	14,2	100,0
	Total	211	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	2,3		
Total		216	100,0		

IT 16) Informa sobre instituciones o servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	17	7,9	8,1	8,1
	Poco	70	32,4	33,2	41,2
	Bastante	87	40,3	41,2	82,5
	Totalmente	37	17,1	17,5	100,0
	Total	211	97,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	2,3		
Total		216	100,0		

IT 17) Considera las necesidades a la familia en los objetivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	24	11,1	11,3	11,3
	Bastante	106	49,1	49,8	61,0
	Totalmente	83	38,4	39,0	100,0
	Total	213	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,4		
Total		216	100,0		

IT 18) Escucha sus inquietudes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	2	,9	,9	,9
	Bastante	75	34,7	34,9	35,8
	Totalmente	138	63,9	64,2	100,0
	Total	215	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		216	100,0		

IT 19) Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	15	6,9	7,0	7,0
	Bastante	129	59,7	60,3	67,3
	Totalmente	70	32,4	32,7	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

IT 20) Trabaja con las familias el desarrollo de sus competencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,5	,5	,5
	Poco	41	19,0	19,2	19,6
	Bastante	114	52,8	53,3	72,9
	Totalmente	58	26,9	27,1	100,0
	Total	214	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,9		
Total		216	100,0		

Existe la figura del coordinador de Escuelas Infantiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	101	46,8	52,1	52,1
	No	93	43,1	47,9	100,0
	Total	194	89,8	100,0	
Perdidos	Sistema	22	10,2		
Total		216	100,0		

Es usted esa figura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	22	10,2	20,2	20,2
	No	87	40,3	79,8	100,0
	Total	109	50,5	100,0	
Perdidos	Sistema	107	49,5		
Total		216	100,0		

Existe la figura del coordinador con CEIPs y EOEPs

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	118	54,6	62,4	62,4
	No	71	32,9	37,6	100,0
	Total	189	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	27	12,5		
Total		216	100,0		

Es usted esa figura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	27	12,5	22,9	22,9
	No	91	42,1	77,1	100,0
	Total	118	54,6	100,0	
Perdidos	Sistema	98	45,4		
Total		216	100,0		

Existe la figura del coordinador con ámbito social y sanitario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	112	51,9	61,2	61,2
	No	71	32,9	38,8	100,0
	Total	183	84,7	100,0	
Perdidos	Sistema	33	15,3		
Total		216	100,0		

Es usted esa figura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	31	14,4	26,7	26,7
	No	85	39,4	73,3	100,0
	Total	116	53,7	100,0	
Perdidos	Sistema	100	46,3		
Total		216	100,0		

IT 24) Se presenta al niño a los profesionales de las E.I

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	33	15,3	17,5	17,5
	Poco	60	27,8	31,7	49,2
	Bastante	49	22,7	25,9	75,1
	Totalmente	47	21,8	24,9	100,0
	Total	189	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	27	12,5		
Total		216	100,0		

IT 25) Se dispone de tiempo para comunicarse con los profesionales de E.I

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	1	,5	,5	,5
	Poco	86	39,8	43,4	43,9
	Bastante	74	34,3	37,4	81,3
	Totalmente	37	17,1	18,7	100,0
	Total	198	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	18	8,3		
Total		216	100,0		

IT 26) Se informa de los avances del niño a profesionales de E.I.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	59	27,3	30,1	30,1
	Bastante	97	44,9	49,5	79,6
	Totalmente	40	18,5	20,4	100,0
	Total	196	90,7	100,0	
Perdidos	Sistema	20	9,3		
Total		216	100,0		

IT 27) Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de E.I

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	3	1,4	1,5	1,5
	Poco	54	25,0	27,7	29,2
	Bastante	106	49,1	54,4	83,6
	Totalmente	32	14,8	16,4	100,0
	Total	195	90,3	100,0	
Perdidos	Sistema	21	9,7		
Total		216	100,0		

IT 28) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de E.I.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	29	13,4	14,7	14,7
	Bastante	100	46,3	50,8	65,5
	Totalmente	68	31,5	34,5	100,0
	Total	197	91,2	100,0	
Perdidos	Sistema	19	8,8		
Total		216	100,0		

IT 29) Se escuchan las inquietudes de los profesionales de E.I.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,9	1,0	1,0
	Poco	22	10,2	11,1	12,1
	Bastante	105	48,6	53,0	65,2
	Totalmente	69	31,9	34,8	100,0
	Total	198	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	18	8,3		
Total		216	100,0		

IT 30) Se ofrecen pautas de intervención a profesionales de E.I.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco	33	15,3	16,8	16,8
	Bastante	96	44,4	48,7	65,5
	Totalmente	68	31,5	34,5	100,0
	Total	197	91,2	100,0	
Perdidos	Sistema	19	8,8		
Total		216	100,0		

IT 31) Detecta si los profesionales de las Els ponen en práctica orientaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	5	2,3	2,5	2,5
	Poco	76	35,2	38,6	41,1
	Bastante	89	41,2	45,2	86,3
	Totalmente	27	12,5	13,7	100,0
	Total	197	91,2	100,0	
Perdidos	Sistema	19	8,8		
Total		216	100,0		

IT 32) Se coordina con profesionales de EOEP que atiende E.I.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	16	7,4	8,2	8,2
	Poco	49	22,7	25,3	33,5
	Bastante	69	31,9	35,6	69,1
	Totalmente	60	27,8	30,9	100,0
	Total	194	89,8	100,0	
Perdidos	Sistema	22	10,2		
Total		216	100,0		

IT 33) Se presenta el niño a los profesionales del CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	25	11,6	13,0	13,0
	Poco	54	25,0	28,0	40,9
	Bastante	52	24,1	26,9	67,9
	Totalmente	62	28,7	32,1	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 34) Se dispone de tiempo para comunicarse con profesionales de CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	3	1,4	1,5	1,5
	Poco	68	31,5	34,7	36,2
	Bastante	83	38,4	42,3	78,6
	Totalmente	42	19,4	21,4	100,0
	Total	196	90,7	100,0	
Perdidos	Sistema	20	9,3		
Total		216	100,0		

IT 35) Se informa sobre los avances del niño a profesionales de CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	6	2,8	3,1	3,1
	Poco	54	25,0	27,8	30,9
	Bastante	90	41,7	46,4	77,3
	Totalmente	44	20,4	22,7	100,0
	Total	194	89,8	100,0	
Perdidos	Sistema	22	10,2		
Total		216	100,0		

IT 36) Se consensúan objetivos a conseguir con profesionales de CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	5	2,3	2,6	2,6
	Poco	52	24,1	26,7	29,2
	Bastante	104	48,1	53,3	82,6
	Totalmente	34	15,7	17,4	100,0
	Total	195	90,3	100,0	
Perdidos	Sistema	21	9,7		
Total		216	100,0		

IT 37) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de CEIP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,9	1,0	1,0
	Poco	26	12,0	13,3	14,4
	Bastante	104	48,1	53,3	67,7
	Totalmente	63	29,2	32,3	100,0
	Total	195	90,3	100,0	
Perdidos	Sistema	21	9,7		
Total		216	100,0		

IT 38) Escucha inquietudes de profesionales del Centro Escolar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	2	,9	1,0	1,0
	Poco	30	13,9	15,5	16,6
	Bastante	88	40,7	45,6	62,2
	Totalmente	73	33,8	37,8	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT39) Ofrece pautas de intervención con el niño al Centro Escolar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	3	1,4	1,5	1,5
	Poco	35	16,2	17,9	19,5
	Bastante	101	46,8	51,8	71,3
	Totalmente	56	25,9	28,7	100,0
	Total	195	90,3	100,0	
Perdidos	Sistema	21	9,7		
Total		216	100,0		

IT 40) Detecta si los profesionales del CEIP ponen en práctica sus orientaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	10	4,6	5,2	5,2
	Poco	83	38,4	43,0	48,2
	Bastante	74	34,3	38,3	86,5
	Totalmente	26	12,0	13,5	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 41) Se coordina con profesionales de los EOEP que atienden a los CEIPs

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	11	5,1	5,7	5,7
	Poco	44	20,4	22,8	28,5
	Bastante	80	37,0	41,5	69,9
	Totalmente	58	26,9	30,1	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 42) Su CDIAT se comunica con profesionales sanitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	6	2,8	3,1	3,1
	Poco	61	28,2	31,6	34,7
	Bastante	96	44,4	49,7	84,5
	Totalmente	30	13,9	15,5	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 43) Se intercambia información sobre casos con profesionales sanitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	9	4,2	4,7	4,7
	Poco	70	32,4	36,3	40,9
	Bastante	75	34,7	38,9	79,8
	Totalmente	39	18,1	20,2	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 44) Hay coordinación con recursos sanitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	13	6,0	6,7	6,7
	Poco	42	19,4	21,8	28,5
	Bastante	93	43,1	48,2	76,7
	Totalmente	45	20,8	23,3	100,0
	Total	193	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	23	10,6		
Total		216	100,0		

IT 45) Hay devolución de información a sanitarios sobre niños del CDIAT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	9	4,2	4,7	4,7
	Poco	68	31,5	35,4	40,1
	Bastante	70	32,4	36,5	76,6
	Totalmente	45	20,8	23,4	100,0
	Total	192	88,9	100,0	
Perdidos	Sistema	24	11,1		
Total		216	100,0		

ANEXO 6

ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y PRUEBAS DE HOMOCEASTICIDAD

Análisis factorial:

Estadísticos total-elemento OCAT-Profesionales

	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Dispone de tiempo para comunicarse con las familias	119.29	83.758	.470	.848
Comunicación por iniciativa suya	119.50	86.577	.514	.849
Comunicación por iniciativa de las familias	119.79	87.874	.123	.860
Fomenta valoración de los avances del niño	119.00	85.385	.604	.847
Explica dificultades del niño	118.79	89.720	.206	.854
Comenta los posibles problemas futuros del niño	119.43	84.418	.538	.847
Informa sobre los avances	118.79	89.720	.206	.854
Apoya en situaciones de estrés	118.79	87.412	.671	.850
Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares	119.00	87.846	.315	.852
Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar	118.79	87.412	.671	.850
Informa sobre escolarización	119.00	84.923	.492	.848
Informa sobre becas y ayudas	119.21	82.951	.630	.844
Informa sobre instituciones o servicios	119.43	93.495	-.318	.863
Considera las necesidades a la familia en los objetivos	118.79	90.643	.024	.856
Escucha sus inquietudes	118.71	90.835	.000	.856
Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones	118.86	87.209	.515	.850
Trabaja con las familias el desarrollo de sus competencias	118.79	89.258	.298	.853
Dispone de tiempo para coordinarse con profesionales de EI	119.64	80.093	.546	.845
Informa a Escuelas Infantiles sobre avances del niño	119.21	80.181	.878	.838
Consensúa objetivos con Escuelas Infantiles	119.43	78.879	.769	.838
Informa a Escuelas Infantiles sobre dificultades del niño	119.21	83.874	.704	.845
Escucha a los profesionales de Escuelas Infantiles	119.07	82.533	.687	.843
Ofrece pautas de intervención con el niño a profesionales de Els	119.07	83.764	.750	.844
Se coordina con los EOEP que atienden Escuelas Infantiles	119.93	91.918	-.117	.863
Detecta si los profesionales de las Els ponen en práctica orientaciones	119.36	84.709	.491	.848

Presenta el niño al nuevo Centro Escolar	121.14	93.055	-.212	.864
Tiempo para coordinación con maestros de CEIP	119.64	80.093	.546	.845
Dispone de tiempo para coordinarse con el Centro Escolar	119.21	83.874	.704	.845
Escucha inquietudes de profesionales del Centro Escolar	119.14	84.132	.684	.845
Ofrece pautas de intervención con el niño al Centro Escolar	119.14	84.440	.650	.846
Se coordina con profesionales de EOEP de Centros Escolares	120.07	90.841	-.045	.864
Dispone de tiempo para coordinarse con EOEP	120.07	84.533	.361	.851
Detecta si los profesionales de CEIP siguen orientaciones	119.64	84.709	.416	.850
Su CDIAT se comunica con profesionales sanitarios	120.07	87.610	.191	.856
Se intercambia información sobre casos con profesionales sanitarios	119.93	88.533	.110	.859
Hay coordinación con profesionales sanitarios	120.64	88.863	.023	.869
Hay devolución de información a sanitarios sobre niños del CDIAT	120.14	88.440	.128	.858

Estadísticos total-elemento OCAT-Familias

	<i>Media de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Varianza de la escala si se elimina el elemento</i>	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach elimina el elemento</i>
Tiempo en horario para comunicarse con los terapeutas	68.85	70.383	.627	.914
Existe un tutor o profesional de caso	68.56	74.379	.521	.918
Cualquier profesional del centro le cita	68.81	71.475	.521	.916
El profesional responsable le cita	69.65	71.170	.203	.932
Puede hablar con cualquier profesional del CDIAT	68.71	72.168	.451	.918
Comunicación por iniciativa de las familias	69.21	71.402	.272	.925
Escuchan las inquietudes que se plantea	68.60	72.074	.702	.915
Fomentan que valore pequeños avances	68.63	71.771	.708	.915
Le explican las características del niño	68.65	72.574	.648	.916
Le apoyan en situaciones de estrés	68.81	68.368	.763	.911
Le asesoran sobre problemas futuros	68.85	69.957	.591	.915

Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	68.88	66.920	.766	.911
Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar	68.90	65.670	.776	.910
Le informan sobre avances del niño	68.67	69.333	.752	.912
Le Informan sobre becas y ayudas	69.23	65.968	.624	.915
Le informan sobre instituciones o servicios	69.23	64.053	.720	.912
Le facilitan información sobre escolarización	68.96	67.785	.625	.914
Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación	68.73	68.159	.831	.910
Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	68.83	67.504	.798	.910
Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	68.75	68.106	.823	.910

Prueba de homocedasticidad OCAT-FAMILIAS

	Parentesco con el niño	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	gl	Sig.
IT 2) Existe un tutor o profesional de caso	Padre	.448	59	.000
	Madre	.474	278	.000
	Otros	.519	9	.000
IT 3) Los profesionales tienen tiempo para comunicarse con usted	Padre	.347	59	.000
	Madre	.370	278	.000
	Otros	.414	9	.000
IT 4) Cualquier profesional del CDIAT le cita si lo ve necesario	Padre	.355	59	.000
	Madre	.383	278	.000
	Otros	.447	9	.000
IT 5) El tutor del CDIAT le cita	Padre	.399	59	.000
	Madre	.436	278	.000
	Otros	.519	9	.000
IT 6) Puede hablar con cualquier profesional del CDIAT	Padre	.470	59	.000
	Madre	.464	278	.000
	Otros	.471	9	.000
IT 7) Escuchan las inquietudes que se plantea	Padre	.504	59	.000
	Madre	.506	278	.000
	Otros	.519	9	.000
IT 8) Fomentan que valore pequeños avances	Padre	.497	59	.000
	Madre	.490	278	.000
	Otros	.471	9	.000
IT 9) Le explican las características del niño				

	Padre	.504	59	.000
	Madre	.460	278	.000
	Otros	.459	9	.000
IT 10) Le apoyan en situaciones de estrés	Padre	.411	59	.000
	Madre	.400	278	.000
	Otros	.459	9	.000
IT 11) Le asesoran sobre problemas futuros	Padre	.356	59	.000
	Madre	.352	278	.000
	Otros	.471	9	.000
IT 12) Le orientan sobre cómo abordar las dificultades del niño con otros familiares	Padre	.317	59	.000
	Madre	.354	278	.000
	Otros	.335	9	.004
IT 13) Le asesoran sobre aspectos relacionados con su forma de educar	Padre	.391	59	.000
	Madre	.355	278	.000
	Otros	.333	9	.005
IT 14) Le informan sobre avances del niño	Padre	.462	59	.000
	Madre	.472	278	.000
	Otros	.471	9	.000
IT 15) Le Informan sobre becas y ayudas	Padre	.348	59	.000
	Madre	.259	278	.000
	Otros	.396	9	.000
IT 16) Le informan sobre instituciones o servicios	Padre	.256	59	.000
	Madre	.266	278	.000
	Otros	.333	9	.005
IT 17) Le facilitan información sobre escolarización	Padre	.343	59	.000
	Madre	.346	278	.000
	Otros	.414	9	.000
IT 18) Las necesidades son tenidas en cuenta en la planificación	Padre	.395	59	.000
	Madre	.372	278	.000
	Otros	.459	9	.000
IT 19) Los profesionales de A.T. se preocupan por detectar si ponen en práctica consejos	Padre	.377	59	.000
	Madre	.376	278	.000
	Otros	.333	9	.005
IT 20) Le ayudan a desarrollar habilidades para atender las dificultades del niño	Padre	.450	59	.000
	Madre	.409	278	.000
	Otros	.396	9	.000
IT 21) Le convocan a reuniones con profesionales de la E.I. o CEIP	Padre	.258	59	.000
	Madre	.226	278	.000
	Otros	.402	9	.000
IT 22) Los profesionales del CDIAT y los educadores/maestros se coordinan	Padre	.284	59	.000
	Madre	.337	278	.000
	Otros	.414	9	.000
IT 23) Los profesionales del CDIAT y los EOEP se coordinan				

Padre	.282	59	.000
Madre	.323	278	.000
Otros	.471	9	.000

Prueba de homocedasticidad OCAT-FAMILIAS

ITEMS	Género	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Estadístico	gl	Sig.
IT 1) Tiempo en horario para comunicarse con las familias	Mujer	.514	130	.000
	Varón	.476	18	.000
IT 2) Tiempo en horario para coordinación con otros profesionales del CDIAT	Mujer	.540	130	.000
	Varón	.476	18	.000
IT 3) ¿Existe la figura del terapeuta tutor o responsable de caso?	Mujer	.487	130	.000
	Varón	.523	18	.000
IT 4) Dispone de tiempo para comunicarse con las familias	Mujer	.222	130	.000
	Varón	.235	18	.010
IT 5) Comunicación por iniciativa suya	Mujer	.491	130	.000
	Varón	.427	18	.000
IT 6) Comunicación por iniciativa de las familias	Mujer	.348	130	.000
	Varón	.294	18	.000
IT 7) Fomenta valoración de los avances del niño	Mujer	.385	130	.000
	Varón	.294	18	.000
IT 8) Explica dificultades del niño	Mujer	.354	130	.000
	Varón	.346	18	.000
IT 9) Comenta los posibles problemas futuros del niño	Mujer	.245	130	.000
	Varón	.364	18	.000
IT 10) Informa sobre los avances	Mujer	.422	130	.000
	Varón	.363	18	.000
IT 11) Apoya en situaciones de estrés	Mujer	.290	130	.000
	Varón	.279	18	.001
IT 12) Orienta sobre cómo abordar las dificultades con otros familiares	Mujer	.246	130	.000
	Varón	.203	18	.048
IT 13) Asesora sobre aspectos relativos a su forma de educar	Mujer	.255	130	.000
	Varón	.225	18	.017
IT 14) Informa sobre escolarización	Mujer	.207	130	.000
	Varón	.295	18	.000
IT 15) Informa sobre becas y ayudas	Mujer	.272	130	.000
	Varón	.203	18	.048
IT 16) Informa sobre instituciones o servicios	Mujer	.220	130	.000
	Varón	.311	18	.000

IT 17) Considera las necesidades a la familia en los objetivos	Mujer	.300	130	.000
	Varón	.392	18	.000
IT 18) Escucha sus inquietudes	Mujer	.423	130	.000
	Varón	.363	18	.000
IT 19) Se preocupa por conocer si ponen en práctica orientaciones	Mujer	.359	130	.000
	Varón	.328	18	.000
IT 20) Trabaja con las familias el desarrollo de sus competencias	Mujer	.296	130	.000
	Varón	.214	18	.029
IT 24) Se presenta al niño a los profesionales de las E.I	Mujer	.186	130	.000
	Varón	.198	18	.059
IT 25) Se dispone de tiempo para comunicarse con los profesionales de E.I	Mujer	.257	130	.000
	Varón	.358	18	.000
IT 26) Se informa de los avances del niño a profesionales de E.I.	Mujer	.234	130	.000
	Varón	.287	18	.000
IT 27) Se consensuan objetivos a conseguir con los profesionales de E.I	Mujer	.263	130	.000
	Varón	.427	18	.000
IT 28) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de E.I.	Mujer	.271	130	.000
	Varón	.312	18	.000
IT 29) Se escuchan las inquietudes de los profesionales de E.I.	Mujer	.272	130	.000
	Varón	.287	18	.000
IT 30) Se ofrecen pautas de intervención a profesionales de E.I.	Mujer	.238	130	.000
	Varón	.301	18	.000
IT 31) Detecta si los profesionales de las EIs ponen en práctica orientaciones	Mujer	.287	130	.000
	Varón	.341	18	.000
IT 32) Se coordina con profesionales de EOEP que atiende E.I	Mujer	.208	130	.000
	Varón	.225	18	.017
IT 33) Se presenta el niño a los profesionales del CEIP	Mujer	.204	130	.000
	Varón	.198	18	.059
IT 34) Se dispone de tiempo para comunicarse con profesionales de CEIP	Mujer	.222	130	.000
	Varón	.274	18	.001
IT 35) Se informa sobre los avances del niño a profesionales de CEIP	Mujer	.231	130	.000
	Varón	.248	18	.005
IT 36) Se consensuan objetivos a conseguir con profesionales de CEIP	Mujer	.277	130	.000
	Varón	.336	18	.000
IT 37) Se informa sobre las dificultades del niño a profesionales de CEIP	Mujer	.262	130	.000
	Varón	.331	18	.000
IT 38) Escucha inquietudes de profesionales del Centro Escolar	Mujer	.252	130	.000
	Varón	.306	18	.000
IT 39) Ofrece pautas de intervención con el niño al Centro Escolar	Mujer	.259	130	.000

	Varón	.278	18	.001
IT 40) Detecta si los profesionales del CEIP ponen en práctica sus orientaciones	Mujer	.286	130	.000
	Varón	.279	18	.001
IT 41) Se coordina con profesionales de los EOEP que atienden a los CEIP	Mujer	.233	130	.000
	Varón	.214	18	.029
IT 42) Su CDIAT se comunica con profesionales sanitarios	Mujer	.261	130	.000
	Varón	.272	18	.001
IT 43) Se intercambia información sobre casos con profesionales sanitarios	Mujer	.237	130	.000
	Varón	.202	18	.051
IT 44) Hay coordinación con especialistas sanitarios	Mujer	.295	130	.000
	Varón	.203	18	.048
IT 45) Hay devolución de información a sanitarios sobre niños del CDIAT	Mujer	.243	130	.000
	Varón	.231	18	.012

ANEXO 7

CARTA CON INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN
CUESTIONARIOS OCAT



Murcia,

Estimados terapeutas de Atención Temprana:

En el Grupo de Investigación sobre Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia, en nuestra línea de trabajo en Atención Temprana, estamos desarrollando un Proyecto, dentro el Plan Nacional de I+D+i, con el fin de conocer mejor los esfuerzos de orientación y coordinación que hacen los profesionales de Atención Temprana con las familias atendidas y otros agentes.

Por esta razón os pedimos vuestra colaboración, en forma de opinión, a través de los cuestionarios que os adjuntamos. Como veréis hay dos versiones: una dirigida a todos los profesionales de vuestro Centro y otra dirigida a los cuidadores principales de los niños que atendéis.

Os enviamos varias copias de estos cuestionarios, solicitando vuestra colaboración para que puedan cumplimentarlo, de forma autónoma y siempre anónima, entre 20-30 familias y todo el equipo profesional del Centro. Rogamos que hagáis alguna copia más si fuera necesario.

Junto a los cuestionarios incluimos un sobre franqueado con nuestra dirección para que, una vez cumplimentados y reunidos los cuestionarios nos los hagáis llegar. Por motivos de organización, nos haría falta que nos enviaseis los cuestionarios cumplimentados antes del Si necesitarais ayuda para la administración de los cuestionarios a las familias, podéis comunicárnoslo y os enviaríamos a un colaborador para ello.

Sin más, un cordial saludo y nuestro más sincero agradecimiento de antemano por vuestro interés y colaboración.



Fdo. Francisco Alberto García Sánchez
Catedrático de Biopatología de la
Discapacidad y necesidades de
Atención Temprana

Francisco Alberto García Sánchez. Catedrático de Universidad

Facultad de Educación

Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Campus Universitario de Espinardo. 30100 Murcia

e-mail: fags@um.es – T. 868 884 060 – F. 868 888 202 – www.um.es/fags